Actualizaciones

Anexo I
Marco estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria

Presentación

Esta iniciativa responde al alto grado de consenso existente entre los responsables públicos de las Comunidades Autónomas, los profesionales sanitarios y los propios pacientes y usuarios de la Atención Primaria en torno a la necesidad de modernizar un servicio público que, a través de los 13 000 centros de salud y consultorios, llega a toda la ciudadanía.

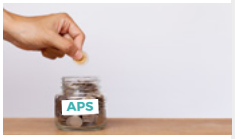
La necesidad de actualización de la Atención Primaria surge de la conciencia de que:

- La Atención Primaria es clave porque es la base para la planificación de la sanidad pública y no se ha reformado de forma sistemática y ordenada desde su puesta en marcha hace más de 30 años.
- Fue el servicio sanitario que más sufrió durante la crisis.
- La Atención Primaria debe adaptarse a los cambios sociales *(p. e., una sociedad envejecida y con más pacientes con enfermedades crónicas)*.
- A las expectativas de profesionales más formados.
- Porque gracias al avance de las tecnologías es susceptible de resolver una mayor parte de la demanda de salud, aprovechando las ventajas que ofrecen los sistemas de información y comunicación para mejorar sus capacidad de resolución y actuar en prevención.
- Debido a las movilizaciones de pacientes y profesionales en todos los territorios.

Estrategias, objetivos y acciones

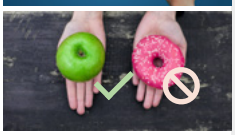
Estrategia A: reforzar el compromiso del Consejo Interterritorial del SNS con el liderazgo de la Atención Primaria de Salud.

Estrategia B: consolidar una política presupuestaria y de recursos humanos que garantice la efectividad y la calidad de la APS.



Estrategia C: mejorar la calidad de la atención y la coordinación con el resto de los ámbitos asistenciales, servicios e instituciones.

Estrategia D: reforzar la orientación comunitaria, la promoción de la salud y prevención en Atención Primaria de Salud.



Estrategia E: potenciar el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC).

Estrategia F: impulsar la formación y la investigación en Atención Primaria de Salud.

La evolución de la Atención Primaria de Salud (APS) en España ha sido objeto de múltiples análisis documentales, principalmente a lo largo de los últimos veinte años. Hasta el momento actual, no se han introducido en el sistema los cambios necesarios para abordar en profundidad los problemas del modelo presentes desde sus orígenes, ni aquellos otros evidenciados en su desarrollo hasta su implantación global o los relacionados con las restricciones adicionales de todo tipo derivadas de la crisis económica iniciada en el año 2008.

El resultado global es que las políticas de austeridad mantenidas en los últimos años han llevado a la Atención Primaria a una crisis manifiesta que se traduce en variabilidad territorial, de recursos humanos y de cartera efectiva en el territorio nacional, que están afectando profundamente la calidad de los servicios que recibe la población.

Podríamos resumir la perspectiva actual en la frase «los problemas están identificados y analizados, ahora hay que pasar a la acción». Pero no una acción menor cualquiera, hablamos de un conjunto de iniciativas y actuaciones políticas, financieras, de planificación y organización capaces de llevar a la realidad cotidiana de la ciudadanía y los profesionales los cambios que necesita el conjunto del sistema sanitario nacido a partir de la Ley General de Sanidad aprobada en 1986 y, dentro de él, la Atención Primaria y Comunitaria.

El artículo 43 de la Constitución Española establece el derecho a la protección de la salud, y los desarrollos normativos posteriores han fortalecido y consolidado estos principios en el Sistema Nacional de Salud (SNS). El modelo de APS en España se basa en los **pilares clave reflejados en la Declaración de Alma-Ata y refrendados en Astaná:** es integral, integrada, continua, accesible, multidisciplinaria, participativa y de alta calidad y representa una herramienta poderosa para la equidad en el país.

ASTANA, KAZAKHSTAN
25-26 OCTOBER 2018
GLOBAL CONFERENCE
ON PRIMARY HEALTH CARE

El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social tiene dentro de sus competencias el favorecer la calidad y la cohesión dentro de todo el SNS, así como garantizar una cartera común de servicios básicos dentro del mismo, incluida la APS, y proporcionar la formación especializada para profesionales de la salud. Una herramienta relevante para este objetivo es el desarrollo de estrategias de salud, en colaboración con las autoridades sanitarias regionales, las sociedades científicas y la ciudadanía. La estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS y la estrategia para el abordaje de la cronicidad en el SNS refuerzan el papel fundamental de la APS para la salud de la población.

Se hace necesaria una actualización y ampliación de la cartera de servicios, para dar cobertura a las necesidades y problemas de la población, bajo un enfoque multidisciplinar, organizando los recursos disponibles y potenciando la coordinación entre niveles asistenciales, para incorporar en el marco de un plan o protocolo asistencial, procedimientos o técnicas.

La arquitectura del Sistema Nacional de Salud diseñada en la Ley del 86 señala a la **APS como el eje sobre el que pivota la red integrada de servicios de salud en el territorio** y le confiere las características de máxima proximidad y accesibilidad para la ciudadanía.

Para que la APS alcance el liderazgo que le corresponde, tiene que proporcionar servicios eficientes, de alta calidad y seguridad, en tiempo y condiciones adecuadas, en el lugar apropiado y por profesionales competentes, motivados adaptados a la demanda o problema de salud. También debe actuar, junto con agentes de la comunidad en el ámbito de la promoción de la salud, la prevención, la atención y la recuperación, incorporando la perspectiva salutogénica.

Debe también incrementar la capacidad de resolución asistencial y avanzar en la atención estratificada, en función de la carga de enfermedad, las condiciones de vida, las desigualdades en salud y las necesidades sociosanitarias de las personas, para satisfacer, así, las necesidades de la población.

La APS centra su acción en las personas, familias y comunidades y en ofertar la mayor parte de la atención cerca del domicilio del y la paciente, reservando a los hospitales para los procedimientos altamente especializados. Para ello, es preciso que el modelo de APS en el SNS se desarrolle y alcance el liderazgo que le corresponde, con la debida coordinación entre niveles asistenciales.

Desde hace unos años se debate sobre la necesidad de una adecuación del modelo de la APS, para dar una cobertura adecuada a las necesidades y problemas de salud. Para ello resulta necesario dotar de mayor responsabilidad a las unidades de provisión de servicios, contribuyendo además a mejorar la eficiencia del sistema sanitario público global.

Se trata de pasar a un paradigma en el que las personas, las familias y la comunidad sean las verdaderas protagonistas y en el que las y los profesionales de la salud y de otras áreas y agentes de la comunidad participen de manera coordinada y planificada en el abordaje de los problemas de salud, las necesidades, vivencias, valores y expectativas de las personas, de acuerdo con su contexto biopsicosocial, con una mirada que vaya más allá de la enfermedad y teniendo como eje transversal la promoción de la salud y la prevención. Un sistema sanitario volcado en la transparencia y en la rendición de cuentas de sus actuaciones ante la sociedad.

La APS tiene una función primordial en la realización y coordinación de actividades, así como de recursos, destinados a la promoción, prevención y atención de las personas con enfermedades crónicas o con necesidades de cuidados paliativos, dado el carácter longitudinal de la asistencia que ofrece, su proximidad al entorno más inmediato de la ciudadanía y su configuración en equipos multidisciplinares. La continuidad asistencial es un aspecto esencial en el seguimiento de las y los pacientes, especialmente en las transiciones de pacientes en situación de cronicidad por el sistema sanitario y social.

Sin embargo, el presupuesto destinado a la APS se mantiene estancado en valores inferiores al 15% en relación al gasto sanitario total, con un crecimiento anual siempre inferior al de los hospitales en los años de mayor bonanza económica. La desigualdad se agrava en los años centrales de la crisis iniciada en 2008 en los que el retroceso financiero se ha agrandado.

En el caso de la APS, los buenos resultados se obtendrán si se apuesta globalmente por una financiación adecuada y equilibrada con sus funciones, y por una oferta de servicios personales, de elevada calidad intrínseca, autorregulados por normas profesionales, ajustados a las características de la población atendida y con participación de la ciudadanía (evolucionar hacia un modelo de colaboración en la gobernanza local en salud).

Para mejorar la resolución, la **organización sanitaria debe ser más flexible y las y los profesionales de APS deben tener más participación en las decisiones organizativas**, para así maximizar los resultados. En estas condiciones se propone la descentralización, en un marco general previamente definido, de la toma de decisiones organizativas en el propio equipo de APS. En general, las y los profesionales que trabajan en APS deberían tener mayor implicación en la gestión de recursos y autonomía en la toma de decisiones, siempre que la mayor capacidad de decisión se corresponda con un compromiso en la eficiente asignación de recursos y una respuesta más adecuada a las necesidades.

Se debe avanzar en flexibilidad en el horario y en las agendas profesionales de los centros de salud (CS) y en la autogestión de la actividad, incluyendo la evaluación de resultados. Actualmente se generan listas de espera para la atención, circunstancia que contradice los principios de accesibilidad y longitudinalidad propios de la APS, y además se ha dado un cierto abandono de la atención domiciliaria.

Los equipos directivos de gestión directa en cada territorio se tienen que involucrar en el desarrollo de las recomendaciones para toda la organización, pero también deben trabajar en la formulación concreta de esas directrices. Para conseguir mayor implicación del equipo directivo se debería abordar un cambio en la elección de personas coordinadoras, con un proyecto ajustado a las necesidades de la zona básica de salud y más competencias sobre las y los profesionales del equipo.

Se han de definir con precisión las competencias y capacidades de decisión de los equipos directivos consiguiendo que esta figura posea también un potente perfil de liderazgo y que priorice suficientemente la participación de las distintas personas que componen el centro en las tareas directivas.

En cuanto a las reformas para aumentar la capacidad resolutiva de la APS, hemos de proponer mejoras en el desarrollo de los profesionales de APS. Se observa que desde la APS se deriva con más frecuencia a ciertas especialidades hospitalarias, procesos que podrían ser resueltos en el CS con la tecnología sanitaria adecuada, mayor acceso a pruebas diagnósticas en similares condiciones a quienes trabajan en Atención Hospitalaria y medidas organizativas, de tiempo y de formación necesaria, tanto en procesos clínicos como de gestión.

En lo referente al tiempo medio de atención, es necesario desarrollar acciones encaminadas a gestionar la demanda y a la proactividad en la atención a pacientes con un moderado-elevado nivel de complejidad para prevenir complicaciones evitables con un seguimiento adecuado. Adicionalmente, debe producirse una modernización en la atención, **aplican-**

do sistemas e-health y fomentando las consultas no presenciales y el seguimiento telefónico.

Además, cabe la mejora, en la reasignación de tareas que fomenten la capacidad de las profesiones sanitarias y no sanitarias del centro, estableciendo unos criterios claros y adecuados que delimiten aquellos procesos abordables por los distintos profesionales de APS en función del problema y buscando optimizar la atención con la mayor eficiencia, dando mayor peso en cada proceso a la disciplina que en cada problema de salud pueda resultar ser más resolutiva.

La coordinación entre ámbitos es otro apartado de calidad, fundamental para una atención sanitaria adecuada debiéndose definir las interacciones de gobernanza y coordinación operativa con otros sectores sociales, los activos comunitarios de salud, las administraciones locales y el nivel hospitalario.

En nuestra sociedad, los problemas sanitarios, sobre todo los de naturaleza crónica y los que generan discapacidad, suelen ir acompañados de importantes necesidades del ámbito social. Sin embargo, las competencias y responsabilidades sanitarias y las de asistencia social dependen de distintas administraciones, observándose déficits importantes en la imprescindible coordinación de las estructuras responsables de ambos tipos de prestaciones.

Desde el punto de vista de la calidad técnica algunos estudios apuntan claramente hacia una mejor práctica clínica en el modelo de APS y un mejor manejo de los problemas de salud de la ciudadanía, acompañándose todo ello de un uso más racional de los medicamentos. La farmacia comunitaria puede desarrollar su papel de agentes de salud, en coordinación con los y las médicos/as, enfermeros/as y farmacéuticos/as de los EAP, para favorecer un mejor uso de los medicamentos.

Un cambio sustancial tendrá que basarse en el estudio con las y los profesionales de cómo trabajar en equipo, cómo diseñar algunas propuestas nuevas de organización y con qué herramientas de apoyo (sistemas de información) y cómo comprometerse con la administración en los servicios a prestar, las tecnologías y los indicadores de evaluación de la actividad en términos de impacto en resultados en salud.

La aplicación de manuales de buenas prácticas, así como la aplicación de acciones y recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica, basadas en la evidencia, favorecen una atención sanitaria de calidad.

Entre los problemas prioritarios del Sistema Nacional de Salud se encuentra la iatrogenia –daños a la salud atribuibles a la práctica médica y sanitaria– y sus causas latentes más influyentes, entre la cuales destaca la sobreutilización de los servicios asistenciales con el sobrediagnóstico y sobretratamiento consecuente. Una influencia que, además, tiene repercusiones significativas sobre las listas de espera.

Además un porcentaje elevado de actuaciones sanitarias no están indicadas, no son necesarias o no disponen de suficiente evidencia científica. Lo que comporta un riesgo innecesario de potenciales efectos adversos y una sobrecarga asistencial superflua.

Se hace necesario instaurar en todos los ámbitos del sistema sanitario estrategias de «No hacer» y complementarlas con acciones formativas y de información dirigidas esencialmente a profesionales asistenciales.

En la macrogestión, para que la APS se desarrolle en toda su potencialidad debemos incrementar su peso relativo sobre el hospital, pero su reto para que eso ocurra tiene que ver con demostrar mayor capacidad resolutiva y disminuir la variabilidad actual.

En la denominada mesogestión, algunos cambios parecen suscitar suficiente grado de acuerdo, por ejemplo:

Mejoras en la accesibilidad, sin diferencias marcadas entre mañana y tarde.
Cambios en el modelo retributivo, donde juegue un papel principal el abordaje de los determinantes sociales de la salud. Se puede tener en cuenta en la clasificación de los equipos no solo el grado de dispersión, sino también los determinantes sociales de la zona básica, los recursos del equipo y los resultados.
Participar activamente en la gestión clínica de los procesos; en la práctica clínica, la garantía de calidad, uso racional y seguro de fármacos o la incapacidad temporal.
La atención comunitaria, como elemento clave del trabajo del EAP para abordar las causas de las causas, «aguas arriba», con actividades de promoción de la salud y prevención con enfoque de determinantes, para reducir la brecha de desigualdades, incidiendo en la identificación y capacitación de los grupos vulnerables, y mejorando el gradiente de distribución de los indicadores de salud.

La salud y el bienestar de las personas están influidos de manera muy importante por las condiciones sociales, culturales y ambientales en donde las personas viven y trabajan. Estos factores son los determinantes sociales de la salud y se distribuyen de manera desigual en la población, generando desigualdades sociales en salud a lo largo de la escala social.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades en salud, esto es, las diferencias injustas y evitables observadas en y entre las poblaciones y los países en lo que respecta a la salud y al acceso a la atención.

La Comisión Nacional para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España definió un marco conceptual en el que se ve la relación que tienen estos determinantes con las desigualdades en salud, incluyendo determinantes estructurales, como el contexto socio político y los ejes de desigualdad, e intermedios, que incluyen los recursos materiales, factores psicosociales, factores conductuales y también a los Servicios de Salud.

La APS tiene un papel fundamental desde el punto de vista de la equidad en salud. Debe colaborar en la disminución de las desigualdades de salud existentes donde se aprecia una determinada influencia relacionada con la variabilidad clínica, la atención diferencial a las poblaciones, pero, sobre todo, por factores sociales, económicos, de género, diversidad funcional, diversidad cultural y ambientales relacionados con la zona geográfica de residencia.

Como señala la Ley 33/2011, general de salud pública, es preciso revisar y fortalecer la alianza entre salud pública, APS, otros servicios sociosanitarios y otros sectores de la comunidad (educación, servicios sociales básicos, transporte, urbanismo, deportes, medioambiente…), para desarrollar estrategias intersectoriales y promover y potenciar el buen funcionamiento de los Consejos de Salud de Área y de Zona y otros espacios de participación.

Mejorar la capacidad de decisión a las personas, las familias y las comunidades, generando **usuarios activos o *«activados»*** y tratando de conseguir una alianza duradera con la población basada en la toma de decisiones compartida que le permita organizarse y desplegar todas sus capacidades para vivir más tiempo con un mayor grado de bienestar y mejor calidad de vida. Es necesario la reorientación, reorganización y flexibilización de los recursos y las actividades de promoción de la salud y prevención, contando con la posibilidad de la introducción de sistemas innovadores que fomenten los entornos y estilos de vida saludables y faciliten el seguimiento de pacientes con dolencias crónicas, y les permita alcanzar su máximo nivel funcional, así como cuidarlas en el momento final de su vida.

En este sentido, hemos de proponer cambios culturales, organizativos y asistenciales, favoreciendo, la existencia de estructuras para la colaboración en gobernanza local que produzcan una mayor autonomía y buen gobierno a los CS y favorezcan las alianzas en el ámbito comunitario con las personas, pacientes y sus cuidadores, así como con los grupos de interés esenciales en el cuidado de las personas.

En el ámbito profesional cabe destacar la importancia de disponer de sistemas de información clínico-asistenciales con toda la información necesaria para la atención comunitaria y que permitan la evaluación de los resultados de las intervenciones realizadas en la calidad de vida de las personas. Estas son el mejor instrumento de apoyo para la toma de decisiones y para la vinculación de mejoras de financiación, a la vez que se promueven relaciones con la comunidad de calidad, estables y evaluadas. La atención a los y las pacientes con enfermedades crónicas requiere también la incorporación de una perspectiva comunitaria más allá de las prestaciones sociales.

Cabe destacar el avance en la informatización de las consultas, la interoperabilidad de la historia de salud electrónica y la receta electrónica interoperable, que son ya una realidad, que indudablemente mejorará la relación entre niveles asistenciales y profesionales sanitarios y que, junto con otras medidas de desburocratización, reducen trabajo de escaso o nulo valor añadido.

El desarrollo de tecnologías de la información y comunicación en clínica y gestión del CS también permiten mejoras en los sistemas de información y evaluación, donde se incorporan, además, nuevas posibilidades en el trabajo clínico-asistencial y de cooperación entre diferentes dispositivos del sistema, lo cual debe aportar valor añadido en nuestro trabajo.

Por otra parte, después de más de 30 años de desarrollo, resulta imprescindible incorporarse al espacio académico, a la Universidad, tanto en las etapas de pregrado como en el postgrado, con contenidos específicos de salud comunitaria y dando a la APS categoría de disciplina académica adscrita a la Universidad.

La APS se incluirá en departamentos o unidades docentes existentes, en todas aquellas Universidades en las que se forme profesionales de APS, podría ejercer un importante factor de estímulo, señalando líneas de investigación prioritarias, promoviendo la formación en metodología científica, favoreciendo la obtención de fondos y, en general, animando el debate social y profesional en torno a la APS.

La formación especializada de las y los profesionales de APS ha mejorado mucho con la creación de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria y de las Unidades docentes en 1978, con la normalización en 2002 por la Comisión Nacional de la Especialidad de Pediatría de las rotaciones por APS y con la aprobación de las especialidades de Enfermería de Familia y Comunitaria y Enfermería Pediátrica en 2005.

Los centros de salud, tanto en la consulta como en la comunidad, son los espacios principales para la formación, pues es donde se puede conocer el medio profesional y donde se cuenta con el apoyo de quienes tutorizan. El contacto frecuente e intenso con los y las pacientes, sus problemas y sus contextos les permitirá adaptar su formación posgraduada a las necesidades de la población y detectar nuevas necesidades formativas.

En la actualidad, existe gran experiencia de centros docentes acreditados con profesionales tutoras/es con motivación y experiencia en formación de residentes y estudiantes. La existencia de procedimientos de acreditación garantiza que los procesos formativos sean respaldados por profesionales con cualificación.

Sin embargo, para el adecuado desarrollo de esta función docente, los CS docentes deben tener una organización específica y un funcionamiento adaptado a la función que desarrollan. La docencia ha de estar incorporada en la organización general del CS sin que pueda ser relegada o absorbida por las necesidades asistenciales. Es necesario incluir de alguna forma el reconocimiento de la figura del tutora/or.

La formación continuada presenta numerosos retos, como son: superar las dificultades organizativas para su realización, el que una parte sustantiva de ella se realice fuera del espacio y horario laboral, garantizar la igualdad de oportunidades en el acceso a la misma, así como tener en cuenta las necesidades y prioridades formativas propuestas por las y los profesionales, que su impacto real sobre la calidad del trabajo clínico sea bien reconocido, o que la misma esté organizada y/o financiada al margen de la industria farmacéutica (congresos, reuniones, sesiones, charlas, etc.), para evitar la asociación inevitable a sus promociones comerciales, etc.

La formación continuada debe tener un doble papel: mantener el perfil competencial del y la profesional y modelar la cultura organizacional. Ambos componentes tienen una importancia trascendente en la capacidad resolutiva tanto de profesionales como de equipos.

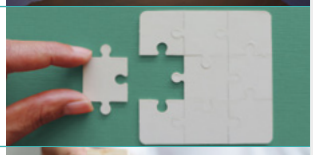
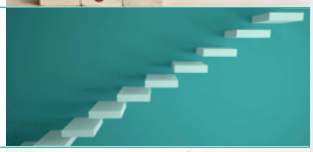
Para que además sea efectiva ha de estar orientada a producir cambios en las y los profesionales y ha de sustentarse en una metodología docente que asegure su implicación activa y la transferencia de los conocimientos, tecnologías adecuadas y habilidades adquiridas, a su práctica diaria.

Debemos proponernos realizar planes de formación ligados a estrategias y programas de salud, adaptados a nuestras necesidades profesionales y de los equipos, y dentro de una estrategia de mejora de la calidad en los servicios.

Si bien la investigación forma parte de las funciones de los equipos de APS, la realidad es que aún está poco desarrollada y asumida. En la actualidad, se puede afirmar que si bien se aprecia un incremento en la producción investigadora en APS, esta sigue siendo relativamente baja, con poco factor de impacto y con gran variabilidad territorial. Son escasas las estrategias de investigación definidas y las líneas de investigación estables.

En las profesiones sanitarias las actividades investigadoras aportan mejoras en la formación, estimulan el espíritu crítico y, por lo general, aumentan la satisfacción y motivación profesional.

Por otro lado, circunstancias como la emergencia de grupos de investigadores y la mejora del acceso a fuentes de financiación, sugieren que los obstáculos a la investigación en APS se tienen que ir solventando poco a poco. En este marco de posibilidades, nuestro modelo de CS persigue un espacio propio en investigación, que está dispuesto a compartir con otros, en la idea de crear sinergias íntercentros.

Conclusiones		
1	La APS es un pilar indispensable en la garantía de la equidad en salud, dado su papel vertebrador del SNS y su enfoque biopsicosocial, salutogénico y comunitario. En el actual contexto sociodemográfico, epidemiológico y de evolución tecnológica, más de treinta años después de iniciada la reforma sanitaria en España, urge dar un nuevo impulso a la APS, para que renueve su liderazgo como eje del sistema sanitario y como agente de la ciudadanía ante el mismo.	
2	El sistema necesita una correcta gestión de recursos humanos para conseguir sus objetivos y contar con los instrumentos adecuados para un correcto desarrollo profesional.	
3	Hay que desarrollar e implementar nuevos contenidos y adaptar los ya existentes en la cartera de servicios de la APS.	
4	El objetivo tiene que ser alcanzar, a través de estas estrategias, una APS de calidad, orientada a la ciudadanía, que tenga una alta capacidad de resolución y que potencie la continuidad asistencial, contando con profesionales motivadas/os y capacitadas/os, insertas/os en una organización descentralizada, participativa y eficiente.	
5	La apuesta por la calidad debe ser integral, incluyendo no solo componentes científicos y técnicos, sino aquellos otros relacionados con la accesibilidad, con los recursos, con la organización y con la participación, de tal manera que la/el usuaria/o perciba que, en efecto, es el centro del Sistema.	
6	Es necesaria una reorientación hacia la promoción de la salud y la salud comunitaria, para abordar los problemas de salud de la población y potenciar los activos para la salud desde un enfoque integral de determinantes sociales de la salud.	
7	Para todo ello, se hace imprescindible avanzar en la mejora de los mecanismos de coordinación entre niveles de asistencia, entre APS, salud pública, entidades locales y con otros sectores, así como facilitar la participación de la ciudadanía.	

Finalmente decir, constituyamos ese famoso y «no nato» banco de ideas donde poner en común ideas o determinadas herramientas que se están desarrollando o que se podrían desarrollar en la práctica cotidiana: sencillas, de fácil aplicación y que mejorarían y motivarían el quehacer diario. Necesitamos potenciar la Innovación en APS y visibilizar la Inteligencia Sanitaria en APS.

Estrategia A: reforzar el compromiso del Consejo Interterritorial del SNS con el liderazgo de la Atención Primaria de Salud

Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Objetivo A.1: constituir una estructura operativa estable en el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, para la coordinación y seguimiento del marco estratégico para la APS.

- Acción A.1.1: coordinar las actividades relacionadas con el ámbito de la APS, que lleven a cabo los distintos centros directivos de la Secretaría General de Sanidad y Consumo y de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales, y canalizar las propuestas que lleguen de los diferentes grupos de interés. Corto plazo[1].
- Acción A.1.2: profundizar en el análisis de situación y la necesidad de redefinición del modelo de APS, en línea con las estrategias, objetivos y acciones acordadas en el marco estratégico para la APS. Corto plazo.

- Acción A.1.3: establecer, en colaboración con las CC. AA., indicadores de seguimiento para monitorizar a lo largo del tiempo el grado de implantación de las acciones comprendidas en el marco estratégico para la APS. Corto plazo.
- Acción A.1.4: fomentar la participación de la ciudadanía en el diseño y en la implementación de las acciones contempladas en el marco estratégico para la APS. Corto plazo.
- Acción A.1.5: reconocer las estrategias de mejora de la APS que se están desarrollando en el Sistema Nacional de Salud y promover la identificación, intercambio y difusión de esas buenas prácticas. Corto plazo.
- Acción A.1.6: desarrollar los aspectos recogidos en la Ley General de Salud Pública en relación con la coordinación de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y lesiones en el SNS, partiendo de la elaboración de un documento de consenso sobre mecanismos de coordinación e impulsando las actuaciones intersectoriales de salud comunitaria, en el marco de la estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. Corto plazo.
- Acción A.1.7: constituir una subcomisión científico-técnica, junto con todas las CC.AA., para que de forma periódica revisen propuestas encaminadas a disminuir tareas burocráticas y facilitar la accesibilidad de los pacientes (IT, visado de fármacos…). Corto plazo.

Objetivo A.2: diseñar un plan de comunicación para dar relevancia a la APS.

- Acción A.2.1: informar anualmente de los avances del proceso de renovación de la APS, al CISNS y órganos consultivos y de participación. Corto plazo.
- Acción A.2.2: diseñar una campaña publicitaria anual específica de APS, para acercar este ámbito de atención a la ciudadanía. Medio plazo.
- Acción A.2.3: impulsar, con la colaboración de municipios, la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), organizaciones de pacientes y ciudadanía, la difusión de mensajes en redes sociales dirigidos a grupos específicos de población, para hacerles partícipes en el cuidado de su salud y orientarles sobre el uso adecuado de recursos de APS. Corto plazo.
- Acción A.2.4: crear enlaces externos en la web del MSCBS, para que las personas puedan acceder a información en línea y recursos de APS de las Comunidades Autónomas. Corto plazo.
- Acción A.2.5: difundir la publicación anual de los datos ajustados más relevantes, de actividad de APS, (preventiva y de promoción de la salud, asistencial, docente e investigadora…) y de las encuestas de satisfacción. Medio plazo.

Objetivo A.3: impulsar el fortalecimiento de la APS a través del desarrollo de las estrategias del Sistema Nacional de Salud.

- Acción A.3.1: acometer los cambios normativos necesarios para definir y reforzar el rol, las atribuciones y responsabilidades de la APS como agente principal del/la paciente ante el sistema sanitario.
- Acción A.3.2: evaluar y actualizar la estrategia de cronicidad del SNS. Corto plazo.
- Acción A.3.3: continuar con la implementación y desarrollo de la estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. Corto plazo.
- Acción A.3.4: impulsar la Estrategia de Seguridad del paciente, el Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y las medidas frente a la iatrogenia. Corto plazo.
- Acción A.3.5: habilitar créditos en el presupuesto de gastos anual del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social para financiar determinadas actuaciones de las Comunidades Autónomas en APS, enmarcadas en la implementación de la estrategia de cronicidad del SNS, la estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS, la estrategia de seguridad del paciente en el SNS y resto de las estrategias en salud del SNS. Medio plazo.
- Acción A.3.6: desarrollar los Programas de Atención Domiciliaria en el SNS, centrados en las necesidades sanitarias y sociales de la persona, garantizando que la APS funcione como eje principal tanto para la atención como para la activación y coordinación de recursos asociados. Medio plazo.

Objetivo A.4: Actualizar la cartera de servicios de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud.

- Acción A.4.1: actualizar la cartera de servicios de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud, poniendo especial énfasis en la equidad y los determinantes sociales, las actividades de promoción de la salud y la atención a la cronicidad y dependencia. Corto plazo.
- Acción A.4.2: establecer criterios de calidad para cada servicio, medibles y evaluables, que aseguren una oferta asistencial común equitativa y homogénea, sin perjuicio de las adaptaciones que puedan requerirse en función de las necesidades de cada Área. Corto plazo.
- Acción A.4.3: continuar con la identificación de las intervenciones sanitarias innecesarias, entendiendo por innecesarias aquellas que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias (recomendaciones de «no hacer») y establecer medidas para su retirada de la práctica clínica, que afectan al conjunto del SNS. Corto plazo.
- Acción A.4.4: acometer los cambios normativos necesarios para definir un nuevo ámbito de Atención Primaria y Comunitaria de Salud, partiendo de la actual composición de los Equipos de Atención Primaria y las Unidades de Apoyo, vinculando la cartera de servicios de APS a competencias, definiendo perfiles profesionales, sanitarios y no sanitarios, funciones y servicios que deben desarrollar, así como ratios aceptables y circuitos de coordinación. Se potenciará asimismo el trabajo colaborativo con agentes de salud comunitarios, como puedan ser las y los farmacéuticas/os comunitarias/os y otras/os. Corto plazo.

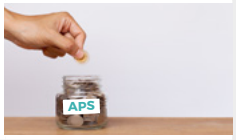
[1] En la definición de plazos asociados a las acciones, se entiende por:
Corto plazo: acciones que se iniciarán en el año 2019.
Medio plazo: acciones que se iniciarán en el año 2020.
Largo plazo: acciones que se iniciarán en el año 2021.

Entre los aspectos a contemplar en la revisión, se encontrarían los siguientes:

- Potenciar la capacidad resolutiva de las enfermeras en la gestión de cuidados, en especial los dirigidos a pacientes con enfermedad crónica, mediante protocolos de actuación basados en evidencia, en la atención domiciliaria de pacientes con enfermedades crónicas complejas y en situación terminal, Actividades de salud comunitaria y de promoción de la salud y las Interrelaciones entre los servicios y profesionales sanitarios y sociales.
- Incluir la valoración enfermera desde la primera visita del paciente para apertura de historia de salud.
- Potenciar la figura de la/del psicóloga/o clínica/o en el ámbito del sistema sanitario y protocolizar los circuitos de derivación.
- Incrementar la capacidad resolutiva de fisioterapia, asumiendo patología aguda de baja complejidad y crónica estable, mediante circuitos y protocolos de actuación basados en la evidencia.
- Potenciar la participación de fisioterapia en actividades preventivas, de educación y promoción de la salud.
- Fomentar el trabajo compartido de los/as trabajadores/as sociales del ámbito sanitario con el resto de profesionales, en el desarrollo de protocolos orientados a cronicidad, dependencia, vulnerabilidad o maltrato y/o atención a la soledad no deseada. Esto debería identificarse con el modelo organizativo de los servicios.
- Protocolizar la valoración social de la persona mayor, con fragilidad o con deterioro funcional o con patología compleja crónica y/o personas en situación de dependencia y de toda persona en situación de vulnerabilidad, riesgo social o situación de maltrato, destacando la valoración social de mujeres víctimas de violencia de género, mujeres embarazadas, menores y personas mayores.
- Potenciar las funciones de las matronas en la atención a la salud sexual y reproductiva, al embarazo de bajo riesgo en AP, la lactancia materna y su participación en actividades preventivas, de educación para la salud y comunitarias.
- Reforzar y revisar el papel de los y las profesionales de las Unidades Administrativas en APS, mejorar la capacitación de quienes atienden los servicios de call center, siendo corresponsables de la atención a la/al usuaria/o en su ámbito de competencia.
- Potenciar el papel de las y los farmacéuticas/os de AP en su labor de formación y apoyo a profesionales en el uso racional, eficiente y seguro de los medicamentos, así como en la revisión de los tratamientos de pacientes institucionalizadoas/os en la comunidad.

- Acción A.4.5: garantizar el cumplimiento de la Cartera Básica de todas las actuaciones en salud bucodental en CS y las Unidades de Salud Bucodental, con especial énfasis en las actividades dirigidas a población infantil, embarazadas y personas con diversidad funcional. Corto plazo.

Estrategia B: consolidar una política presupuestaria y de recursos humanos que garantice la efectividad y la calidad de la APS.



Objetivo B.1: mejorar la financiación de la APS.

- Acción B.1.1: incrementar de manera progresiva los presupuestos asignados a APS en función de necesidades concretas de financiación, tanto en capítulo I como en infraestructuras y equipamiento, a través de un estudio por contabilidad analítica anual, en cada Comunidad Autónoma, con la colaboración del MSCBS, basado en los sistemas de información implantados sobre servicios y actividades propios de la APS y que permita tomar decisiones sobre la oportunidad de. Medio plazo.
- Acción B.1.2: equiparar las retribuciones complementarias, por conceptos homólogos, de todos y todas las profesionales de la misma categoría, en los ámbitos de APS y atención hospitalaria, en cada comunidad autónoma. Medio plazo.
- Acción B.1.3: establecer planes autonómicos con financiación específica para la renovación del equipamiento tecnológico propio de la cartera de servicios de APS, en línea con las políticas de humanización de la asistencia y contemplando el aumento de la capacidad resolutiva de la APS. Medio plazo.

Objetivo B.2: mejorar la estabilidad en el empleo y las condiciones laborales.

- Acción B.2.1: aprobación de oferta pública de empleo con convocatoria y resolución, al menos bienal, de los correspondientes procesos selectivos, y promover la derogación de la tasa de reposición, con el fin de alcanzar progresivamente y mantener una tasa de temporalidad en APS inferior al 8 %. Medio plazo.
- Acción B.2.2: convocar concursos de traslados específicos, con anterioridad a la resolución de los procesos selectivos, en los que se contemple mayor puntuación para el tiempo trabajado en APS y la formación específica. Medio plazo.
- Acción B.2.3: establecer criterios sobre el número de personas adscritas a un Equipo de Atención Primaria, teniendo en cuenta principalmente las características demográficas, epidemiológicas y socioeconómicas de la población. Medio plazo.
- Acción B.2.4: identificar Zonas Especiales de Salud y plazas de difícil cobertura que, por sus especiales características demográficas y geográficas, y por cuestiones derivadas de la estacionalidad, precisarán una estrategia diferenciada, acordada en el seno de la Comisión de RR.HH. del SNS, para la contratación de profesionales y para la prestación de servicios, en la que estén implicadas las diferentes administraciones con competencias en el territorio. Medio plazo.
- Acción B.2.5: dimensionar las plantillas de los Equipo de Atención Primaria, estableciendo la dotación de puestos de todas las especialidades y profesiones, sanitarias y no sanitarias, que permita responder a las necesidades de atención de la población adscrita. Largo plazo.

- Acción B.2.6: lograr que, en el año 2022, todos los cupos cumplan criterios ajustados a: el territorio, las características demográficas, epidemiológicas y socioeconómicas de la población, la oferta asistencial de la cartera de servicios asignada y la actividad propia del equipo (docencia, investigación, oferta de servicios propios de APS, actividades comunitarias). Se estandarizarán esos criterios de población para establecer un número máximo por cupo, asegurando que no se vean afectadas, en ningún caso, las retribuciones por la disminución del referido cupo máximo de población asignada. En ese horizonte temporal de 2022, se establecerá el cupo máximo en 1500 personas asignadas de edad adulta y de 1000 personas en edad pediátrica, con un margen máximo del 10 %, todo ello dejando a criterio del titular del cupo la posibilidad de superar el margen máximo a dicho límite, siendo revisable anualmente ese compromiso, y en todo caso, con respeto al marco de las relaciones laborales en cada territorio. Largo plazo.
- Acción B.2.7: garantizar que las unidades básicas de atención, tanto de medicina familiar y comunitaria como de pediatría, estén formadas por un médico/a y al menos un enfermero/a, estableciendo libertad de elección por cada profesional. Medio plazo.
- Acción B.2.8: Establecer un plan de sustituciones para cubrir las ausencias de profesionales, consensuado entre las Gerencias de Área Sanitaria y los EAP, contemplando la posibilidad de articular modelos organizativos del equipo con ampliación horaria voluntaria y retribuida. Corto plazo.
- Acción B.2.9: las CC. AA., en el ámbito de sus competencias, facilitarán acuerdos que permitan la incorporación de las y los residentes a las bolsas de empleo a la finalización del período de formación sanitaria especializada, con el baremo correspondiente, para poder optar a las plazas vacantes que se generen de acuerdo a los criterios de la bolsa de contratación. Además se llevarán a cabo los cambios normativos que procedan para que, tras la oferta de plazas vacantes en APS, a través de las vías establecidas en cada C. A., y si estas quedan sin cubrir, se oferte a los residentes que finalizan el período de formación sanitaria especializada, contratos de equipo o centro de salud de al menos dos años de duración, dejando abierta la posibilidad a que los propios equipos presenten propuestas organizativas. Medio plazo.

Objetivo B.3: Desarrollo de la especialidad de enfermera familiar y comunitaria y de la especialidad de enfermera pediátrica en APS.

- Acción B.3.1: creación de las categorías estatutarias de Enfermero/a Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria y de Enfermero/a Especialista en Enfermería Pediátrica en el ámbito de la Atención Primaria de los Servicios de Salud. Medio plazo.
- Acción B.3.2: definir los puestos de trabajo en APS para las especialidades en Enfermería Familiar y Comunitaria y en Enfermería Pediátrica. Corto plazo.
- Acción B.3.3: creación de bolsas de trabajo específicas para la contratación de enfermeras especialistas, ponderando las distintas vías de acceso a la especialidad. Corto plazo.
- Acción B.3.4: resolver el procedimiento de reconocimiento de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria por la vía excepcional de acceso. Corto plazo.

Objetivo B.4: impulsar la autonomía de gestión en los EAP.

- Acción B.4.1: formalizar pactos o acuerdos de gestión clínica, con objetivos anuales y recursos económicos asignados, que doten a las y los profesionales del EAP de mayor capacidad de decisión sobre la gestión de la actividad, en todas las facetas, incluida la atención continuada, y de mayor corresponsabilidad sobre los resultados obtenidos. Corto plazo.
- Acción B.4.2: facilitar cuadros de mandos integrales, apoyados en tecnologías de la información, que permitan a los equipos monitorizar el cumplimiento de los objetivos y orientar a las y los profesionales hacia la consecución de una mayor efectividad, mejorando los resultados en salud, y una mayor eficiencia en la gestión de los recursos. Corto plazo.
- Acción B.4.3: las Gerencias de Área Sanitaria publicarán convocatorias para la cobertura del desarrollo de funciones de Dirección de EAP, en base a criterios de igualdad, méritos y capacidad. Corto plazo.
- Acción B.4.4: el director/a de cada centro/EAP, que actuará de interlocutor/a con la Gerencia de Área Sanitaria, coordinará la creación de un Comité de Dirección, que garantice representación y considere todos los perfiles profesionales, sanitarios y no sanitarios, con roles definidos en este órgano y establezca mecanismos de rendición de cuentas y participación de la ciudadanía y asociaciones de pacientes. Corto plazo.
- Acción B.4.5: revisar los criterios de normalización de la agenda de calidad que debe contemplar la complejidad de la/del paciente, para la atención urgente, a demanda y programada, en el centro y en el domicilio, las actividades de educación para la salud, las intervenciones en la comunidad, las consultas e interconsultas no presenciales y las actividades de docencia e investigación. Medio plazo.
- Acción B.4.6: permitir la gestión de la agenda por cada equipo profesional adaptándola en función del desarrollo de actividades de gestión, tutoría o colaboración docente e investigación, garantizando en todo momento la accesibilidad de la población y evitando la demora en la atención. Medio plazo.
- Acción B.4.7: establecer procedimientos normalizados de gestión de la demanda, según el motivo de consulta, que permitan potenciar el principio de subsidiaridad a cada EAP de manera que se ofrezca a cada persona la atención adecuada en función del tipo de necesidad y que la misma sea prestada por el profesional idóneo. Medio plazo.

Estrategia C: mejorar la calidad de la atención y la coordinación con el resto de los ámbitos asistenciales, servicios e instituciones.

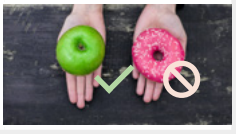
Objetivo C.1: mejorar la capacidad resolutiva de todos los profesionales, potenciando el trabajo multidisciplinar y transdisciplinar, con la visión de la persona como centro de atención.

- Acción C.1.1: facilitar el acceso a pruebas diagnósticas en similares condiciones a las que tienen las y los profesionales de Atención Hospitalaria. Corto plazo.
- Acción C.1.2: promover acuerdos interprofesionales explícitos acerca de la distribución de roles en el seno de los

equipos de APS, de manera que cada actividad sea realizada por el profesional que pueda resolver de forma más eficiente y pueda aportar más valor añadido. Corto plazo.
- Acción C.1.3: garantizar que las demandas de atención no urgentes se atiendan en menos de 48 horas. Corto plazo.
- Acción C.1.4: potenciar la coordinación efectiva con los dispositivos de atención social municipales y autonómicos. Medio plazo.

Objetivo C.2: desarrollar mecanismos para la coordinación entre ámbitos de atención.
- Acción C.2.1: establecer procesos asistenciales integrados y rutas asistenciales que requieren de los servicios de APS y atención hospitalaria y protocolos de continuidad asistencial entre ambos niveles, que deben potenciar la capacidad de control y seguimiento por Atención Primaria. Medio plazo.
- Acción C.2.2: protocolizar la coordinación entre los diferentes profesionales que atienden los domicilios (APS, servicios de urgencia extrahospitalaria, atención hospitalaria, cuidados paliativos…), potenciando el papel de las y los profesionales de APS como gestores del proceso asistencial en este ámbito. Corto plazo.
- Acción C.2.3: desarrollar protocolos multidisciplinares, coordinados por las y los farmacéuticas/os de Atención Primaria, para la coordinación clínica en la utilización de los medicamentos que garanticen la continuidad farmacoterapéutica en el ámbito sanitario y sociosanitario, incluyendo la conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales. Corto plazo.
- Acción C.2.4: potenciar el papel de las y los farmacéuticas/os de AP en su labor de formación y apoyo a las y los profesionales en el uso racional, eficiente y seguro de los medicamentos, así como en la revisión de los tratamientos de las y los pacientes institucionalizadas/os en la comunidad. Corto plazo.
- Acción C.2.5: establecer protocolos de colaboración entre los EAP y las y los farmacéuticas/os comunitarias/os, con la coordinación de la/del farmacéutica/o de AP, para la conciliación de la medicación, la optimización de la farmacoterapia, el aumento de la seguridad y efectividad de los tratamientos, la mejora de la adherencia y la reducción de la utilización inadecuada de los medicamentos. Medio plazo.
- Acción C.2.6: establecer protocolos de colaboración entre los EAP y los centros educativos, en actividades de promoción de la salud y las derivadas de las necesidades específicas de cada centro. Medio plazo.
- Acción C.2.7: establecer criterios de planificación y coordinación para la atención continuada y urgente de proximidad, y procurar la dotación de recursos necesaria para que las urgencias de baja y moderada complejidad puedan ser resueltas en la APS, con criterios de equidad y accesibilidad territorial. Medio plazo.

Estrategia D: reforzar la orientación comunitaria, la promoción de la salud y prevención en Atención Primaria de Salud.



Objetivo D.1: reforzar la coordinación entre APS, salud pública y otros sectores para la planificación de la salud comunitaria, la promoción de la salud y la prevención.
- Acción D.1.1: generar espacios y estrategias de coordinación sobre salud comunitaria, promoción de la salud y prevención entre APS, salud pública y otros sectores (educación, servicios sociales básicos, transporte, urbanismo, deportes, medioambiente…), en los diferentes niveles territoriales: Comunidad Autónoma, municipio y barrio. Corto plazo.
- Acción D.1.2: planificar y desarrollar acciones de promoción de la salud y prevención en los centros de salud y en la comunidad de manera coordinada favoreciendo la equidad, la evidencia y su adecuación a la realidad local, garantizando la participación multidisciplinar de los profesionales de APS. Medio plazo.

Objetivo D.2: fomentar el abordaje biopsicosocial desde la consulta de APS, a través de la entrevista clínica integral y la recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios.
- Acción D.2.1: formar a profesionales sanitarios de APS en abordaje biopsicosocial desde la consulta, a través de la entrevista clínica integral, las técnicas de comunicación y la recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios. Corto plazo.
- Acción D.2.2: desarrollar, con la participación de todos y todas las profesionales de APS, protocolos y herramientas de recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios, incluyendo su seguimiento y evaluación. Medio plazo.

Objetivo D.3: fomentar la educación para la salud individual y grupal orientada a los determinantes de la salud.
- Acción D.3.1: formar a profesionales de APS en educación para la salud individual y grupal con enfoque de determinantes de la salud. Corto plazo.
- Acción D.3.2: promover la participación de profesionales de APS en los programas de educación para la salud, estableciendo incentivos específicos y compensación económica si se realizan actividades fuera de horario laboral. Medio plazo.

Objetivo D.4: impulsar la salud comunitaria desde AP, mediante la acción comunitaria en salud, la intersectorialidad y la participación, para abordar la salud de la población y sus determinantes sociales.
- Acción D.4.1: formar a profesionales de APS en salud comunitaria, intersectorialidad y participación, para abordar la salud de la población y sus determinantes. Corto plazo.
- Acción D.4.2: promover la participación de profesionales de APS en acciones comunitarias y proyectos de salud comunitaria, estableciendo incentivos específicos y compensación económica si se realizan actividades fuera de horario laboral. Medio plazo.
- Acción D.4.3: promover y formar parte activa de espacios de participación comunitaria en los centros de salud y en el área sanitaria con enfoque de equidad. Medio plazo.

Objetivo D.5: extender los programas de autocuidados de personas y cuidadores/as (PAPC) en todas las áreas sanitarias.

- Acción D.5.1: crear equipos referentes del PAPC, en colaboración con las organizaciones de pacientes, en todas las áreas sanitarias, que organicen la captación de participantes de cuidadores/as expertos/as y paciente experto/a para actividades de apoyo mutuo en la comunidad. Medio plazo.
- Acción D.5.2: priorizar la captación de las personas y cuidadoras/es más desfavorecidas/os o con mayores necesidades de apoyos para desarrollar intervenciones de autocuidado. Medio plazo.

Estrategia E: potenciar el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC).

Objetivo E.1: promover la mejora continua de la historia de salud digital.

- Acción E.1.1: garantizar el acceso seguro de todos y todas las profesionales sanitarias/os a la historia de salud digital del SNS. Corto plazo
- Acción E.1.2: garantizar la interoperabilidad de los sistemas y de los registros clínicos para facilitar el acceso seguro a la información por las y los profesionales de todos los ámbitos de atención. Medio plazo.
- Acción E.1.3: implementar un procedimiento estructurado y sistemático de comunicación entre profesionales en la transferencia de pacientes. Medio plazo.
- Acción E.1.4: desarrollar el registro en la historia de salud digital de los condicionantes sociales y de contexto familiar de los/las pacientes, para favorecer el abordaje biopsicosocial. Medio plazo.
- Acción E.1.5: impulsar el uso de tecnologías que permitan el registro de datos clínicos en el domicilio del paciente y su volcado a la historia de salud digital. Largo plazo.

Objetivo E.2: proporcionar herramientas de ayuda para la toma de decisiones y seguimiento de programas clínicos y de atención sociosanitaria

- Acción E.2.1: desarrollar sistemas de automatización que permitan integrar, en la historia de salud digital, las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica del SNS, los protocolos de actuación y las Guías Farmacoterapéuticas de Área, así como los protocolos para el desarrollo de las competencias enfermeras de indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos. Medio plazo.
- Acción E.2.2: implementar sistemas informatizados de ayuda a la prescripción, certificados y validados. Medio plazo.
- Acción E.2.3: normalizar el informe farmacoterapéutico que permita compartir entre los profesionales la información registrada en la historia de salud digital, sobre la medicación que utiliza el paciente, prescrita tanto en el ámbito público como en el ámbito privado, así como medicación y otros productos que pueda tomar por iniciativa propia. Medio plazo.
- Acción E.2.4: normalizar los informes de valoración enfermera al ingreso y de valoración enfermera al alta, como instrumentos fundamentales en la continuidad de cuidados. Medio plazo.
- Acción E.2.5: desarrollar sistemas de alerta, entre otros, para la detección de personas en las que esté incompleto el registro del calendario vacunal, existencia de alergias o infección por bacterias resistentes. Medio plazo.
- Acción E.2.6: establecer avisos de garantía en la historia de salud digital para apoyar los programas de cribado poblacional de cáncer y detectar población diana que no haya participado en los cribados neonatales poblacionales. Medio plazo.

Objetivo E.3: utilizar la consulta no presencial, de acuerdo con los recursos disponibles.

- Acción E.3.1: impulsar las consultas telemáticas de ágil resolución, con identificación segura de la/del usuaria/o, que permitan la integración de la solicitud de consulta y respuesta en la historia de salud digital. Medio plazo.
- Acción E.3.2: extender las modalidades de interconsulta no presencial con imagen asociada y acceso a pruebas complementarias adecuadas e indicadas. Medio plazo.

Estrategia F: impulsar la formación y la investigación en Atención Primaria de Salud.

Objetivo F.1: aumentar la presencia de la APS en los estudios de Grado de titulaciones del área de Ciencias de la Salud y Ciencias Sociales.

- Acción F.1.1: incorporar la APS como área de conocimiento en los planes de estudio de las titulaciones de los diferentes grados profesionales del ámbito de la APS (Medicina Familiar y Comunitaria como área de conocimiento en los planes de estudio propios del Grado de Medicina, al igual que Enfermería, Fisioterapia y otras) implementando las medidas normativas necesarias, que se acuerden por las autoridades sanitarias, educativas y conferencias de Decanos. Medio plazo.
- Acción F.1.2: incluir la APS en departamentos o unidades docentes existentes de los centros universitarios de Medicina, Enfermería, Odontología, Psicología, Fisioterapia y Farmacia. Largo plazo.
- Acción F.1.3: impulsar los cambios normativos necesarios, de manera coordinada entre el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, en materia de acreditación de profesorado universitaria, de manera que los criterios se adapten a los estándares de práctica asistencial en el ámbito de la APS y faciliten la incorporación de sus profesionales en los cuerpos de profesorado universitario. Medio plazo.

Objetivo F.2: incluir y consolidar la formación en APS en formación sanitaria especializada.

- Acción F.2.1: incorporar rotaciones obligatorias en APS, de duración variable, en todos los programas oficiales de formación de las especialidades en ciencias de la salud. Medio plazo.

- Acción F.2.2: proponer a la Comisión Nacional de la especialidad de Pediatría y sus áreas específicas la inclusión en el programa oficial de formación, una rotación obligatoria en APS de 6 meses y la posibilidad de ampliarla hasta doce meses, de forma opcional. Corto plazo.
- Acción F.2.3: revisión de los programas formativos de las especialidades vinculadas a APS (Medicina de Familia y Comunitaria, Enfermería de Familia y Comunitaria, Pediatría, Enfermería de Pediatría, Matronas…) fortaleciendo especialmente la competencia comunitaria y la competencia en equidad. Medio plazo.
- Acción F.2.4: creación de la especialidad de Farmacia de Atención Primaria y Hospitalaria. Corto plazo.

Objetivo F.3: adecuar, a las necesidades de cada comunidad autónoma, la formación de las especialidades con desarrollo en el ámbito de APS (Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatría, Enfermería Familiar y Comunitaria, Enfermería Pediátrica y Enfermería Obstétrico-Ginecológica, Farma-cia de Atención Primaria y Hospitalaria, Psicología Clínica)

- Acción F.3.1: elaboración de un estudio de situación actual y necesidades de profesionales en APS, para la planificación a medio-largo plazo. Corto plazo.
- Acción F.3.2: aumentar de manera significativa el número de plazas acreditadas para formación de profesionales de APS y ofertar el 100 % de las plazas acreditadas en las convocatorias anuales de acceso a plazas de formación sanitaria especializada. Corto plazo.
- Acción F.3.3: actualizar y publicar los criterios de acreditación de unidades docentes multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria. Corto plazo.
- Acción F.3.4: incentivar la docencia impartida por las y los tutoras/es acreditadas/os en APS. Medio plazo.

Objetivo F.4: mejorar los conocimientos y promover el desarrollo de habilidades de los profesionales de APS en las estrategias claves del sistema sanitario

- Acción F.4.1: elaborar un plan de formación continuada anual precedido de un informe sobre detección de necesidades de las y los profesionales, basada en las líneas estratégicas de la organización, con enfoque multidisciplinar, destacando la formación en equidad y en salud digital. Medio plazo.
- Acción F.4.2: realizar acciones formativas específicas sobre las estrategias de «*No hacer*». Medio plazo.
- Acción F.4.3: promover la realización de las actividades formativas en horario laboral. Medio plazo.

Objetivo F.5: potenciar la investigación en APS.

- Acción F.5.1: conocer la situación actual de la investigación en APS: Elaboración del mapa de recursos de investigación en APS e identificación de necesidades. Medio plazo.
- Acción F.5.2: establecer incentivos económicos y de carrera profesional con criterio de discriminación positiva para todas/os las y los profesionales que participen en proyectos de investigación del área o proyectos independientes, orientados fundamentalmente al estudio de la efectividad de intervenciones en condiciones de práctica clínica habitual. Medio plazo.
- Acción F.5.3: los fondos de financiación, en el ámbito público, deberían priorizar la investigación en intervenciones de promoción de salud, prevención de enfermedad, cuidados de enfermería, educación para la salud, intervenciones comunitarias, etc. Medio plazo.
- Acción F.5.4: incluir en el plan de formación continuada, la adquisición de conocimientos en metodología de investigación. Medio plazo.
- Acción F.5.5: mejorar los módulos de análisis y explotación de los sistemas de información para facilitar el uso de datos en el desarrollo de la actividad investigadora. Medio plazo.

Anexo II
Modelos de Atención Primaria en el mundo

Los modelos de organización y prestación de servicios en Atención Primaria se pueden dividir en tres modelos generales de prestación de servicios: Modelo Reglado, Modelo liberal y Modelo de Centros de Salud (España). *(Ver tabla a pie de página)*

No todos los países encajan exactamente en esta clasificación, adoptando características de uno y otro. Esta organización se analiza en la macrogestión.

En la organización de la Atención Primaria, en el nivel de mesogestión, se han de tener en cuenta la continuidad asistencial: continuidad de relación, continuidad de información y continuidad de gestión. Entre las herramientas empleadas para la coordinación asistencial, tenemos: derivación-interconsulta, historia clínica compartida, consulta informal, telemedicina-telecuidados, sesiones clínicas, guías-protocolos, gestión de casos, procesos asistenciales integrados...

NOTA

Un proceso asistencial integrado detalla el itinerario de los pacientes y el conjunto de acciones vinculadas a un problema clínico. Mientras que un proceso asistencial territorial se centra en los códigos de activación, centrados en evitar el retraso diagnóstico y establecimiento de una cadena de intervención ágil (RCP, código ICTUS, código INFARTO...).

A nivel de microgestión se centra en aspecto clave, como son: longitudinalidad, continuidad asistencial, calidad asistencial y gestión de la demanda y necesidades de los usuarios.

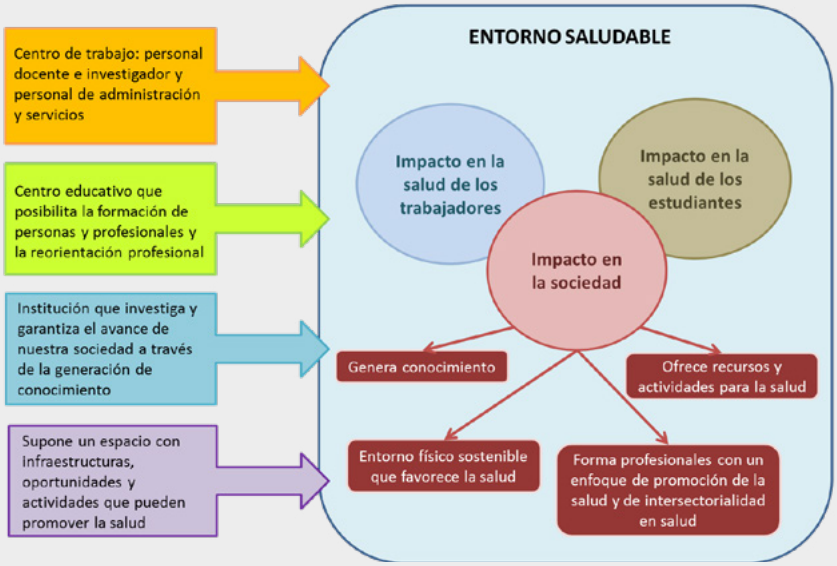
Por longitudinalidad entendemos, la relación profesional-usuario constante a lo largo del tiempo, siendo el mismo profesional el que atiende al paciente. En cambio, la continuidad asistencial, se centra en la relación del paciente con los distintos profesionales, a lo largo del tiempo.

Comparación de las fortalezas y debilidades de los diferentes modelos de Atención Primaria

Modelo de AP	Fortalezas	Debilidades
Reglado	Autonomía de gestión para profesionales Procesos de acreditación de servicios y profesionales Coordinación efectiva entre niveles asistenciales Alto desarrollo académico de AP	Incentiva asumir grandes cupos de pacientes Pago con complementos ligados al cumplimiento de objetivos
Liberal	Alta capacidad de decisión del paciente, con libre elección de médico y hospital Acceso ilimitado a pruebas complementarias desde AP	Falta de universalidad de la AP Pago en el punto de atención Alto trado de burocratización Consultas individuales sin trabajo en equipo Poca coordinación entre niveles asistenciales
Centro de salud	Equipos multidisciplinares con alta resolución Buena accesibilidad Longitudinalidad Universalidad de la AP	Escasa autonomía de gestión Rigidez del modelo laboral funcionarial y su sistema retributivo Pobre desarrollo académico de la AP

Anexo III
Implementación de la estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS en las Universidades (2016)

Durante la primera fase de la implementación de la EPSP, se está trabajando en el entorno sanitario, educativo y comunitario-local. Durante la planificación de la EPSP se priorizaron esos tres entornos para una primera fase, pero la universidad se considera un elemento esencial para la promoción de la salud, ligado tanto al ámbito comunitario y local como al educativo; por lo que se ha considerado clave impulsar la implementación de la EPSP en la universidad.

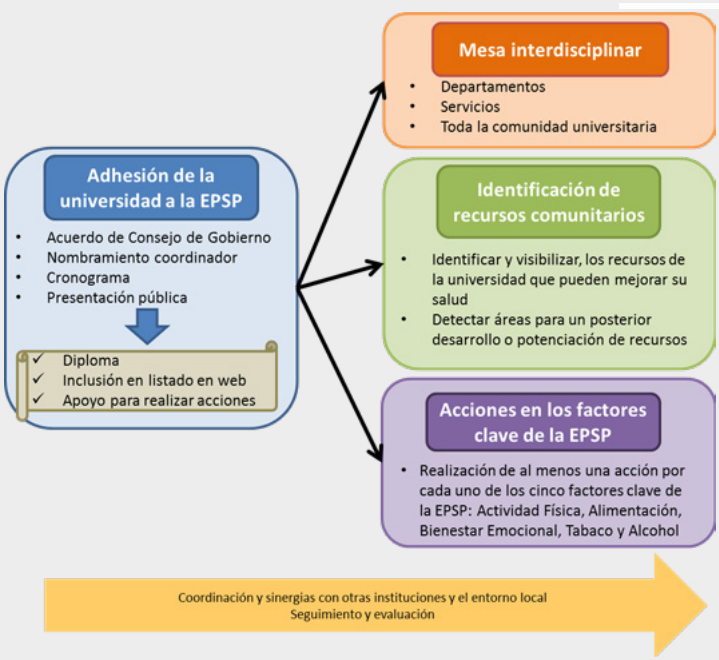


Esquema de la implementación de la EPSP

Los objetivos de esta implementación se realizarían a través de cuatro acciones principales:

1. Adhesión y compromiso de la universidad con la EPSP
2. Puesta en funcionamiento de una mesa interdisciplinar
3. Identificación de recursos para la salud de la universidad y visibilización de los mismos.
4. Realización de al menos una acción por cada uno de los cinco factores clave de la EPSP: Actividad Física, Alimentación, Bienestar Emocional, Tabaco y Alcohol.

A continuación, se presenta el esquema de la implementación de las universidades a la EPSP.



Más info: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Universidades/Guia_breve_implementacion_universidades.pdf

Promoción de la Salud en la Escuela

Uno de los objetivos operativos de la Estrategia para el entorno escolar es promover la actividad física en escuelas infantiles y centros de primaria y secundaria para que los menores alcancen las recomendaciones de tipo, intensidad y frecuencia de actividad física según su tramo de edad promoviendo las siguientes medidas:

a) **Romper los tiempos en actitud sedentaria en la escuela mediante *"descansos activos"* – DAME 10.**
DAME 10 (Descansos Activos Mediante Ejercicio) es un material didáctico que propone una serie de actividades físicas de 5-10 minutos de duración diseñadas para desarrollar en el aula, durante el horario lectivo, por el profesor tutor o especialista sin apenas material específico y de una manera sencilla, divertida y significativa para el alumnado, con el objetivo claro de reducir el tiempo en actitud sedentaria durante la jornada escolar. Son actividades divertidas y que a la vez trabajan contenidos curriculares de todas las áreas de conocimiento desde 2º ciclo de educación infantil hasta el último curso de primaria y un póster dirigido a primer curso de secundaria.

b) **Aumentar la intensidad de las actividades físicas realizadas en la asignatura de Educación Física mediante *"Unidades Didácticas Activas"* – UDA.**
UDA (Unidades Didácticas Activas) es un material didáctico desarrollado por profesorado especialista en la materia y orientado a aumentar el porcentaje de actividad física de intensidad moderada a vigorosa durante las clases de educación física a al menos un 50% de la duración de la clase (Educación Primaria y Educación Secundaria Obligatoria) con el fin de acercarse a las recomendaciones internacionales de actividad física en niños y adolescentes; estos materiales han sido diseñado para ajustarse a los contenidos curriculares de cada curso y etapa a la vez que favorece el desarrollo y adquisición de las Competencias Clave establecidas en la legislación educativa vigente.

c) **Fortalecer las competencias sobre estimulación motriz temprana en la primera infancia.**
Actividad Física y Salud de 3 a 6 años. Guía para docentes de Educación Infantil. Manual teórico-práctico de apoyo al profesorado de Educación Infantil que imparte contenidos relacionados con la motricidad como primer eslabón en la promoción de la actividad física y salud en la escuela.
Los estilos de vida comienzan a adquirirse en los primeros años de vida, por ello la edad de 3 a 6 años es un período crítico. La evidencia muestra que los estilos de vida adquiridos en este período continúan en edades posteriores.

d) **Potenciar las escuelas como espacio para realizar actividad física en horario escolar y extraescolar.**

Más info: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Promocion_Salud_Escuela.htm

Programa de Parentalidad Positiva: Ganar salud y bienestar de 0 a 3 años

La Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS reconoce la importancia de ofrecer a todos los niños y niñas un buen comienzo en la vida. El período de 0 a 3 años es clave para su desarrollo, ya que, durante los primeros años se estructuran las bases fundamentales de un individuo, como el lenguaje, los hábitos y habilidades sociales, las capacidades cognitivas y el buen desarrollo emocional o psíquico. En este marco está disponible:

Programa de Parentalidad Positiva: Ganar salud y bienestar de 0 a 3 años.

1. Curso online con actividades interactivas para familias y personas cuidadoras
2. Ganar salud y bienestar de 0 a 3 años: capacitación online para el desarrollo de actividades presenciales grupales. Dirigido a profesionales.
   A pesar de poner a disposición de las familias y personas cuidadoras el curso *online "Ganar salud y bienestar de 0 a 3 años"*, siendo conscientes de que la formación online no siempre es accesible a todas las personas, se ha puesto en marcha un curso dirigido específicamente a profesionales del sistema socio sanitario o de organismos no gubernamentales para capacitarles en el desarrollo de talleres presenciales; este curso para profesionales está basado en los materiales del curso para familias y personas cuidadoras.
   Los talleres se dirigen fundamentalmente a personas que no han realizado el curso online para familias y cuidadores, pero también podrían llevarse a cabo con personas que ya lo hayan realizado con el objetivo de reforzar determinados contenidos. Por si fuera de utilidad, se pone a disposición de profesionales con amplia experiencia en la puesta en marcha de actividades presenciales grupales la guía *"Parentalidad Positiva: Ganar Salud y Bienestar de 0-3 Años"*.
3. Jornada presencial de *"Formación de formadores en Capacitación para el desarrollo de actividades presenciales grupales de parentalidad positiva"*. El 21 de enero de

2016 tuvo lugar la jornada de formación de formadores en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI).

Más info: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Parentalidad_Positiva.htm

Promoción de la salud: publicaciones del Ministerio de Sanidad.

1. **Sistema de Información de Promoción y Educación de la Salud, SIPES.**
   SIPES es un Sistema de Información de Promoción y Educación para la Salud realizado en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional Salud, Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud, los promotores son la Subdirección General de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y las Unidades de Promoción de la Salud de las Consejerías de Sanidad de las Comunidades y Ciudades Autónomas, con el apoyo técnico de la Subdirección General de Tecnologías de la Información del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. SIPES tiene como finalidad principal el intercambio de información y buenas prácticas en promoción de la salud. Los objetivos fundamentales del sistema son:
   - Intercambio de información y de experiencias entre profesionales e instituciones de las diferentes administraciones, organizaciones, colectivos y entidades sociales que trabajan en temas relacionados con la Promoción y Educación para Salud.
   - Facilitar la gestión de las iniciativas y demandas de educación para la salud existente para mejorar la toma de decisiones en promoción de la salud.
   - Proporcionar una referencia cualificada de información en promoción de la salud, accesible a los centros y profesionales, con implicaciones de los servicios sanitarios, sistema educativo y servicios sociales.
   - Mejorar la calidad y accesibilidad de la información sobre salud dirigida a la población general, profesionales, colectivos y entidades sociales.
2. **Equidad en Salud y Desigualdades Sociales en Salud**
   Alcanzar la **equidad en salud** significa que las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales. La equidad en salud implica que los recursos sean asignados según la necesidad:
   - Acción conjunta sobre Equidad en Salud: Equity Action
   - Estrategia Nacional de Equidad en Salud
   - Áreas Específicas: Equidad en Salud y Comunidad Gitana, Equidad en Salud en infancia y adolescencia
3. **Salud de los Jóvenes**
   - Ganar Salud con la Juventud:
   - Promoviendo la Adaptación Saludable de Nuestros Adolescentes
   - Estudio HBSC (Estudio de la conducta sobre salud de los jóvenes en edad escolar)
   - Salud en la Escuela
4. **Actividad Física**
5. **Redes de Promoción de la Salud: Ciudades Saludables, Red Española de Universidades Saludables (REUS), Hospitales Promotores de la Salud**
   Una Ciudad saludable es aquella que da una alta prioridad a la salud en todas sus actuaciones. Cualquier ciudad puede ser saludable si se compromete con la salud, tiene una estructura para trabajar por ella y comienza un proceso para conseguir más salud.
   La salud es algo más que la ausencia de enfermedad o la actividad curativa de los servicios sanitarios: puede crearse si el entorno donde vivimos nos facilita estilos de vida más sanos.
6. **Formación en promoción y educación para la salud**
7. **Migración y Salud**
   La salud es un recurso básico para la vida, un derecho humano y uno de los motores del desarrollo económico y social. El aumento de las migraciones es un fenómeno ligado a los avances y características del siglo XXI. El Plan estratégico ciudadanía e integración 2007-2010 plantea las estrategias necesarias para que el acceso al sistema sanitario público y a la asistencia sanitaria, en condiciones de igualdad, contribuya a la integración de los inmigrantes y a su plena participación en la sociedad de acogida. Por otro lado, nuestra sociedad esta cada vez más globalizada, las personas viajeras son cada vez más numerosas y las enfermedades y condiciones que determinan la salud y la enfermedad han dejado de ser un patrimonio nacional. Los informes que aquí se presentan, analizan estos nuevos fenómenos, valoran su repercusión en la salud pública y establecen pautas de adaptación a estas nuevas formas de vida y trabajo, para instituciones, profesionales y la sociedad en su conjunto.
8. **Salud y Género**
   La Declaración de Madrid: la equidad de género en la salud mediante el *mainstreaming*, la necesidad de avanzar. Desde la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación se trabaja en la elaboración de líneas de actuación comunes para la disminución de las desigualdades en salud por razón de género, desde una perspectiva de participación y colaboración de todos los agentes implicados, generando y difundiendo conocimiento que permita el análisis de género y promueva la inclusión del enfoque de género y la equidad en las políticas públicas y sistemas de salud.

Más info: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/home.htm

Anexo IV
Catálogos estandarizados utilizados más habitualmente en los programas de historia clínica informatizada

Aspecto	Catálogo	Comentarios
Terminología clínica	SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine-Clinical Terms)	Deriva de una clasificación inicialmente desarrollada por el College of American Pathologists que convergió posteriormente con los Read Codes de la British Medical Association. Pretende ser una terminología global para la medicina que incluya tanto diagnósticos como síntomas, fármacos, localizaciones anatómicas, agentes causales, etc.
Diagnósticos médicos	CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades)	Mantenida por la OMS con la finalidad de codificar los datos de morbilidad y mortalidad. Actualmente se encuentra en la décima edición. A partir de 2016, el Ministerio de Sanidad ha acordado utilizar de forma generalizada la CIE-10-PCS (o CIE-10-ES), que es una clasificación derivada de la CIE-10.
	CIAP-2 (Clasificación Internacional de Atención Primaria)	Desarrollada por el International Classificaction Committee de la WONCA, está especialmente diseñada para su utilización en Atención Primaria y permite clasificar el motivo de consulta, el diagnóstico y los procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos.
Diagnósticos de enfermería	NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)	Sistema de clasificación sistemática de los juicios clínicos enfermeros o diagnósticos en 13 dominios.
Intervenciones de enfermería	NIC (Iowa Nursing Intervention Classification)	Clasificción de los tratamientos que realizan los profesionales de enfermería, organizados en 7 campos y 30 clases.
Resultados de enfermería	NOC (Iowa Nursing Outcome Classification)	Clasificación de los resultados enfermeros estandarizados para medir los cambios en la evolución del paciente y determinar los efectos de las intervenciones a lo largo del tiempo.
Fármacos	ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification Index)	Mantenido por la OMS. Índice de sustancias farmacológicas y medicamentos, organizados según grupos terapéuticos.
Imágenes médicas	DICOM (Digital Imaging and Comminication in Medicine)	Estándar reconocido mundialmente para el intercambio de imágenes médicas, diseñado para el manejo, almacenamiento, impresión y transmisión de imágenes médicas. Incluye la definición tanto de un formato de fichero como de un protocolo de comunicación.
Comunidades sanitarias	HL7 (Health Level Seven)	Conjunto de estándares para facilitar el intercambio de información clínica. Utiliza el sistema de marcas XML.
Análisis clínicos	LOINC (Logical Observaction Indentifiers Names and Codes)	Estándar universal para la identificación de observaciones de laboratorio. Contiene información sobre el componenete medido, el sistema de medida utilizado y el sustrato sobre el que se ha llevado a cabo el análisis.

El desarrollo de las nuevas tecnologías está propiciando una transformación en la que sistemas ágiles que aprenden de la experiencia diaria, como ***"learning health care system"*** están tomando mayor presencia. Este tipo de sistemas permite un tratamiento de la información que ayuda a mejorar estrategias de abordaje de la salud.

Además de estos sistemas, los sistemas telemáticos se abren paso, siendo algunos de ellos: telemedicina, telecuidados, teleconsultas, telefarmacia, teleadministración, telepsiquiatría...

Este desarrollo de tecnologías conlleva mayor necesidad de seguridad, control y acceso de calidad a los recursos. En Internet la calidad de los contenidos no siempre queda garantizada. Por este motivo, la **agencia suiza Health on the Net (HON),** establece los criterios éticos y de calidad que deben contener las páginas web para considerarlas seguras y fiables:

Aspectos de calidad de las páginas web recogidos en el código HON*

- **Autoría:** indicar las cualificaciones de los autores.
- **Complementariedad:** la información debe complementar la relación médico-paciente, no reemplazarla.
- **Confidencialidad:** respetar la privacidad y confidencialidad de los datos personales proporcionados por un visitante del sitio.
- **Atribución:** citar las fuentes de la información publicada y la fecha.
- **Garantía:** el sitio web debe mantener cualquier requerimiento relativo a un tratamiento, producto o servicio, respaldándolo con las evidencias adecuadas y objetivas.
- **Transparencia de los autores y accesibilidad:** la presentación ha de ser accesible, mostrando la identidad del editor y del webmáster, y ha de disponer de un correo electrónico de contacto.
- **Patrocinador:** se han de identificar claramente las fuentes de información.
- **Política publicitaria:** se han de poder distinguir claramente las advertencias sobre la política publicitaria.

(*) Health on the Net, www.hon. ch