

*MARCO ESTRATÉGICO  
PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA  
DEL SIGLO XXI*

Proyecto

**AP21**

PRIMERA EVALUACIÓN – SEPTIEMBRE 2009

Elaboración del informe: Instituto de Información Sanitaria. Agencia de Calidad. MSPS.  
 M<sup>a</sup> Santos Ichaso Hernández-Rubio  
 Subdirectora General Adjunta.  
 Amparo Montesinos Alonso  
 Jefa de Área.

#### Referentes de las comunidades autónomas

Andalucía	Eloisa Fernández Santiago Subdirectora de Organización y Cooperación Asistencial. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud (SAS).
Aragón	Natalia Enríquez Martín Servicio de Evaluación, Acreditación y Calidad. Dirección General de Planificación y Aseguramiento. Consejería de Sanidad y Consumo.
Asturias	Ángel Miguel Alzuela Fernández Jefe del Servicio de Evaluación. Dirección General de Planificación y Evaluación. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.
Baleares	Joan Pou Bordoy Subdirector de Coordinación de Atención Primaria. Servicio de Salud de las Islas Baleares (IB-Salut)
Canarias	Patricia Carrillo Ojeda Jefa de Sección. Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de Salud (SCS)
Cantabria	Jose Manuel Liendo Barquín Director Gerente AP. Área de salud de Santander. Servicio Cántabro de Salud.
Castilla y León	Rafael Sánchez Herrero Director Técnico de Atención Primaria.
Castilla-La Mancha	Gonzalo Sánchez Sánchez Jefe de Servicio de Programas Asistenciales. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)
Cataluña	Ramón Morera Castell Director del Plan de Innovación de AP y Salud Comunitaria.
Comunidad Valenciana	Manuel Yarza Cañellas Director de Asistencia Sanitaria de Zona (Zona I). Agencia Valenciana de Salud (AVS)
Extremadura	Ceciliano Franco Rubio Director General Asistencia Sanitaria. Servicio Extremeño de Salud (SES) Asunción Ramos Jiménez Subdirectora Atención Primaria. Servicio Extremeño de Salud.
Galicia	Ana Clavería Fontán Jefa de Servicio. Subdirección General de Calidad. Servicio Gallego de Salud (SERGAS)
Madrid	Ana Miquel Gómez Subdirectora de Gestión y Seguimiento de Objetivos de AP. Dirección General de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).
Murcia	Jose Javier Herranz Valera Subdirector General de AP y Urgencias y Emergencias Sanitarias. Servicio Murciano de Salud.
Navarra	Javier Apezteguía Urroz Jefe de Servicio de Gestión Clínica y Sistemas de Información. Servicio Navarro de Salud (OSASUNBIDEA)
País Vasco	Michol González Torres sustituida por Eduardo Gárate Guisasola Directora de Atención Sanitaria. Servicio Vasco de Salud (OSAKIDETZA)
La Rioja	Manuel Ruiz de Ocenda Armentia Director de AP y 061. Servicio Riojano de Salud.
INGESA	Teresa García Ortiz Asesor de Prestaciones Subdirección General de Atención Sanitaria. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)

## ÍNDICE

	Página
Presentación	4
I. Metodología	6
II. Indicadores	7
IIa). Informe resumen de los principales datos de indicadores disponibles en el SNS	8
- Aspectos estructurales, de organización y gestión	8
- Percepción de los ciudadanos	15
- Actividad y calidad del proceso de atención	19
- Contribución a la obtención de resultados	24
- En población infantil	25
- En población adulta	29
- Indicadores coyunturales	34
- Información cualitativa basada en SI del SNS	36
IIb). Informe valorativo de las comunidades autónomas acerca de su situación	37
III. Cuestionario. Resumen de las respuestas elaboradas por las CCAA	105
- Medidas organizativas que contemplan una disminución de la burocracia en las consultas de AP	106
- Nuevos modelos de gestión en los centros de salud	116
- Objetivos asistenciales comunes para AP y AE	127
- Modelo organizativo de acreditación de la competencia	136
- Guías clínicas basadas en la evidencia de los problemas más prevalentes en AP	140
- Carrera profesional en AP que tiene en cuenta la valoración de los meritos formativos, docentes (pregraduada y postgraduada) e investigadores	146
- Modelo de calidad en AP	153
- Programa de formación de profesionales destinado a promover la autonomía y seguridad del paciente	159
- Planes de formación para los directivos	166
- Proyectos de investigación relacionados con la AP	169
- Experiencias relacionadas con la AP	177
IV. Principales conclusiones	185
V. Anexos	190
Anexo I: Otros informes aportados por las CCAA	191
Anexo II: Relación de abreviaturas utilizadas	216
Anexo III: Fuentes	218

## PRESENTACIÓN

El Ministerio de Sanidad y Política Social (antes de Sanidad y Consumo) está impulsando y coordinando el Marco Estratégico para la mejora de la atención primaria en el siglo XXI (Proyecto AP-21), en el que colaboran Comunidades Autónomas (CCAA), Sociedades Científicas y Asociaciones de Pacientes.

El objetivo de este Marco Estratégico es alcanzar una atención primaria de calidad, accesible a todos de manera equitativa, orientada al ciudadano, con una alta capacidad de resolución, que potencie la continuidad asistencial, con organización y gestión eficientes y que garantice la participación y el desarrollo de sus profesionales.

El Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) del 11 de diciembre de 2006 aprobó una declaración en la que considera adecuado el Marco Estratégico para la mejora de la atención primaria. En ella se señala que en un horizonte de seis años (2007-2012), las CCAA han de desarrollar las medidas que, en el ámbito de sus competencias y con la adaptación precisa a la realidad territorial, hagan posible la consecución de los avances que plantea este Marco para la mejora de la atención primaria de salud en España.

Las CCAA han elaborado sus propios planes de mejora de la atención primaria teniendo en cuenta el Marco Estratégico AP-21. Por parte del Ministerio se han apoyado proyectos dentro del Plan de Calidad que impulsan líneas de actuación contenidas en estas estrategias, poniendo de relieve, para ser tenidos especialmente en consideración, los desarrollos encaminados a incrementar la capacidad de resolución de los servicios, los cuidados sanitarios domiciliarios, la mejora en la coordinación entre atención primaria y atención especializada y la disminución de la carga burocrática de los profesionales.

En la misma sesión de 11 de diciembre de 2006, el pleno del CISNS encargó a la Agencia de Calidad del SNS, de acuerdo con las CCAA y contando con la opinión de los profesionales, la elaboración de indicadores que permitiesen realizar una evaluación del desarrollo y aplicación del Marco Estratégico.

Cumplidos dos años desde el comienzo de la aplicación por las CCAA de estas estrategias, se presenta el primer informe de evaluación del desarrollo del Proyecto correspondiente al periodo 2007-2008.

El objetivo planteado en esta primera evaluación ha sido el de conocer la situación de la atención primaria, atendiendo fundamentalmente a los aspectos: estructurales, de la organización y de la gestión; la percepción de los ciudadanos; la actividad y calidad del proceso de atención y la contribución de la atención primaria a la obtención de resultados de salud.

Este informe constituye la necesaria referencia como punto de partida para seguir la evolución de la atención primaria desde la aprobación de las estrategias de AP-21.

Por tanto, en próximas evaluaciones, a la luz de esta experiencia, se podrán introducir todas aquellas modificaciones que sean acordadas, incluyendo nuevos indicadores y homogeneizando la recogida de información cualitativa. En todo caso, habría que complementar el enfoque aquí utilizado con una valoración específica de la aplicación de las estrategias y, en la medida de lo posible, establecer una relación entre esa aplicación y los cambios que se vayan registrando en la atención primaria.

Para la preparación y realización de las evaluaciones previstas (parcial en el año 2011 y final en 2013), se considera imprescindible mantener el compromiso continuado de colaboración de las CCAA, constituidas en Grupo de Trabajo, para que sigan contribuyendo a la evaluación de la estrategia. También, está fuera de dudas la necesidad de que las sociedades científicas y profesionales de atención primaria participen en las próximas evaluaciones.

El informe que aquí se presenta ha sido realizado por el Instituto de Información Sanitaria de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud utilizando:

- 1.- La información disponible del conjunto de indicadores previamente acordados con las sociedades científicas de atención primaria y las CCAA.
- 2.- La valoración que cada comunidad autónoma ha realizado de su situación con respecto a los datos de dichos indicadores.
- 3.- La información cualitativa proporcionada por las CCAA concretando aspectos de las estrategias que no recogen los indicadores y, especialmente, los referidos a iniciativas de buenas prácticas y experiencias que se han considerado de interés para su conocimiento por todos los Servicios de Salud. Las CCAA han aportado esta información con sus respuestas a un cuestionario preparado al efecto por la Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del SNS y Alta Inspección y algunas de esas comunidades, además, con el envío de documentación complementaria.

BORRADOR

## I - METODOLOGÍA

El procedimiento de evaluación seguido está formado por dos partes:

De un lado, la remisión por parte de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), a través del Instituto de Información Sanitaria (IIS), de la información disponible derivada del conjunto de indicadores previamente acordado con las sociedades científicas de atención primaria y las propias comunidades autónomas, cuyo listado y criterios para su construcción se anexaron a los datos. Dicha labor es consecuencia del mandato establecido por el Consejo Interterritorial del SNS.

Los indicadores enviados se encuentran agrupados en seis bloques (aspectos estructurales, organización y gestión; percepción de los ciudadanos; actividad y calidad del proceso de atención; resultados sanitarios en población infantil; resultados en población adulta, y otros indicadores coyunturales).

Sobre dicho conjunto de indicadores remitidos, la Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del SNS y Alta Inspección, solicitó además a cada Comunidad Autónoma que efectuase una valoración comparativa de su situación respecto del conjunto, con el objetivo de localizar posibles puntos de mejora priorizados en cada territorio.

De otro lado, igualmente la citada DG de Ordenación Profesional, Cohesión y Alta Inspección solicitó a las comunidades autónomas dar respuestas a una serie de aspectos cualitativos, que concretan aspectos de las Estrategias AP-21 que no se recogen en los indicadores, principalmente enfocados a obtener información acerca de diversos elementos de la organización y gestión.

Para ello, se solicitó cumplimentar un cuestionario con 10 preguntas de respuesta abierta, que recogiera la implantación o no en cada Comunidad Autónoma de los aspectos contemplados en el cuestionario y, en caso afirmativo, incluyera una breve descripción de la experiencia adquirida con ella. Además de ello, se dejó un apartado (11) para poder reflejar iniciativas de buenas prácticas o experiencias que se considerasen de interés para su difusión en el Sistema Nacional de Salud.

Para completar las respuestas, algunas comunidades autónomas han adjuntado documentación relacionada, o indicado la dirección web de la Comunidad en donde están accesibles.

El informe que se presenta a continuación sigue la siguiente estructura:

- Indicadores:
  - Informe resumen de los principales datos de indicadores disponibles en el Sistema Nacional de Salud.
  - Informe valorativo de las comunidades autónomas acerca de su situación.
- Cuestionario: Resumen de las respuestas elaboradas por las comunidades autónomas. En algún caso, se han añadido resúmenes de la documentación complementaria remitida.
- Conclusiones.
- Anexos conteniendo otros informes aportados por las CCAA, relación de abreviaturas y las fuentes utilizadas.

## II – INDICADORES

## II - a) INFORME RESUMEN DE LOS PRINCIPALES INDICADORES DISPONIBLES EN EL SNS

La información aquí contenida aparece en el mismo orden de agrupación utilizado para aglutinar los datos aportados, que giran en torno a:

- Aspectos estructurales, de organización y gestión
- Percepción de los ciudadanos
- Actividad y calidad del proceso de atención
- Contribución a la obtención de resultados, en población infantil y en población adulta
- Otros indicadores

### ASPECTOS ESTRUCTURALES, DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

Se resumen aquí los indicadores relacionados, básicamente, con dos tipos de información: la relativa a las dotaciones de los recursos humanos básicos y la del gasto sanitario imputado a la atención primaria.

#### RATIOS DE POBLACIÓN DE TARJETA SANITARIA POR TIPO DE PROFESIONAL

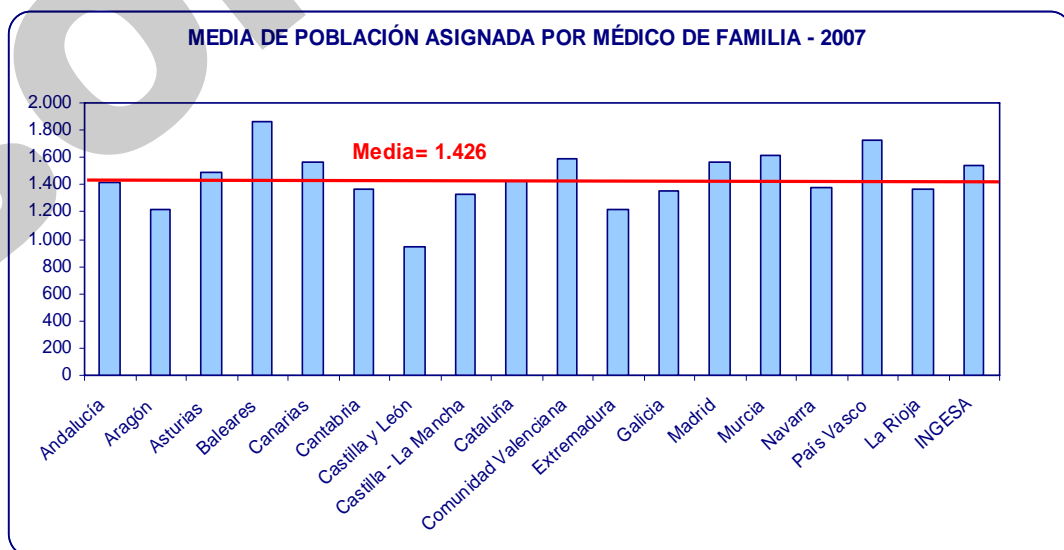
Se reflejan a continuación los resultados de los indicadores de ratios de población media que tienen asignada los profesionales de medicina de familia, pediatría, enfermería y auxiliar administrativo.

Dichos ratios se obtienen dividiendo el número de Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) asignadas expresamente a los profesionales de medicina de familia y comunitaria (MFC) o de pediatría (PED), entre el número de profesionales (de MFC o de PED, según corresponda) existente. Para el caso de enfermería y del personal auxiliar administrativo, se utiliza para el cálculo la suma de las TSI asignadas a los profesionales anteriores.

Incluye los siguientes indicadores:

- **Media de población asignada por profesional de medicina de familia**

En la figura se presenta, desagregada por CCAA, la situación a 31 de diciembre de 2007.



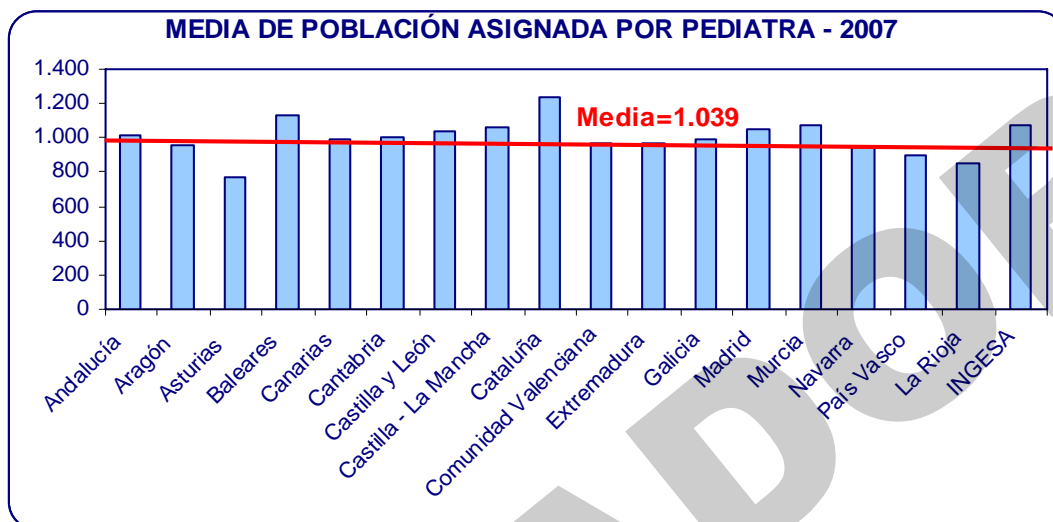
Fuente: SIAP-MSPS.



De acuerdo con los datos disponibles, la población media asignada a cada médico de familia en el conjunto del Estado, ha pasado de 1.483 personas por profesional en el año 2004 (primero disponible) a 1.426 en 2007.

#### - Media de población asignada por profesional de pediatría

En la figura siguiente se presentan los datos correspondientes a 31 de diciembre de 2007, desagregados por comunidades autónomas.

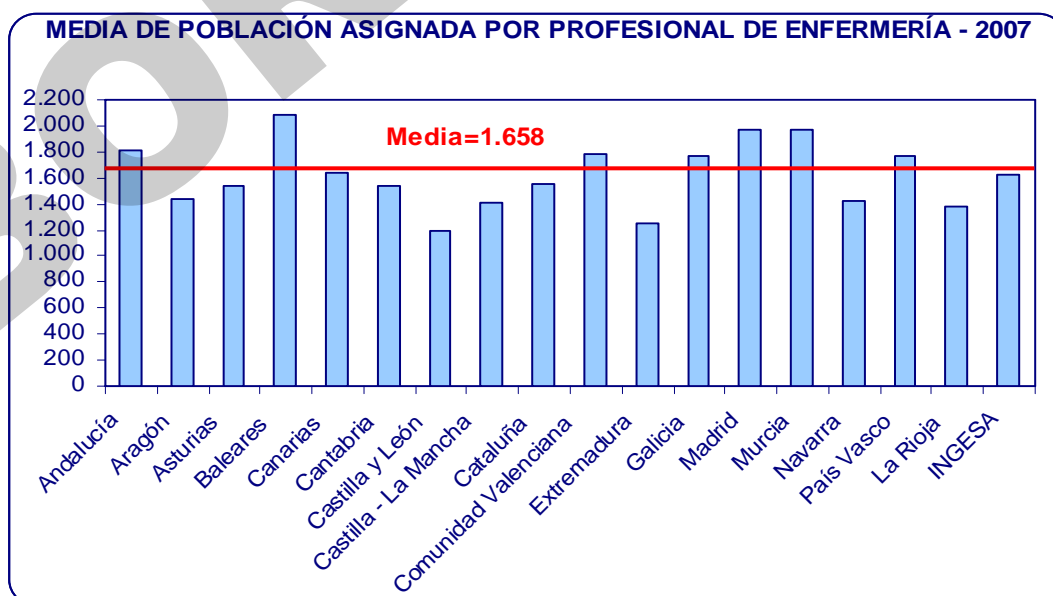


Fuente: SIAP-MSPS.

La media de población asignada a cada profesional de pediatría se ha mantenido estable en el periodo de 2004-2007 permaneciendo con valores en torno a los 1.030 niños por pediatra.

#### - Media de población asignada por profesional de enfermería

En la figura siguiente se presentan los datos correspondientes a diciembre de 2007.

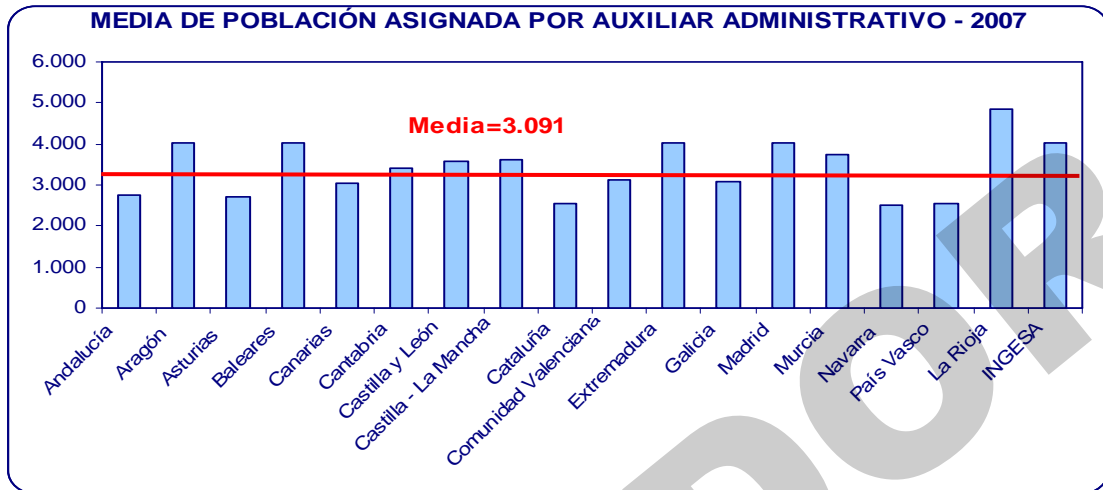


Fuente: SIAP-MSPS.

La población media asignada a cada profesional de enfermería de AP presenta una evolución, a nivel del SNS, desde las 1.710 TSI que en el año 2004 a las 1.658 TSI en 2007.

- **Media de población asignada por auxiliar administrativo**

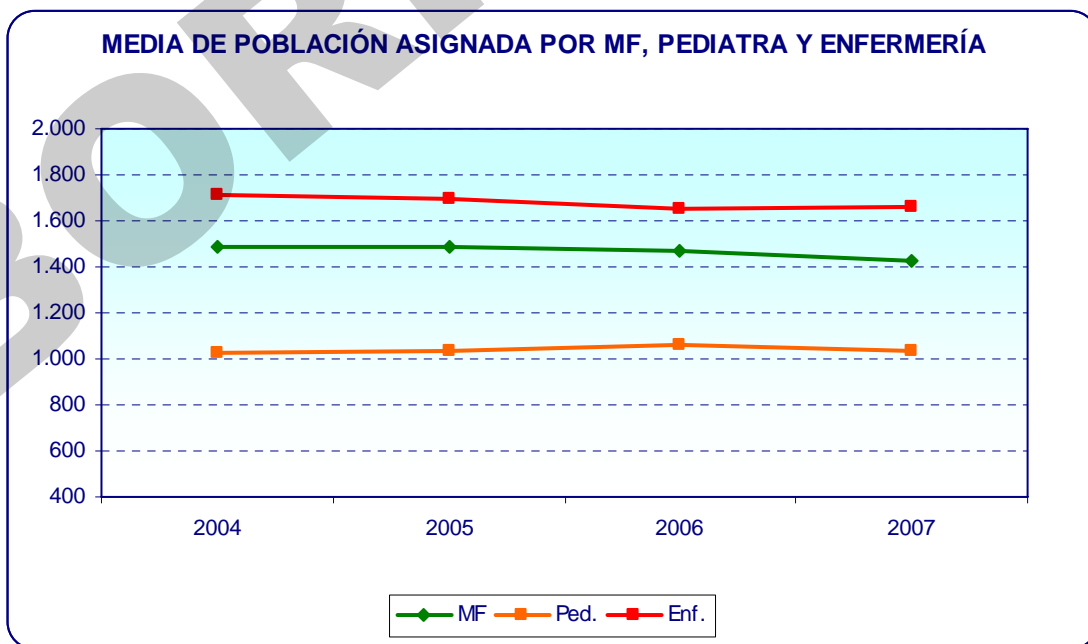
En la figura siguiente se presentan los datos correspondientes al año 2007.



Fuente: SIAP-MSPS.

Para esta categoría profesional, la serie recogida de datos solo comprende los años 2006 y 2007. En estos años, la población media por profesional de auxiliar administrativo ha sido de 3.195 personas en el año 2006 y de 3.091 en 2007.

En la figura siguiente se presenta las líneas de tendencia observada en la evolución de los ratios de población de aquellos profesionales que disponen de serie desde el año 2004.



Fuente: SIAP-MSPS.

## PORCENTAJE DE PROFESIONALES DE MEDICINA POR TRAMOS DE POBLACIÓN

Como enfoque complementario a los indicadores de ratio medio, y para dar una idea aproximada del grado de dispersión existente entre cupos poblacionales asignados, en las tablas siguientes se presenta la proporción de profesionales, de medicina de familia y de pediatría, que se encuentran en diferentes tramos de población, comparando los años 2004 y 2007.

MEDICINA DE FAMILIA		
Tramo de población	2004	2007
< 500	7,3%	6,9%
501 - 1.000	10,6%	9,9%
1.001 - 1.500	20,0%	27,3%
1.501 - 2.000	53,2%	52,4%
> 2.000	8,8%	3,5%

Fuente: SIAP-MSPS.

Como datos más significativos, se observa que se tiende a una reducción del número (y porcentaje) de profesionales de **medicina de familia** existente en el tramo más elevado, superior a las 2.000 personas por médico. Esto ha significado una reducción de más del 50% en términos absolutos, pasando de los 1.717 profesionales que en 2004 tenían un cupo asignado que superaba las 2.000 personas, a ser 811 en el año 2007.

Por su parte, el tramos de población entre 1.000 y 1.500 personas, ha sido el bloque en el que mayor incremento se ha observado (pasando de 3.888 profesionales en el año 2004 a 6.315 del 2007).

En el extremo inferior, llama la atención que no solo no se reduce, sino que, en términos absolutos, se incrementa ligeramente el número de profesionales de medicina de familia con menos de 500 personas asignadas, que han pasado de 1.413 en 2004 a 1.604 en el año 2007.

En el caso de **pediatría**, podemos observar en la tabla siguiente, el porcentaje de pediatras ubicados en los diferentes tramos establecidos, en los años 2004 y 2007.

PEDIATRÍA		
Tramo de población	2004	2007
< 750	20,3%	16,9%
751 - 1.000	30,1%	32,0%
1.001 - 1.250	33,0%	35,6%
1.251 - 1.500	12,8%	13,0%
> 1.500	3,8%	2,5%

Fuente: SIAP-MSPS.

En pediatría, se observa una evolución en el tramo superior, que ha visto reducido el número de pediatras con más de 1.500 niños asignados, que en números absolutos han pasado de 160 en 2004 a un total de 126 en el año 2007.

A diferencia de ello, los pediatras ubicados en los tramos comprendidos entre 751-1.000 y entre 1.000-1.250 niños asignados, son los que han experimentado un mayor incremento en cuanto a número neto de profesionales. Estos han pasado desde los 1.259 pediatras en 2004 a 1.782 en 2007, para el primero de los tramos mencionados y de 1.259 a 1.606 pediatras en el segundo.

Por último, el número de pediatras con una población asignada entre 751-1.000 niños ha pasado de 1.259 en 2004 a 1.782 en 2007, mientras que los pediatras con 1.000-1.250 niños asignados han pasado, en términos absolutos, de 1.259 pediatras en 2004 a 1.606 en 2007, siendo los que han experimentado un mayor incremento.

## GASTO SANITARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA

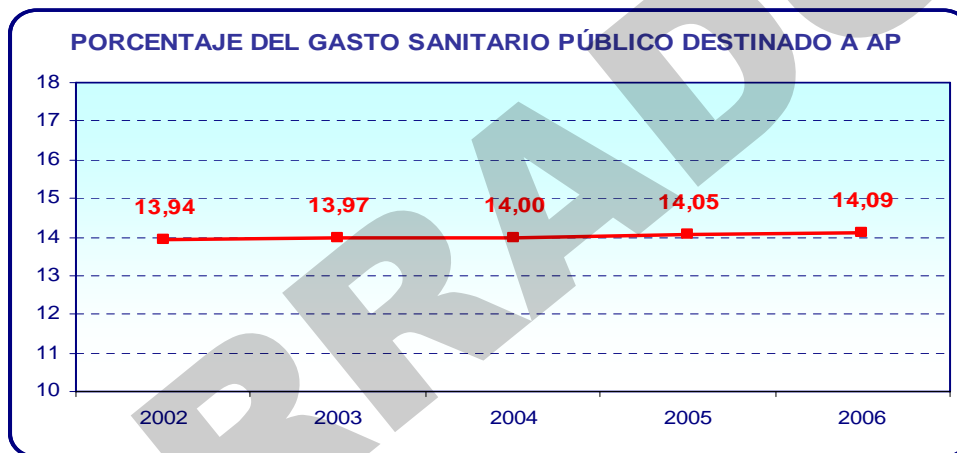
Incluye tres indicadores, obtenidos de Estadística del gasto sanitario público (EGSP), que se consideran complementarios para el análisis de este concepto, bajo los puntos de vista de la proporción o peso relativo que supone la AP respecto del gasto sanitario público total, la cuantificación de cuánto supone ese gasto por cada habitante y, por último, la proporción del PIB que se destina a atención primaria.

En cada uno de ellos se presentan dos tipos de figuras: una evolución temporal desde el año 2002 al 2006 y, para este último año, su distribución por comunidades autónomas.

### - Porcentaje del gasto sanitario público destinado a atención primaria

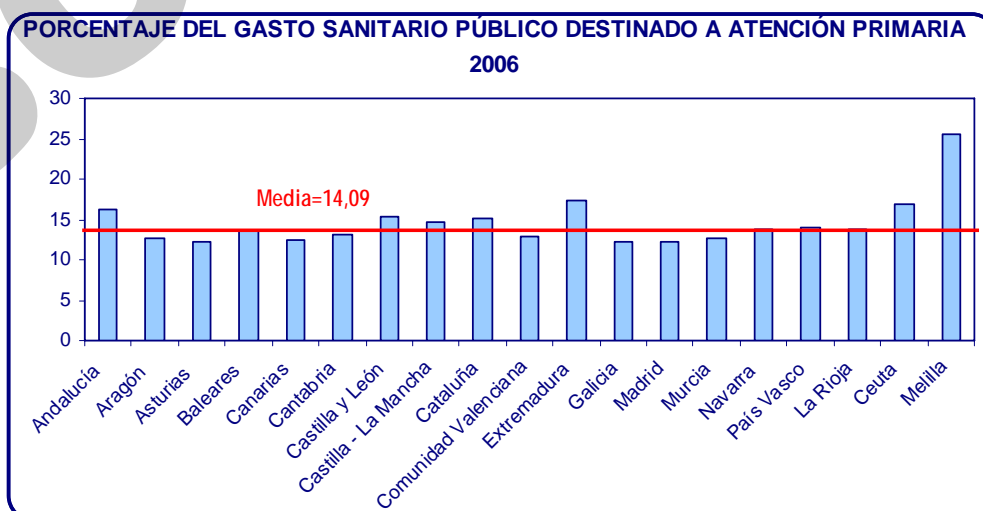
El porcentaje del gasto sanitario público destinado a atención primaria incluye el gasto producido por los servicios sanitarios realizados por medicina de familia, pediatría, enfermería y demás personal sanitario y no sanitario del primer nivel de asistencial, así como el gasto generado por la formación de médicos especialistas residentes. En todos los casos (los tres indicadores presentados), no se incluyen los gastos derivados de la prescripción farmacéutica.

Dicho gasto es puesto en relación con el total del "gasto sanitario público corriente", que incluye el gasto sanitario financiado por el sistema público. Su evolución es la siguiente:



Fuente: EGSP-MSPS.

A continuación, se presenta en la figura siguiente este indicador desagregado territorialmente.



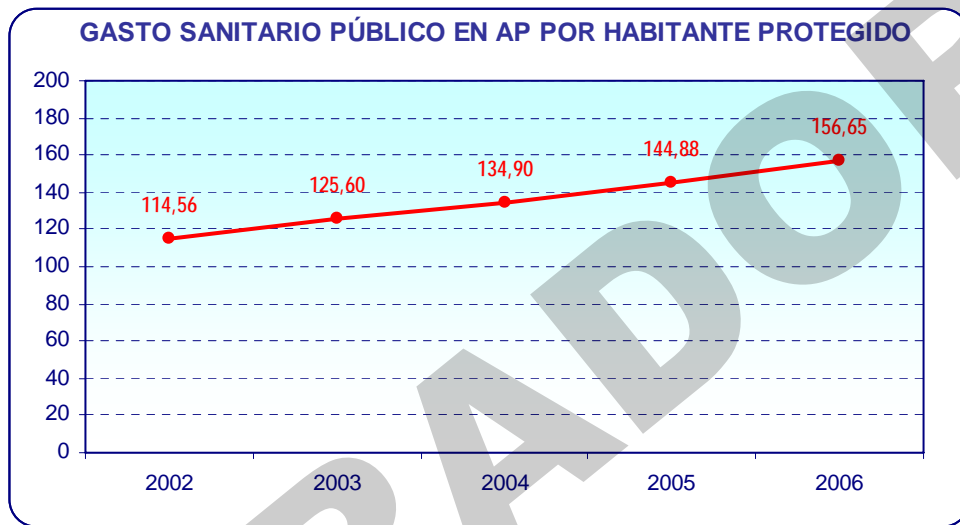
Fuente: EGSP-MSPS.

Para el conjunto del SNS, el porcentaje del gasto sanitario público en AP por habitante se ha mantenido en cifras en torno al 14% del gasto sanitario total, pasando de suponer el 13,94% en el año 2002 al 14,09% en el 2006.

**Gasto sanitario público en atención primaria por habitante protegido**

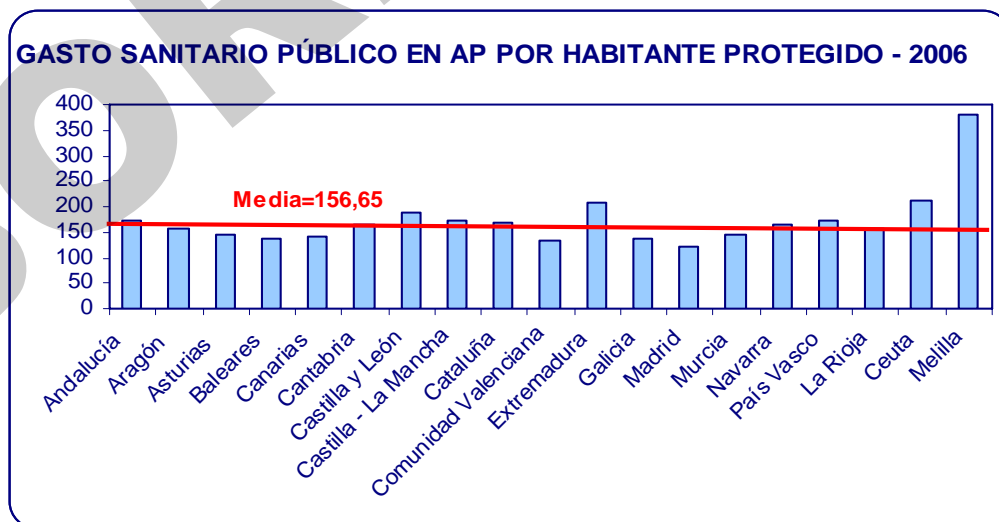
Para el cálculo de este indicador se utiliza, de una parte, el mismo criterio que en el caso anterior de gasto generado por atención primaria y, por otro, el concepto de "habitante protegido", para el cual actualmente se utilizan las cifras del Padrón, al cual se le restan los colectivos del Mutualismo Administrativo (protegidos mediante conciertos con aseguradoras privadas).

La evolución habida en la serie disponible es la siguiente:



Fuente: EGSP-MSPS.

Su distribución territorial, para el año 2006, se muestra en la siguiente figura:

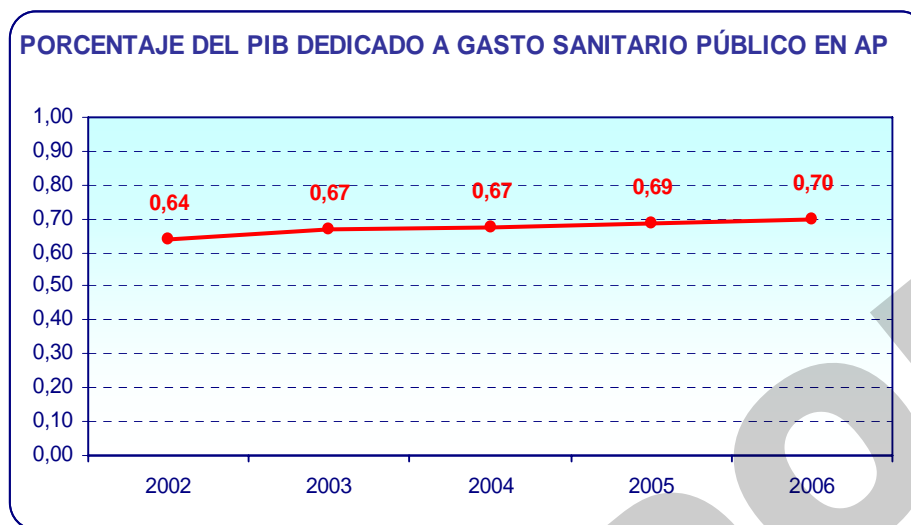


Fuente: EGSP-MSPS.

Para el conjunto del SNS, el gasto medio de atención primaria por cada habitante protegido fue de 114,56 euros en el año 2002, con incrementos anuales del mismo, hasta alcanzar la cantidad de 156,65 euros en el 2006.

Porcentaje del Producto Interior Bruto (PIB) dedicado a gasto sanitario público en AP

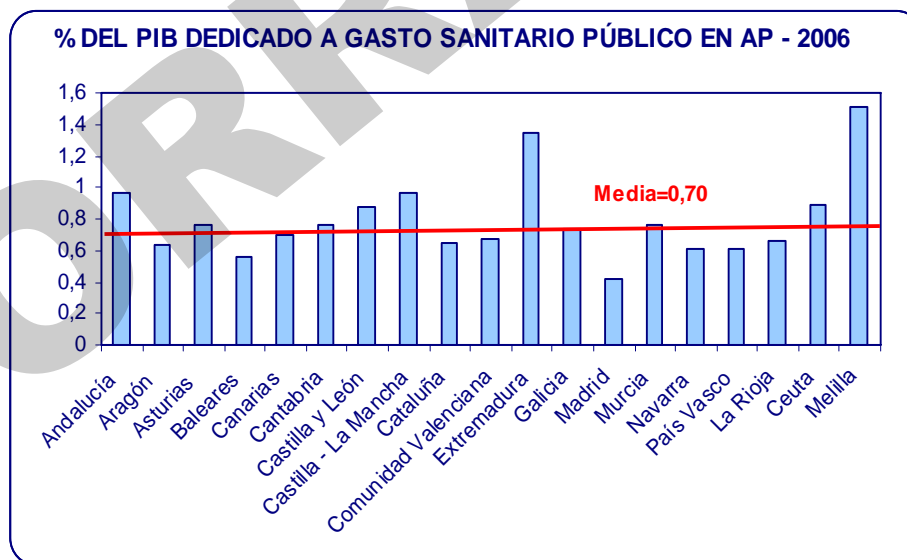
Por último, se presentan los datos del porcentaje del PIB destinado a gasto sanitario público en atención primaria. Puede observarse la evolución de este indicador en la figura siguiente:



Fuente: EGSP-MSPS.

Para el conjunto del SNS, el porcentaje del PIB destinado a gasto sanitario público en AP fue del 0,64% en el año 2002 y el 0,70% en 2006.

Para el cálculo de dicho porcentaje en cada Comunidad Autónoma, se ha utilizado el PIB específico de cada una de ellas. El resultado se muestra en la figura adjunta:



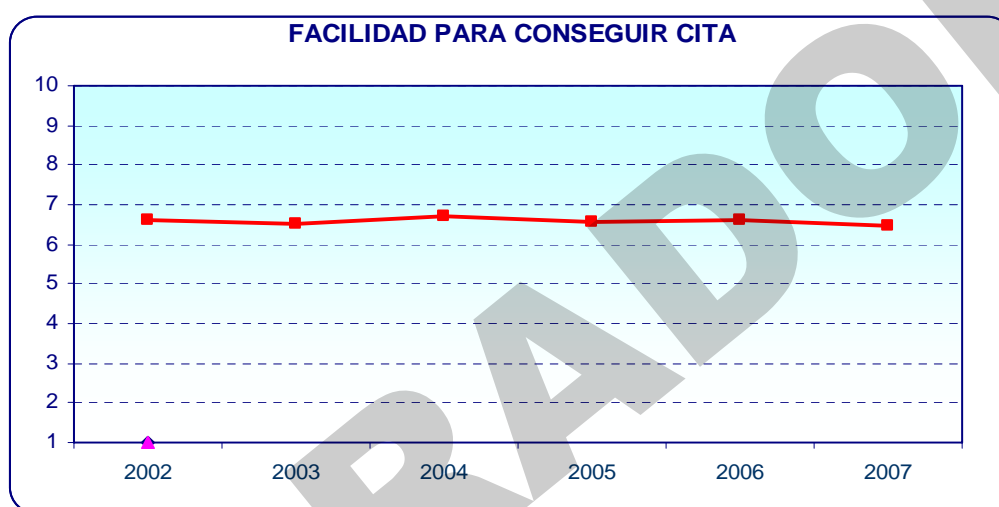
Fuente: EGSP-MSPS.

## PERCEPCIÓN DE LOS CIUDADANOS

Los indicadores que a continuación se presentan se obtienen a través del Barómetro Sanitario, que tiene por objetivo conocer las expectativas y la opinión de la ciudadanía para ayudar a establecer las prioridades de las políticas de salud.

En el primer bloque de indicadores, se solicita que el entrevistado valore una serie de aspectos de la asistencia sanitaria pública, referidos a la atención que se presta en las consultas de medicina general (medicina de familia) y pediatría utilizando para ello una escala de 1 a 10, en la que 1 significa que lo valora como “totalmente insatisfactorio” y el 10 como “totalmente satisfactorio”.

### Valoración de la facilidad para conseguir cita



Fuente: Barómetro Sanitario-MSPS.

En el periodo que se analiza, los ciudadanos valoran de forma positiva, con calificación de aprobado alto (casi todos los años por encima de 6,6), la facilidad para conseguir cita para las consultas de medicina general (medicina de familia).

### VALORACIÓN DE LOS TIEMPOS DE ESPERA Y ATENCIÓN

Se incluyen aquí tres indicadores que evalúan:

- El tiempo que tarda el médico en verle desde que pide la cita

La valoración de los ciudadanos de este indicador se mantiene en torno al 6,5 en el periodo evaluado.

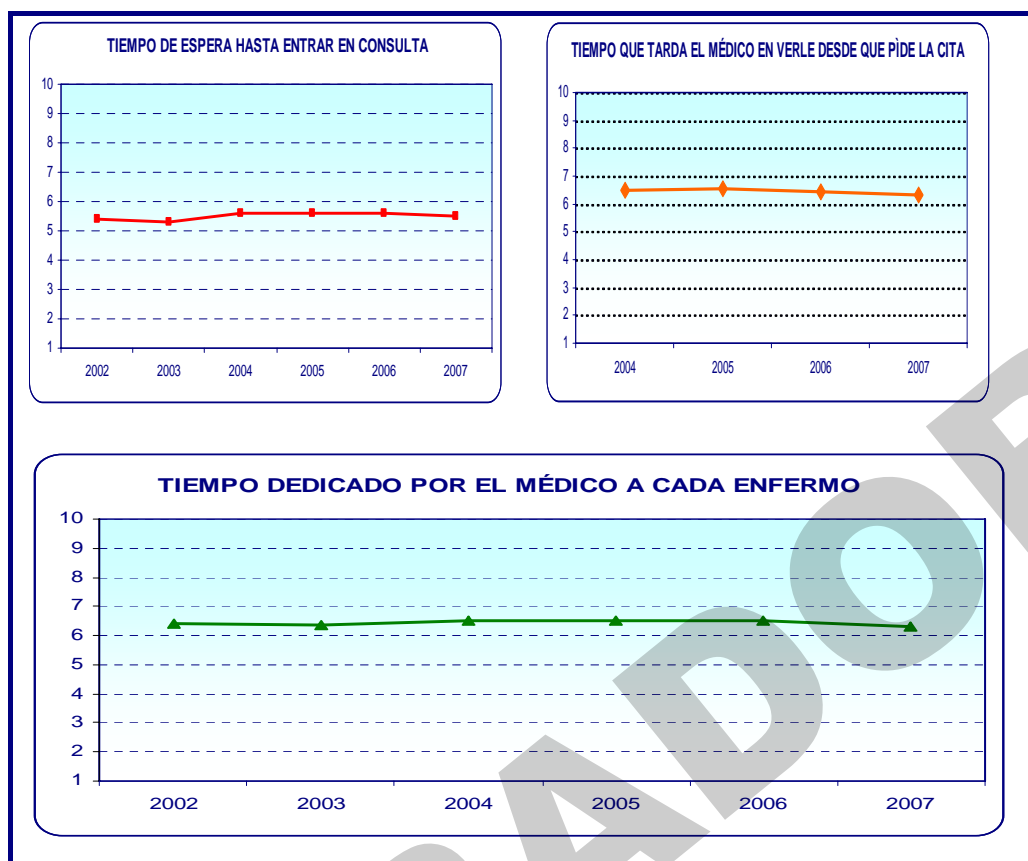
- El tiempo de espera hasta entrar en consulta

Es uno de los aspectos peor calificado por los ciudadanos, que lo valoran a lo largo de todo el periodo analizado (2002-2007) con un aprobado, nunca por encima de 5,6 sobre 10.

- El tiempo dedicado por el médico a cada enfermo

La calificación otorgada en la serie es muy similar, siempre en torno a 6,5 sobre 10.

A continuación se presentan las figuras la evolución de estos tres indicadores a nivel global.



Fuente: Barómetro Sanitario-MSPS.

## VALORACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL HISTORIAL Y DE LA INFORMACIÓN Y CONSEJOS RECIBIDOS

Se agrupan aquí, de nuevo, tres indicadores, en este caso relacionados con aspectos del manejo e interrelación del médico con el paciente, como son:

- El conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada usuario

Este es uno de los aspectos mejor valorados por los ciudadanos, con calificaciones siempre próximas a 7

- La información recibida sobre su problema de salud

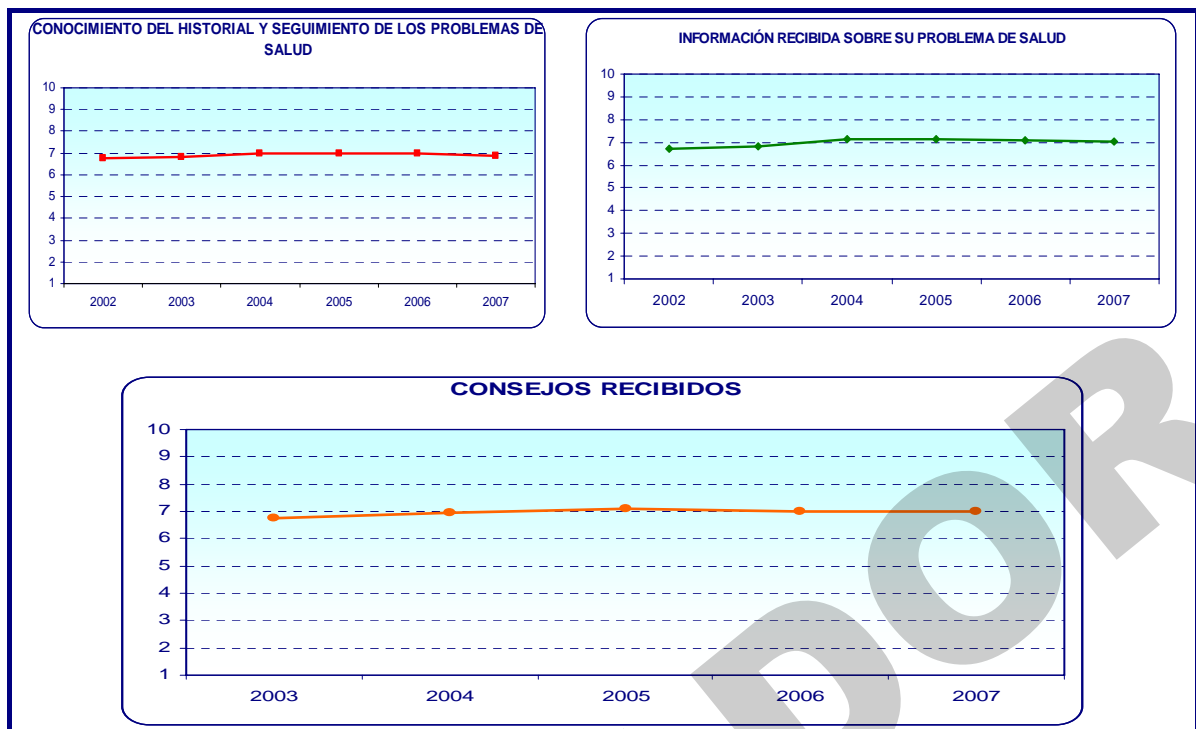
Al igual que el caso anterior, es otro aspecto valorado con calificaciones que podríamos etiquetar de notable, manteniendo desde el año 2004 puntuaciones ligeramente por encima de 7.

- Los consejos recibidos

Desde el 2004, la percepción de los consejos que reciben los ciudadanos del médico, en relación a la alimentación, ejercicio, tabaco, alcohol, etc., se sitúa siempre en valores en torno a 7.



En la figura siguiente se presenta la evolución temporal de estos tres indicadores, para el conjunto del Estado.



Fuente: Barómetro Sanitario-MSPS.

### VALORACIÓN DEL TRATO Y LA CONFIANZA Y SEGURIDAD QUE TRASMITE EL MÉDICO

Se describe a continuación los resultados de la valoración que hacen los ciudadanos acerca de:

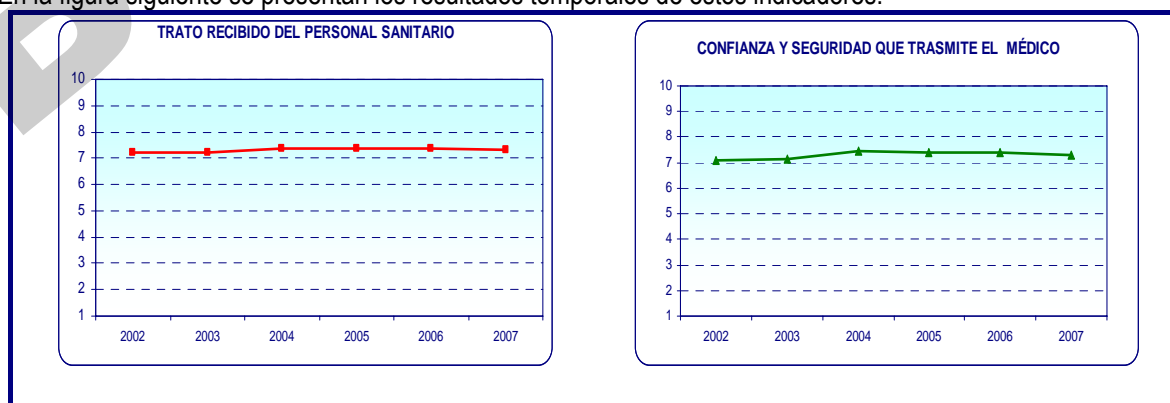
#### - El trato recibido del personal sanitario

De todos los aspectos para los que se pide la valoración de los ciudadanos, éste es uno de los mejor valorado todos los años, con una calificación media a lo largo de la serie de 7,3 sobre 10.

#### - La confianza y seguridad que trasmite el médico

Al igual que el anterior, el resultado de esta valoración alcanza una media cercana a 7,3 a lo largo de la serie analizada.

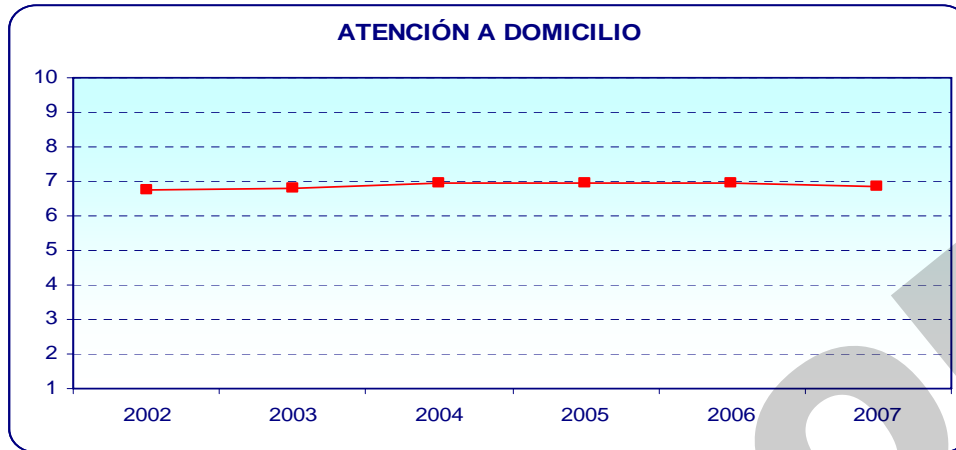
En la figura siguiente se presentan los resultados temporales de estos indicadores:



Fuente: Barómetro Sanitario-MSPS.

### Valoración de la atención en domicilio

En este indicador se tiene en cuenta la atención a domicilio realizada por el personal médico y de enfermería. La atención que estos profesionales sanitarios de atención primaria prestan en los domicilios de los pacientes se valora con calificación de prácticamente notable (media de los años de 6,9 sobre 10).



Fuente: Barómetro Sanitario-MSPS.

En el segundo bloque de indicadores, se solicita a todas aquellas personas entrevistadas que han acudido a consulta en la sanidad pública, que valore algunos aspectos de la atención recibida. Incluimos aquí los indicadores siguientes:

#### Porcentaje de usuarios que considera correcta la comunicación entre los médicos de atención primaria y el especialista

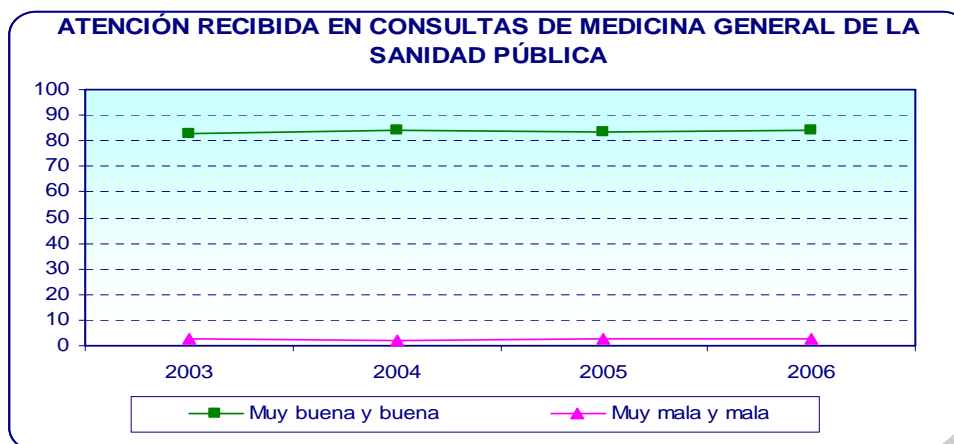
A todas aquellas personas entrevistadas que responden que han acudido a consulta de un especialista se les pregunta si “cuando un problema de salud suyo ha requerido la visita al médico de cabecera y una consulta con un especialista ¿cree que la comunicación entre ellos ha sido correcta?”.

En este apartado, el porcentaje de usuarios que consideran que esta comunicación ha sido correcta ha sido del 53,42% en 2006 y algo inferior (51,71%) en 2007. Por el contrario, el 22,2% en 2006 y 24,3% en 2007 no lo consideran correcta, siendo de destacar que la tasa de los que “no saben” o “no contestan” a la pregunta se sitúan en el 24,2 % y 23% respectivamente.

#### Valoración de la atención recibida en consulta de medicina general de la sanidad pública

Se trata de un indicador de valoración global de la atención, ya que a todas aquellas personas entrevistadas que responden que han acudido a un médico de cabecera de la sanidad pública, se les pregunta si “en general, la atención que ha recibido en las consultas de medicina general (medicina de familia) de la sanidad pública ha sido: muy buena, buena, regular, mala o muy mala”.

Se presentan en la figura las respuestas agrupadas de los que la han considerado como “buena o muy buena” y, por otro lado, las que la han considerado como “mala o muy mala”.



Fuente: Barómetro Sanitario-MSPS.

De cada 100 ciudadanos, 84 manifiestan que la atención que reciben en las consultas de medicina general (medicina de familia) de la sanidad pública es buena o muy buena, siendo únicamente 2.5 de cada 100 los que consideran que es mala o muy mala dicha atención.

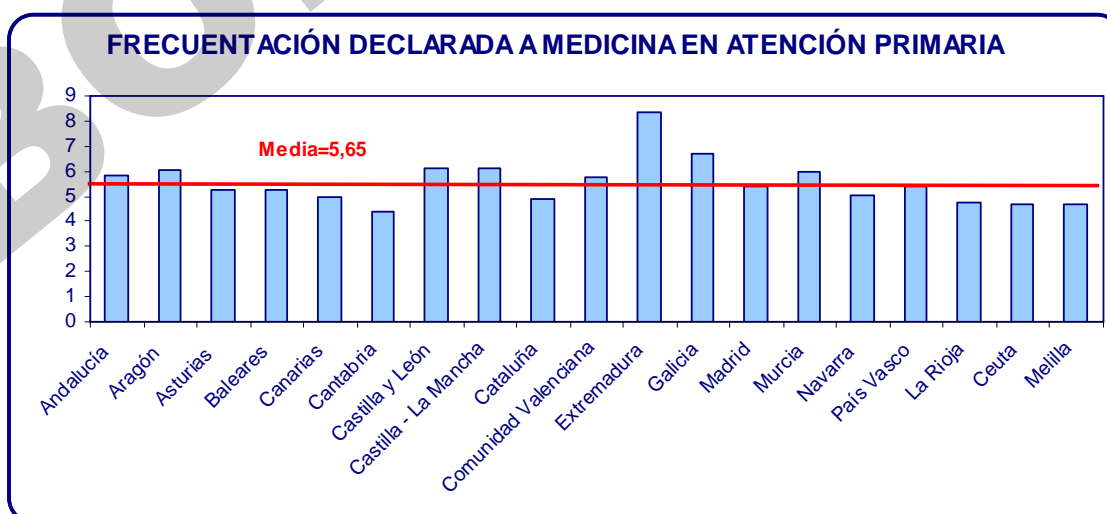
## ACTIVIDAD Y CALIDAD DEL PROCESO DE ATENCIÓN

Se presentan una síntesis de los datos disponibles de los indicadores incluidos en este apartado, haciendo mención al final del mismo de otros indicadores que, aun estando aprobados, no ha sido posible obtener, bien por no estar disponibles en fuentes homogéneas de manera que sus resultados puedan ser comparables en el SNS, o bien porque no han podido ser aportados para esta evaluación.

### Frecuentación declarada a consultas de medicina en Atención Primaria

La frecuentación declarada a través de encuesta, de las consultas efectuadas a medicina en atención primaria, incluye a todas aquellas personas que declaran haber consultado con un médico de familia o con un pediatra "por algún problema de salud, molestia o enfermedad (suya)".

En la figura siguiente se representa los resultados desagregados por comunidades autónomas, obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) de 2006, primera edición que explora la frecuentación a atención primaria (media de veces que una persona visita a su médico al año).



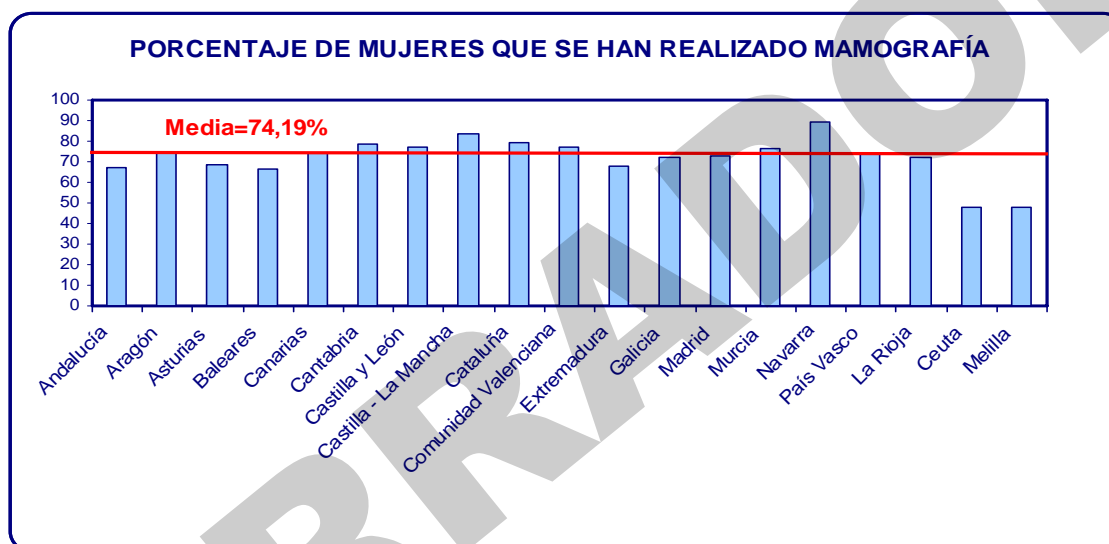
Fuente: ENSE-MSPS.

El indicador mostrado es global para “medicina” porque incluye tanto las visitas a medicina de familia como a pediatría. Para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, esta frecuentación fue 5,65 consultas por habitante y año en 2006, oscilando entre 4,41 y 8,32, como valores mínimo y máximo, respectivamente según Comunidad Autónoma.

### Porcentaje de mujeres con mamografía realizada

Este indicador incluye a la población que es considerada diana (grupo de edad seleccionado de entre 50 y 69 años), y realiza una aproximación a la recomendación de realización de mamografía con carácter bienal a toda mujer perteneciente a dicho grupo de edad. La información es recogida a través de lo declarado en la Encuesta Nacional de Salud.

Incluye por tanto el porcentaje de mujeres de entre 50 y 69 años, que declaran haberse realizado una mamografía en los dos años previos a la entrevista, si bien no diferencia entre su realización con motivos de posprogramas de cribado, sino que responde a las realizadas y con independencia del lugar y del motivo de realización de la misma.



Fuente: ENSE-MSPS.

La cobertura efectiva de mujeres que se ha realizado dicha mamografía se sitúa, para el conjunto de España, en un 74,19% en el año 2006.

### VACUNACIÓN INFANTIL

Se resumen a continuación los indicadores relacionados con las coberturas de vacunación de aquellas enfermedades incluidas en el calendario oficial aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS.

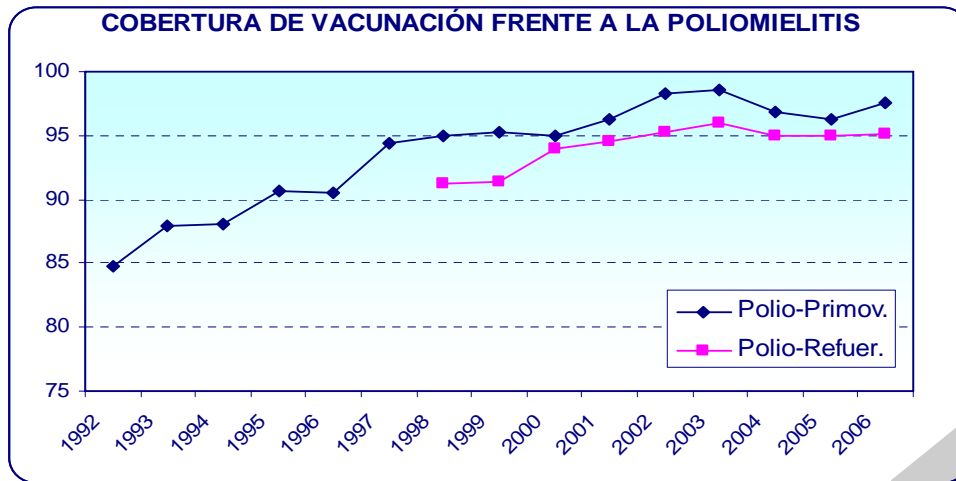
Para el cálculo de la cobertura de vacunación se utilizan las dosis administradas en los dispositivos del SNS. No incluye las vacunas adquiridas en oficinas de farmacia y administradas a través del sector sanitario privado.

#### - Cobertura de vacunación frente a la poliomielitis

Las coberturas de vacunación frente a la poliomielitis se refieren a:

- Primovacunación: porcentaje de niños de 0 a 1 años que han recibido tres dosis de vacuna.
- Refuerzo: porcentaje de niños de 1 a 2 años que han recibido una dosis de refuerzo.

En la figura adjunta se presenta la evolución temporal de las coberturas alcanzadas para cada uno de los dos casos anteriormente descritos.



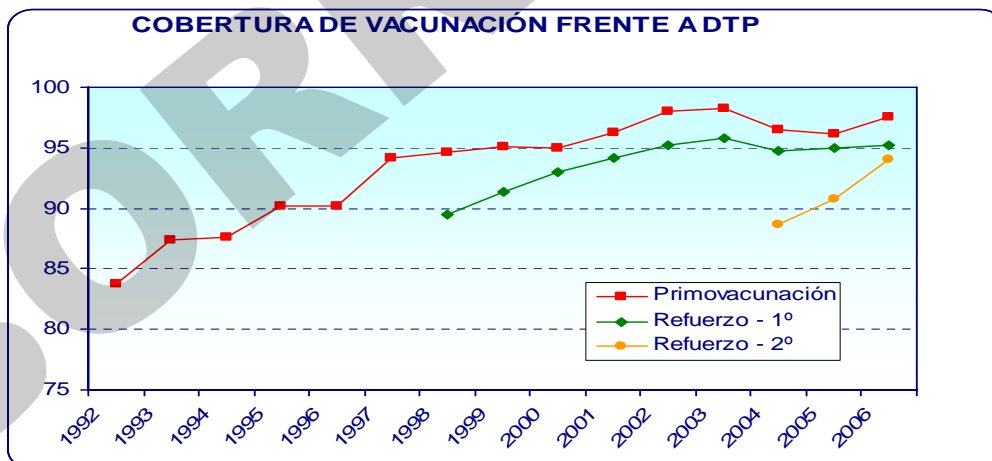
Fuente: Estadísticas de vacunación-MSPS.

Para el conjunto del SNS, la cobertura de vacunación frente a la poliomielitis ha pasado del 84,8% de niños que recibieron las tres dosis de primovacuna en el año 1992, al 97,6% en 2006. Por su parte, la vacuna de refuerzo ha pasado de ser recibida por el 91,2% de los niños de entre 1 y 2 años en 1998 al 95,1% en 2006.

- Cobertura de vacunación frente a difteria, tétanos y tosferina (DTP)

En la figura adjunta se presenta la evolución en las coberturas alcanzadas en cumplimiento de las dosis recomendadas para considerar que la vacunación está completa, en cada intervalo de edad:

- Primovacuna: incluye la población de 0 a 1 año que ha recibido tres dosis de vacuna.
- Refuerzo de una dosis entre el año y los 2 años de vida.
- Refuerzo de los 4 a 6 años, de otra dosis de vacuna.



Fuente: Estadísticas de vacunación-MSPS.

Puede observarse una evolución positiva en todos los grupos de edad, que tienden además a aproximarse al de mayor cobertura (que es la primovacuna completa). Ésta ha evolucionado desde el 83,8% del año 1992 al 97,6% del 2006.

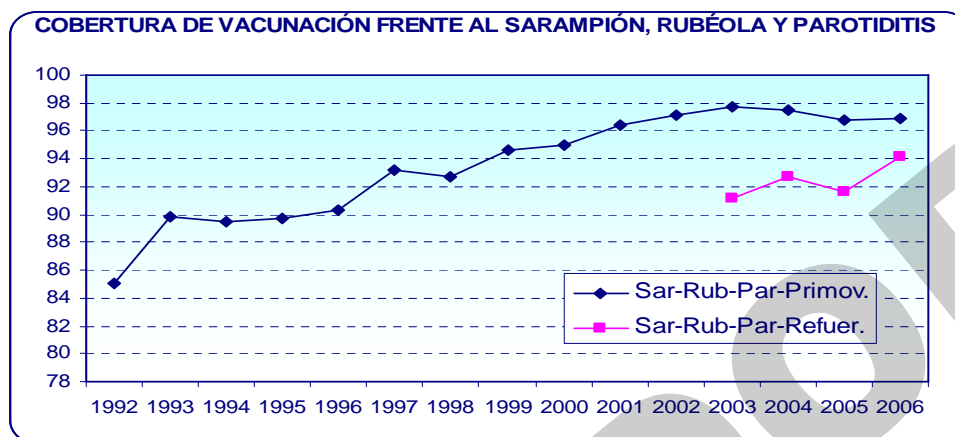
Al inicio de disponer de información de las vacunaciones de refuerzo, más tardías, muestran no obstante cómo dichas coberturas han pasado en unos años, de estar en cotas alejadas de la anterior, a efectuar una mejoría progresiva hasta situarse en el 95,2% los niños que han recibido la 1ª dosis de refuerzo y en el 94,1% los que han recibido la 2ª dosis de refuerzo (cifras referidas al año 2006).

### - Cobertura de vacunación frente a sarampión, rubéola y parotiditis

La vacunación frente a estas tres enfermedades incluye aplicar a los niños:

- Primovacuna: una dosis de esta vacuna triple vírica entre el año y los 2 años de edad.
- Refuerzo: una nueva dosis entre los 3 y los 6 años de edad.

En la figura se muestra la evolución de ambas coberturas.



Fuente: Estadísticas de vacunación-MSPS.

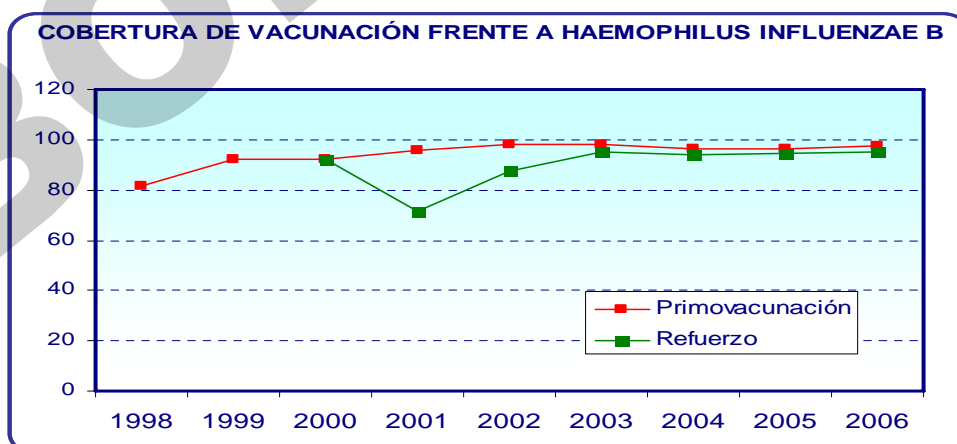
Para el conjunto del SNS, la cobertura de primovacuna de sarampión, rubéola y parotiditis ha evolucionado desde el 85,06% alcanzado en 1992 al 96,9% del año 2006. Por su parte, la cobertura de vacunación de refuerzo ha pasado del 91,2% en el año 2003, al 94,1% en 2006.

### - Cobertura de vacunación frente a haemophilus influenzae b

Esta vacuna, de inicio más tardío que las anteriores, incluye igualmente el porcentaje de niños que han recibido las dosis de vacunación correspondientes que, en este caso, son:

- Primovacuna: administración de tres dosis en el periodo de 0 a 1 año de edad.
- Refuerzo de una dosis a la edad comprendida entre 1 y 2 años.

En la figura siguiente se presenta la evolución anual de la cobertura de esta vacunación.



Fuente: Estadísticas de vacunación-MSPS.

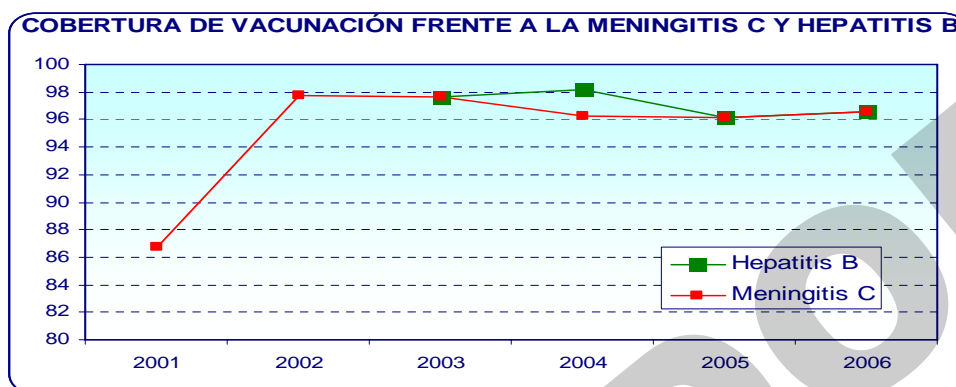
En el conjunto del SNS la cobertura de primovacuna ha pasado, en escasamente 10 años, del 81,55% del año 1998 al 97,5% del 2006 y el porcentaje de niños que han recibido la dosis de refuerzo del 92% en el año 2000 hasta el 95,2% en 2006.

**Cobertura de vacunación frente a la meningitis C y frente a la hepatitis B**

Para el cálculo de estas coberturas se requiere que la población infantil haya recibido:

- En el caso de la meningitis C: dos dosis en el periodo de edad de entre 0 y 1 año.
- En el de la hepatitis B: tres dosis en el mismo periodo de vida (0 a 1 año).

Se muestra en la figura adjunta la evolución de ambas vacunas, en el periodo de existencia de las mismas de forma reglada para cada caso.

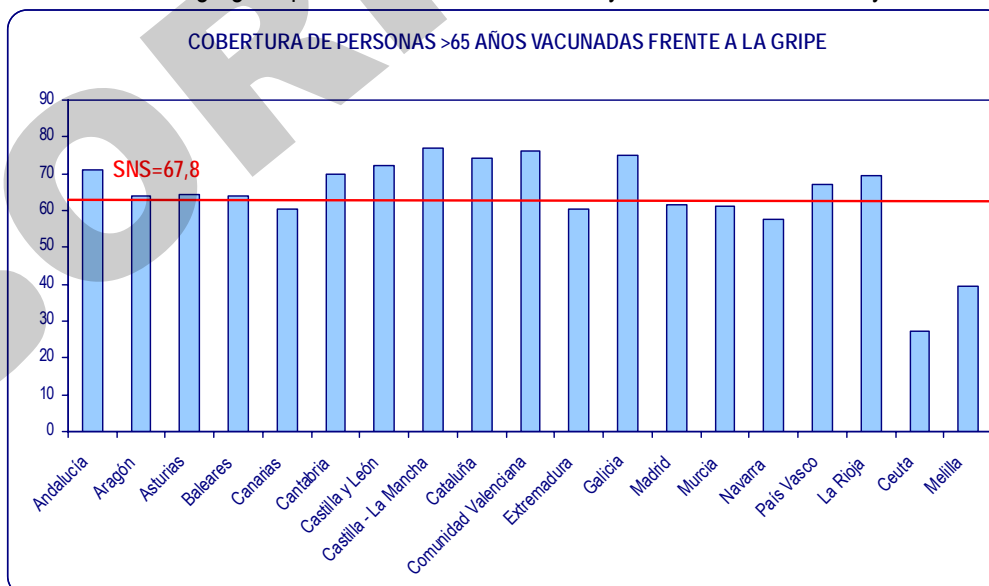


Fuente: Estadísticas de vacunación-MSPS.

Ambas enfermedades presentan también cifras elevadas en cuanto a cobertura de vacunación, situándose en el 96,6% para el caso de la hepatitis B y 96,6% para la meningitis meningocócica tipo C. En ambos casos, estos datos se refieren al año 2006.

**Porcentaje de personas mayores de 65 años vacunadas frente a la gripe**

En la siguiente figura se presenta la cobertura de vacunación antigripal alcanzada en personas mayores de 65 años en el año 2006, desagregada por comunidades autónomas y las ciudades de Ceuta y Melilla.



Fuente: Estadísticas de vacunación-MSPS.

Las coberturas alcanzadas en el periodo comprendido entre los años 2002 al 2006 puede decirse que no se han alterado de una manera sustancial, manteniéndose en valores entre el 67% y el 70% de personas mayores de 65 años vacunadas.

## OTROS INDICADORES APROBADOS QUE NO HAN SIDO APORTADOS

### Frecuentación registrada en Atención Primaria

En el momento de efectuar la evaluación, no se pudo disponer de este tipo de datos, por encontrarse en fase de recopilación tras ser acordada su obtención y la puesta en común a nivel del SNS por todas las comunidades autónomas.

Dado que este proceso se encuentra avanzado, dichos indicadores podrán ser aportados próximamente e incluirse para próximas evaluaciones. Incluyen las consultas que han sido efectuadas y registradas por los profesionales de atención primaria, pudiendo obtenerse los indicadores aprobados (como es la frecuentación) para los profesionales de medicina de familia, pediatría y enfermería.

### Indicadores de morbilidad atendida en Atención Primaria

El Grupo de Trabajo del SIAP (Sistema de Información de Atención Primaria) está trabajando en el desarrollo de una base de datos clínicos procedentes del primer nivel asistencial.

Este nuevo subsistema de información debe permitir la obtención de los indicadores aprobados, de % de personas atendida en AP con: HTA, DM, EPOC, obesidad, y/o que requieren de cuidados paliativos, sí como el % de personas con factores de riesgo cardiovascular que tiene cuantificado dicho riesgo.

### Indicadores de prescripción farmacéutica

Quedan pendientes de ser aportados una serie de indicadores de prescripción farmacéutica. Estos son los de % de prescripción de antibióticos y antiinflamatorios de primera elección en AP, la proporción de antibióticos de uso restringido, de nuevos principios activos y de prescripción por principio activo, el indicador de eficiencia en la prescripción farmacéutica y, por último, los de DHD de sustancias hipnóticas y de antibióticos. En el momento en que se vaya disponiendo de información, ésta será incorporada.

## CONTRIBUCIÓN A LA OBTENCIÓN DE RESULTADOS

Se presentan una serie de indicadores que, si bien sus resultados no dependen de manera exclusiva de las acciones llevadas a cabo por la Atención Primaria, ésta juega tiene un papel relevante para su mejora.

Esta contribución varía, en mayor o menor medida, según el indicador. Desde ser la Atención Primaria el elemento clave -como es el caso de la reducción de enfermedades prevenible mediante vacunación-, a contribuir, junto con el resto de agentes sanitarios, especialmente del área especializada ambulatoria a la reducción de ciertos ingresos, por ejemplo, o junto con todo el Sistema Sanitario en su conjunto en la disminución de la mortalidad por ciertas causas.

En todos los casos, hay que tener en cuenta además la contribución de la población a su propia salud, y la influencia que los factores socioeconómicos y demográficos tienen sobre la misma.

De todas formas, los indicadores seleccionados implican un amplio conjunto de actividades que desarrolla la Atención Primaria a diario, destinadas a la atención y prevención de problemas prevalentes y que forman parte de las "carteras de servicio", "ofertas preferentes de servicios" (u otras denominaciones) específicamente organizadas.

Han sido incluidos algunos indicadores de resultados propiamente dichos (de impacto en salud) y otros de los que se han dado en llamar resultados "intermedios" (como por ejemplo el grado de control de un problema crónico como la diabetes, en el caso de la población adulta).



## a) EN POBLACIÓN INFANTIL

### Incidencia de enfermedades prevenibles mediante vacunación

Se resumen a continuación una serie de indicadores relacionados con los efectos logrados en la población por medio de la vacunación, en el sentido de reducción de la aparición de estas enfermedades.

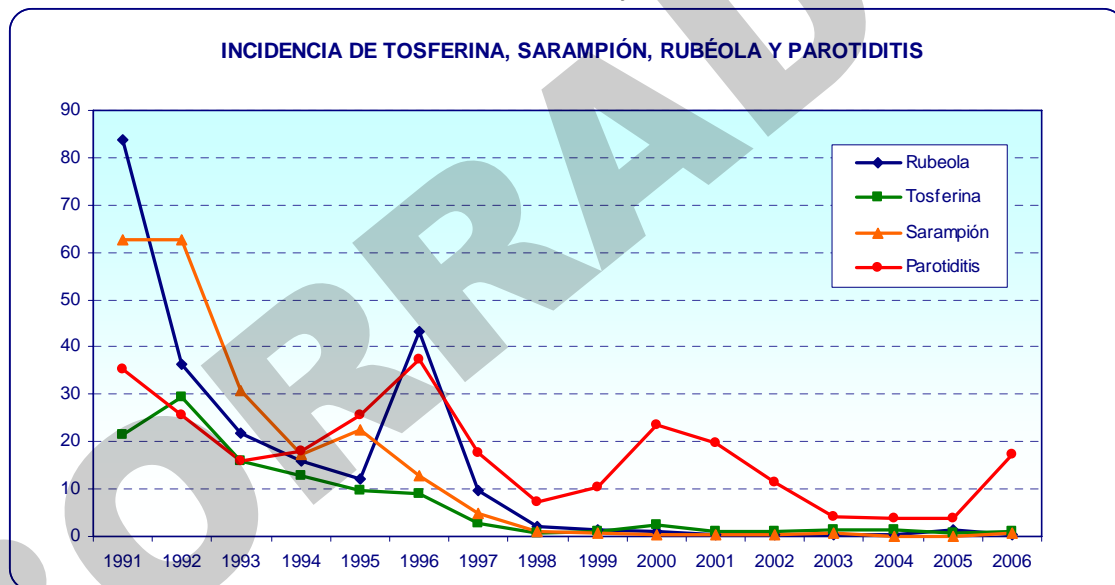
La incidencia, por tanto, mide el número de casos habidos y notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, a través del sistema de notificación de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), expresadas en número de casos por cada 100.000 habitantes.

#### - Incidencia de rubéola congénita

Es de destacar que en el periodo comprendido entre los 1997 a 2006 solo se han registrado 7 casos de rubéola congénita en 10 años (el último caso en 2005), por lo que la tasa de incidencia está situada en valores muy cercanos a los 0 casos por 100.000 habitantes.

#### Incidencia de tosferina, sarampión, rubéola y parotiditis

En la figura siguiente se representan la evolución en la incidencia por 100.000 habitantes registrada de estas enfermedades, desde el año 1991 hasta el 2006, para el conjunto del Estado.



Fuente: EDO-ISCIII-CIN.

Desde el año 1991, la incidencia de **tosferina** ha disminuido de forma drástica, desde los 21,49 casos por 100.000 habitantes registrados en dicho año, a situarse en torno a 1 por 100.000 en los últimos años.

Por su parte, el **sarampión** ha experimentado igualmente un llamativo descenso, desde los 62,81 casos por 100.000 habitantes registrados en 1991, pasando a presentar valores inferiores a 1 caso por 100.000 a partir de 1999.

La reducción de casos de **rubéola** ha sido espectacular, pues ha pasado de los 83,68 casos por cada 100.000 habitantes en 1991, a tasas de incidencia cercanas al 0 en los últimos años (0,22 en 2006).

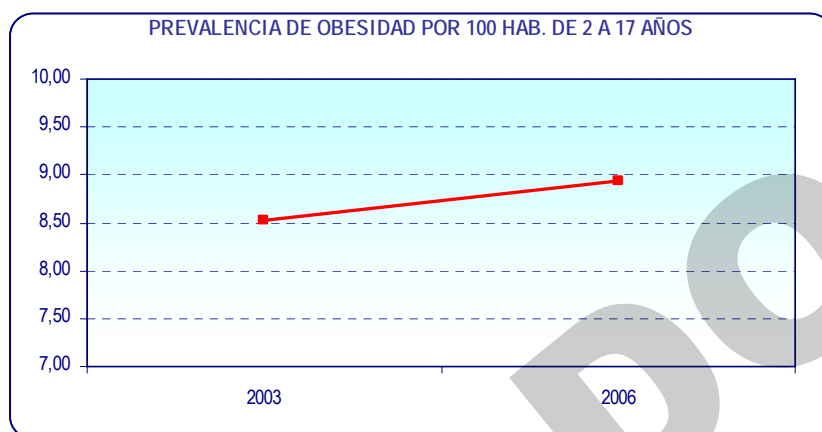
Por último, la incidencia de **parotiditis** presenta una reducción muchos menos llamativa y con la presencia de repuntes periódicos (si bien estos se presentan, progresivamente, con menor intensidad). Así, los 35,43 casos por 100.000 habitantes que hubo en 1991, tras un descenso, sufren un repunte significativo en el año 1996

(llegando a superar las tasas de 1991), con 37,44 casos por 100.000. Posteriormente, presenta una curva globalmente descendente en la que persisten repuntes menos intensos, como los habidos en los años 2000 y 2006 (con 23,52 y 17,35 casos por 100.000 habitantes, respectivamente).

### Prevalencia de obesidad en población infantil y adolescente

La prevalencia de obesidad infantil, para la población de 2 a 17 años, ha sido obtenida a partir de los datos de peso y talla declarados en la Encuesta Nacional de Salud.

En la figura adjunta, se muestran los resultados obtenidos para el conjunto del SNS.



Fuente: ENSE-MSPS.

Comparando los datos disponibles de las encuestas de los años 2003 y 2006 (únicas en las que se ha hallado este indicador de manera específica), parece que dicha prevalencia aumenta, siendo el resultado global para el año 2003 fue del 8,53%, mientras que en el 2006 lo fue del 8,94%. No obstante, dado que solo se dispone de dos mediciones, habrá que esperar a sucesivas ediciones de la Encuesta para poder valorar una tendencia.

### INDICADORES DE INGRESOS HOSPITALARIOS Y DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS QUE SE CONSIDERAN POTENCIALMENTE EVITABLES

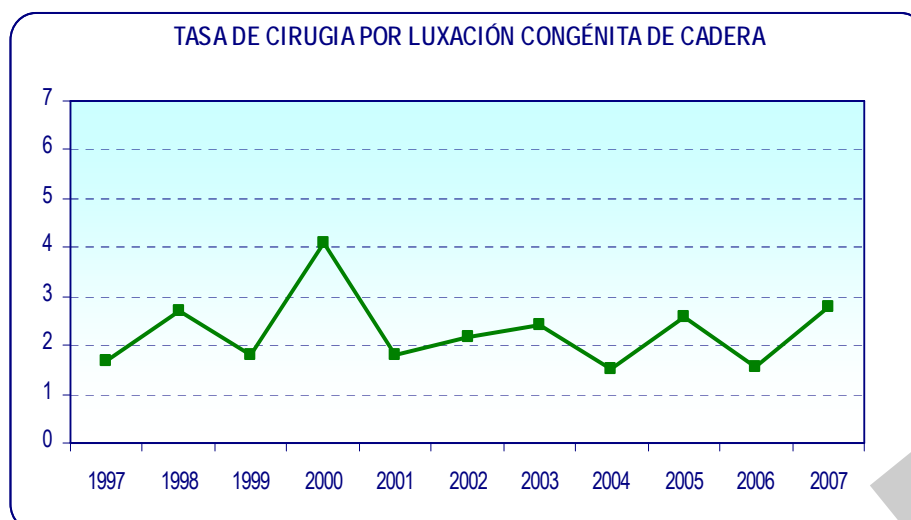
Fueron seleccionados algunos indicadores hospitalarios, por considerar que la acción de la Atención Primaria debe contribuir a su reducción, bien mediante acciones de detección precoz, como el caso de la cirugía de luxación de cadera, bien por un adecuado grado de atención curativa y control (incluida la educación sanitaria), como es el caso de los demás indicadores priorizados.

Hay que resaltar, no obstante, que dichos indicadores no solo miden la efectividad de la actuación de la AP, sino, en general, de toda la atención sanitaria ambulatoria.

#### - Tasa de cirugía por luxación congénita de cadera

Se incluyen en este indicador todas aquellas altas que se han producido en menores de 2 años, con un procedimiento de cirugía abierta de cadera, ante el diagnóstico de luxación congénita de cadera.

En la figura siguiente se presenta la tasa en el periodo 1997-2007, para el conjunto del SNS.



Fuente: CMBD-MSPS.

En el año 1997, hubo una tasa de 1,66 procedimientos de este tipo por cada 1.000 niños de 0 a 2 años de edad. En 2007, esta tasa se ha situado en el 2,78 por 1.000.

La evolución de este indicador no presenta una tendencia clara, observándose oscilaciones sucesivas.

Estas oscilaciones pueden deberse, en ocasiones, al escaso número absoluto de casos existentes en alguna Comunidades Autónomas concreta, lo que puede hacer que modificaciones pequeñas en dicho número puedan hacer variar significativamente el indicador a dicho nivel.

No obstante, en otros casos y, especialmente para la valoración a nivel del SNS, habría que valorar la oportunidad de revisar los criterios de registro y codificación de este problema en cada Comunidad Autónoma, con el objetivo de comprobar la no existencia de errores imputables al propio registro.

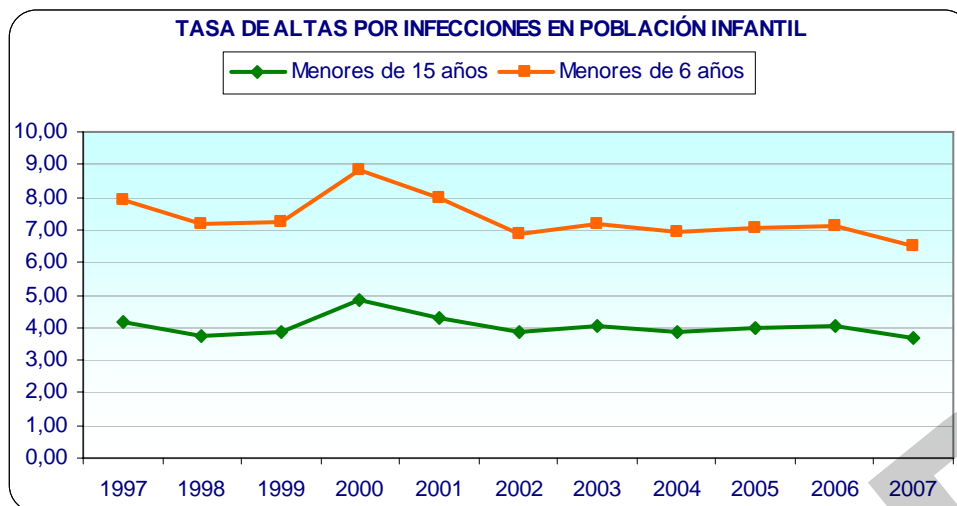
#### - Tasa de alta por infecciones en población infantil

El indicador inicialmente aprobado es el de "Tasa de altas por infecciones consideradas de hospitalización evitable", en niños menores de 6 años.

Para su obtención, se requiere el previo consenso de qué infecciones son susceptibles de ser incluidas bajo este concepto. Al no haberse podido producir este consenso en el momento de la evaluación, el indicador se ha sustituido, de manera provisional, por la tasa global de infecciones, sin restricción de patología, por lo que es sin duda un indicador mucho menos preciso.

Al tratarse de un indicador global, se ha hallado para el conjunto de la población infantil en edad pediátrica (menores de 15 años). No obstante, se añade también el resultado de dicho indicador (incluyendo todas las infecciones como diagnóstico principal) para el caso de los niños de hasta 6 años.

En la figura siguiente se muestran los resultados del conjunto del SNS para el periodo 1997-2007.



Fuente: CMBD-MSPS.

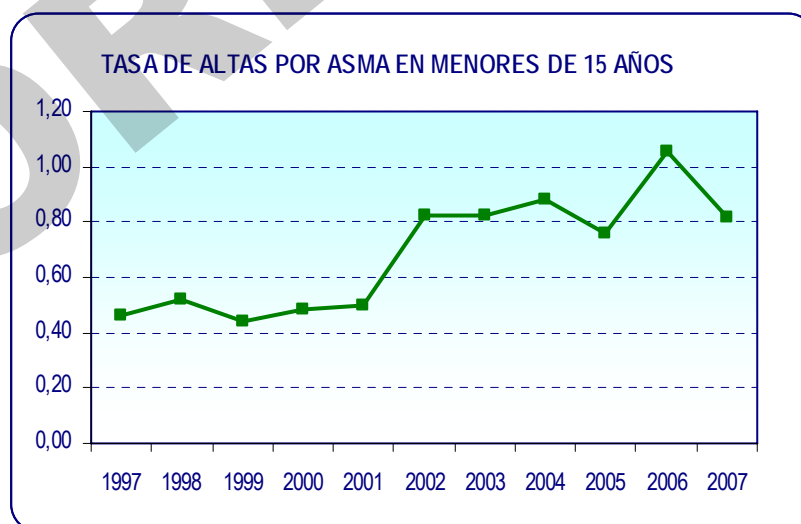
Se observa cómo ambas líneas evolutivas muestran un comportamiento muy similar, casi paralelas en la serie, si bien manteniendo un gradiente entre ambos grupos de edad, siendo siempre superior esta tasa en el grupo de menor edad (hasta los 6 años).

Así, mientras que las tasas en menores de 15 años fueron del 4,15 (altas por infecciones por cada 1.000 niños) en el año 1997 y 3,68 en el año 2007, para estos mismos años, alcanzan casi en el doble cuando reducimos el grupo de edad hasta los 6 años (7,92 en 1997 y 6,49 en 2006).

#### - Tasa de alta por asma en menores de 15 años

Esta tasa incluye todas aquellas altas hospitalarias en las que consta como diagnóstico principal, motivo del ingreso, el asma, y se refiere a los menores de 15 años.

En la figura siguiente se muestra el indicador, en el periodo 1997-2007, para el conjunto del SNS.



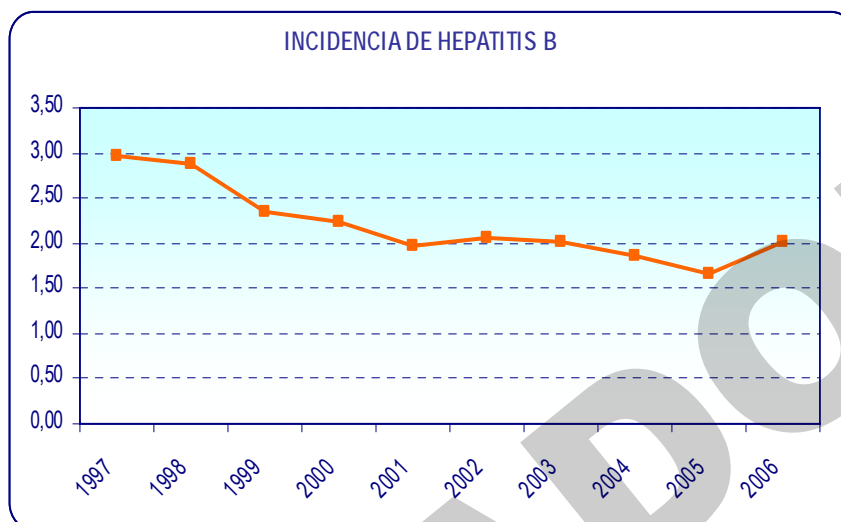
Fuente: CMBD-MSPS.

Se observa, en conjunto, una tendencia progresiva al alza en el indicador, pasando de las 0,46 altas por cada 1.000 niños (en 1997) a alcanzar 1,05 por 1.000 (en 2006). No obstante, en 2007 (0,82) se ha producido un descenso, que habrá de confirmarse en años sucesivos para poder valorar si se estabiliza esta tendencia.

## b) EN POBLACIÓN ADULTA

### Incidencia de enfermedad prevenible mediante vacunación: incidencia de hepatitis B

La incidencia de la hepatitis B incluye el número de casos declarados de esta enfermedad al sistema de vigilancia epidemiológica, en un año, por cada 100.000 habitantes. En la figura siguiente se presenta la evolución del indicador en el periodo que comprende desde el año 1997 al 2006, referidos al total de la población.



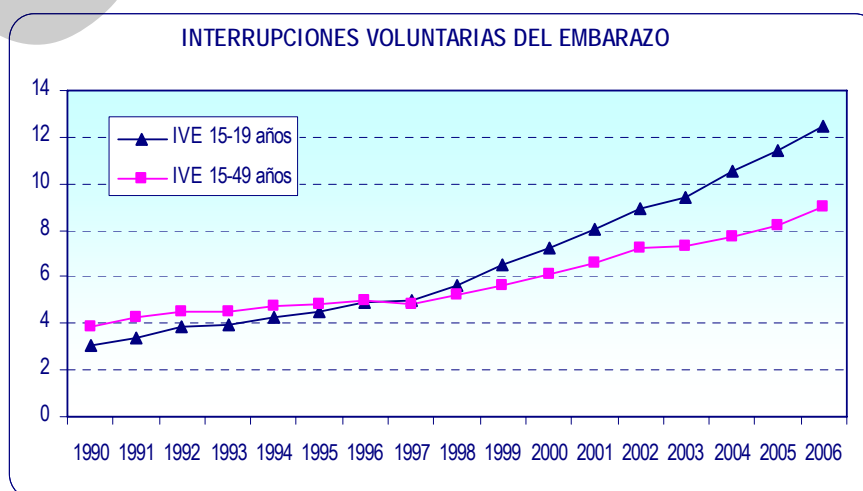
Fuente: EDO-ISCIH-CIN.

Dicha incidencia se ha reducido en casi un punto en estos años, pasando de los 2,96 casos por cada 100.000 habitantes de 1997 a 2,01 en 2006.

### Incidencia de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)

Este indicador se ha desdoblado en dos hallando, por un lado, la incidencia en el grupo de edad de mujeres consideradas habitualmente en edad fértil (utilizando como denominador las mujeres comprendidas entre los 15 y los 49 años) y, por otro, destacando dicha incidencia en el grupo de mujeres adolescentes (usando para ello como denominador las mujeres entre 15 y 19 años).

En la figura siguiente se muestra la evolución temporal, desde el año 1990, de ambas incidencias.



Fuente: Estadística de IVE-MSPS.

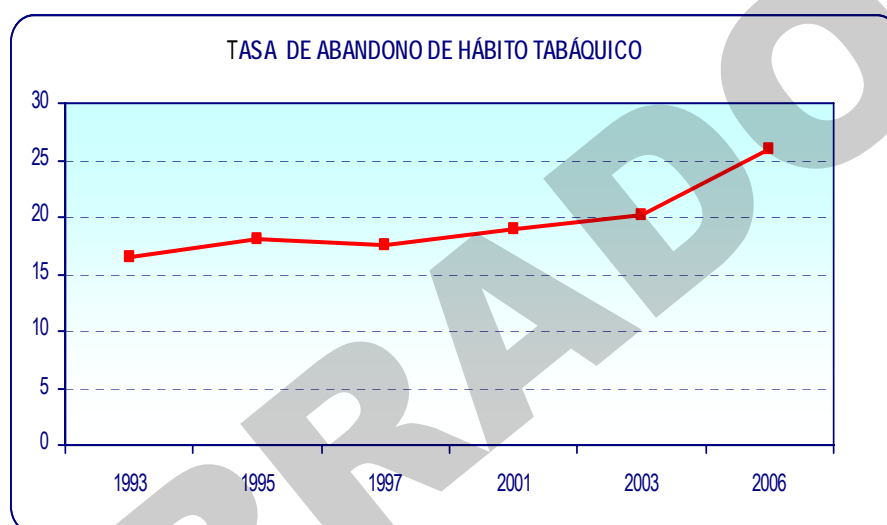
Puede observarse en ambos grupos de edad una clara tendencia al alza, si bien es llamativo que dicha tendencia de incremento es muy superior en el grupo de mujeres adolescentes.

Así, mientras que para el global de mujeres la incidencia de IVE casi se ha triplicado en el periodo analizado, pasando de 3,84 por cada 1.000 mujeres en 1990 a 9,05 en 2006, para el grupo adolescente se ha cuadruplicado en ese mismo periodo, pasando de las 3,07 IVE por cada 1.000 adolescentes de 15 a 19 años en el año 1990 a las 12,48 en 2006.

### Tasa de abandono del hábito tabáquico

En este indicador se incluyen las personas de 16 y más años consideradas exfumadoras en el momento de la entrevista. Para ser considerada como tal, se requiere que haya abandonado el hábito de fumar hace más de un año pero menos de 10 (siendo fumadora toda aquella persona que fuma tabaco a diario, independientemente de la cuantía).

En la figura siguiente se muestra la evolución del abandono de este hábito desde 1993 hasta 2006.



Fuente: ENSE-MSPS.

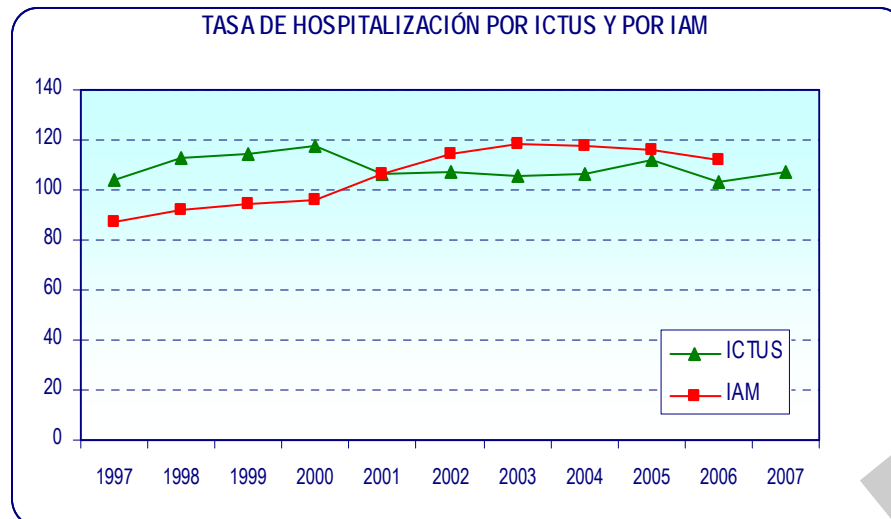
En España, la tasa de abandono muestra una tendencia creciente, desde el 16,44% de personas que han dejado el hábito de fumar (respecto del total de persona fumadoras o exfumadoras en el momento de la entrevista), al 26,03% en el año 2006.

### TASAS DE HOSPITALIZACIÓN POR PROBLEMAS CARDIOVASCULARES

Se incluyen aquí dos indicadores, referidos al **infarto agudo de miocardio (IAM)** y al **ictus**.

En ambos casos, el indicador corresponde al número de personas dadas de alta con el diagnóstico principal de IAM o de ictus, según corresponda, por cada 100.000 habitantes.

En la figura siguiente se presentan la serie de datos desde el año 1997 de dichas tasas de hospitalización, para el conjunto de Sistema Nacional de Salud.



Fuente: CMBD-MSPS.

Pueden observarse tendencias algo diferentes entre ambas patologías. Mientras que la tasa de hospitalización por **ictus**, tras una tendencia ascendente hasta el año 2000, inicia con posterioridad una tendencia decreciente (aunque posteriormente parece mostrar, al menos, una estabilización), la hospitalización por **IAM** sufre un incremento mantenido hasta el año 2003, a partir del cual parece estabilizarse e incluso iniciar un ligero descenso en los últimos años.

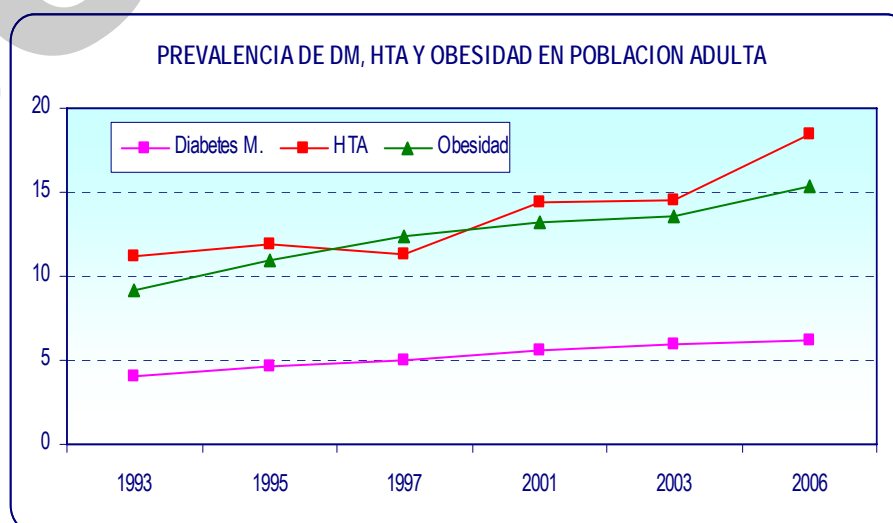
Dichas tasa han sido, para el caso del ictus, de 96,46 casos por cada 100.000 habitantes en 1997 y 86,05 en 2007. Para el IAM lo han sido de 87,51 por cada 100.000 habitantes en el año 1997, y 111,95 en el año 2006. En ambos casos, los datos corresponden al conjunto del SNS.

### PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

Se presentan a continuación la tendencia observada de tres problemas crónicos de salud, incluidos entre los factores de riesgo mayores de patologías cardiovasculares, como son la **diabetes mellitus (DM)**, la **hipertensión arterial (HTA)** y la **obesidad**.

En todos los casos, los datos han sido extraídos de la morbilidad declarada en la Encuesta Nacional de Salud y se expresan en porcentaje, respecto de la población de 16 y más años.

En la figura adjunta se presenta la evolución en España de la prevalencia de los tres problemas mencionados.



Fuente ENSE-MSPS

Los tres problemas de salud presentan una tendencia de incremento mantenido a lo largo de estos años, evolucionando de la siguiente manera:

- La DM ha pasado de una prevalencia de 4,08% del año 1993, a 6,19% en el año 2006.
- La HTA se ha incrementado desde el 11,18% del año 1993, a 18,4 % en 2006.
- La obesidad por su parte, ha pasado de 9,22% en 2003 al 15,37% en 2006.

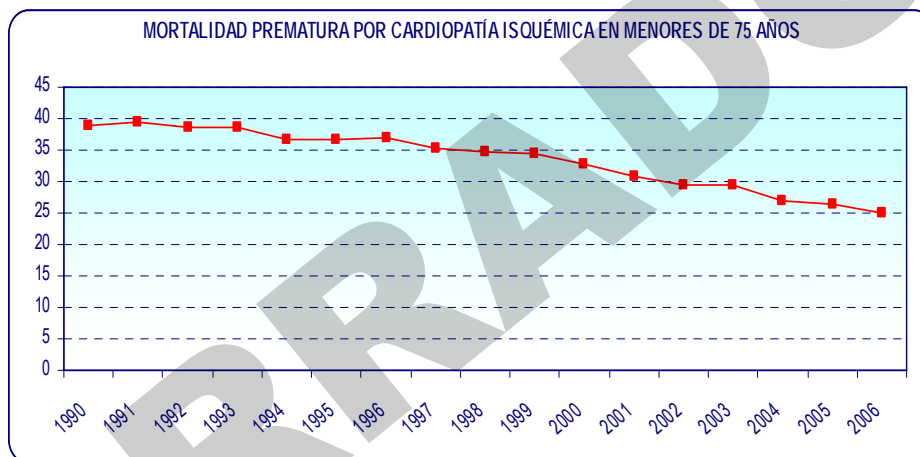
## MORTALIDAD PREMATURA POR PATOLOGÍAS CARDIOVASCULARES Y DIABETES

Para evaluar el riesgo de mortalidad prematura (considerada como tal la ocurrida antes de los 75 años de edad), y para que los indicadores puedan ser comparables, se han utilizado tasas ajustadas por edad, usando como población estándar la población europea.

Se presentan a continuación los resultados de este indicador para los tres tipos de patologías seleccionadas.

### - Mortalidad prematura por cardiopatía isquémica

En la figura siguiente se muestra la evolución de la tasa de mortalidad prematura en España, ajustada por edad, en el periodo comprendido entre 1990 y 2006.



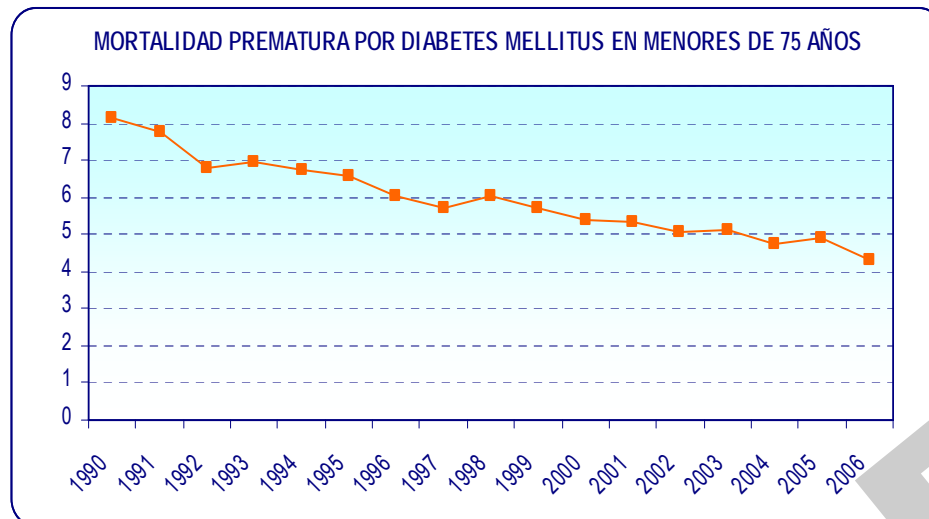
Fuente: Defunciones según causa de muerte. INE-MSPS.

Pese al incremento en la tasa de altas por esta causa, de los 38,90 fallecimientos ocurridos en 1990 por cada 100.000 habitantes menores de 75 años se ha pasado, tras una tendencia decreciente mantenida, a 24,90 por 100.000 en el año 2006. Ello implica una reducción de la tasa en torno al 36% al comparar estos datos.

### - Mortalidad prematura por diabetes mellitus

Al igual que en el caso anterior, se muestra la evolución 1990-2006 en la tasa de mortalidad prematura, ajustada por edad, causada por la diabetes mellitus.



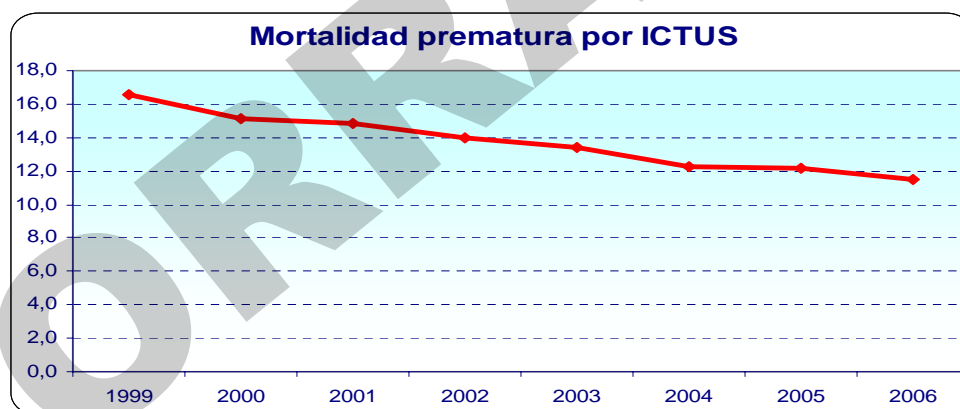


Fuente: Defunciones según causa de muerte. INE-MSPS.

En España, la mortalidad prematura por diabetes mellitus ha sufrido un descenso de casi el 50%, pasando de los 8,15 fallecimientos por esta causa en 1990 a las 4,30 muertes por 100.000 habitantes menores de 75 años en el año 2006.

#### - Mortalidad prematura por ictus

En este caso, puede observarse en la figura adjunta cómo la mortalidad prematura por ictus ha descendido desde una tasa de 16,5 muertes por esta causa ocurridas antes de los 75 años de edad, por cada 100.000 habitantes menores 75 años en el año 1999, a 11,5 el año 2006.



Fuente: CMBD-MSPS.

#### OTROS INDICADORES APROBADOS QUE NO HAN SIDO APORTADOS

Entre los indicadores aprobados figuran dos relacionados con el grado de control (adecuado o no) de dos problemas crónicos de salud, como son la diabetes y la hipertensión arterial.

En el momento de efectuar la evaluación dicha información no ha estado disponible, ya que se encuentra en fase de trabajo su disponibilidad, con criterios homogéneos para el conjunto del SNS, ligada a la construcción de una "base de datos clínicos de atención primaria" ya comentada anteriormente.

En el momento en que pueda disponerse de esta información, será suministrada.

## INDICADORES COYUNTURALES

### OBTENIBLES DEL PROYECTO SANIDAD EN LÍNEA

#### - Porcentaje de centros de AP conectados a Red Corporativa

Este indicador incluye todos aquellos centros de salud que están conectados a la intranet sanitaria o a la Red Corporativa de la Administración Autonómica. Los datos que se presentan corresponden al mes de diciembre de 2007 y son los aportados por las comunidades, en virtud del "Proyecto Sanidad en Línea" conjunto entre el Ministerio de Sanidad y Política Social y el Ministerio de Industria, Turismo y Comercio.

A partir de los datos suministrados, puede concluirse que la evolución en la dotación tecnológica a los centros de forma que les permita formar parte de una red corporativa sanitaria en las comunidades autónomas, se encontraba ya muy próxima al 100% en el año 2007 en prácticamente todas las comunidades autónomas.

#### - Porcentaje de población que dispone de cita por Internet

Este indicador incluye el porcentaje de población TSI adscrita a centros de salud, que disponen del servicio de cita por Internet. Según los datos procedentes del proyecto "Sanidad en línea", en diciembre de 2007 y para el conjunto del SNS fue del 53,87%.

#### - Porcentaje de población que se cita por Internet

En este indicador representa el porcentaje de población TSI adscrita a centros de salud, que se cita de manera efectiva por Internet. Según los datos consultados, para el conjunto del SNS fue del 1,59%.

#### - Porcentaje de citas entre niveles por medios telemáticos respecto del total de citas

En este caso, el indicador representa el porcentaje de citas concertadas desde los centros de salud con atención especializada que han sido realizadas por medios telemáticos, respecto del total de citas a atención especializada. Estas se situaban en el año 2007 alrededor del 70%, para el conjunto del SNS.

#### - Porcentaje de población con informatización de los registros clínicos de cada paciente (Historia clínica digital)

El porcentaje de población TSI adscrita a centros de salud con historia clínica digital (respecto del total de población TSI) era del 51,97% como media del SNS.

#### - Porcentaje de población con prescripción electrónica de recetas

Se presenta el porcentaje de población adscritos a centros de salud con automatización del proceso de prescripción, sobre el total de población TSI, a diciembre de 2007 fue del 86,03%.

#### - Porcentaje de población con dispensación electrónica de recetas

Por su parte, el porcentaje de población TSI que disponen de dispensación electrónica de las recetas fue del 16,01% en dicho año 2007.

## RELACIONADOS CON LA FORMACIÓN PRE Y POSTGRADUADA

## - Número de EAP con docencia acreditada para postgrado en medicina de familia

En la tabla siguiente se presenta el número de EAP con acreditación para la docencia postgrado en medicina de familia, correspondiente al 2008-2009 distribuidos territorialmente.

CCAA	Nº EAP
Andalucía	129
Aragón	25
Asturias	33
Baleares	14
Canarias	26
Cantabria	12
Castilla y León	60
Castilla - La Mancha	34
Cataluña	93
Comunidad Valenciana	86
Extremadura	18
Galicia	45
Madrid	121
Murcia	33
Navarra	13
País Vasco	49
La Rioja	5
INGESA	7
Total	803

Fuente: MSPS.

## INFORMACIÓN CUALITATIVA BASADA EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL SNS

### OFERTA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

El documento sobre la oferta de servicios de Atención Primaria se encuentra actualizado a 2007 e incluye:

- Listado de servicios incluidos en las Carteras de Servicios autonómicas vigentes para AP.
- Relación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que son realizados por AP
- Relación de las determinaciones y exploraciones diagnósticas efectuadas por atención especializada, que son accesible a AP.

Dicha información se encuentra disponible en la página web de Ministerio de Sanidad y Política Social en la dirección:

[http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/OFERTA\\_DE\\_SERVICIOS\\_EN\\_ATENCION\\_PRI-MARIA.pdf](http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/OFERTA_DE_SERVICIOS_EN_ATENCION_PRI-MARIA.pdf)

No obstante, la parte de Cartera de Servicios está pendiente de una remodelación en curso, que implica la ampliación de su contenido de manera que se visualice mejor las diferentes utilidades y formas de organizar la acción preventiva y la atención a determinados problemas de salud prevalentes, por parte de las comunidades autónomas.

### ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA URGENCIA

Se encuentra disponible asimismo un informe descriptivo que resume la organización de la atención a la urgencia en cada Comunidad Autónoma. Dicho informe ha sido ampliado para el año 2007 con información relativa a la identificación y ubicación de los dispositivos existentes (siempre en el ámbito extrahospitalario).

Se encuentra disponible para consulta en la siguiente página web:

[http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/ATENCION\\_A\\_LA\\_URGENCIA\\_EXTRAHOSPITALARIA.pdf](http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/ATENCION_A_LA_URGENCIA_EXTRAHOSPITALARIA.pdf)

### ORGANIZACIÓN GENERAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Por último, otro informe resume cómo concebida y está organizada, en términos generales, la atención primaria. Informe denominado originalmente "Organización administrativa y de gestión", pasó posteriormente a denominarse "Organización general".

El último disponible, correspondiente al cierre de situación del año 2007, se encuentra disponible en la siguiente dirección:

[http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/ORGANIZACION\\_GENERAL\\_DE\\_LA\\_ATENCION\\_PRIMARIA.pdf](http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/ORGANIZACION_GENERAL_DE_LA_ATENCION_PRIMARIA.pdf)

Todos estos informes descriptivos son actualizados -siempre que la Comunidad Autónoma considere que se han producido modificaciones significativas- con periodicidad anual.

## II – b) INFORME VALORATIVO DE LAS CCAA ACERCA DE ESTOS INDICADORES

### ANDALUCÍA

#### PERCEPCIÓN DE LOS CIUDADANOS

En Andalucía se valora la percepción que los ciudadanos tienen del SSPA bajo dos vertientes: por un lado, mediante las encuestas de satisfacción y, por otro, mediante el proyecto transparencia.

##### Encuesta de satisfacción

La Comunidad Autónoma Andaluza tiene como objetivo de primer orden la medida de la satisfacción. En primer lugar, porque permite escuchar directamente a los ciudadanos acerca de qué opinan de los servicios que reciben. En segundo lugar, porque es una medida de resultado de la atención sanitaria. En este sentido, se ha incorporado la calidad percibida como una línea de gestión y evaluación de todos los centros asistenciales y los resultados de las encuestas son herramientas poderosas para conocer demandas y resultados, así como para introducir planes de mejoras concretos. Y en tercer lugar, porque permite monitorizar los cambios y las innovaciones en los servicios desde una perspectiva inexplorada a gran escala en los servicios de salud pero fundamental en la evaluación como es desde la experiencia asistencial de los usuarios.

Los instrumentos y mecanismos de recogida de información se han materializado en tres encuestas, que se corresponden con los tres niveles de observación pertinentes para los objetivos de la investigación aplicada que había que realizar para satisfacer los objetivos específicos anteriores: una destinada a los pacientes de los servicios de atención primaria, otra destinada a los pacientes con ingreso en los servicios hospitalarios y la tercera destinada a los pacientes que han acudido a consultas externas de especialistas en atención hospitalaria.

Los datos relativos a la encuesta de satisfacción pueden ser consultados en: <http://www.sas.junta-andalucia.es/indicadores/introduccion.asp>.

##### Proyecto transparencia

La transparencia en la acción pública, junto a la equidad, la calidad, la eficacia y la rapidez en la atención, la continuidad, la seguridad de la atención sanitaria o la eficiencia, configuran la forma de entender lo público en nuestro sistema sanitario en Andalucía.

El dar a conocer públicamente resultados asistenciales de los centros sanitarios, constituye una oportunidad y un estímulo para los centros de atención primaria. La difusión de información comparada de indicadores asistenciales como ésta y en un entorno de sistema sanitario cooperativo -a diferencia de otros entornos sanitarios competitivos- tiene un propósito básico: contribuir a dar un nuevo impulso a la calidad y mejora del servicio sanitario público, desde la base de una aplicación efectiva que preserve a todos los niveles las óptimas condiciones de desarrollo.

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y el Servicio Andaluz de Salud ha desarrollado una iniciativa en el ámbito de la información pública sobre los servicios de atención primaria y sobre los resultados en salud, de libre acceso a la sociedad andaluza a través de sus páginas web.

Esta iniciativa responde a una política de calidad y transparencia en los servicios públicos que se ofrecen en Andalucía y trata de desarrollar nuevos cauces de implicación a partir de una consideración esencial: si el ciudadano carece de información accesible, veraz y homogénea difícilmente puede ejercer de manera eficaz su derecho a estar, individual o colectivamente, y a ejercer mayor capacidad de influencia. Es posible expresar la opinión pero no es posible ejercer la elección o manifestar preferencias fundadas a menos que se posea

información suficiente, relevante y apropiada. De ahí, la asociación imprescindible que debe ocurrir entre los mecanismos de implicación y participación de ciudadanos, usuarios o pacientes y la disponibilidad de información.

En términos de innovación en la gestión, este proyecto tiene los siguientes fines:

- Promueve la mejora continua de la calidad en las instituciones y servicios de atención primaria a través de la información y de la identificación de áreas de mejora
- Estimula la interacción entre los centros y la puesta en práctica de planes de acción
- Refuerza la proyección e imagen del centro sanitario hacia valores de información, transparencia e implicación en la mejora continua
- Dinamiza una mayor centralidad del paciente y del ciudadano en relación con la gestión de atención primaria, a través de la confluencia de sistemas de información, de programas de garantía de calidad y de iniciativas innovadoras en e-Salud
- Profundiza y mejora los sistemas de información y su monitorización y
- Sitúa a la sanidad, en relación con otras políticas públicas, en posiciones de vanguardia a partir del desarrollo del benchmarking, de la transparencia y de estrategias activas de evaluación de políticas públicas

INDICES EXTRAÍDOS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS					
AÑOS	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Accesibilidad y capacidad de resolución</b>					
Atención programada a domicilio	4,75	4,59	4,38	4,61	5,14
Tasa de derivación de pacientes a consulta externa de hospital (Capacidad de Resolución de atención primaria)	305,4	283,1	334,2	332,10	328,3
Captación precoz de embarazo antes de la semana 12 de gestación	69,80	76,42	47,19	65,67	69,21
Niños seguidos en el primer año de vida en el programa de salud infantil (niño sano)	65,02	61,69	64,86	59,05	69,88
Mujeres que han acudido al programa de detección precoz de cáncer de mama en los últimos dos años	61,54	67,26	68,81	70,35	72,09
<b>Confianza</b>					
Confianza percibida en el proceso asistencial	83,73	85,50	84,60	86,50	85,70
<b>Respeto</b>					
Respeto con el que se le ha tratado	93,81	93,70	94,60	95,20	94,90
<b>Tiempo de atención</b>					
Satisfacción con el tiempo de dedicación de los profesionales médicos	91,06	90,80	92,40	89,80	91,00
<b>Calidad global percibida</b>					
Calidad global percibida	88,96	86,80	88,70	88,30	89,50
<b>Indicadores de Uso y Demanda</b>					
Indicadores de Uso y Demanda	tiempo en la consulta minutos)		9,4	9,3	9,1
	tiempo de espera con cita (minutos)		19,3	17,3	18,1

## ACTIVIDAD Y CALIDAD DEL PROCESO DE ATENCIÓN

El porcentaje de mujeres de 50 a 69 años a las que se les ha realizado una mamografía en el marco del Programa de Cribado del cáncer de mama se encuentra ligeramente por encima de la media con un 77,25% frente al 74,19%.

La vacunación en la infancia tiene una cobertura de vacunación completa superior a la media nacional con un 98,45% frente al 95,1%.

La cobertura de vacunación frente a la gripe en personas mayores de 65 años se encuentra por debajo del 60%. Se han puesto en marcha medidas encaminadas a aumentar la captación de esta población.

## RESULTADOS SANITARIOS EN POBLACIÓN INFANTIL

Según la información de la Encuesta Nacional de Salud de 2006, la prevalencia de obesidad en población infantil en Andalucía era del 11,95%, notablemente por encima de la media nacional, que se situaba en el 8,94%. La prevalencia de sobrepeso se encontraba en el 19,71%.

Como consecuencia de estos resultados se ha incluido en la Cartera de Servicios de Atención Primaria de 2008 el abordaje sistematizado de la obesidad infantil. Asimismo se ha puesto en marcha el Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía 2007-2012.

La tasa de cirugía por luxación congénita de cadera en menores de 2 años y la de altas por asma en menores de 15 años se encuentran por debajo de la media española.

El resultado referido a la tasa de altas por infecciones en población infantil es difícil de valorar al ser un indicador poco preciso dado que no hay restricciones de patología.

## RESULTADOS SANITARIOS EN POBLACIÓN ADULTA

La incidencia de Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) en mujeres en edad fértil se sitúa en un 11,2 por mil, por encima de la media nacional que es del 9,05. Las tasas de IVE más elevadas se observan en aquellas provincias que tienen una mayor proporción de población inmigrante, relacionada fundamentalmente con las tareas agrícolas, en general mujeres procedentes de países del este de Europa.

Entre los problemas crónicos de salud incluidos como factores de riesgo cardiovascular, Andalucía se sitúa por encima de la media de España en la prevalencia de Diabetes Mellitus, con un 7,64% de la población y por debajo en la prevalencia de hipertensión arterial con un 14,76% frente al 18,4% nacional.

Las tasas de hospitalización por ictus y por IAM se encuentran dentro del rango del Sistema Nacional de Salud.

En Andalucía la mortalidad prematura por ictus y por diabetes mellitas se encuentra dentro del rango del conjunto del sistema Nacional de Salud, siendo la mortalidad prematura derivada de cardiopatía isquémica menor a la media nacional.

## INDICADORES COYUNTURALES

En el año 2007, en Andalucía se encuentran conectados a la Red Corporativa de la Junta de Andalucía aproximadamente el 40% de los centros de Atención Primaria, que atienden más del 90% de la población. Únicamente los centros que atienden a poblaciones pequeñas (menores de 1.000 habitantes) se encuentran fuera de la Red Corporativa.

El 90,5% de la población podía solicitar en 2007 cita a través de Internet, mediante el Portal InterSAS, y el 89,6% también podía hacerlo de forma telefónica a través de Salud Responde. Estos medios de solicitud de citas han sido utilizados por el 6,23% de la población (InterSAS) y el 26,22% (Salud Responde)

En 2007 el 98,09% de las citas solicitadas entre niveles asistenciales se realizaron de forma telemática.

El 99% de la población andaluza tenía en 2007 sus registros clínicos informatizados, estando el 90,5% de las historias de salud centralizadas, y disponibles para todos los profesionales sanitarios a través de la Historia de Salud Única de la aplicación Diraya.

Así mismo, el 99% de la población andaluza tenía en 2007 acceso a centros de salud con automatización del proceso de prescripción, y un 86,4% de la población está asignado a centros de salud que disponían de dispensación electrónica de recetas, que en Andalucía recibe el nombre de Receta XXI.

En el año 2008, el 90% de la prescripción se realizó de modo automático.

## ARAGÓN

*Situación de la Atención Primaria en Aragón. Evaluación del Proyecto AP-21 (2007-2012)*

## ASPECTOS ESTRUCTURALES, DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

La Atención Primaria de Aragón tiene mayor dotación de profesionales sanitarios que la mayoría de comunidades autónomas del conjunto del Sistema Nacional de Salud.

La población asignada por profesional en el año 2007 fue 1.219 habitantes por profesional de medicina de familia, 957 habitantes por profesional de pediatría y 1.435 habitantes por profesional de enfermería. En el mismo año, la media de población asignada por auxiliar administrativo fue de 4.013 habitantes. En Aragón esta media baja a 3.252 habitantes si se cuenta a todo el personal que presta atención al público en las unidades administrativas de los centros de salud.

La distribución de profesionales por tramos de población, en gran parte condicionada por la baja densidad de población de esta comunidad autónoma, muestra una tendencia decreciente de los profesionales que atienden más población. Como en el resto del país, se reduce el número de médicos de familia con más de 2.000 habitantes y el de pediatras con más de 1.500 habitantes.

DISTRIBUCIÓN DE PROFESIONALES POR TRAMOS DE POBLACIÓN				
Tramos de población por profesional	2004		2007	
	Aragón	Estado	Aragón	Estado
<b>Medicina de Familia</b>				
< 500	21,2%	7,3%	20,7%	6,9%
501 - 1.000	17,3%	10,6%	15,6%	9,9%
1.001 - 1.500	13,2%	20%	13,6%	27,3%
1.501 - 2.000	43,1%	53,1%	48,1%	52,4%
> 2.000	5,1%	8,9%	2,1%	3,5%
<b>Pediatría</b>				
< 750	17,9%	20,1%	19,2%	16,7%
751 - 1.000	34,9%	29,8%	36%	32%
1.001 - 1.250	34,1%	33%	31,1%	35,6%
1.251 - 1.500	11,6%	13,3%	13,7%	13,1%
> 1.500	1,5%	3,8%	0%	2,5%

Fuente: SIAP - MSPS

En el año 2008 se ampliaron las plantillas de profesionales en zonas urbanas en 30 médicos de familia y 3 pediatras para mejorar el acceso de la población en zonas de nuevo crecimiento.

La cita previa de los centros de salud aragoneses está reforzada por una central de llamadas, y desde el año 2009, se puede obtener a través de internet.

Aragón ocupa una posición intermedia en cuanto a gasto sanitario público procedente de Atención Primaria por habitante protegido. El gasto se mantiene estable en el periodo 2004-2006, en 2006 se encuentra a 1,56 puntos por debajo del promedio nacional. El porcentaje de PIB dedicado a gasto sanitario público en Atención Primaria decrece en el periodo 2004-2006, en 2006 se sitúa en el 0,64%.



El proyecto estrategias, objetivos y compromisos para la Atención Primaria en el Sistema de Salud de Aragón (2008-2011) pretende dar un impulso a la Atención Primaria para adaptarla a las demandas sociales y, también, para garantizar la sostenibilidad del sistema. El proyecto se centra en producir avances en tres aspectos: la autonomía, capacidad resolutoria y función de agencia de los EAP, y la capacidad del sistema para medir resultados.

Durante los años 2007 y 2008 se desarrolla la normativa que regula la cartera de servicios y el sistema de información y evaluación de los servicios de Atención Primaria del Sistema de Salud de Aragón, de sus centros y unidades clínicas (Decreto 65/2007, de 8 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la cartera de servicios sanitarios del Sistema de Salud de Aragón; Orden de 12 de julio de 2007 y Orden de 11 de julio de 2007, del Departamento de Salud y Consumo, por las que se estructura y se aprueba el contenido funcional de la Cartera de Servicios Sanitarios del Sistema de Salud de Aragón y se regula el procedimiento para su actualización; Orden de 22 de septiembre de 2008, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula el Sistema de Información y Evaluación de los servicios de Atención Primaria del Sistema de Salud de Aragón, de sus centros y unidades clínicas).

El Gobierno de Aragón regula la libertad de elección de especialista y centro en Abril de 2007 (Decreto 57/2007, de 17 de abril, por el que se regula el procedimiento para la libre elección de Médico Especialista y de Hospital en el Sistema Sanitario Público de Aragón).

Actualmente está en proceso de tramitación un Decreto que supone una nueva regulación de la estructura, organización y funcionamiento de la Atención Primaria en Aragón, impulsando la gestión clínica de sus unidades.

Para poner en marcha este ambicioso proyecto está previsto redistribuir recursos, dedicando mayor esfuerzo inversor a la Atención Primaria.

## PERCEPCIÓN DE LOS CIUDADANOS

En términos globales, la percepción que tienen los ciudadanos aragoneses sobre el funcionamiento de los servicios de Atención Primaria es positiva y se sitúa por encima de la media nacional en prácticamente todas las cuestiones planteadas, con la única excepción de la comunicación entre médicos de atención primaria y hospitalaria.

Las cuestiones mejor valoradas en el año 2007 fueron la confianza y seguridad que transmite el médico de familia, el trato recibido del personal sanitario y la atención domiciliaria.

Entre las áreas de mejora se pueden señalar, además de la mencionada comunicación entre niveles asistenciales, determinadas cuestiones relacionadas con la accesibilidad, como el tiempo de espera para entrar en consulta o la facilidad para conseguir cita. La comunidad está desarrollando proyectos, como "Salud Informa" para facilitar el acceso a los servicios de Atención Primaria ([www.saludinforma.es](http://www.saludinforma.es)).

PERCEPCIÓN DE LOS CIUDADANOS SOBRE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA							
ASPECTOS VALORADOS		2002	2003	2004	2005	2006	2007
Atención a domicilio por el personal médico y de enfermería (*)	Aragón	7,64	7,43	7,66	7,89	7,55	7,83
	Estado	6,77	6,82	6,96	6,93	6,94	6,87
Confianza y seguridad que transmite el médico (*)	Aragón	7,76	7,48	7,70	7,96	7,89	8,01
	Estado	7,10	7,15	7,43	7,40	7,38	7,27
Conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud (*)	Aragón	7,75	7,33	7,33	7,82	7,44	7,71
	Estado	6,77	6,83	7,00	6,97	6,97	6,89
Consejos recibidos (*)	Aragón	-	7,08	7,12	7,80	7,15	7,59
	Estado	-	6,73	6,94	7,09	7,00	6,99

Facilidad para conseguir la cita (*)	Aragón	7,15	6,95	7,24	7,09	6,81	6,94
	Estado	6,61	6,51	6,73	6,59	6,63	6,45
Información recibida sobre su problema (*)	Aragón	7,21	7,07	7,29	7,77	7,23	7,75
	Estado	6,72	6,83	7,16	7,16	7,11	7,06
Tiempo dedicado por el médico a cada enfermo (*)	Aragón	7,42	6,96	6,93	7,45	6,89	7,30
	Estado	6,40	6,38	6,49	6,49	6,49	6,32
Tiempo de espera para entrar en Consulta (*)	Aragón	5,85	5,79	5,83	5,71	5,53	5,77
	Estado	5,42	5,31	5,62	5,59	5,58	5,48
Tiempo que tarda el médico en verle desde que pide cita (*)	Aragón	-	-	6,66	6,88	6,49	6,81
	Estado	-	-	6,49	6,57	6,44	6,32
Trato recibido del personal sanitario (*)	Aragón	7,73	7,74	7,95	8,16	7,93	7,96
	Estado	7,22	7,23	7,39	7,38	7,36	7,33
% de personas que califican como buena y muy buena la atención recibida en consulta de medicina general	Aragón	-	93,43	92,48	89,04	90,38	-
	Estado	-	82,57	84,41	83,61	84,01	-
% de usuarios que consideran correcta la comunicación entre médicos de AP y los especialistas	Aragón	-	-	-	-	65,07	50,50
	Estado	-	-	-	-	53,42	51,71

(\*): Aspectos valorados con una escala de 1 a 10. En la serie figura el promedio. Fuente: Barómetro Sanitario.

## ACTIVIDAD Y CALIDAD DEL PROCESO DE ATENCIÓN

La población aragonesa utiliza los servicios de Atención Primaria por encima del conjunto del SNS. A partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud del año 2006, se estima que la frecuentación al médico de atención primaria en ese año fue de 6,05 visitas anuales (5,65 en el conjunto del país).

La mamografía y la vacunación en la infancia tienen coberturas satisfactorias. El porcentaje de mujeres de entre 50 y 69 años que declaran haberse realizado una mamografía en los dos años previos a la encuesta, es del 74,5, ligeramente por encima del porcentaje global (74, 2).

La cobertura de vacunaciones infantiles muestra una tendencia positiva en los últimos años, tanto en Aragón como en el resto del país. En Aragón las coberturas de vacunación alcanzan y superan el 97% excepto en dos situaciones: la vacunación completa frente a la hepatitis B (96,2%) y la vacuna de refuerzo a los 3-6 años frente a rubéola sarampión y parotiditis (94,6%).

La cobertura de vacunación frente a la gripe a partir de los 65 años es mejorable. En el año 2006, este porcentaje era del 64,1% en Aragón y del 67,8% en España.

## RESULTADOS SANITARIOS EN POBLACIÓN INFANTIL

Al igual que en la mayoría de comunidades autónomas, la incidencia de enfermedades prevenibles mediante programas de vacunación es muy baja en Aragón. Salvo algún repunte en tos ferina y parotiditis, las tasas son similares o están por debajo de las nacionales.

También se observan buenos resultados en la población infantil aragonesa en lo concerniente a la tasa de alta hospitalaria por asma en menores de 15 años y a la prevalencia de obesidad entre los 2 y los 17 años de edad.

Aragón está por encima de la media en la tasa de alta hospitalaria por infecciones en menores de 15 años y la tasa de cirugía por luxación congénita de cadera.

Para estos dos últimos indicadores es necesario revisar los criterios de inclusión, las fuentes de información y las posibles diferencias en la oferta hospitalaria, entre comunidades autónomas, antes de atribuir el resultado a los cuidados prestados en Atención Primaria.

RESULTADOS EN POBLACIÓN INFANTIL							
INDICADORES		2002	2003	2004	2005	2006	2007
Incidencia de rubéola congénita por cada 100.000 habitantes (*)	Aragón	0	0	0	0	0	-
	Estado	0	0	0	0	0	-
Incidencia de tos ferina por cada 100.000 habitantes (*)	Aragón	5,15	1,46	1,55	2,16	1,21	-
	Estado	0,88	1,39	1,31	0,77	0,96	-
Incidencia de sarampión por cada 100.000 habitantes (*)	Aragón	0,09	0,00	0,00	0,09	0,35	-
	Estado	0,22	0,62	0,07	0,05	0,84	-
Incidencia de rubéola por cada 100.000 habitantes (*)	Aragón	0,17	0,17	0,26	0,17	0,26	-
	Estado	0,35	0,29	0,23	1,49	0,22	-
Incidencia de parotiditis por cada 100.000 habitantes (*)	Aragón	8,41	10,23	9,74	10,45	123	-
	Estado	11,41	4,23	3,71	3,68	17,35	-
Prevalencia de obesidad por 100 habitantes de 2 a 17 a (+)	Aragón	-	9,58	-	-	7,48	-
	Estado	-	8,53	-	-	8,94	-
Tasa de alta por asma en menores de 15 años (°)	Aragón	0,27	0,23	0,39	0,32	0,34	0,26
	Estado	0,83	0,82	0,88	0,76	1,05	0,82
Tasa de alta por infecciones en menores de 15 años por 1.000 (°)	Aragón	4,98	4,49	5,37	5,32	4,65	4,93
	Estado	3,85	4,03	3,88	3,97	4,07	3,68
Tasa de cirugía (abierto) por luxación congénita de cadera en menores de 2 años (°)	Aragón	4,79	-	-	4,42	-	-
	Estado	2,15	2,43	1,50	2,56	1,54	2,78

Fuentes: (\*) EDO-ISCIII-CIN; (+) ENSE-MSPS; (°) CMBD- MSPS.

## RESULTADOS SANITARIOS EN POBLACIÓN ADULTA

En la comunidad autónoma de Aragón, como en la mayor parte del Sistema Nacional de Salud, la tasa de abandono de hábito tabáquico evoluciona favorablemente, con una reducción de más de 6 puntos en el periodo 2003-2006.

Aragón ocupa posiciones intermedias en la prevalencia de diversos problemas de salud que pueden reducirse, al menos en parte, a través de intervenciones en los estilos de vida de la población, tales como la diabetes, la hipertensión o la obesidad.

Las tasas de hospitalización por ictus o por infarto agudo de miocardio, más elevadas en Aragón que en otras comunidades autónomas, podrían estar afectadas por el envejecimiento de la población, y por la oferta de camas hospitalarias.

Así, la mortalidad prematura por cardiopatía isquémica y por diabetes muestra una tendencia decreciente en Aragón en el periodo 1996-2006, ambas tasas son inferiores a la tasa nacional en el año 2006.

La mortalidad prematura por ictus en nuestra comunidad autónoma, es en 2006 superior a la tasa del conjunto del Sistema Nacional de Salud. Aragón tiene previsto diseñar en 2009 un proyecto de atención integrada del ictus basado en la estrategia propuesta por el Ministerio de Sanidad y Política social.

La incidencia de hepatitis B por cada 100.000 habitantes es mayor en Aragón, que en otras comunidades autónomas, y su tendencia es ascendente. En la mayoría de los casos detectados el país de origen es distinto a España.

En cuanto a las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) en menores de 20 años, Aragón ocupa posiciones intermedias en la tasa del año 2006, aunque el crecimiento de esta tasa, como en el resto del país, es preocupante.

RESULTADOS EN POBLACIÓN ADULTA							
INDICADORES		2002	2003	2004	2005	2006	2007
Incidencia de hepatitis B por cada 100.000 habitantes (*)	Aragón	3,95	2,58	3,36	3,37	3,63	-
	Estado	2,07	2,02	1,86	1,66	2,01	-
Incidencia de IVE en <20 años por 1.000 mujeres de 15 a 19 años (^)	Aragón	8,87	8,63	9,68	11,72	12,45	-
	Estado	8,94	9,41	10,56	11,46	12,48	-
Tasa de abandono del hábito tabáquico por 100 personas (+)	Aragón	21,24 (2001)	19,16	-	-	25,80	-
	Estado	18,91 (2001)	20,20	-	-	26,03	-
Prevalencia de diabetes mellitus por 100 hab. (+)	Aragón	6,02 (2001)	5,10	-	-	5,33	-
	Estado	5,61 (2001)	5,92	-	-	6,19	-
Prevalencia de hipertensión arterial por cada 100 hab. (+)	Aragón	16,06 (2001)	15,53	-	-	18,51	-
	Estado	14,42 (2001)	14,53	-	-	18,41	-
Prevalencia de obesidad por 100 hab. (+)	Aragón	12,97 (2001)	12,44	-	-	15,41	-
	Estado	13,18 (2001)	13,61	-	-	15,37	-
Tasa de hospitalización por ictus por 100.000 hab. (°)	Aragón	139,8	139,6	140,3	147,9	121,3	108,4
	Estado	107,5	105,5	106,5	112,2	103,4	107,6
Tasa de hospitalización por infarto agudo de miocardio por 100.000 hab. (°)	Aragón	112,6	123,7	117,2	118,3	124,1	-
	Estado	114,1	118,1	117,8	116	111,9	-
Mortalidad prematura por cardiopatía isquémica por 100.000 hab. menores de 75a(i)	Aragón	25,02	23,52	25,40	22,26	24,17	-
	Estado	29,58	29,34	27,00	26,51	24,90	-
Mortalidad prematura por diabetes mellitus por 100.000 hab. menores de 75 años (j)	Aragón	4,11	3,54	4,07	3,49	3,10	-
	Estado	5,08	5,11	4,72	4,88	4,30	-
Mortalidad prematura por ictus por 100.000 hab. menores de 75 años (j)	Aragón	-	-	-	-	12,3	-
	Estado	-	-	-	-	11,5	-

Fuentes: (\*) EDO-ISCI-CIN; (^) Estadística de Interrupción Voluntaria del Embarazo – MSPS (+) ENSE-MSPS; el dato de la primera columna corresponde al año 2001; (°) CMBD- MSPS; (i): Defunciones según causa de muerte. INE-MSPS.

## INDICADORES COYUNTURALES

Todos los centros de salud de Aragón están conectados a la Red Corporativa, la cobertura de historia clínica electrónica, a finales de 2008, asciende al 97% de la población.

Recientemente la comunidad ha lanzado el proyecto “Salud Informa”, portal con diversas prestaciones que mejoran la accesibilidad a los servicios de Atención Primaria. En 2009 los ciudadanos podrán obtener una cita previa, a cualquier hora del día, a través del teléfono o de Internet ([www.saludinforma.es](http://www.saludinforma.es)).

El proyecto de prescripción electrónica termina su fase de pilotaje en 2009. A partir de este momento está previsto extenderlo al resto de la comunidad.

También existen en Aragón desarrollos de telemedicina que mejoran la capacidad de resolución de problemas en Atención Primaria. Actualmente están en marcha dos proyectos: retinografía y dermatología.

## ASTURIAS (PRINCIPADO DE)

*Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Dirección General de Planificación y Evaluación. Servicio de Evaluación de Servicios Sanitarios. Proyecto Atención Primaria del Siglo XXI: Estrategias de Mejora (Proyecto AP-21). Informe de Evaluación 2007-2008 (Abril 2009).*

El Plan de Salud para Asturias 2004-2007, dentro de su estrategia 4 “Mejorando la calidad de la atención sanitaria”, incluía la iniciativa 54 “Revitalizando el modelo de Atención Primaria de Salud como base de la prevención y atención al paciente”. Nuestra Comunidad, que fue pionera en el proceso de reforma de la atención primaria en los años ochenta, continua apostando, con más convicción aún si cabe, por una Atención Primaria de Salud que se consolide como puerta de entrada al sistema sanitario y como guía del paciente a través de todo el proceso asistencial, y que, en definitiva, se reafirme como elemento central y estratégico para la salud de los ciudadanos.

De acuerdo con el espíritu de aunar esfuerzos y voluntades en el diseño de una política común del Sistema Nacional de Salud para la Atención Primaria de Salud, que movió al Ministerio de Sanidad a liderar y coordinar el Proyecto “Atención Primaria del Siglo XXI: Estrategias de Mejora”, con el gran objetivo de dar un nuevo impulso a la Atención Primaria y renovar su vocación y voluntad como motor del sistema y agente del ciudadano ante el mismo, nos sumamos ahora a la evaluación de dichas estrategias en el periodo 2007-2008, tal como acordó el Pleno del Consejo Interterritorial de 11 de diciembre de 2006.

Para llevar a cabo la citada evaluación se han utilizado tanto los Indicadores del Sistema de Información del SNS como el Cuestionario adicional remitidos por la Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del SNS y Alta Inspección. En el caso de los indicadores, y siguiendo la agrupación propuesta de los mismos en 4 grandes bloques (aspectos estructurales, de organización y gestión; percepción de los ciudadanos; actividad y calidad del proceso de atención y contribución a la obtención de resultados sanitarios), hemos procedido al análisis de cada uno de ellos, comparativamente con su valor promedio para el conjunto del SNS. Finalmente, se aporta, debidamente cumplimentada, la Encuesta adicional.

A continuación, y antes de la exposición detallada de los Indicadores y la Encuesta, se ofrece una visión de conjunto para cada uno de los grandes bloques de indicadores.

Indicadores Asturias	Fortalezas	Debilidades
Indicadores de aspectos estructurales, de organización y gestión, y otros indicadores coyunturales	La población media asignada por pediatra, enfermera y auxiliar administrativo se sitúa por debajo de la media del SNS.	La población media asignada por médico de familia se halla por encima de la media del SNS.
	-	El porcentaje de gasto sanitario público en AP así como el gasto sanitario público en AP por habitante protegido son inferiores a la media del SNS, mientras que el % PIB dedicado a gasto sanitario público en AP se sitúa por encima de la media.
	La población TSI que dispone de prescripción farmacológica electrónica se halla por encima de la media estatal.	La población TSI que dispone de - y utiliza - la cita por Internet y de Historia Clínica electrónica están por debajo de la media del SNS.
Indicadores de percepción de los ciudadanos	La valoración de los ciudadanos en todos los ítems considerados es superior a la media del SNS. Nuestra Comunidad presenta además el porcentaje más bajo del SNS de personas	-

	que consideran mala o muy mala la atención recibida. Además, Asturias lidera la percepción ciudadana sobre la facilidad para conseguir cita, el tiempo de espera hasta entrar en consulta, el tiempo que tarda el médico en verle desde la cita, la atención en domicilio, la confianza y seguridad que transmite el médico, la información recibida sobre su problema de salud y los consejos recibidos.	
Indicadores de actividad y calidad del proceso de atención	Nuestras tasas de cobertura de vacunación superan la media del SNS en todos los ítems considerados, excepto la antigripal.	La tasa de cobertura de vacunación antigripal en >65 años se halla por debajo de la media estatal.
	-	El porcentaje de mujeres con mamografía realizada en los 2 años previos a la entrevista se sitúa por debajo de la media del SNS.
Indicadores de contribución a la obtención de resultados sanitarios	En Asturias se observa una incidencia inferior a la media del SNS de tos ferina, sarampión, parotiditis y hepatitis B.	Incidencia de rubéola superior a la media estatal.
	Incidencia de IVE inferior a la media del SNS.	Tasas de altas por infecciones y por asma, en <15 años, superiores a las medias del SNS.
	Prevalencia de obesidad menor que la media estatal.	Tasas de hospitalización por IAM e ictus superiores a las medias estatales.
	-	Tasa inferior a la media del SNS de abandono del hábito tabáquico.
	-	Mortalidad prematura superior a la media estatal por diabetes mellitus y cardiopatía isquémica.
	-	Prevalencia de HTA y DM superior a la media SNS.

## ASPECTOS ESTRUCTURALES, DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

### - Población media por profesional de medicina de familia.

	2005	2006	2007
Asturias	1.552,52	1.541,25	1.487,04
España	1.487,21	1.465,92	1.426,13
Valor más bajo: Castilla y León			947,62
Valor más alto: Baleares			1.867

### - Población media por profesional de pediatría.

	2005	2006	2007
Asturias	808,06	775	768
España	1.038	1.065	1.039,33
Valor más bajo: Asturias			768
Valor más alto: Cataluña			1.231,54

### - Población media por profesional de enfermería.

	2005	2006	2007
Asturias	1.591,56	1.543,10	1.545,21
España	1.697,68	1.652	1.658,33
Valor más bajo: Castilla y León			1.186,72
Valor más alto: Baleares			2.082,82

### - Población media por auxiliar administrativo.

	2005	2006	2007
Asturias	-	4.112,97	2.717,85
España	-	3.195,40	3.090,60
Valor más bajo: Navarra			2.489,05
Valor más alto: La Rioja			4.844,14

- Número de profesionales de MF por tramos de población asignada.

2007	< 500	501-1.000	1.001-1.500	1.501-2.000	> 2.000
Asturias	12	75	155	404	9
España	1.064	2.287	6.315	12.123	811
Valor más bajo (Excepto INGESA)	Baleares (0)	Baleares (2)	La Rioja (24)	La Rioja (120)	Cantabria (0)
Valor más alto	Castilla y León (746)	Castilla y León (559)	Andalucía (1.935)	Andalucía (2.252)	Madrid (182)

- Número de profesionales de pediatría por tramos de población asignada.

2007	< 750	751-1.000	1.001-1.250	1.251-1.500	> 1.500
Asturias	61	40	24	1	0
España	848	1.606	1.782	650	126
Valor más bajo (Excepto INGESA)	Cantabria (4)	La Rioja (10)	La Rioja (18)	Asturias (1)	Aragón, Asturias, Cantabria, Extremadura, Navarra y La Rioja (0)
Valor más alto	Andalucía (170)	Valencia (310)	Andalucía (405)	Andalucía (200)	Andalucía (60)

- Porcentaje del gasto sanitario público en AP.

	2004	2005	2006
Asturias	12,39	12,10	12,30
España	14	14,05	14,09
Valor más bajo: Galicia			12,15
Valor más alto (Excepción hecha de Melilla, por su singularidad a efectos de comparación): Extremadura			17,29

- Gasto sanitario público en AP por habitante protegido.

	2004	2005	2006
Asturias	128,91	133,99	146,54
España	134,90	144,88	156,65
Valor más bajo: Madrid			123,42
Valor más alto (Excepto Ceuta y Melilla): Extremadura			209,51

- Porcentaje del PIB dedicado a gasto sanitario público en AP.

	2004	2005	2006
Asturias	0,78	0,75	0,76
España	0,67	0,69	0,70
Valor más bajo: Madrid			0,42
Valor más alto (Excepto Melilla): Extremadura			1,35

## PERCEPCION DE LOS CIUDADANOS

En los siguientes indicadores se utiliza una escala de 1 a 10, en la que 1 significa que lo valora como "totalmente insatisfactorio" y el 10 como "totalmente satisfactorio".

- Valoración de la facilidad para conseguir cita.

	2005	2006	2007
Asturias	9,19	9,08	8,35
España	6,59	6,63	6,45
Valor más bajo: País Vasco			5,77
Valor más alto: Asturias			8,35

- Valoración del tiempo de espera hasta entrar en consulta.

	2005	2006	2007
Asturias	7,66	7,64	7,18
España	5,59	5,58	5,48
Valor más bajo: Murcia			4,69
Valor más alto: Asturias			7,18

- Valoración del tiempo que tarda el médico en verle desde que pide la cita.

	2005	2006	2007
Asturias	9,08	9,10	8,45
España	6,57	6,44	6,32
Valor más bajo: Canarias			5,56
Valor más alto: Asturias			8,45

- Valoración del tiempo dedicado por el médico a cada enfermo.

	2005	2006	2007
Asturias	7,05	6,99	7,10
España	6,49	6,49	6,32
Valor más bajo: Canarias y País Vasco			5,97
Valor más alto: Aragón			7,30

- Valoración del trato recibido del personal sanitario.

	2005	2006	2007
Asturias	7,44	7,53	7,87
España	7,38	7,36	7,33
Valor más bajo: Galicia			6,66
Valor más alto: Baleares			8

- Valoración de la atención en domicilio.

	2005	2006	2007
Asturias	7,61	7,63	8,04
España	6,93	6,94	6,87
Valor más bajo: Galicia			6,18
Valor más alto: Asturias			8,04

- Valoración del conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud.

	2005	2006	2007
Asturias	7,44	7,37	7,66
España	6,97	6,97	6,89
Valor más bajo: Galicia			6,43
Valor más alto: Baleares			7,85

- Valoración de la confianza y seguridad que transmite el médico.

	2005	2006	2007
Asturias	8,07	8,16	8,17
España	7,40	7,38	7,27
Valor más bajo: Galicia			6,56
Valor más alto: Asturias			8,17

- Valoración de la información que el usuario recibe sobre su problema de salud.

	2005	2006	2007
Asturias	7,89	7,78	7,89
España	7,16	7,11	7,06
Valor más bajo: Galicia			6,49
Valor más alto: Asturias			7,89

- Valoración de los consejos recibidos.

	2005	2006	2007
Asturias	7,98	7,97	8,08
España	7,09	7	6,99
Valor más bajo: Galicia			6,59
Valor más alto: Asturias			8,08



- Porcentaje de usuarios que consideran correcta la comunicación entre los médicos de AP y los especialistas.

	2005	2006	2007
Asturias	-	51,79	55,71
España	-	53,42	51,71
Valor más bajo: Canarias			35,78
Valor más alto: La Rioja			71,58

- Valoración general de la atención recibida en las consultas de medicina general (medicina de familia) de la sanidad pública.

- Porcentaje de personas que califican como buena y muy buena la atención recibida en consulta de medicina general (medicina de familia).

	2003	2004
Asturias	93,94	89,84
España	82,57	84,41
Valor más bajo: Canarias		75,82
Valor más alto: Aragón		92,48

- Porcentaje de personas que califican como mala y muy mala la atención recibida en consulta de medicina general (medicina de familia).

	2005	2006
Asturias	1,42	0,48
España	2,90	2,64
Valor más bajo: Asturias		0,48
Valor más alto: Navarra		4,79

#### ACTIVIDAD Y CALIDAD DEL PROCESO DE ATENCIÓN

- Frecuentación registrada en medicina de familia, pediatría y enfermería.

Asturias 2008	Medicina de Familia	Enfermería de Familia	Pediatría	Enfermería Pediátrica
Frecuentación	9,33	9,09	8,95	4,96
Presión asistencial	39,17	26,47	24,02	14,22
Presión domiciliaria	0,6	1,52	-	-
% usuarios atendidos	73,07	44,44	84,16	58,68
Derivación interconsultas	76,6	-	51,03	-

- Frecuentación declarada a AP por habitante/año.

	2006
Asturias	5,23
España	5,65
Valor más bajo: Cantabria	
Valor más alto: Extremadura	
	8,32

- Coberturas de vacunación infantil:

- Cobertura (%) de vacunación frente a DTP (primovacuna 0-1 años).

	2004	2005	2006
Asturias	98,7	97,7	98,1
España	96,5	96,2	97,6
Valor más bajo: País Vasco			92,8
Valor más alto: Cantabria			100

- Cobertura (%) de vacunación frente a DTP (refuerzo 1-2 años).

	2004	2005	2006
Asturias	97,5	99,6	98,9
España	94,8	95	95,2
Valor más bajo: Navarra			89,1
Valor más alto: Cantabria			100

- Cobertura (%) de vacunación frente a DTP (refuerzo 4-6 años).

	2004	2005	2006
Asturias	97,3	97,2	95,3
España	88,7	90,8	94,1
Valor más bajo: La Rioja			80
Valor más alto: Canarias			100

- Cobertura (%) de vacunación frente a haemophilus influenzae b (primovacunación 0-1).

	2004	2005	2006
Asturias	98,7	97,7	97,7
España	96,5	96,2	97,5
Valor más bajo: Ceuta			80,7
Valor más alto: Cantabria			100

- Cobertura (%) de vacunación frente a haemophilus influenzae b (refuerzo 1-2 años).

	2004	2005	2006
Asturias	-	99,3	98,4
España	94	94,4	95,2
Valor más bajo: Navarra			89,1
Valor más alto: Cantabria			100

- Cobertura (%) de vacunación frente a la hepatitis B (0-1 años).

	2004	2005	2006
Asturias	98,5	97,6	97,7
España	98,2	96,1	96,6
Valor más bajo: Ceuta			80,8
Valor más alto: Cantabria			100

- Cobertura (%) de vacunación frente a meningitis meningocócica C (primovacunación 0-1 años).

	2004	2005	2006
Asturias	98,9	97,7	98,7
España	96,3	96,1	96,6
Valor más bajo: Ceuta			72,4
Valor más alto: Cantabria y Madrid			100

- Cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (primovacunación 0-1 años).

	2004	2005	2006
Asturias	98,8	97,7	97,7
España	96,9	96,2	97,6
Valor más bajo: Ceuta			80,7
Valor más alto: Cantabria			100

- Cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (refuerzo 1-2 años).

	2004	2005	2006
Asturias	97,7	99,7	98,6
España	95	94,9	95,1
Valor más bajo: Navarra			89,1
Valor más alto: Cantabria			100

- Cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (primovacunación 1-2 años).

	2004	2005	2006
Asturias	98,1	99,7	98,5
España	97,5	96,8	96,9
Valor más bajo: Extremadura			92,1
Valor más alto: Cantabria, Ceuta y Melilla			100

- Cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (refuerzo 3-6 años).

	2004	2005	2006
Asturias	97,9	99,2	97,5
España	92,7	91,6	94,1
Valor más bajo: Ceuta			85,1
Valor más alto: Cantabria			100

- Cobertura de vacunación antigripal en mayores de 65 años.

	2004	2005	2006
Asturias	64,9	66,8	64,4
España	68,5	70,1	67,8
Valor más bajo: Ceuta			27,3
Valor más alto: Castilla-La Mancha			77

- Porcentaje de personas con HTA, DM, dislipemia, EPOC, obesidad, cuidados paliativos y que tienen cuantificado el riesgo cardiovascular en AP.

CARTERA DE SERVICIOS AP ASTURIAS	2007	2008
% cobertura revisión niño sano 0-23 meses	100	100
% seguimiento revisión niño sano 0-23 meses	78,6	81,3
% cobertura real revisión niño sano 0-23 meses	78,6	81,3
% niños 7-8 años al menos una revisión odontológica	-	69,8
% cobertura niño y adolescente con asma	100	100
% seguimiento niño y adolescente con asma	19,5	20,3
% cobertura real niño y adolescente con asma	19,5	20,3
% cobertura pacientes hipertensos	91,3	93,6
% seguimiento pacientes hipertensos	52,8	51,7
% cobertura real pacientes hipertensos	48,2	48,4
% control (TA <140/90) pacientes hipertensos	20,3	21
% cobertura pacientes con hipercolesterolemia	68	74,7
% seguimiento pacientes con hipercolesterolemia	56,8	57,1
% cobertura real pacientes con hipercolesterolemia	38,6	42,6
% cobertura pacientes inmobilizados	44,8	43,9
% seguimiento pacientes inmobilizados	49,1	39,9
% cobertura real domiciliaria pacientes inmobilizados	22	17,5
% cobertura pacientes terminales	39,8	35,4
% seguimiento pacientes terminales	26,8	25,1
% cobertura real domiciliaria pacientes terminales	10,6	8,9
% cobertura pacientes con EPOC	39,1	37,5
% valor espirometría pacientes con EPOC	13,8	13,6
% resultado no fumadores pacientes con EPOC	22	16,9
% resultado vacuna antigripal pacientes con EPOC	61,2	61,8
% nuevos EPOC con espirometría	-	24,7
% fumadores con consejo antitabaco	-	18,2
% cobertura despistaje hábito tabáquico	45,7	46,4
% cobertura servicio pacientes con tabaquismo	21,2	21,6
% resultado pacientes con tabaquismo con consejo antitabáquico	19,6	17,1
% cobertura pacientes diabéticos	100	100
% control Hb glicosilada <7,5 pacientes diabéticos	28,3	30,4
% resultado tratados con AAS pacientes cardiopatía isquémica	56,1	57,9

- Porcentaje de mujeres con mamografía realizada en los dos años previos a la entrevista.

	2006
Asturias	68,74
España	74,19
Valor más bajo: Ceuta y Melilla	
Valor más alto: Navarra	
	47,62
	89,18

- Porcentaje de prescripción de antibióticos de primera elección en AP, antibióticos de uso restringido, antiinflamatorios (AINES) de primera elección en AP, nuevos principios activos y por principio activo, grado de utilización de opioides de tercer escalón, DHD antidepresivos, DHD sustancias hipnóticas, DHD antibióticos y eficiencia en la prescripción farmacéutica.

INDICADORES DE CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN AP	2008
% omeprazol sobre total de inhibidores de la bomba de protones (IBP)	77,07
% metformina sobre total de antidiabéticos orales	61,02
% IECA sobre total de antihipertensivos de acción sobre el sistema renina-angiotensina	46,19
% estatinas de primera elección	42,87
% medicamentos genéricos EFG	17,82
% antimicrobianos de uso recomendado en el medio extrahospitalario	68,39
% bifosfonatos genéricos EFG (alendrónico)	28,79
% morfina sobre total de analgésicos de tercer escalón de la OMS	18,24
% antidepresivos de primera elección	52,97
% ISRS como medicamento genérico EFG (medido específicamente en Salud Mental)	23,20

### CONTRIBUCIÓN A LA OBTENCIÓN DE RESULTADOS SANITARIOS (EN POBLACIÓN INFANTIL Y EN POBLACIÓN ADULTA)

- Incidencia de rubéola congénita, tosferina, sarampión, rubéola, parotiditis, meningitis por meningococo C, enfermedad invasiva por haemophilus influenzae b, tasa de cirugía por luxación congénita de cadera en menores de 2 años, tasa de altas por infecciones -consideradas de hospitalización evitable- en población de 0 a 6 años, tasa de altas por asma en menores de 15 años y prevalencia de obesidad en población infantil.

INDICADOR	ASTURIAS			ESPAÑA
	2004	2005	2006	2006
Incidencia de rubéola congénita	0	0	0	0
Incidencia de tos ferina	0,19	0,78	0,10	0,96
Incidencia de sarampión	0	0	0,10	0,84
Incidencia de rubéola	0,78	0,98	0,78	0,22
Incidencia de parotiditis	8,66	12,33	11,16	17,35
Tasa de altas por infecciones en menores de 15 años (por mil)	4,39	5,21	6,69	4,07
Tasa de altas por asma en menores de 15 años	4,28	4,09	7,51	1,05
Prevalencia de obesidad de 2 a 17 años (por cien)	-	-	4,56	8,94

INDICADOR	ASTURIAS			ESPAÑA
	2004	2005	2006	2006
Incidencia de IVE en mujeres menores de 20 años (por mil mujeres de 15 a 19 años)	10,12	9,30	10,17	12,48
Incidencia de IVE por mil mujeres de 15 a 49 años	7,17	6,89	6,90	9,05
Incidencia de hepatitis B (por cien mil hab.)	0,97	1,60	0,98	2,01
Tasa de hospitalización por IAM (por cien mil hab.)	138,78	134,87	146,42	111,95
Tasa de hospitalización por ictus (por cien mil hab.)	159,68	152,54	138,67	103,39
Tasa de abandono del hábito tabáquico por 100 personas (fumadoras y exfumadoras)	-	-	25,29	26,03
Prevalencia de obesidad (por 100 hab. de 18 y más años)	-	-	14,05	15,37
Prevalencia de HTA (por 100 hab. >15 años)	-	-	20,59	18,41
Prevalencia de DM (por 100 hab. >15 años)	-	-	6,72	6,19
Mortalidad prematura por CI (por 100.000 hab. <75 años)	30,09	27,94	3,93	24,90
Mortalidad prematura por DM (por 100.000 hab. <75 años)	4,13	4,95	4,80	4,30
Mortalidad prematura por ictus (por 100.000 hab. <75 años)	-	-	11,50	11,50

### INDICADORES COYUNTURALES

INDICADOR	Asturias 2007	España 2007
Porcentaje de centros de AP conectados a Red corporativa	100	98,24
Porcentaje de población TSI que dispone de cita por Internet	0	53,87
Porcentaje de población TSI que se cita por Internet	0	1,59
Porcentaje de citas entre niveles por medios telemáticos	100	-
Porcentaje de población TSI con historia clínica electrónica (nivel Comunidad Autónoma)	0	51,97
Porcentaje de población TSI con prescripción electrónica	92,63	86,03
Porcentaje de población TSI con dispensación electrónica de recetas	0	16,01
Número de EAP con docencia acreditada para postgrado en Medicina de Familia	33	803

**BALEARS (ILLES)**

En 2004 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud dio su aprobación al documento de "Estrategias para el desarrollo de la Atención Primaria en el siglo XXI". Fue elaborado con la participación de todas las Comunidades Autónomas y Sociedades Científicas representativas en AP.

Posteriormente se ha elaborado por parte del Ministerio y con participación de todas las CCAA y Sociedades Científicas una batería de indicadores para monitorizar su desarrollo.

El presente informe corresponde a una valoración de la situación de la AP en la Comunitat Autònoma de les Illes Balears (CAIB) de 2008 a partir de los resultados obtenidos para estos indicadores.

Para ello debemos tener en cuenta inicialmente algunas consideraciones:

- La mayoría de indicadores (excepto los de recursos y organización y gestión) son del año 2006 o anteriores, quiere ello decir que reflejan la situación de la AP en esta fecha pudiéndose haber producido, como es en el caso de Illes Balears, cambios significativos posteriores en algunos ámbitos.
- Existen áreas de la AP que no son evaluadas por esta batería de indicadores, éstos no comprenden la valoración global de la situación de la AP, aunque sí dan una idea de sus actuaciones y estado de organización y recursos a través de la valoración de resultados de proceso asistencial y de indicadores de organización y gestión.
- La valoración a través de indicadores territoriales globales permite una visión general del estado de la AP, aunque pueden existir diferencias entre distintos territorios no recogidas, bien por la unidad territorial de valoración (comunidad autónoma), bien por diferencias entre características de las distintas poblaciones no recogidas en la medición.
- No obstante, como se ha indicado anteriormente, esta batería de indicadores es una buena herramienta de valoración a partir de la información existente en el SNS que, complementada con otras evaluaciones, permite observar una foto de la AP en cada CA y de su evolución en el tiempo.

**ASPECTOS ESTRUCTURALES, DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN**

- Población por MF. En IB, de acuerdo con los datos aportados por el Ministerio, la población asignada por médico de familia ha evolucionado desde 1.754 en el año 2004 a 1.867 en 2007, mientras que en el conjunto del Estado pasó de 1.483 a 1.426. Es decir que partiendo de una situación de menor población por médico continuó disminuyendo mientras que en Baleares continuó aumentando desde una situación de mayor población asignada por médico.

Según los datos de la Comunidad Autónoma la situación en 2007 era de 1.879 siendo actualmente de 1.677. Desde mediados de 2007 se han incorporado 36 nuevos médicos de familia (incremento de 7,5% la plantilla).

En la siguiente tabla se presenta por tramos el número de MF correspondiente al 2007.

	Illes Balears	España
< 500	0 (0%)	1.604 (6,9%)
501 - 1.000	2 (0,4%)	2.287 (9,8%)
1.001 - 1.500	58 (11,8%)	6.315 (27,2%)
1.501 - 2.000	293 (59,6%)	12.123 (52,4%)
>2.000	138 (28,1%)	811 (3,5%)

En la actualidad, marzo de 2009, se muestra en la siguiente tabla.

	Illes Balears
< 500	0 (0%)
501 - 1.000	8 (1,5%)
1.001 - 1.500	81 (15,5%)
1.501 - 2.000	386 (74%)
>2.000	46 (8,8%)

Se produce un descenso del ratio global con un deslizamiento de número de profesionales de los tramos más altos a los más bajos progresivamente.

- Población infantil por pediatra. En IB pasó de 1.125 en 2004 a 1.137 en 2007, mientras que en el conjunto del Estado pasaba de 1.030 a 1.039 en el mismo período.

Según los datos de la CAIB la situación era de 1.157 niños por pediatra en 2007 y actualmente es de 1.071.

En la siguiente tabla se presenta por tramos el número de pediatras correspondiente al 2007.

	Illes Balears	España
< 750	6 (4,7%)	848 (16,9%)
751 - 1.000	23 (18%)	1.606 (32,1%)
1.001 - 1.250	51 (39,8%)	1.782 (35,5%)
1.251 - 1.500	33 (25,8%)	650 (12,9%)
> 1.500	15 (11,7%)	126 (2,5%)

En la actualidad, marzo de 2009, se muestra en la siguiente tabla.

	Illes Balears
< 750	5 (3,6%)
751 - 1.000	37 (27%)
1.001 - 1.250	61 (44,5%)
1.251 - 1.500	28 (20,4%)
> 1.500	6 (4,3%)

También se produce un deslizamiento, en este caso de menor intensidad que en médicos de familia desde los estratos superiores a los inferiores. Incide en este caso la dificultad para cubrir plazas con profesionales de pediatría.

- Población por enfermera. La población asignada por enfermera según los datos aportados por el Ministerio es en IB de 1.973 en 2004 y de 2.082 en 2007, mientras que en el conjunto del SNS se ha pasado de 1.719 en 2004 a 1.658 en el mismo período.

Actualmente la situación con los datos de la CAIB es de 1.948 personas por enfermera. Nos encontramos en nuestra CA un número de personas por enfermera superior que la media estatal y que en los últimos años ha descendido a menor ritmo.

- Porcentaje de gasto sanitario público destinado a AP. Era de 13,43% en 2004 y de 13,51% en 2006 en IB y de 13,94% y 14,09% en el conjunto del Estado en los mismos años.

Con datos de la Comunidad Autónoma, el porcentaje del presupuesto total del Servei de Salut de les Illes Balears destinado a AP fue en 2007 del 13,57%. No disponemos todavía de datos validados y confrontados para 2008, aunque dados los incrementos de recursos humanos y de inversión en infraestructuras en este año es de prever un incremento significativo en este indicador.

- Gasto sanitario dedicado a AP por persona protegida. En IB fue de 95 € por persona en 2002 (año de las transferencias) y de 136,92 en 2006. En el conjunto del SNS estos valores fueron de 114,5 € y 156,6 € por habitante protegido en 2006.

En IB en 2007 este gasto fue 144 € por habitante. Asimismo no disponemos de información validada y confrontada para 2008 y se prevé una evolución similar al indicador anterior.

- Porcentaje de PIB dedicado a gasto sanitario en AP. Fue en IB de 0,46 en 2002 y de 0,56 en 2006. En el conjunto del Estado fue de 0,64 y de 0,70 en el mismo período.

Observamos en Illes Balears hay un menor porcentaje de IB destinado a AP, un menor gasto sanitario dedicado a AP por persona protegida y un menor gasto sanitario público destinado a AP desde las

transferencias sanitarias, que se ha corregido escasamente con una tendencia muy moderada al incremento.

## PERCEPCIÓN DE LOS CIUDADANOS

Datos obtenidos por el Ministerio a través del último Barómetro Sanitario.

- Consejos recibidos. En IB la valoración fue de 7,33 y en el conjunto del Estado de 6,99.
- Atención a domicilio. Valoración de 7,34 en IB y de 6,87 en el conjunto del Estado.
- Confianza y seguridad del médico. Valorada en 8,03 en IB y de 7,23 en el SNS.
- Conocimiento y seguimiento. 7,55 en IB y 6,58 en el SNS. Menor progresión en IB que en el conjunto del Estado.
- Facilidad para conseguir cita. 7,14 en IB (incrementándose desde 6,41 en 2002) y 6,45 en el SNS (desde 6,61 en 2002).
- Información recibida. 7,65 en IB y 7,06 en el SNS.
- Atención calificada como buena o muy buena. 87,60% de los pacientes en IB y 84,01% en el conjunto del SNS.
- Atención mala o muy mala. 1,54% de los ciudadanos en IB y 2,64% en el conjunto del Estado.
- Valoración de la comunicación entre médicos de AP y de AE. Valorada como correcta en IB por el 63,36% de los ciudadanos y por el 51,71% del conjunto del SNS.
- Tiempo dedicado en consulta. Valorado con un 6,89 en IB y con un 6,32 en el conjunto del estado. Presenta este ítem un ligero empeoramiento en ambos ámbitos.
- Tiempo de espera para entrar en consulta. Valorado con un 6,27 en IB y con un 5,48 en el conjunto del Estado.
- Tiempo que tarda desde que pide cita. Valorado con un 7,10 en IB y con un 6,32 en el conjunto del SNS.
- Trato personal. Valorado con 8 en IB y con 7,33 en el Estado.

Se observa una mejor valoración en todos los ítems de valoración de la percepción de los ciudadanos en Illes Balears que en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Ello se podría deber a diferencias en la prestación de los servicios o a diferencias en las expectativas o percepción de los ciudadanos en diferentes territorios. Aunque debemos tener en cuenta que en las Illes Balears existe un sistema sanitario privado con elevada implantación, lo que confiere para el sistema público mayores niveles de competencia y mayores perspectivas de los ciudadanos, especialmente en valoración de tiempos de atención, confortabilidad, trato y rapidez de atención.

## ACTIVIDAD Y CALIDAD DEL PROCESO DE ATENCIÓN

- Frecuentación en AP. En las Islas Baleares (IB) la frecuentación en 2006 es algo menor que la del conjunto de Estado (5,23 frente a 5,65 consultas/ciudadano/año). Este indicador refleja el grado de demanda real, en nuestra Comunidad algo menor, aunque se trata de un indicador bruto, no ajustado por características de la población como edad o situación socioeconómica.

Como información complementaria podemos aportar un estudio preliminar de consumo de recursos ajustado por cargas por morbilidad a través de Ambulatory Care Groups (ACG) aplicados a un sector sanitario del Área de Mallorca que abarca 210.000 habitantes y 14 centros de salud. En este estudio el número de visitas por paciente ajustado por la carga de morbilidad presentaba un Índice de Eficiencia de 0,91, con una reducción de 1,4% sobre el esperado según el patrón de referencia (55 EAP de Catalunya).

- Porcentaje de mujeres de 50 a 69 años con mamografía realizada en los dos años anteriores. La cobertura en IB (66,43) es inferior a la del conjunto del Sistema Nacional de Salud (74,19). En la CAIB existe un Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama funcionando desde el año 2000.

La diferencia de cobertura puede deberse a un conjunto de circunstancias como que en IB el programa ha cubierto de los 50 a 65 años hasta el pasado mes de enero en que se amplió hasta los 69 años, la existencia de un alto nivel de doble cobertura sanitaria (aseguramiento público y aseguramiento privado),

movimientos de población en los últimos años, alto grado de inmigración, etc. No obstante es necesario realizar esfuerzos para incrementar la cobertura del programa dada la evidencia de su repercusión en la salud. Además de incrementar la cobertura global, son necesarios esfuerzos complementarios para incrementar cobertura en sectores de población a los que llega más difícilmente el sistema sanitario y que por ello se benefician en mayor grado de las actuaciones sanitarias. La atención primaria tiene un papel importante en la captación y el seguimiento de las mujeres en este programa debido a su situación cercana al conjunto de la población.

▀ Vacunaciones infantiles:

- DTP primovacunación (0-1 años). La cobertura en IB es ligeramente menor que en el conjunto del SNS (95 frente a 97,6), aunque el incremento desde 1992 hasta 2006 en nuestra Comunidad Autónoma ha sido muy superior (de 54 a 95 mientras que el Estado aumentaba de 83,8 a 97,6). Esta evolución ha sufrido un salto cualitativo (influido por mejoras en el registro) en 1997.
- DTP de recuerdo. La cobertura a los 1-2 años en IB es superior a la media del SNS (98,9 frente a 95,2) con una evolución también más intensa desde 1998 hasta 2006. Cabe destacar las elevadas coberturas de vacunación en este caso tanto a nivel de CA como de SNS. A los 4-6 años se da una situación similar con un leve descenso de coberturas (95,6 en IB y 94,1 en SNS).
- Haemophilus influenzae b. Igual situación que la anterior se da en este caso (tanto en primovacunación como en refuerzo) con altas coberturas (en primovacunación 95 en IB frente a 97,5 en SNS y en refuerzo (96,9 en IB frente a 95,2 en SNS). Cabe destacar el fuerte incremento de la primovacunación en IB de 25,9 en 1998 a 95 en 2006 comparado con el conjunto del estado de 81,55 a 97,5 en el mismo período.
- Hepatitis B. La cobertura de la primovacunación es algo inferior (95 frente a 96,6) en IB con evolución de 2003 a 2006 similar en ambos casos.
- Meningitis C. Igual situación ocurre en el caso de la primovacunación por meningitis C. Evolución similar con altas coberturas, algo menores en IB que en el conjunto del estado.
- Polio. Igual resultado se da en el caso de la poliomielitis, aunque en este caso el incremento desde 1992 a 2006 es más acusado en IB que en el SNS (de 54 a 95 y de 84,8 a 97,6).
- Triple vírica. En la vacunación de sarampión-rubéola-parotiditis la cobertura en Illes Balears es inferior a la del conjunto del SNS (94,3 frente a 96,9), aunque el incremento desde 1992 a 2006 es muy superior en IB, desde 54 frente a un punto de partida de 85,06 en el SNS).

En resumen podemos observar en vacunaciones infantiles un patrón similar en todas ellas dándose altas coberturas, ligeramente inferiores en IB que en el conjunto del SNS (probablemente debidas a la influencia de población inmigrante y flotante y a un menor registro por la presencia de sanidad privada) con una evolución en muchas de ellas más intensa en IB que en el SNS por partir éste de situaciones mejores.

- ▀ Vacunación antigripal en mayores de 65 años. Cobertura similar al conjunto del estado (67,2 frente a 67,8). La cobertura no varía sustancialmente ni en uno ni en otro caso.

Cabe señalar el estancamiento de la cobertura vacunal contra la gripe a pesar de existir margen evidente de aumento. Se deben desarrollar estrategias que incrementen la vacunación en el conjunto de mayores de 65 visto el impacto positivo que tiene sobre la reducción de mortalidad por gripe.

## CONTRIBUCIÓN A LA OBTENCIÓN DE RESULTADOS SANITARIOS

### EN POBLACIÓN INFANTIL

- ▀ Obesidad infantil. Se observan tasas de prevalencia de obesidad infantil en 2006 de 15,88 en IB frente a 8,94 en el conjunto del estado con incremento también más intenso en IB desde 2003 (desde 13,85 y desde 8,53). Estos datos nos deben servir de aviso ya que nos encontramos ante un problema de salud relevante, que además de presentar mayor prevalencia en nuestra CA presenta mayor intensidad de incremento.



Se deben potenciar estrategias para reducir esta prevalencia y la AP es el nivel sanitario asistencial mejor situado para, junto a los otros niveles y a recursos no sanitarios, una acción global decidida para la reducción de la obesidad infantil y su consecuente mejora en la salud de los niños y futura de los adultos.

- Enfermedades infecciosas susceptibles de vacunación de la infancia:
  - Tosferina. Existe una disminución drástica desde 1991 con un punto de inflexión en la curva descendente en 1997. La tasa de incidencia es en este caso significativamente inferior en IB (0,79) que en el conjunto del SNS (0,96) aunque siguen una curva de evolución paralela.
  - Sarampión. Tasas inferiores en IB que en el SNS tanto en 2006 como en 1991 con evolución similar a la anterior.
  - Rubéola. Existe una tasa mayor en IB (0,39) que en el estado (0,28). En 1997, punto de partida se observan tasas muchos mayores y con fuertes discrepancias entre Comunidades Autónomas, lo que hace pensar en problemas de homogeneidad de registros en esta época.
  - Parotiditis. Tasa de incidencia menor en IB que en el SNS (6,81 frente a 17,35), partiendo de tasas similares en 1991 (34,8 frente a 35,43).

En resumen podemos decir que las enfermedades infecciosas infantiles susceptibles de vacunación presentan en IB, a pesar de que los niveles de vacunación son ligeramente inferiores al conjunto del estado, tasas de incidencia menores (excepto en el caso de la rubéola) que en el conjunto del estado, lo que puede reflejar unas condiciones sanitarias asistenciales y sociales mejores en nuestra Comunidad Autónoma.

- Tasa de cirugía abierta por luxación congénita de cadera en menores de 2 años. Los datos existentes de los años 2000 y 2006 son significativamente superiores a los del conjunto del estado para los mismos años. Ello puede reflejar mejor detección de la patología, mayor utilización quirúrgica o mayor incidencia, aunque no existen datos que hagan prever que esta última pueda ser una explicación real, siendo más probables las dos primeras y existiendo siempre una posible variabilidad por calidad de registros en diferentes territorios.
- Tasa de altas por asma en menores de 15 años. Superiores en IB (0,94) frente al conjunto del SNS (0,83), lo que puede reflejar una mayor incidencia de asma en niños, diferencias en la evolución de la enfermedad entre territorios o una diferente tasa de utilización hospitalaria por variabilidad de práctica clínica. Esta última no se puede descartar en un Comunidad en que existe un elevado nivel de utilización de sanidad privada donde las tasas de hospitalización son más elevadas.
- Tasa de altas por infecciones en menores de 15 años. Es inferior en IB (2,23) que en el SNS (3,68) con evolución paralela en el tiempo. Ello puede reflejar una menor incidencia o mejor evolución de enfermedades infecciosas en la infancia (relacionada en parte con mejores condiciones de vida) o igualmente diferentes patrones de utilización de servicios hospitalarios.

Este indicador puede ser altamente influido por la calidad de la actividad en AP, teniendo ésta una clara influencia negativa en la tasa de hospitalización, siendo por ello un indicador, formulado con todas las precauciones necesarias, indirecto de la calidad de la AP infantil.

## EN POBLACIÓN ADULTA

- Incidencia hepatitis B. Ha descendido en IB 0,51 (de 3,00 a 2,49) en 10 años (1997-2006) y 0,95 (de 2,96 a 2,01) en el conjunto del SNS, es decir la mitad. En 2006 la tasa se encuentra por encima en IB.

Al tratarse de una enfermedad infecciosa por contagio sanguíneo relacionada actualmente, sobre todo, con ADVP, transmisión por vía sexual y por vía vertical, se relaciona con las altas tasas de problemas de drogadicción de nuestra comunidad.

La prevención de esta enfermedad se basa por una parte en la vacunación universal en recién nacidos, de adultos de grupos de riesgo no vacunados y en medidas de protección frente a la infección. Como hemos visto anteriormente la cobertura de vacunación en recién nacidos es en nuestra CA alta (0,95). Por tanto la AP tiene un papel relevante en la identificación y vacunación de los individuos con conductas de riesgo y en la educación con información sobre medidas de prevención del contagio.

- Incidencia de interrupciones voluntarias de embarazo:
  - IVE en menores de 20 años. La CAIB es la Comunidad con mayor incidencia (11,91), frente al 7,21 del conjunto del estado. Esta tasa era de 3,95 en IB y de 3,07 en el estado en 1990.
  - IVE totales por mujeres de 15 a 49 años. IB, con 11,91, es la segunda CA (después de Madrid). Esta tasa era en 1990 de 5,4 y 3,84 respectivamente.

Estas dos tasas detectan un problema importante en como son los embarazos no deseados. El hecho de que nuestra CA se encuentre a la cabeza de incidencia de IVE plantea la necesidad de políticas de salud afectivo-sexual activas que reduzcan los embarazos no deseados.

Con esta perspectiva se han desarrollado actuaciones como el impulso de Consulta Jóvenes en los centros sanitarios por parte de enfermeras de AP, desarrollo de Unidades de Atención a la Mujer y en desde hace seis meses la inclusión de la Anticoncepción de Urgencia como prestación gratuita en todos los centros sanitarios de Baleares. Además es necesario continuar desarrollando e impulsando actividades de educación sexual y de atención a la mujer como elemento importante preventivo de los problemas de salud relacionados.

- Tasa de abandono tabáquico. 22,32 en IB frente a 26,03 del SNS en 2006. Desde 1993 este valor ha aumentado en el conjunto del estado desde 16,44 mientras que en nuestra Comunidad no ha experimentado ningún incremento.

Pone ello de manifiesto la necesidad de intensificar las actividades de tratamiento del tabaquismo, en la que la AP es un eje primordial. En los últimos años se han intensificado actividades de formación a los profesionales, tratamiento grupal del tabaquismo. Entre estas actividades se incluyen también registros de detección y de pautas de actuación en la historia clínica informatizada de AP para facilitar su actuación a los profesionales.

Estas actividades realizadas en AP deben ser complementarias a políticas globales de actuación contra el tabaquismo y de actuación coordinada con otros niveles asistenciales.

- Prevalencia obesidad. En la CAIB se detecta prevalencia de obesidad inferior a la del conjunto del SNS (12,14 frente a 15,37) partiendo en 1993 de iguales tasas (9,23 en IB y 9,22 en Estado).

Ello da una posición relativa positiva de este problema de salud en el conjunto del SNS. No obstante se deben continuare intensificar actividades de prevención y de tratamiento de la obesidad tanto infantil como en adultos como factor de riesgo para enfermedades.

Las actividades deben basarse en educación alimentaria y en la promoción del ejercicio físico y para ello la AP se encuentra en posición privilegiada por su cercanía a los ciudadanos y su entorno.

Es necesario evaluar la efectividad y eficiencia de las actividades realizadas en orden a priorizar aquellas con mayor efectividad y los usuarios en las que pueden tener una repercusión más positiva en su salud.

- Prevalencia de HTA. Menor en IB (15,71) que en el SNS (18,41) en 2006 (en 1993, 12,54 y 11,81). Estas cifras de declaración de HTA por las personas encuestadas en la Encuesta Nacional de Salud son inferiores en ambos casos a las estimaciones de prevalencia y reflejan un infradiagnóstico y bajo nivel de conciencia de la HTA en las personas que la sufren. Al no existir evidencias de que estas características sean mayores en nuestra CA que en el conjunto del estado, podrían reflejar una menor prevalencia real.

- Prevalencia DM. En IB la prevalencia declarada en 2006 era de 5,48 frente a 6,19 del conjunto del SN. En 1993 era algo menor en IB (5,22) y sensiblemente inferior en el conjunto del estado (4,08). Esta prevalencia es algo menor de la esperada y de la recogida en el estudio poblacional de prevalencia de factores de Riesgo Cardiovascular de les Illes Balears (CORSAIB) de 2002.
- Tasa de hospitalización por ictus. Sensiblemente inferior en IB (47,54) que en el conjunto del SNS (86,05). En 1997 las tasas eran superiores y con menor diferencia (86,84 en IB y 96,46 en SNS).

Esta evolución demuestra el descenso progresivo del ictus en nuestro país y en los de nuestro entorno, descenso que es sensiblemente más acusado en las Illes Balears, a lo que puede contribuir sin duda una mayor control de los factores de riesgo al que contribuye de manera decisiva la AP.

- Mortalidad prematura por ictus. Consistentemente con el dato anterior se observa una menor mortalidad por ictus en IB (8,5) que en el conjunto del estado (11,50). Las mismas reflexiones que en el apartado anterior pueden hacerse.
- Tasa de hospitalización por IAM. Inferior en IB (95,85) frente al conjunto del SNS (111,90). En 1997 existían diferencias menos acusadas (83,88 frente a 87,15).
- Mortalidad prematura por CI. Igual situación que en el apartado anterior (18,53 IB y 24,9 SNS). Pero en este caso la mortalidad en 1990 era sensiblemente superior en IB (50,91) que el conjunto del país (38,9).

Todos estos indicadores apuntan hacia una situación de mejora generalizada del control de los factores de riesgo cardiovascular y de una consecuente mejora en los indicadores de patología cardiovascular. Y esta evolución a la mejora es más acusada en Illes Balears. La excepción es la prevalencia de abandono tabáquico donde se debe incidir más para conseguir mejores resultados en salud de la población.

- Mortalidad prematura por DM. También inferior en IB (3,30) que en el conjunto del estado (4,30). En este caso han seguido una evolución similar 1990 IB 7,71 y en estado 8,15.
- Tasa de alta por amputaciones por 1.000 personas diabéticas. Superior en IB (6,33) que en el estado (4,33), tanto en hombres (10,26 frente a 6) como en mujeres (IB 3,06 frente a 2,63).
- Tasa de alta por complicaciones agudas de la DM. También superior en IB (4,26) que en el SNS (3,37), tanto en hombres (5,16 frente a 3,24) como en mujeres (3,59 frente a 3,49).

Estos dos últimos indicadores apuntan hacia una situación peor de las consecuencias de un mal control de la diabetes en la CAIB que en el conjunto del estado, aunque no se evidencia una mayor mortalidad prematura por DM sino al contrario, menor en IB que en el estado.

## CONCLUSIONES

Resumiendo la situación de la Atención Primaria en las Illes Balears a partir de los indicadores analizados, podemos destacar las siguientes características:

- En relación a la organización y gestión:
  - Población asignada a los médicos de familia superior al conjunto del SNS en la que se produjo un menor descenso hasta 2007. Durante el último año se ha realizado un esfuerzo intenso en este sentido mejorando con mayor intensidad este indicador.
  - Población asignada a pediatría. Similar situación que en el apartado anterior.
  - Población asignada a enfermería. Población asignada a la enfermera superior a la media con disminución hasta 2007 sensiblemente inferior a la media estatal. En este indicador se ha producido una disminución en el último año mayor que en los anteriores pero de grado menor que la de médicos y pediatras.

- Gasto por persona dedicado a AP menor que la media estatal. Pero debe considerarse que se parte de un gasto sanitario global por persona inferior.
- Porcentaje de gasto público dedicado a AP inferior a la media estatal.
- Porcentaje de PIB dedicado a AP también inferior a la media estatal.

Los datos de gasto están validados y confrontados hasta 2007, motivo por lo que no hemos podido introducir datos de gasto posteriores de nuestra CA. Si bien en 2008 se ha producido un fuerte esfuerzo inversor en AP respecto a años anteriores.

- Percepción del ciudadano:

Los datos del Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad y Política Social, reflejan unos valores de percepción satisfactoria de los ciudadanos en Illes Balears, superiores a los del conjunto del SNS en todos los ítems analizados.

Ello traduce una elevada satisfacción de los ciudadanos balears con sus servicios de AP en relación a conjunto de ciudadanos españoles.

- Actividad y calidad del proceso de atención:

- Una atención primaria con tasas de frecuentación algo inferiores a la media estatal.
- Cobertura de vacunaciones infantiles global similar a la del conjunto del Estado.
- Cobertura de detección de cáncer de mama inferior a la media del SNS.
- Cobertura de vacunación antigripal en mayores de 65 a. moderadamente inferior a la media.

- En relación a los resultados en salud infantil se observa:

- Prevalencia de obesidad infantil superior a la media. Aparece como un ámbito en el que incidir en prevención y tratamiento.
- Incidencia de enfermedades transmisibles susceptibles de vacunación de la infancia inferior a la media estatal.
- Altas por cirugía abierta de cadera y por asma superiores a la media del SNS. Tasa de altas hospitalarias por infecciones inferior a la media.

- En relación a los resultados en salud en adultos:

- Prevalencia de infección por hepatitis B superior a la media estatal.
- Tasa de IVE global y en menores de 20 años, es elevada y superior de forma destacada la media estatal. Apareciendo como otro de los ámbitos fundamentales de mejora. Durante el último año se han llevado a cabo acciones significativas en este ámbito (educación a jóvenes, anticoncepción de urgencia, etc.).
- Tasa de abandono tabáquico inferior a la media estatal, abriendo otro campo de mejora en el que se ha trabajado intensamente en la Comunidad en los dos últimos años.
- Prevalencia de factores de riesgo y enfermedades crónicas (obesidad, HTA y DM) inferior a la media estatal.
- Enfermedades cardiovasculares. Tanto la tasa de hospitalización como la mortalidad prematura por ictus y por IAM son inferiores a la media del SNS.
- Complicaciones de la DM. Aparece un patrón contradictorio con mayor frecuencia de amputaciones y de ingresos por complicaciones agudas y menor mortalidad prematura que el conjunto del SNS. Esta discrepancia podría deberse a diferencias de práctica clínica.

Estos indicadores analizados deben complementarse con otros indicadores que se adjuntan en el cuestionario cualitativo de evaluación de las estrategias AP-21.

Asimismo hay que señalar el hecho de que la presente evaluación cuantitativa se realiza a partir de datos obtenidos 2-3 años antes de la evaluación, situación posiblemente inevitable dada la complejidad actual de los

sistemas de información. Ello impide que al realizar una evaluación puedan incorporarse acciones realizadas en el último año y que puedan haber dado sus resultados a corto plazo. Por ello la forma correcta de tratar esta información es en pasado (era en) y no en presente como muchas veces se hace a partir de datos pretéritos.

Por otra parte es necesario incorporar con el tiempo, además de los datos de gasto y recursos existentes, datos cuantitativos que reflejen la gestión realizada en los centros asistenciales tendiendo hacia una evaluación de gestión clínica. Y ello es necesario desde la perspectiva interior de AP y de la de cooperación entre niveles asistenciales y de gestión integral de patologías.

## CANARIAS

### ASPECTOS ESTRUCTURALES, DE ORGANIZACIÓN Y DE GESTIÓN

Uno de los pilares básicos del Plan Estratégico de Atención Primaria de Canarias 2006-2009, es la estrategia definida como la adecuación de los recursos humanos a las necesidades de la prestación sanitaria en AP, redefiniendo para ello los criterios de dimensionamiento, distribución y asignación de recursos, y adecuando las plantillas de forma progresiva para que se acerquen al nivel óptimo, dando prioridad a las zonas de salud con mayor déficit.

En el análisis de situación realizado con motivo de la puesta en marcha de las líneas que marca el plan, se observó que en la mayoría de las áreas el crecimiento de las plantillas había sido inferior al crecimiento poblacional, que las ratios población/profesional eran superiores a la media nacional y que existían diferencias entre islas, de ahí que fuera necesario realizar un doble ejercicio de cálculo de necesidades de la Comunidad Autónoma y priorización de las actuaciones en las áreas más desfavorecidas.

De ahí que, en los últimos años, se haya hecho un esfuerzo de contratación para conseguir que la distribución de los recursos sea homogénea.

- Población media por profesional de medicina de familia.
  - 2004: 1.711
  - 2005: 1.679
  - 2006: 1.604
  - 2007: 1.568

Se trata de un indicador que ha ido progresivamente a la baja hasta prácticamente alcanzar el objetivo de 1.500 personas asignadas por médico de familia (diciembre de 2008: 1.519 TSI/MF. Fuente: Almacén de datos de AP. SCS). Se trata de un valor medio por lo que tiene sus limitaciones.

- Población media por profesional de pediatría.
  - 2004: 1.069
  - 2005: 1.059
  - 2006: 1.013
  - 2007: 996

También ha disminuido, pero de una forma más mantenida. En 2008, el ratio medio era de 973 TSI/pediatra (Fuente: Almacén de datos de AP. SCS). Se trata de un valor medio por lo que tiene sus limitaciones.

- Población media por profesional de enfermería.
  - 2004: 1.855
  - 2005: 1.773
  - 2006: 1.764
  - 2007: 1.635

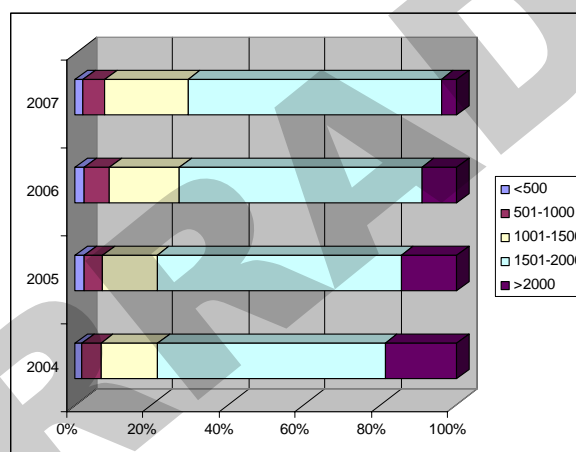
La Comunidad Autónoma de Canarias se encuentra en la media del SNS (1.658). Es en esta categoría profesional donde la disminución ha sido más acentuada, pasando de una media de 1.855 (2004) a 1.635 (2007).

- Población media por auxiliar administrativo.
  - 2006: 3.289
  - 2007: 3.057

La media de la Comunidad Autónoma también se sitúa en torno a la media del SNS (3.090), ocupando en el año 2007, el quinto puesto en relación al resto de Comunidades Autónomas.

- Número de profesionales de medicina de familia por tramos de población asignada. Los porcentajes de distribución anual en el periodo 2004-2007 para cada rango se muestra en la tabla y figura siguientes:

	2004	2005	2006	2007
< 500	1,7	2,3	2,4	2
501-1.000	5	4,9	6,5	5,7
1.001-1.500	14,9	14,3	18,3	21,9
1.501-2.000	59,7	64	63,6	66,4
> 2.000	18,8	14,5	9,1	4



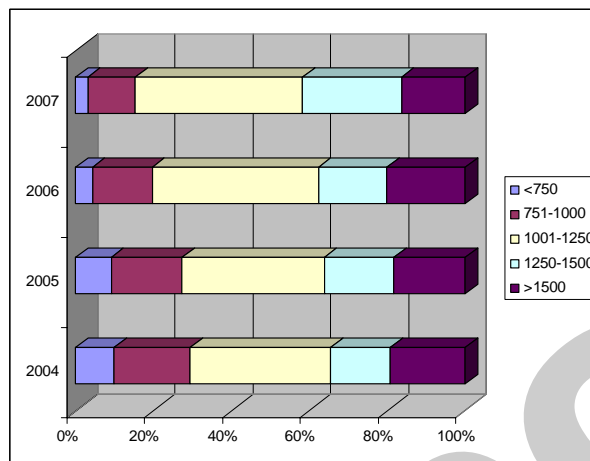
A nivel del SNS, la distribución para el año 2007 era: <500 (6,9%), de 501 a 1.000 (9,9%), de 1.001 a 1.500 (27,3%), de 1.501 a 2.000 (52,4%) y > 2.000 (3,5%).

En Canarias, se observa una disminución sustancial del número de médicos de familia con más de 2.000 TSI en el cupo (174 MF en el 2004 y 42 en 2007). El intervalo que concentra mayor número es el comprendido entre 1.501 y 2.000 TSI, de forma que en el año 2007 era de un 66% del total, no pudiéndose apreciar en un rango tan amplio, cómo se comporta la distribución.

En el año 2008, la tendencia se mantiene a favor de los cupos con menor número de TSI pasando de un 29,6% en el año 2007 a un 34,8% el porcentaje de médicos de familia con menos de 1.500 TSI (80,5% por debajo de 1.750 TSI).

- Número de profesionales de pediatría por tramos de población asignada. La tendencia también es hacia la disminución del porcentaje de aquellos cupos de pediatría con más de 1.500 tarjetas asignadas, a expensas de los grupos inmediatamente inferiores. El mayor porcentaje de pediatras se concentra en las 1.001-1.250 TSI con un peso del 42,9% del total. En 2007, el 58,2% tenía menos de 1.250 TSI. Los porcentajes de distribución anual en el periodo 2004-2007 para cada rango se muestra en la tabla y figura siguientes:

	2004	2005	2006	2007
< 750	9,8	9,1	4,3	3,1
751-1.000	19,6	18,3	15,4	12,2
1.001-1.250	36,1	36,5	42,7	42,9
1.251-1.500	15,3	17,9	17,6	25,4
> 1.500	19,2	18,3	20,1	16,4



A nivel del SNS, la distribución para el año 2007 era: <750 (16,9%), de 751 a 1.000 (32%), de 1.001 a 1.250 (35,6%), de 1.251 a 1.500 (13%) y > 1.500 (2,5%).

La Dirección General de Programas Asistenciales ha seguido trabajando para disminuir los cupos con más asignaciones poblacionales de forma que en el año 2008, los porcentajes de distribución han seguido la tendencia a la baja observada en la serie analizada, teniendo sólo el 11,2% de los cupos pediátricos más de 1.250 TSI asignadas (41,8% en 2007).

- Porcentaje del gasto sanitario público en atención primaria. Según los datos facilitados (fuente: Estadística del Gasto sanitario público), este porcentaje se mantiene a lo largo de los años: 12,8% (2002), 12,5% (2003), 12,3% (2004), 12,6% (2005) y 12,5% (2006), situándose en el percentil 25 en relación al resto de comunidades autónomas si se considera el último dato disponible del año 2006 (p50 en 13,6%).
- Gasto sanitario público en atención primaria por habitante protegido. Existe una tendencia creciente, pasando de 108 euros/habitante protegido en 2002, a 142 euros en 2006. El crecimiento medio interanual ha sido de un 7,9%, situándose por debajo del crecimiento medio a nivel nacional (9%).
- Porcentaje del PIB destinado a gasto sanitario público en AP. Los datos son equiparables a la media, encontrándose en una situación intermedia (0,7).

Estos tres indicadores se han recalculado con la misma metodología existiendo sólo pequeñas diferencias debidas a que en los datos enviados no se han tenido en cuenta algunos conciertos de atención primaria. Por otro lado, con los datos de PIB actualizados, se obtiene un % algo mayor al informado por el MSC.

## PERCEPCIÓN DE LOS CIUDADANOS

Datos obtenidos de los sucesivos Barómetros Sanitarios; los de la Comunidad de Canarias del 2007, a partir de 309 entrevistas. El conjunto de la muestra es representativo a nivel nacional con un error de muestreo del  $\pm 1,2\%$  para un nivel de confianza del 95,5%, y  $p=q$ , en el supuesto de muestreo aleatorio simple.

Las muestras de cada una de las Comunidades Autónomas suponen errores de muestreo distintos en función del número de entrevistas. Como punto de referencia se señala que en submuestras con 200 entrevistas el error de muestreo, para un nivel de confianza del 95,5 por ciento en el supuesto de muestreo aleatorio simple, es de  $\pm 7,0\%$ ; en submuestras de 400 entrevistas es de  $\pm 5\%$ , y en las de 800 entrevistas es de  $\pm 3,5\%$ .

Analizando todas las preguntas, el rango de respuestas están comprendidas entre 4,9 (tiempo de espera para entrar en consulta) y 7,1 (confianza y seguridad que transmite el médico y consejos recibidos). En el año 2007, la valoración total se obtiene de la suma de las puntuaciones de la escala a la que se adiciona la del porcentaje de usuarios que consideran correcta la comunicación entre médicos de AP y especialistas, lo que en nuestra opinión da lugar a error, ya que se trata de indicadores con diferente peso. Además habría que modificar el término de “especialistas” en este último indicador, ya que en AP también hay especialistas.

En líneas generales, los aspectos mejor y peor valorados por los usuarios en la encuesta del barómetro sanitario coinciden con los obtenidos en la última Encuesta de Satisfacción de AP (ESUAP 2007): alta satisfacción con los profesionales, y satisfacción menor con los tiempos de espera. Estos últimos ha experimentado una mejoría considerable con respecto a las valoraciones obtenidas en la Encuesta de 2005, pero siguen constituyendo áreas de mejora.

En este sentido, tal como contempla el Plan Estratégico de Atención Primaria, se han desarrollado medidas de mejora de la accesibilidad, adecuando las agendas a las necesidades de los usuarios y mejorando los circuitos asistenciales y administrativos. En el momento actual, la Dirección General de Programas Asistenciales está valorando la viabilidad de una serie de medidas concretas para la desburocratización de las consultas de Atención Primaria que servirán para mejorar los tiempos de dedicación a la actividad asistencial y que pueden redundar en la mejora de la satisfacción en cuanto a tiempos de espera y de dedicación a los usuarios en consulta. Se está pilotando en algunas áreas de salud el sistema de triaje por parte de la enfermera como medida de mejora de la eficiencia organizativa.

- Valoración de la facilidad para conseguir cita. En el año 2007 se obtiene una puntuación de 6,15 (puesto 5) para una puntuación a nivel nacional de 6,45 (P50: 6,62; rango: 5,77-8,35).

Este dato contrasta con el obtenido en la ESUAP 2006-07 de la Comunidad Autónoma, en la que casi el 75,3% (IC 95%: 74-76,6) de las personas encuestadas han afirmado que conseguir cita para su centro de salud les resulta fácil o muy fácil. Esto para una muestra de 4.396 personas de las siete áreas de salud.

- Valoración del tiempo de espera hasta entrar en consulta. En el año 2007 se obtiene una puntuación de 4,9 (puesto 16) para una puntuación media a nivel nacional de 5,5 (P50: 5,6; rango: 4,69-7,18).

En la encuesta de satisfacción AP 2006-07, el 46,4% (IC 95%: 44,9-47,9) de los encuestados afirma que el tiempo de espera les parece bien o muy bien y, aproximadamente, el 14,4% (IC 95%: 13,4-15,4) consideran que es malo o muy malo. En relación a este tiempo, el 68,6% de los encuestados manifiesta ser inferior a 30 minutos.

- Valoración del tiempo que tarda el médico en verle desde que pide la cita. En el año 2007 se obtiene una puntuación de 5,56 (puesto 17) para una puntuación a nivel nacional de 6,32 (P40; rango: 5,56-8,45). A este respecto no se tienen datos comparables a nivel local, si bien, como se ha dicho anteriormente, se han puesto en marcha medidas para la disminución de las tareas burocráticas en la consulta lo que redundará en una mejora de estos tiempos.
- Valoración del tiempo dedicado por el médico a cada enfermo. Existe poca variabilidad entre las diferentes Comunidades Autónomas. En el último año, las puntuaciones a esta pregunta oscilan entre 6 y 7,3. Canarias obtiene un 6 y la media del SNS está en un 6,3.

En la encuesta de satisfacción de la Comunidad el 93,1% (IC 95% 92,4-93,8) de los encuestados afirma que su médico les dedica el tiempo necesario, mientras que un 2,6% (IC 95% 2,1-3,1) considera que su médico no les dedica el tiempo suficiente.

- Valoración del trato recibido del personal sanitario. De forma general la mayoría de las CCAA puntúan entre 7 y 8. Las diferencias entre unas y otras corresponden a décimas. La población canaria otorga una puntuación media de 7 en este ítem.



- Valoración del conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud. Las puntuaciones medias del conocimiento del historial y seguimiento de los problemas obtenidas en los últimos 2 años están 0,4 puntos por debajo de las medias del SNS (6,56 vs. 6,97 y 6,51 vs. 6,89).
- Valoración de la confianza y seguridad que transmite el médico. En relación a la confianza y seguridad que transmite el médico, se observan en líneas generales un nivel alto de satisfacción encontrándose prácticamente todas las puntuaciones entre 7 y 8. La población canaria valora con un 7,06 frente al 7,27 a nivel nacional.
- Valoración de la información recibida sobre su problema de salud. La satisfacción es alta con la información recibida sobre el problema de salud (6,92 para una media en el SNS de 7,06 y un rango de 6,5 a 7,9).

De forma global, los resultados comentados sobre amabilidad, escucha y seguridad por parte de los profesionales sanitarios, así como sobre la información dada por el médico de familia o pediatra, van en el mismo sentido de los resultados de la ESUAP de la Comunidad, obteniéndose en estos parámetros altos niveles de satisfacción (porcentajes por encima del 93%).

- Valoración de la atención en domicilio. Valoración máxima del periodo de 6,9 en el año 2003 y valoración mínima de de 6,3. La última puntuación obtenida es de 6,7, casi similar a la obtenida de media para el SNS (6,9).

En la última ESUAP de Canarias, el 93,5% (IC 95% 91,5-95,5) de las personas que tenía algún familiar encamado, consideraba buenos o muy buenos los cuidados proporcionados por la enfermera; mientras que el 92,7% (IC 95% 90,6-94,8) consideraba que los cuidados proporcionados por el médico en domicilio eran buenos o muy buenos. Estos datos corresponden a aquellos usuarios que tenían algún familiar inmovilizado (13% de los encuestados). La valoración de la atención domiciliaria a confinados es muy buena, mejorando enfermería y medicina, tanto en la accesibilidad al servicio como en valoración de los cuidados.

- Porcentaje de usuarios que consideran correcta la comunicación entre los médicos de AP y el especialista. Solamente el 36% de los encuestados considera correcta la comunicación entre profesionales de ambos niveles, siendo la media en el SNS del 51,7%.

Las líneas de actuación para la mejora de la coordinación y de la continuidad de cuidados se han desarrollado en el informe cualitativo (impulso de la figura del médico especialista consultor y desarrollo de programas coordinados entre AP y AE).

- Valoración de los consejos recibidos. La puntuación obtenida es de 7,1, al igual que la media a nivel nacional. Este valor se mantiene en el tiempo.
- Valoración de la atención recibida en consulta de medicina general de la sanidad pública. Algo más de dos tercios (77% de los encuestados), califican de buena o muy buena la atención recibida en consulta de medicina general. Este porcentaje ha ido aumentando de forma que del año 2003 al 2006, el porcentaje subió un 6%.

## ACTIVIDAD Y CALIDAD DEL PROCESO DE ATENCIÓN

No se han facilitado datos. Se hace una valoración del comportamiento de estos indicadores a partir de la información obtenida del Almacén de datos de AP del Servicio Canario de la Salud en los dos últimos años (2007 y 2008).

En relación a la frecuentación de la población, las principales actuaciones se han orientado fundamentalmente a la gestión de la demanda generada por los pacientes hiperfrecuentadores.

- Frecuentación general registrada en medicina de familia.

	2007	2008
Nº total de consultas MF en el centro	9.526.920	9.463.875
TSI adscritas a MF a diciembre	1.640.041	1.639.284
Frecuentación MF	5,81	5,77

Fuente: Almacén de datos de AP. SCS.

- Frecuentación general registrada en pediatría.

	2007	2008
Nº total de consultas Ped. en el centro	1.653.093	1.664.899
TSI adscritas a Ped. a diciembre	285.914	286.981
Frecuentación Pediatría	5,78	5,80

Fuente: Almacén de datos de AP. SCS.

- Frecuentación general registrada en enfermería.

	2007	2008
Nº total de consultas en el centro	3.578.858	3.684.804
TSI adscritas a MF y Ped. a diciembre	1.925.955	1.926.265
Frecuentación enfermería	1,86	1,91

Fuente: Almacén de datos de AP. SCS.

- Frecuentación declarada a consultas de medicina en AP. La frecuentación declarada a consultas de medicina en atención primaria, obtenida a partir de la información que aporta la ENSE de 2006, es de 4,97, estando por debajo de la frecuentación media nacional (5,65). Incluye a todas aquellas personas que declaran haber consultado con un médico de familia (encuesta del adulto) ó con un pediatra (en el caso infantil), en las 4 semanas previas a la entrevista, "por algún problema de salud, molestia o enfermedad (suya)" por lo que no es comparable con el que podemos obtener del Almacén de datos de Atención Primaria que corresponde a 5,8 consultas por persona protegida en el año 2006, independientemente de que haya utilizado, o no, los servicios en el año.
- Vacunación infantil. Las coberturas de vacunación infantil han ido aumentando progresivamente en los últimos años. El calendario vacunal de la Comunidad Autónoma se ha ido actualizando en consonancia con los del resto de las CCAA. A mediados de junio de 2006, la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, autorizó la aplicación de la vacuna combinada hexavalente, introduciéndola en el Calendario vacunal. La nueva vacuna incluía además de las que administraban en el formato pentavalente, la vacuna de la hepatitis B. Con esto se consiguió facilitar el acceso a la vacunación, garantizando además un mejor cumplimiento y seguimiento de las coberturas vacunales.

El Programa de vacunación infantil forma parte del Programa de Salud Infantil de la Comunidad Autónoma que fue revisado y actualizado en el año 2005. Este programa incluyó actividades formativas en materia de vacunas, con el fin de unificar las actuaciones y mejorar las coberturas. La Historia de salud electrónica DRAGO-AP incluye un módulo de vacunas que ha mejorado los registros y facilitado el intercambio de información entre los centros de salud.

A finales de este año 2009 existirá una historia de salud electrónica única en Atención Primaria para toda Canarias, que permitirá consultar el estado vacunal de cualquier persona desde cualquier punto del archipiélago.

El programa está implantado en todos los Equipos de Atención Primaria.

- Cobertura de vacunación antigripal en mayores de 65 años Se trata de un servicio de la cartera de servicios de atención primaria que está sustentado en el protocolo de vacunación antigripal que, cada año, elabora la Dirección General de Salud Pública (DGSP) con motivo de las campañas anuales. Su objetivo fundamental es la reducción de la morbilidad y mortalidad en los grupos a los que van dirigidos: personas con riesgo de complicaciones por gripe, personas de 65 años o más y otros grupos específicos de población.

La informatización de la historia de salud ha facilitado la captación desde atención primaria y ha mejorado los registros de actividad. Además se ha hecho un esfuerzo importante en la coordinación entre los

equipos de atención primaria y el servicio de epidemiología y prevención de la DGSP, con el fin de mejorar los aspectos relacionados con el pedido, suministro y registro.

### Área de Cardiovascular

En tanto no se desarrolle el SIAP, los datos se pueden obtener de los que posee la Dirección General de Programas Asistenciales correspondientes a la medición anual de las coberturas de la cartera de servicios y en los que basa el seguimiento de estos servicios. Los indicadores de cobertura tienen en cuenta en el denominador la prevalencia estimada en población adulta (según el programa de la CA: HTA: 30%; DM: 6,5%; dislipemias: 40%; obesidad: 15%; tabaquismo: 34,9%).

La atención a los pacientes con HTA, DM, dislipemias, tabaquismo y obesidad, por parte de los EAP se realiza según las directrices que establece el Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Cardiovascular de la Comunidad. Este programa propugna la prevención y control, de forma integrada, de los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular según las últimas evidencias científicas, y emplea una estrategia basada en el nivel de riesgo individual para la determinación de los controles, pautas de seguimiento, tratamientos más apropiados y consejos.

En el año 2003 se realizó la primera actualización del programa, a la que siguió, en 2005, un proceso de formación exhaustiva de los profesionales sanitarios de las siete Áreas de Salud. Además en ese año se inició la mejora de la coordinación y el establecimiento de líneas de trabajo conjuntas entre AP y A E.

En el año 2008, la cobertura del programa era del 47,5%.

- Porcentaje de personas con EPOC atendidas en AP. Disponibilidad de los datos de la cartera de servicios referidos al total de personas adultas de más de 14 años. En el año 2007 había 22.582 personas incluidas en el servicio (14,1%), y en el año 2008: 25.894 personas (15,9%).

Se ha mejorado la resolutiveidad de los EAP en el seguimiento de estos pacientes gracias al impulso dado a la implantación de la realización de espirometrías en AP (dotación de espirómetros y formación de los profesionales) como establece una de las líneas de actuación del Plan Estratégico de AP y, actualmente, se está participando en la elaboración de la Estrategia Nacional en EPOC.

- Porcentaje de pacientes con cuidados paliativos atendidos en AP. Se dispone de los datos de cobertura de la cartera de servicios. Se utiliza una prevalencia estimada de 1,5 por mil de la población adscrita. En 2007: 712 (25%), y en 2008: 710 (24,6%) personas incluidas con enfermedad terminal. Como se comenta en el informe cualitativo, se ha impulsado la formación en cuidados paliativos de profesionales de ambos ámbitos asistenciales, respondiendo a la necesidad de potenciación de estos servicios en la Comunidad Autónoma.
- Porcentaje de mujeres con mamografía realizada. El 74,3% de las mujeres canarias de 50 a 69 años (P60) declaran haberse hecho una mamografía en los dos años previos a la entrevista, independientemente de que haya sido realizada en el sector público o privado.

En lo que respecta al sector público, el programa poblacional de Detección Precoz de Cáncer de mama del Servicio Canario de la Salud, ha ido ampliando su cobertura anual de forma que se ha pasado de 36.485 mujeres en el año 2003, a 58.087 en el año 2006 y a 61.086 en el año 2008.

- Indicadores de farmacia. No se aportan datos. Se propone su traslado, para su valoración, a la Comisión de Farmacia del Sistema Nacional de Salud. La fuente de consulta es el Sistema de Información de Consumo Farmacéutico del Ministerio de Sanidad y Política Social.  
El Plan Estratégico de AP establece dentro de las estrategias para la mejora de la eficiencia, el promover el uso racional de los medicamentos y mejorar la gestión farmacéutica. Las actuaciones realizadas en los últimos años se han centrado fundamentalmente en:
- Impulso de los sistemas de ayuda a la prescripción:

- Consolidación del uso de la receta informatizada y de la receta electrónica.
  - Inclusión de un programa de ayuda a la prescripción, que indica al facultativo la opción más eficiente y la existencia de posibles alertas para el medicamento prescrito según la edad del paciente; de esta forma aumenta la calidad de la prescripción y la seguridad.
  - Facilitación de la prescripción por principio activo en la receta informatizada.
  - Acceso a la guía Farmacoterapéutica Basada en la Evidencia de la semFYC incorporada a la HCE, de forma que el médico puede acceder al tratamiento recomendado en la guía, simplemente indicando el diagnóstico del paciente.
- Desarrollo de medidas formativas e informativas para la mejora de la calidad de la prescripción farmacéutica:
    - Cursos. Entre junio de 2004 y diciembre de 2007, se realizaron un total de 160 cursos de uso racional del medicamento en las siete islas. Todos los cursos recibieron la acreditación oficial de la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias (ESSCAN).
    - Sesiones formativas. Se han realizado 450 sesiones formativas en los centros de salud.
    - Protocolos. Se han elaborado y distribuido 13 protocolos consensuados entre pediatría extrahospitalaria e intrahospitalaria.
    - Mejora de la información al profesional a través de las nuevas tecnologías:
      - Envío semanal de notas de información farmacoterapéutica y alertas farmacológicas a través del correo electrónico.
      - Creación del portal del prescriptor, al que pueden acceder los facultativos para conocer su perfil de prescripción y monitorizar la calidad de la prescripción.
      - Publicación semanal en las web de las gerencias y en el Portal de DRAGO de noticias farmacoterapéuticas de la propia Dirección General y de otras fuentes nacionales e internacionales, sobre el uso adecuado de los fármacos.
  - Incorporación de un nuevo sistema de información para el diagnóstico de necesidades de mejora, monitorización de la prescripción y orientación de las actividades hacia la mejora de la calidad. En este sentido, la Dirección General de Farmacia ha sido distinguida en el marco del III Foro de Modernización TIC 2008, por el equipo de redacción del semanario ComputerWorld con el premio Computerworld 2008 al Impacto en el ciudadano en Canarias, "por ser la entidad que más ha apostado por el bienestar del ciudadano, convirtiendo a éste en el centro de la gestión pública gracias a las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones".

Además en el año 2008, se han iniciado una serie de actividades en los hospitales y se han elaborado nuevas publicaciones farmacoterapéuticas: Los boletines BOLCAN sobre asma y sobre la importancia de la ficha técnica y las notas INFARMA sobre el uso racional de las tiras reactivas de glucemia y sobre el tratamiento del catarro de vías altas en los niños. Ambas publicaciones han sido consensuadas con especialistas hospitalarios (neumólogos, endocrinos, pediatras y farmacéuticos de hospitales).

## CONTRIBUCIÓN A LA OBTENCIÓN DE RESULTADOS SANITARIOS

### EN POBLACIÓN INFANTIL

- Incidencia de enfermedades vacunables (rubéola congénita, tosferina, sarampión, rubéola, parotiditis, meningitis por meningococo C, enfermedad invasiva por haemophilus influenzae b).

De forma general se observa una disminución de la incidencia de enfermedades vacunables, en la serie temporal analizada, a medida que se han ido consolidando los programas de vacunación infantil.

En relación a las coberturas de vacunación frente a sarampión, rubéola y parotiditis han experimentado un aumento progresivo desde su inicio, alcanzando en el año 2006 coberturas del 97,9% para la primovacunación y del 95% para el refuerzo de 3-6 años (en el SNS estas coberturas eran de 96,9% y 94,1%, respectivamente). En ese año, la incidencia de sarampión en la población canaria alcanzaba el 1

por 100.000, la de rubéola, el 0,2 por 100.000 -siendo la incidencia más baja de la serie 1991-2006- y la incidencia de parotiditis 4,46 por 100.000 habitantes.

En relación a la incidencia de difteria, el último caso de difteria en España se detectó en el año 1986. Desde el año 2000 la cobertura vacunal está por encima del 95%.

La incidencia de casos de tosferina notificados, sufre en Canarias un ligero ascenso en 2006 respecto a los años anteriores (la incidencia en 2005 fue de 0,71 casos por 100.000 habitantes y en 2006, de 1,84 por 100.000). Las coberturas vacunales frente a difteria, tétanos y tosferina, son muy altas situándose por encima del 95% para la primovacunación y para las dosis de refuerzo.

No ha habido en Canarias ningún caso declarado de síndrome de rubéola congénita en el periodo 1997-2006.

Meningitis por meningococo C. En Canarias, en 2006, la cobertura de primovacunación frente a meningococo C se situaba en el 93,7%. No se aportan datos, pero se sabe que las tasas de incidencia por serogrupo C han experimentado un descenso en la última temporada, tras la introducción de la vacuna conjugada en España.

Enfermedad invasiva por haemophilus influenzae b. No hay datos. Según el SIM se declararon 4 casos en España en el año 2006.

- Tasa de cirugía por luxación congénita de cadera (en menores de 2 años), tasa de altas por infecciones, consideradas de hospitalización evitable (en población de 0 a 6 años) y tasas de altas por asma en menores de 15 años.

En el análisis de los indicadores de seguimiento de la estrategia AP-21, cuya fuente de información es el CMBD, se observa una variación importante tanto entre las diferentes comunidades autónomas como en la evolución interanual dentro de la misma Comunidad Autónoma, lo que lleva a plantearnos si realmente es el CMBD una buena herramienta para evaluar las estrategias y establecer comparaciones.

Las normas de la codificación con la CIE-9 no siempre se adaptan a las necesidades de evaluación de las estrategias; del mismo modo la fuente utilizada para la codificación del CMBD (informe de alta o historia clínica) puede variar sustancialmente el nivel de calidad en la codificación. Pensamos que en el caso de querer seguir utilizando como fuente de datos el CMBD, es imprescindible contar con la unidad técnica de codificación del CMBD del SNS como expertos en codificación, al objeto de definir los indicadores y su búsqueda de forma adecuada.

- Prevalencia de obesidad en población infantil. Incremento de la prevalencia obtenida a partir de la ENSE en población de 2 a 17 años de edad, que pasó de ser del 14% en el año 2003 al 16% en 2006. En la revisión del programa de salud infantil en el año 2005, se refuerzan las actuaciones dirigidas a la detección precoz, así como el consejo sobre hábitos alimenticios y de promoción de la actividad física en todos los controles de salud. Asimismo, desde el servicio de Aulas de Salud se ofertan actividades grupales de educación sanitaria/promoción de la salud enfocadas a la prevención y control de la obesidad infanto-juvenil (alimentación y nutrición, actividad y ejercicio físico) de una forma coordinada.

Además, el desarrollo de la historia de salud electrónica DRAGO-AP ha permitido calcular en cada medición somatométrica, en los controles de salud o en las consultas a demanda, los percentiles de talla y peso y el índice de masa corporal (IMC), señalando automáticamente de acuerdo a las tablas de crecimiento de la Fundación Orbegozo la existencia de obesidad o sobrepeso, lo que permite la detección precoz para poder instaurar las medidas correctoras oportunas.

Por otra parte, actualmente coexisten en nuestra comunidad varios protocolos de atención a la obesidad infantil. Desde la Dirección General de Programas Asistenciales se ha considerado necesario disponer de un documento de consenso a nivel regional, que recoja las recomendaciones basadas en la evidencia para el abordaje de la obesidad infantil. De ahí que, como primer paso se vaya a constituir un grupo de

trabajo multidisciplinar de Prevención Cardiovascular desde la Infancia que coordine las acciones a realizar y elabore el documento de consenso. Este grupo estará integrado por pediatras, endocrinólogos, médicos de familia, enfermeras e incluye a profesionales de atención primaria, de atención especializada y de la Dirección General (DG) de Salud Pública.

Finalmente, desde la DG de Salud Pública se ha abordado la obesidad infantil a través del “Proyecto Delta” de educación nutricional (2005), en coordinación con la DG de Promoción Educativa. Está orientado a fomentar una alimentación sana desde los primeros años de vida, siguiendo los objetivos del Plan de Salud de Canarias y las recomendaciones que recoge el Ministerio de Sanidad y Política Social en su Estrategia NAOS.

## EN POBLACIÓN ADULTA

- Incidencia de IVE. En la serie analizada se observa una evolución creciente de las tasas de incidencia anual notificadas en todas las CCAA. El incremento parece debido a la mejora en la calidad del registro de casos y al incremento de jóvenes inmigrantes en los últimos años, ya que este grupo accede menos a los servicios sanitarios y demanda en menor medida la anticoncepción. En el año 2005, dentro del programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductora (PASAR) se publica el documento de Anticoncepción, considerado una prioridad dadas las novedades acontecidas en el campo de la anticoncepción, y la importancia social y sanitaria que tiene el abordaje del embarazo no deseado y la incidencia de enfermedades de transmisión sexual.

En Canarias las tasas de IVE eran, en el año 2006, de 7,7 por mil mujeres de 15 a 49 años y de 12,8 por mil jóvenes de 15 a 19 años (España: 9,05 por mil y 12,5 por mil respectivamente). En relación a esta última, la Comunidad de Canarias se encuentra en la 15ª posición.

- Incidencia de hepatitis B. La incidencia de hepatitis B se ha mantenido más o menos estable en los últimos años con tasas cercanas a 2 por 100.000 habitantes. En el año 2006 la incidencia fue de 1,37, con un incremento porcentual de 15% con respecto al año anterior (1,19 por 100.000 habitantes). La vacuna de la hepatitis B se incluyó en el año 1982 de forma selectiva en grupos de riesgo y en 1996 todas las CCAA la habían incorporado en sus calendarios. En Canarias se incluyó en el calendario vacunal a los 2, 4 y 6 meses de vida en el año 2002, manteniendo las 3 dosis de los 11 años hasta que la cohorte de nacidos en 2001 alcance esta edad. La cobertura de vacunación en los menores de un año es muy alta, 98,9% en 2006.
- Tasa de hospitalización por IAM y tasa por ictus, tasa de altas por complicaciones agudas de la DM, tasa de amputaciones de miembros inferiores en personas diabéticas y tasa de reingresos por asma. Lo ya comentado en el apartado de población infantil.
- Tasa de abandono del hábito tabáquico. En la última ENSE la tasa de abandono declarada fue del 18,7%; a pesar de observar un incremento de este porcentaje respecto a la Encuesta de 2003, la tasa se encuentra por debajo de la correspondiente a otras CCAA. El criterio de exfumador se considera en un periodo de entre uno y diez años, por lo que resulta difícil valorar el impacto real de las medidas de intervención.

Desde AP se han implementado intervenciones en materia educativa y diferentes talleres educativos, así como actividades de información y elaboración de nuevos recursos para formación.

- Prevalencia de obesidad, hipertensión y diabetes en población adulta.

La prevalencia de obesidad, calculada a partir del peso y la talla declarados por los encuestados (IMC), es de 16%, la de diabetes declarada de 5,9% y la de hipertensión declarada de 19,5%. Estas cifras contrastan, como es de esperar, con los de la prevalencia real (conocida y no conocida) de estas

enfermedades del estudio CDC de Canarias. El CDC de Canarias es el estudio de una cohorte de población general que analiza la prevalencia e incidencia de estas enfermedades y la exposición a sus factores de riesgo (FR) en la población adulta del archipiélago, de 18 a 75 años, en una muestra de 6.729 personas entre los años 2000 y 2005.

La prevalencia de obesidad es casi del 30%, sin diferencias entre sexos, pero el sobrepeso afecta más a los varones (45 vs. 33%;  $p < 0,001$ ), los cuales presentan también mayor prevalencia de diabetes (12 vs. 10%;  $p = 0,005$ ) e hipertensión (43 vs. 33%;  $p < 0,001$ ).

De ahí que la elevada prevalencia de exposición de la población adulta a factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, constituyan una prioridad de primera magnitud en las islas, tal como se recoge en el Plan de Salud de Canarias, y sobre los que se ha dirigido una gran parte de los esfuerzos de la política sanitaria en los últimos años. Las principales acciones desarrolladas en el ámbito de AP vienen recogidas en el informe cualitativo.

- Porcentaje de pacientes hipertensos y diabéticos con criterio de buen control.

Actualmente no se dispone de datos comparables. En la auditoría de HC realizada en la comunidad en el año 2005, el porcentaje de hipertensos con criterios de buen control fue de: 37,3% (ECV) y del 50,5% (RCV alto); en el caso de los diabéticos que presentaban criterios de buen control los porcentajes fueron de: 52,3% (ECV) y de 48,5% (RCV alto). El desarrollo de las aplicaciones informáticas y de los sistemas de registro ha facilitado la obtención y el seguimiento de estos parámetros. Se está trabajando para que los sistemas de incentivación de los profesionales vinculados al cumplimiento de objetivos vayan más allá del proceso, de forma que también incluyan indicadores de resultados intermedios.

- Tasa de notificación de reacciones adversas a medicamentos. Sin datos.
- Mortalidad prematura por cardiopatía isquémica, diabetes mellitus e ictus.

Alta mortalidad prematura por cardiopatía isquémica (37,6 por 100.000) y por diabetes (10,8 por 100.000). Tendencia decreciente. La Comunidad de Canarias encabeza la mortalidad nacional por estas dos causas. Mortalidad prematura por ictus de 9,4 por 100.000 mil.

Los comentarios en cuanto a actuaciones están recogidos en el apartado de prevalencia de factores de riesgo.

## INDICADORES COYUNTURALES

### OBTENIBLES DEL PROYECTO DE SANIDAD EN LÍNEA

Se han empezado a integrar los laboratorios con la historia de salud electrónica en Atención Primaria; el primero ha sido el Hospital Universitario de Canarias.

- Porcentaje de centros de AP conectados a Red Corporativa. El 100% de los centros de Atención Primaria están conectados.
- Porcentaje de población TSI que dispone de cita por Internet. En la Comunidad Autónoma este acceso sólo es posible para consulta de medicina y de pediatría, por lo que este hecho debe tenerse en cuenta a la hora de interpretar y comparar los resultados.
- Porcentaje de población TSI que se cita por Internet. A pesar de la facilidad de acceso, en el año 2007 los usuarios apenas utilizaron este servicio (0,53%). No obstante, la tendencia ha sido notable duplicándose el porcentaje en el último año; pasando de 87.307 citas en 2007, a 203.205 citas sobre un total de 16.737.012 citas en 2008, alcanzando, por tanto, un 1,2%.

- Porcentaje de citas entre niveles por medios telemáticos respecto del total de citas. Existe un porcentaje pequeño de citas a las que no se puede acceder por medios telemáticos, es el caso de las citas diferidas que requieren de una valoración previa (ej.: Unidades de Salud Mental) por lo que el estándar no podrá ser el 100%.
- Porcentaje de población rural con acceso a servicios diagnósticos y de interconsulta por telemedicina. Hay que tener en cuenta que este dato es de difícil obtención. Se ha contado con alguna experiencia de este tipo, como es el caso de la consulta de telepsiquiatría en las áreas de salud de La Gomera y de El Hierro.

Además como se ha comentado en el informe cualitativo, se ha puesto en marcha el "Programa Retisalud" que permite el diagnóstico precoz de la retinopatía diabética utilizando la telemedicina, llegando en las zonas de salud en las que está implantado a toda la población, incluida la población rural.

- Porcentaje de población TSI con historia clínica electrónica (nivel Comunidad Autónoma). El dato que se muestra en la tabla es erróneo. En diciembre de 2007, el total de historias clínicas electrónicas de la comunidad era de 1.493.389.

En el año 2008, se ha culminado la implantación de la historia clínica electrónica (HCE) en todos los centros de salud. Continúa el proceso de homogeneización de la aplicación informática de gestión administrativa e historia de salud electrónica en Atención Primaria.

- Porcentaje de población TSI con prescripción electrónica. Queda un pequeño porcentaje de consultorios locales no informatizados y que, por tanto, no tienen acceso a la prescripción electrónica. Se trata de consultorios que funcionan unos días por semana y que tienen una población adscrita no diferenciada del centro de salud base (en el cual tienen la historia clínica electrónica), por lo que su obtención es complicada.
- Porcentaje de población TSI con dispensación electrónica de recetas. El modelo de receta electrónica comenzó como experiencia piloto en la isla de La Palma. A partir de los resultados obtenidos, la Consejería de Sanidad firmó un convenio de colaboración con los Colegios de Farmacéuticos fijando las acciones a llevar a cabo a través de una infraestructura tecnológica, que incluye líneas de comunicación entre las Oficinas de Farmacia, los Colegios Farmacéuticos y el Servicio Canario de la Salud, además de módulos de prescripción asistida, dispensación electrónica y firma electrónica.

Con su puesta en marcha se pretende aumentar la eficacia y operatividad de la asistencia sanitaria, así como aprovechar las sinergias que pueda generar este modelo en aspectos como las alertas sanitarias, farmacias centinelas, pacientes con polimedición mayores de 75 años o la trazabilidad de medicamentos y productos sanitarios.

En el año 2008, se ha ido extendiendo su implantación, incorporándose la isla de Fuerteventura a las de La Palma, La Gomera y El Hierro (en el año 2009 se culminará la implantación en toda la comunidad). Además, se cuenta con el visado electrónico en El Hierro, La Gomera, La Palma, Tenerife, Fuerteventura y en el 50% de Centros de AP de Gran Canaria.

#### RELACIONADOS CON LA FORMACIÓN PRE Y POSTGRADUADA

- Número de EAP con docencia acreditada para postgrado en medicina de familia (Fuente: MSC). En la actualidad existen 26 centros acreditados para la formación de médicos de familia: Tenerife (11), Gran Canaria (7), La Palma (4), Lanzarote (3) y Fuerteventura (1). Se ha solicitado la acreditación de nuevos centros docentes.
- Número de profesionales de Atención Primaria que están como profesores asociados en las Universidades (Fuente: MCINN).
  - Facultad de Medicina de la Universidad de Las Palmas: 4 médicos de familia.
  - Facultad de Medicina de la Universidad de La Laguna: 5 médicos de familia.

#### OTROS



- La Comunidad de Canarias dispone de una Red de médicos centinela.

## CASTILLA Y LEÓN

- Observaciones a los indicadores.

Analizados los indicadores establecidos por el Ministerio para realizar el seguimiento de la Estrategia AP-21, se hacen las siguientes observaciones:

- Algunos de los indicadores establecidos son de resultados en salud, por lo que cualquier actuación llevada a cabo dentro de la Estrategia AP-21 no tienen reflejo a corto plazo en estos indicadores.
- Algunos de los indicadores (resultados sanitarios en salud), no tiene en cuenta determinadas variables que influyen directamente en los resultados de los mismos como puede ser el índice de envejecimiento de la población (incidencias y prevalencia de determinadas patologías).
- En el indicador sobre porcentaje de población TSI con historia clínica informatizada no consta información de nuestra comunidad desconociendo el motivo. El dato en la fecha de referencia es de 1.887.501 TSI es decir un 78,53%.
- En el indicador de ratio de niños menores de 14 años por pediatra la cifra es errónea, ya que en Castilla y León existen de 281 pediatras para atender un total de 268.835 niños, lo que da un ratio de 956,7. Por otro lado, hacer constar que el número de pediatras de Área en Castilla y León es elevado, 68 pediatras, debido a las características sociodemográficas, ya que un número muy elevado de ZBS tienen un número inferior a 300 niños, no obstante realizan las mismas funciones que los pediatras de Equipo, atendiendo consulta a demanda y programada.
- Análisis de los indicadores de la Comunidad de Castilla y León.

Se ha realizado un análisis de los indicadores obteniendo las siguientes conclusiones:

- Aspectos estructurales de organización y gestión:
  - Los ratios de médico y enfermera por habitante son los más bajos del SNS.
  - El ratio de pediatría si bien está por encima de la media, el dato es erróneo tal como hemos comentado en el apartado anterior.
  - Todos los indicadores relacionados con el gasto por habitante protegido, el porcentaje de gasto en atención primaria y el porcentaje de PIB destinado a AP, están entre los más elevados del SNS.
- Percepción de los ciudadanos:
  - En todos los indicadores el resultado es superior a la media del SNS, considerándose por lo tanto los resultados como excelentes.
- Actividad y calidad del proceso de atención:
  - Los resultados en este apartado son a nuestro juicio excelentes ya que en 12 de ellos están por encima de la media del SNS y solamente en 2 por debajo, debiéndose uno de ellos, el de "Frecuentación", al elevado índice de envejecimiento de la Comunidad.
- Contribución a la obtención de resultados sanitarios en población infantil:
  - En 4 indicadores los resultados son superiores a la media del SNS.
  - En otros 4 indicadores el resultado es peor que la media del SNS, siendo los mismos de incidencia de tosferina, de parotiditis, y alta hospitalaria por asma e infecciones. Se analizarán la causa de estos resultados.
- Contribución a la obtención de resultados sanitarios en población adulta:
  - En 8 indicadores los resultados están por encima de la media del SNS, ocupando en todos los casos un puesto por superior al percentil 30.

- En el resto de los indicadores los resultados están por debajo de la media, considerando a este respecto que existen variables que influyen en los resultados obtenidos, como es el elevado envejecimiento de la población castellano-leonesa.
- Otros indicadores coyunturales:
  - En los indicadores coyunturales la mayor parte de los resultados están por debajo de la media del SNS.
  - Existe un error en un indicador ya comentado en el apartado anterior.
  - En estos momentos se están llevando a cabo actuaciones para abordar y mejorar estos objetivos. Se prevé que en el año 2009, se mejoren los indicadores relacionados con:
    - Cita por Internet.
    - Historia clínica electrónica.
    - Receta electrónica.
- Conclusiones: Como resumen general podemos considerar que en la gran mayoría de los indicadores establecidos los resultados de la Comunidad de Castilla y León son muy satisfactorios, estando en su mayor parte por encima de la media del SNS.

No obstante se están llevando a cabo actuaciones, dentro del Marco Estratégico AP-21, que van a permitir mejorar la calidad asistencial de Atención Primaria en Castilla y León.

## CASTILLA-LA MANCHA

### INDICADORES ESTRUCTURALES, DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

Los ratios poblacionales de pacientes asignados a los profesionales sanitarios de Atención Primaria se encuentran, en general, por debajo de la media nacional con la excepción de pediatría. Se podría discutir mucho acerca de si las cifras deberían ser mayor o menor, pero de fondo surge un tema de mayor trascendencia. En nuestro caso, como en otras comunidades con gran dispersión, existe una gran diferencia entre el medio urbano y rural. En nuestra comunidad existen más de 1.000 consultorios locales, además de casi 200 centros de salud. Los médicos de Atención Primaria de Castilla-La Mancha en muchos casos deben atender, más de un consultorio local diariamente y otros varias veces a la semana, al tener menor población. Esta particularidad del medio rural genera consecuencias. Por una parte disminuye el ratio habitante/sanitario artificialmente (a veces la media no es lo más representativo de una distribución de datos). Por otra complica la gestión de sustituciones de personal, es difícil que otro compañero pueda cubrir la asistencia ante una ausencia. Los pocos profesionales de los que disponemos "en banquillo" deben ser dedicados a cubrir las ausencias (vacaciones, días de libre disposición, bajas laborales, etc.) de cupos de menos de 1.500 tarjetas con gran dispersión y los centros urbanos con mayor presión diaria son sobrecargados con acumulaciones.

Al igual que ocurre en el resto de España tenemos carencia de profesionales de pediatría. Quizá sea este el déficit más acusado. Además la dispersión geográfica no ayuda precisamente a paliarlo, pues es difícil optimizar la organización del trabajo, aún a pesar de la existencia de la figura del pediatra de área.

En cuanto al gasto sanitario público destinado a Atención Primaria nos movemos en el entorno de la media nacional, si bien ha experimentado un importante crecimiento, efecto más evidente en todas las comunidades autónomas que sufrieron las transferencias sanitarias en 2002.

### PERCEPCIÓN DE LOS CIUDADANOS

Los ciudadanos tienen una elevada percepción del sistema sanitario público de Atención Primaria. En general están satisfechos con la atención que reciben y confían en los profesionales que los atienden, si bien hay dos aspectos que reflejan algunos problemas del sistema sanitario en su conjunto: es significativo el bajo porcentaje de usuarios que consideran correcta la relación AP-AE y que el aspecto menos valorado sea el tiempo de espera para entrar en consulta.

## ACTIVIDAD Y CALIDAD DEL PROCESO DE ATENCIÓN

La frecuentación de Atención Primaria es alta y pensamos que se debe reducir en base a criterios de eficiencia (mayor resolutivez en Atención Primaria), eliminando en la medida de lo posible la burocracia y optimizando la gestión de las patologías crónicas (las más frecuentadoras).

Las actividades preventivas (detección de cáncer de mama a través de cribado con mamografías o como las vacunaciones infantiles) están consistentemente implantadas y tienen una cobertura adecuada. Los nuevos sistemas de información pueden mejorar la eficiencia de las actividades preventivas pues nos permitirán identificar los grupos de especial vulnerabilidad.

## CONTRIBUCIÓN A LA OBTENCIÓN DE RESULTADOS SANITARIOS

### - EN POBLACIÓN INFANTIL

Los indicadores reflejan en general un buen nivel, en especial las enfermedades inmunoprevenibles reflejo del buen estado de las coberturas vacunales. No obstante debemos resaltar dos hechos de relevancia a este respecto: la influencia que pueda tener de cara al futuro la población inmigrante infantil, con peores coberturas, y finalmente es necesario, por no decir imprescindible, una armonización definitiva de los calendarios vacunales de todas las CCAA.

### - EN POBLACIÓN ADULTA

En general siguen la misma pauta en todo el SNS. Los indicadores deberían ser ajustados, pues probablemente el envejecimiento influya decisivamente, especialmente en patologías crónicas, haciendo que la prevalencia sea más alta en comunidades más envejecidas.

Deberíamos trabajar en patologías crónicas hacia indicadores de resultados del tipo “Porcentaje de pacientes hipertensos con criterio de buen control” o “Porcentaje de pacientes diabéticos con criterios de buen control” que pueden reflejar de un modo más fiable la calidad de las actuaciones en salud. De nada nos sirve medir “procesos” que no llevan a resultados en salud.

## INDICADORES COYUNTURALES

El auge de las nuevas tecnologías se ha hecho notar especialmente en Atención Primaria. Se hacía necesario abrir la “caja negra de Primaria” para conocer realmente la actividad que se estaba realizando, y no sólo el cuánto, también el cómo. Hasta hace pocos años la actividad se basaba en sistemas de información declarativos poco fiables.

La dispersión de los dispositivos asistenciales de Atención Primaria hacía necesaria una coordinación de los flujos de información. Más aún cuando desde Atención Primaria participan en la asistencia diversos profesionales (médicos, enfermeros, fisioterapeutas, matronas, etc.) que deben procurar colaboración y apoyo mutuo para mejorar la calidad y la eficiencia.

Tras las transferencias no se disponía de una plataforma única, con lo cual cada CCAA ha planificado una nueva historia electrónica y un nuevo sistema de información. En Castilla-La Mancha pensamos que se debía y se podía construir un entorno que sirviera tanto para profesionales, gestores y por supuesto para los usuarios, incorporando nuevas tecnologías como la cita vía web, la teleradiología, la integración de los laboratorios hospitalarios, la gestión del transporte sanitario, el visado electrónico de recetas, etc.

Actualmente todos los ciudadanos de Castilla-La Mancha con TSI del SESCAM disponen de historia clínica electrónica de AP (TURRIANO). Además también se abre historial electrónico “temporal” a todos aquellos usuarios que precisen atención procedentes de fuera de la comunidad autónoma o con sistema privado de provisión de atención sanitaria.

TURRIANO puede ser utilizada, con los correspondientes perfiles y niveles de acceso, por todos los profesionales que trabajan en Atención Primaria, profesionales de nuestros hospitales y CEDT (Centros de Especialidades de Diagnóstico y Tratamiento) y desde la Urgencia-Emergencia Sanitaria (112).

La Prescripción electrónica prácticamente en el 100% de la población ha supuesto un hito, que será superado en un futuro breve por la receta electrónica (el paciente no necesitará salir con la receta en la mano y únicamente deberá acudir a la farmacia que desee para retirar el medicamento que el médico le haya indicado). Ya se están realizando pilotajes con resultados muy satisfactorios.

La docencia en el postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) se encuentra en una encrucijada dados los requisitos exigidos para la acreditación. Los EAP acreditados suelen ser urbanos, con una ratio TSI/médico difícil de disminuir ante la coyuntura real de escasez de profesionales. Muchas unidades docentes no podrían cumplir los estándares solicitados, en toda España y no sólo en Castilla-La Mancha.

## EXTREMADURA

Actuaciones llevadas a cabo:

### ASPECTOS ESTRUCTURALES, DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

- El Contrato de Gestión es el documento que recoge el acuerdo entre la Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Salud (SES) y las Gerencias de Área. Es el instrumento de la Dirección Gerencia del SES para establecer las actividades a realizar en cada una de las Áreas y los recursos que dispondrán para ello. El eje sobre el que gira este Contrato de Gestión es el Plan de Salud de Extremadura 2009-2012, expresión política de las principales características que debe atesorar la Sanidad Pública extremeña: equidad, calidad y cercanía al ciudadano. Además es el instrumento por el que se ejecutará el Plan Estratégico del Servicio Extremeño de Salud 2005-2008 y 2009-2012. Los objetivos estratégicos de este contrato para Atención Primaria son:
  - Proyectos especiales: Ecografía básica en AP, Tratamiento anticoagulante oral, Abordaje del usuario hiperfrecuentador, Protocolo de dispensación del material para el cuidado de la diabetes.
  - Coordinación: Coordinación dentro del EAP (Reglamento de régimen interno y sesiones de formación intraequipo). Coordinación con otros dispositivos (grupos de trabajo mixtos).
  - Atención integral a las mujeres: Atención a la mujer sana y violencia de género.
  - Cirugía mayor ambulatoria: Seguimiento y control en AP tras el alta.
  - Atención Domiciliaria.
  - Calidad en AP: La cartera de servicios, gestión de la demora en las consultas.
  - Gestión de la incapacidad temporal.
- Creación progresiva de las plazas correspondientes a las Unidades Básicas Asistenciales que sean necesarias hasta llegar a un máximo de asignación de 1.600 TSI.
- La partida presupuestaria destinada a AP se ha incrementado en un 21% en el periodo 2006-2009, teniendo en cuenta que este incremento se refiere a la diferencia entre un presupuesto liquidado (2006) y un presupuesto aprobado (2009). El incremento medio anual del periodo 2006-2009 ha sido de un 7,6%, registrándose el mayor incremento anual en el periodo 2006-2007 con un 9%.

Tabla 1. Presupuesto para AP 2006-2009

2009	677.710.012,78 €
2006	534.139.966,51 €
2007	587.547.761,32 €
2008	640.897.585,25 €

Fuente: Dirección General de Presupuestos y Tesorería. SES

- Construcción de Centros de Atención Primaria de nueva creación, ampliación y reforma de Centros ya existentes y equipamiento de los Centros de Atención Primaria.
- Asignación a cada EAP por cada uno de los profesionales sanitarios de los grupos A y B, incluidos veterinarios, farmacéuticos, COF y CEDEX una dotación de ciento cincuenta euros anuales para la adquisición de equipamiento de los Equipos, relacionado con la atención sanitaria.

## PERCEPCIÓN DE LOS CIUDADANOS

Desde el año 2004 y con periodicidad bianual se viene elaborando, por un agente externo, un estudio de satisfacción de pacientes de Atención Primaria o encuesta de satisfacción en el ámbito del Servicio Extremeño de Salud. El objetivo fundamental de dicha encuesta es conocer la calidad percibida, así como los atributos de satisfacción más importantes para los usuarios de Atención Primaria de cada uno de los EAP del Servicio Extremeño de Salud (SES). Sobre los resultados de la encuesta se emite un informe en cual se resaltan las áreas de mejora.

## ACTIVIDAD Y CALIDAD DEL PROCESO DE ATENCIÓN

- El "Documento de Debate de la Atención Primaria" nació de una necesidad a finales del año 2007 y se materializó en marzo de 2008 con la participación de profesionales de diferentes categorías de Atención Primaria de nuestra comunidad, intentando responder a la pregunta: ¿Qué orientaciones estratégicas debemos impulsar si queremos para Extremadura una AP pública fuerte, que responda a las necesidades de salud de la población, y que tenga la calidad suficiente como para atraer a los ciudadanos y profesionales?

Surgieron cinco puntos de reflexión sobre los que se debatió y se generaron las siguientes propuestas:

- El Equipo de Atención Primaria.
- Redefinición de funciones de los profesionales en el seno del EAP. Reglamento de los EAP.
- Contrato de Gestión.
- Unidades de apoyo.
- Modelo de la Atención Continuada.
- Plan para la desburocratización de las consultas. Con la presentación de este plan pretendemos agilizar, remodelar y potenciar las estructuras organizativas, facilitando el trabajo de nuestros profesionales y mejorando la accesibilidad de nuestros usuarios. En definitiva, nos planteamos como objetivo último optimizar la capacidad global de atención.
- Actualización de la Cartera de Servicios de AP, con la incorporación de nuevos servicios y con la creación de la cartera de servicios de Salud Pública.
- Elaboración de un Protocolo para la atención de los trastornos de ansiedad y depresión.
- Creación de Guías Clínicas por parte del Grupo de Trabajo del programa regional de cuidados paliativos de Extremadura. Guías Clínicas de Cuidados Paliativos:
  - Seguimiento del duelo en cuidados paliativos (ISBN: 978-989-95662-2-4).
  - Sedación en cuidados paliativos (ISBN: 978-989-95662-3-1).
  - Uso y recomendaciones de la vía subcutánea en cuidados paliativos (ISBN: 978-989-95662-4-8).
  - Uso de opioides en cuidados paliativos (ISBN: 978-989-95662-3-1).
- Puesta en marcha del Plan Integral sobre enfermedades cardiovasculares 2007-2011, con objeto de reducir la incidencia y la mortalidad de las mismas en nuestra comunidad autónoma.

- Plan Integral de Diabetes 2007-2012, que pretende coordinar las actuaciones sanitarias y los recursos disponibles para atender a la mejora en la atención a las personas con DM.
- Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en Extremadura que pretende mantener una acción coordinada de los servicios sanitarios y sociales orientada a su control.
- Elaboración del Nuevo Reglamento General de la Atención Primaria, próximamente estará en trámite de audiencia.
- Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012. Plantea tres grandes líneas estratégicas, con sus correspondientes objetivos, actuaciones e indicadores:
  - Promover un modelo de salud mental positiva.
  - Aumentar y adaptar los recursos asistenciales a las necesidades específicas de la demanda de atención.
  - Fomentar la excelencia en la asistencia y la gestión sanitaria.
- Programas de prevención y promoción de la Salud. "El Ejercicio te cuida". Disponible en: <http://www.ejerciciotecuida.com/>.
- Implantación de la telemedicina en algunos centros de salud, a través de interconsultas on-line y teleformación on-line con ampliación a centros penitenciarios y residencias sociosanitarias.
- Desarrollo e implantación de la ecografía en AP del SES. El Programa contempla la implantación de ecógrafos en los centros de atención primaria, la formación de médicos de familia y pediatras de atención primaria y el seguimiento desde las Gerencias de Áreas de la actividad asistencial.
- Programa de Implantación de la Retinografía en Atención Primaria del Servicio Extremeño de Salud. Experiencia piloto en un centro de salud del Área de Mérida.
- Desarrollo e Implantación del Tratamiento Anticoagulante Oral en AP. El programa contempla la punción capilar y el control del tratamiento anticoagulante oral, con base de datos única en la totalidad del SES, con la próxima ampliación a los centros sociosanitarios.
- Elaboración del manual de estándares del modelo de calidad de centros, servicios y establecimientos sanitarios para desarrollar el sistema de acreditación que define los criterios de calidad.
- Introducción de forma gradual del modelo de calidad, mediante la formación en las distintas áreas de salud de los profesionales que van a llevar a cabo la autoevaluación.
- Detección precoz del cáncer de mama. La quinta ronda de cribado poblacional del cáncer de mama en Extremadura que se ha realizado durante el binomio 2007-2008, se ha caracterizado por la ampliación de la población diana hasta los 69 años. La participación en esta ronda de cribado se ha situado en el 78,50%.
- Vacunaciones. Para disminuir la incidencia de la gripe y sus complicaciones, a partir de la próxima campaña de vacunación frente a la gripe, temporada 2009-2010, se va a ampliar la edad mínima de vacunación para el mayor grupo de riesgo de la gripe a los 60 años, en vez de los 65 que actualmente está establecido.

#### INDICADORES COYUNTURALES

- Desarrollo e implantación de la herramienta informática Jara que nos permite gestión de la agenda, historia clínica electrónica y transacción de la demora de todos los centros de atención primaria.
- Medidas telemáticas para la obtención de citas por parte de los usuarios.

- Desarrollo e implantación del “Proyecto Zurbarán”, por el que se digitalizan e intercomunican todos los servicios de radiología de la comunidad, con acceso a las imágenes generadas desde cualquier punto de la Intranet del SES.
- Desarrollo e implantación del “Proyecto Cornalvo”, por el que se integran todos los sistemas de información de los laboratorios con un repositorio centralizado, con acceso desde cualquier punto de la Intranet del SES.
- Informatización completa de todos los centros de salud y consultorios locales con la posibilidad de acceder a los “Proyectos Zurbarán” y “Cornalvo”.
- Desarrollo y puesta en funcionamiento de la receta electrónica que lleva consigo multiprescripción, prescripción temporal y comunicación telemática con la oficina de farmacia.
- Incorporación de sistemas de información en consulta, que a través del portal, permiten acceso a la información científica más relevante.
- Desarrollo del “Portal de salud de Extremadura” accesible desde internet con acceso a trámites administrativos con el servicio sanitario público de Extremadura.
- Promovemos y actualizamos, con periodicidad anual, la formación continuada por medio del Programa de formación de la Escuela de Ciencias de la Salud.
- Desarrollo de sistemas de acreditación para actividades formativas, centros y unidades. Introducción de objetivos de formación y docencia en los contratos de gestión del SES con las diferentes áreas de salud. Establecer colaboraciones con entidades públicas y privadas en materia de formación.
- Extremadura dispone de los aspectos para la valoración de la carrera profesional según se recoge en el Diario Oficial de Extremadura (DOE) número 19 de 14 de febrero de 2006. Acuerdo sobre carrera y desarrollo profesional en el servicio extremeño de salud, y en el DOE número 96 de 17 de agosto de 2006. Resolución de 20 de julio de 2006, de la Dirección General de Trabajo, por la que se dispone la publicación del Pacto sobre la composición y funcionamiento de la Comisión de Evaluación de la Carrera Profesional del Servicio Extremeño de Salud.
- La Junta de Extremadura establece como objetivo de primer orden en su política sanitaria la necesidad de promover un cambio en la cultura de gestión, que esté orientado hacia la calidad total, de tal forma que situando como objetivo principal la satisfacción plena del ciudadano con la atención sanitaria recibida, extiende la responsabilidad en la mejora continua de la calidad a cada miembro de la organización sanitaria constituyendo un verdadero cambio cultural y de participación.
- El “I Plan Marco de Calidad” es el instrumento para la mejora continua de la calidad en todos los ámbitos, análogamente a la filosofía del Modelo de Calidad de centros, servicios y establecimientos sanitarios conforme al Decreto 227/2005, de 27 de septiembre, por el que se regula el procedimiento y los órganos necesarios para la aplicación del modelo de calidad.
- Anualmente la Consejería de Sanidad y Dependencia, mediante Orden de la misma publicada en el Diario Oficial de Extremadura, presenta convocatoria para realización de proyectos de investigación sociosanitaria. Esta Orden promulgada en coordinación con el Plan Regional de Investigación y Desarrollo Tecnológico, regula el procedimiento de concesión, en régimen de publicidad, objetividad y concurrencia competitiva, de ayudas financieras para la realización de investigaciones durante el correspondiente año, en el marco de las Ciencias de la Salud referidas a Extremadura, y orientadas de forma prioritaria a los temas contemplados en los objetivos y líneas de actuación del vigente Plan de Salud de Extremadura.

## GALICIA

## ASPECTOS ESTRUCTURALES, DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

Dentro de las Líneas Estratégicas de la Consejería de Sanidad, se incluye cómo actuación prioritaria, la de garantizar una atención integral de salud, mejorando la continuidad asistencial entre Atención Primaria y Atención Especializada. Para eso se propuso:

- Priorizar la Atención Primaria, que para nosotros, no sólo es la puerta de entrada del sistema, sino su eje principal.
- Elevar la capacidad de resolución en Atención Primaria.
- Realizar la gestión conjunta de los servicios sanitarios.
- Ordenar esta continuidad en función del enfermo y su enfermedad.
- Mejorar el sistema de derivaciones a la Atención Especializada y el posterior seguimiento de los pacientes.
- Establecer canales de comunicación entre los médicos de primaria y especializada, a través de la historia del paciente, del desarrollo de la historia de salud electrónica.

Teniendo todo esto en cuenta y con la intención de acomodar las líneas estratégicas de la Consejería con las del documento Estrategias AP-21 y con las perspectivas de los profesionales de Atención Primaria integrados en la Plataforma 10 minutos, el 2 de abril de 2007 se firmó el "Plan de Mellora da Atención Primaria de Galicia 2007-2011". El "Plan de Mellora" tiene como valor básico ser producto de un consenso conseguido con todas las asociaciones profesionales y organizaciones sindicales con representación en Atención Primaria de Galicia, y se trata de un plan de objetivos, de una propuesta de medidas a tomar para, con el modelo actualmente existente, paliar dentro de lo posible los defectos estructurales actuales de la Atención Primaria. Dentro del Plan, a pesar de surgir como consecuencia de una reivindicación de facultativos, se incluyen medidas sobre la creación de plazas de personal de todas las categorías de profesionales en jornada común de atención primaria, el aumento de la capacidad resolutoria de la atención primaria, y sobre la gestión y desburocratización de las consultas. Incluye también recursos informáticos y tecnológicos, así como cambios organizativos dentro de los centros de salud.

La metodología de trabajo se hizo con la puesta en marcha de diferentes grupos de trabajo, la negociación en Mesa Sectorial de los temas del entorno sindical, y la evaluación por medio de la Comisión de Seguimiento. Los grupos de trabajo abordaron temas relacionados con la capacidad resolutoria en AP, equipamiento y planes funcionales de los centros, enfermería, pediatría, área administrativa, fisioterapia, odontología, higienistas y trabajadoras sociales. Con el se pretende sentar las bases para el desarrollo de un mejor modelo organizativo y de gestión integral, que posibilite una Atención Primaria accesible, eficaz, eficiente y que responda a las necesidades de los ciudadanos del siglo XXI. Aunque las reivindicaciones iniciales por las que surgió el Plan de Mellora eran únicamente de personal facultativo de jornada común, se incluyó también al resto de colectivos profesionales que componen la AP (profesionales de los Puntos de Atención Continuada), y las diversas categorías que configuran la Atención Primaria).

Las directrices sucesivas en el referente a los recursos humanos en estos 2007 y 2008 se orientaron en tres líneas de actuación:

- Creación de plazas. La evolución de plazas se observa en la siguiente tabla.

	2005	2006	2007	2008	31/01/09	Increment.
MF (Jor. ordinaria/PAC)	1.634/257	1.693/428	1.702/458	1.721/457	1.779/457	145/200
Pediatras	302	310	315	316	316	14
DUE	1.908	2.095	2.198	2.291	2.426	518
Matronas	137	139	140	143	155	18



Fisioterapeuta	91	103	98	116	147	56
Odontólogo	98	91	97	99	111	13
Higienista	41	42	56	62	92	51
Trabajador Social	51	54	51	54	79	28
Prof. Activos por categoría	4.217	4.451	4.597	4.757	5.060	1.043

Hay que destacar que en el año 2007 se ocuparon el 100% de las plazas presupuestadas, mientras que en el 2008 se cubrieron incluso el momento actual el 80,03%, quedando el resto presupuestadas, pero pendientes de cubrir por diferentes motivos: falta de profesionales, falta de espacio físico en los centros de salud, finalización de obras, estar ligadas al incremento de otras categorías, etc.

- Acuerdos de Mesa Sectorial.

Dentro de los acuerdos publicados en el DOGA de 16 de junio de 2008 en relación con los PAC cabe destacar: la regularización por OPE en el acceso a los puestos de trabajo, la merma de la jornada común y avances en la jornada complementaria, el reconocimiento de los jóvenes complementos de nocturnidad y festividad. En el caso de los profesionales de jornada común se consiguieron avances en las condiciones en materia de intersubstitución y prolongación de jornada, en los incentivos a la voluntariedad de guardas, y en la organización del trabajo común de los sábados. Como resultado de los puntos anteriores, en la Oferta Pública de Empleo (OPE) del 2008, se consiguió un importantísimo incremento de plazas, destacando entre ellas las 602 de médicos de familia.

- Incremento de plazas MIR.

Se pasó de 63 plazas de medicina de familia en la convocatoria 2005/06, a 85 plazas en la de 2007/08. Para pediatría los incrementos aún fueron más importantes, llegando su máxima capacidad, 18 residentes/año.

- Cambios organizativos.

Se ofertó la integración funcional a los profesionales de Cuota y Zona, y se reordenaron las cuotas. Esto, unido a la creación de plazas, llevó consigo una merma del promedio de TSI por cuota de médico de familia, pasando de 1.401 en el año 2005 a 1.337 a finales del 2008. Además, tal como se consiguió una merma de las cuotas extremas (>1.750 TSI), con una concentración en la franja entre 1.250 y 1.500 TSI. Actualmente sólo un 6,7% de cuotas tienen más de 1.750 TSI. La cifra media de Galicia de TSI por facultativo es 1.337 TSI/médico de familia en enero 2009 (la media era de 1.401 en 2005) y la media de TSI niños/pediatra a finales de diciembre de 825.

Otros aspectos incluidos en el "Plan de Mellora" se tratan con mayor detalle en diferentes apartados de este informe:

- Línea de avance de la capacidad resolutive:
  - Equipamiento de los centros de salud.
  - Acceso a las pruebas complementarias.
  - Otras medidas en el aumento de la capacidad resolutive.
- Línea de gestión clínica y de desburocratización:
  - Gestión en los servicios de atención primaria.
  - Desburocratización.
  - Docencia e Investigación.
  - Historia clínica electrónica.

## ACTIVIDAD Y CALIDAD DEL PROCESO DE ATENCIÓN Y CONTRIBUCIÓN A LA OBTENCIÓN DE RESULTADOS SANITARIOS

De manera resumida, del análisis de la tendencia de los indicadores de nuestra Comunidad Autónoma en el SIAP y de su comparación con la media estatal, cabe destacar:

- La frecuentación declarada es similar a la recogida en los sistemas de información de atención primaria. Se espera que disminuya con la introducción de la receta electrónica y otras medidas de desburocratización.
- Hay una buena tendencia de la cobertura vacunal, en muchos casos cercana al 100%.
- Se ha conseguido disminuir el ratio de población por profesional pese a las dificultades que supone la dispersión de la población.
- Existe una tendencia al alza en recursos económicos dedicados, tanto de forma absoluta como relativa.
- El impulso a la historia electrónica ha sido significativo. Sin embargo, en próximas evaluaciones, debería especificarse con mayor detalle las funcionalidades de la historia electrónica y no sólo aspectos de equipamiento.
- El análisis del Barómetro Sanitario es paradójico. Si bien se observa una valoración por debajo de la media española en múltiples criterios, la calificación de atención buena o muy buena presenta unos porcentajes superiores, contradiciendo lo anterior.
- Las interrupciones voluntarias de embarazo son inferiores a las estatales pero con tendencia creciente.
- Los factores de riesgo cardiovascular tienen una prevalencia superior a la estatal.
- En consonancia, la mortalidad por ictus también es más alta.
- En los resultados referentes a salud infantil, la tendencia tiene buen sentido y está por debajo de la media.

## MADRID (COMUNIDAD DE)

### ASPECTOS ESTRUCTURALES, DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

Dentro de este apartado y con carácter general, los indicadores relativos a recursos humanos que presenta la Comunidad de Madrid (CM), a 31 de diciembre de los ejercicios 2006 y 2007, son mejores que los que se aprecian en las tablas presentadas, especialmente en el caso de los auxiliares administrativos.

- Población media por profesional de medicina de familia. El ratio existente en la CM a 31 de diciembre de 2007 era 1.553. Dicho indicador es ligeramente superior a la media nacional. Debe tenerse en cuenta en su valoración la baja dispersión geográfica de nuestra comunidad. Por otra parte, se aprecia sensiblemente la repercusión favorable que ha tenido el Plan de Mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid 2006-2009 en la evolución de este indicador. Así, de 2005 a 2007 el ratio ha pasado de 1.707 a 1.553.
- Población media por profesional de pediatría. El ratio existente en la CM a 31 de diciembre de 2007 era 1.020. Por tanto discretamente inferior a la media española. Dicho ratio se ha mantenido estable en el periodo evaluado, a pesar de las dificultades existentes para contratar especialistas en pediatría.
- Población media por profesional de enfermería. El ratio existente en 2007 era 1.951, por tanto superior a la media nacional. Como es lógico, aquí especialmente, debe tenerse en cuenta la baja dispersión geográfica de nuestra comunidad y la pirámide poblacional de la misma. El ratio se ha mantenido estable en el periodo evaluado.
- Población media por auxiliar administrativo. El ratio existente en la CM a 31 de diciembre de 2007 era 3.634, por consiguiente superior a la media. Como en los casos anteriores, debe tenerse en cuenta en su valoración la baja dispersión geográfica de nuestra comunidad. El ratio de 2007 ha experimentado una discreta mejora respecto al año anterior, que estaba en 3.768.
- Número de profesionales de medicina de familia por tramos de población asignada, (más de 2.000 tarjetas sanitarias asignadas). Respecto a los ejercicios precedentes se aprecia en 2007 un clarísimo descenso de

esta cifra (desde 491 en 2004 ha pasado a 182 en 2007), asociado al Plan de Mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid 2006-2009.

- Número de profesionales de pediatría por tramos de población asignada, (más de 1.250 tarjetas sanitarias asignadas). Decece la cifra en 2007, respecto al año anterior. Presumiblemente, la evolución de este dato será desfavorable, dada la escasez de pediatras en el SNS.

## PERCEPCIÓN DE LOS CIUDADANOS

Los indicadores de percepción de los ciudadanos se van a presentar en dos tablas, una con los valores obtenidos en la encuesta realizada por el Servicio Madrileño de Salud en 2008 en Atención Primaria y una segunda tabla que recoge la evolución de los indicadores de percepción con los datos del barómetro sanitario del Ministerio de Sanidad de los años 2002-2007 y los datos de la encuesta de satisfacción realizada por la Comunidad de Madrid a los usuarios de Atención Primaria.

Los dos estudios de opinión de referencia, tienen algunas características metodológicas diferentes que hay que tener en cuenta a la hora de comparar los resultados:

Universo:

- MSPS. Población residente mayor de 18 años.
- CM. Usuarios que han acudido a los Servicios de AP (en caso de menores de 16 años, el entrevistado es el acompañante).

Recogida de información:

- Entrevista personal a los usuarios a la salida de la consulta de AP (MF y PED).

Escalas de valoración.

- MSPS. Utiliza escala de 1 a 10.
- CM. Utiliza escala de 1 a 5 (se ha convertido a una escala 1 a 10 para poder comparar).

Las preguntas del cuestionario: algunas preguntas, aunque valoran lo mismo, difieren un poco su formulación y puede afectar a la respuesta y a su posterior interpretación, además hay que tener en cuenta que en la CM se pregunta al paciente que acaba de recibir la asistencia.

Se presentan a continuación las preguntas que pueden explicar el mismo indicador, pero que como se puede apreciar presentan algunas diferencias en su formulación:

- Valoración del tiempo dedicado por el médico.
  - MSPS. "El tiempo dedicado por el médico a cada enfermo".
  - CM. "Su médico le dedica todo el tiempo necesario".
- Valoración del trato recibido por el personal sanitario.
  - MSPS. "El trato recibido del personal sanitario".
  - CM. "Su médico es amable"/"su enfermera es amable".
 Se ha realizado una media con las dos valoraciones.
- Valoración de la atención a domicilio.
  - MSPS. "La atención a domicilio por el personal médico y de enfermería".
  - CM. "Cuando fueron a casa le atendieron bien".
- Valoración de la confianza y seguridad que transmite el médico (MF y PED).
  - MSPS. "La confianza y seguridad que transmite el médico".
  - CM. "Su médico es eficaz y resuelve bien sus problemas de salud".
- Valoración general de la atención recibida en las consultas de medicina de general de la sanidad pública.
  - MSPS. "En general, la atención que ha recibido en las consultas de medicina general de la sanidad pública ha sido...".

- CM. “Esta satisfecho con la atención que ha recibido en su Centro de Salud” (En nuestra encuesta tenemos satisfacción global y esta referida sólo a medico de familia).
- Porcentaje de usuarios que consideran correcta la comunicación entre los médicos de AP y el especialista.
  - MSPS. “Cuando un problema de salud suyo ha requerido la visita al médico de cabecera y una consulta al especialista, ¿cree que la comunicación entre ellos ha sido la correcta?” Respuesta; Si/No Sólo usuarios especialista.
  - CM. En relación a la coordinación entre su médico de familia/pediatra y el médico especialista. “Le parece que la coordinación entre ambos es buena”. Respuesta de escala de 1 a 5 - sólo usuarios especialista.

Esta pregunta, al ser diferente el tipo de respuesta, no se incluye en la tabla de evolución, pues el dato no es comparable, pero si puede servir como indicador de la valoración sobre la comunicación entre los médicos de primaria y especializada, por lo tanto se incluye en la tabla.

No tenemos información sobre:

- Valoración del conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada usuario (MF y PED).
- Valoración de los consejos recibidos: sobre alimentación, tabaco, alcohol...
- Valoración del tiempo que tarda el médico en verle desde que pide cita.

Las preguntas son iguales para las siguientes valoraciones:

- Valoración de la facilidad para conseguir cita.
- Valoración del tiempo de espera hasta entrar en consulta.
- Valoración de la información que el usuario recibe sobre su problema de salud.

Conclusiones:

El primer aspecto a destacar es la población de estudio, en el caso del Ministerio la encuesta se hace sobre población total, usuaria y no usuaria del sistema público y las encuestas de la Comunidad de Madrid se realizan a los usuarios recientes del sistema público.

La comparación de los datos entre ambos estudios hay que realizarla con cierta cautela:

- Se parte de poblaciones de estudio distintas.
- El propio planteamiento de las preguntas que buscando lo mismo se plantean de forma diferente.
- La escala de valoración en el Ministerio es de 1 a 10 y en la Comunidad de 1 a 5 (en alguna ocasión nos han comentado los técnicos de la empresa que ha realizado la encuesta que si se utiliza una escala de 1 a 10 se tiende a disminuir la nota, por ejemplo se sitúan más en el 7 que en el cuatro si es sobre 5. Además, nosotros no preguntamos de 1 a 5 si ni que si esta muy satisfecho le damos un 5, satisfecho un 4 y así sucesivamente. Entendemos que este es un factor muy importante para la comparación).
- Nuestra encuesta se realiza a la salida de la consulta, no de forma telefónica en la que aparece el fenómeno del “recuerdo”.

Los resultados obtenidos en la encuesta de Madrid son más positivos, los usuarios de los servicios sanitarios, están más satisfechos que la población general (usuarios y no usuarios), en todos los indicadores.

En relación al indicador tiempo dedicado por el médico a cada enfermo, la diferencia del resultado es muy importante, seguramente esta directamente relacionado con la forma de realizar la pregunta, en la Comunidad se pregunta si “su médico le dedica todo el tiempo necesario”, mientras el Ministerio pregunta de forma genérica (usuarios y no usuarios) y la respuesta puede tener que ver con el imaginario social sobre el poco tiempo que dedican los médicos a sus pacientes por falta de tiempo (campaña 10 minutos, prensa...).

En el indicador trato recibido del personal sanitario, la diferencia en el resultado es menor, pero tiene que ver también con la pregunta, la Comunidad relaciona el trato recibido con su médico y enfermera y no en genérico, además la encuesta, como hemos comentado, se realiza a la salida de la consulta.

Los indicadores sobre la información sobre su problema de salud y confianza en el médico, ocurre lo mismo que con el indicador anterior, en Madrid se pregunta al paciente nada más salir de la consulta sobre el médico de familia que le atiende regularmente.

La valoración del médico está en consonancia con los resultados obtenidos relacionados con este profesional, al preguntar en porcentajes el resultado es similar, el nuestro es un poco mejor y la evolución es favorable.

Indicadores de percepción. Datos 2008. Encuestas del Servicio Madrileño de Salud

PERCEPCIÓN DE LOS CIUDADANOS		2008
Valoración de la facilidad para conseguir cita		7,42
Valoración del tiempo de espera hasta entrar en consulta		6,56
Valoración del tiempo que tarda el médico en verle desde que pide la cita		No hay datos
Valoración del tiempo dedicado por el médico a cada enfermo		8,90
Valoración del trato recibido del personal sanitario		9,07
Valoración de la atención en domicilio		8,08
Valoración del conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada usuario (MF y PED)		No hay datos
Valoración de la confianza y seguridad que transmite el médico (MF y PED)		9,02
Valoración de la información que el usuario recibe sobre su problema de salud		9,00
Valoración de usuarios que consideran correcta la comunicación entre los médicos de AP y el especialista		7,20
Valoración de los consejos recibidos		No hay datos
Valoración general de la atención recibida en las consultas de medicina general de la sanidad pública		8,28

Evolución de indicadores de percepción según diferentes encuestas 2002-2008

INDICADOR	BARÓMETRO SANITARIO MINISTERIO DE SANIDAD						COMUNIDAD MADRID
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Facilidad para conseguir cita	6,68	6,49	6,46	6,71	6,68	6,18	7,42
Tiempo espera para entrar en consulta	5,05	4,79	4,91	5,07	5,26	5,04	6,56
Tiempo dedicado por el médico a cada enfermo	6,42	6,46	6,28	6,51	6,34	5,99	8,90
Trato recibido del personal sanitario	7,46	7,41	7,41	7,54	7,42	7,37	9,07
Atención en domicilio	6,54	6,85	6,93	6,78	6,67	6,63	8,08
Información recibida sobre su problema	6,85	6,84	6,98	7,12	6,91	7,01	9,00
Confianza y seguridad que transmite el médico	7,21	7,27	7,35	7,39	7,30	7,11	9,02
Valoración atención recibida MF (buena y muy buena)		78,82	77,85	80,06	83,74		87,00
Valoración atención recibida MF (mala y muy mala)		2,57	3,87	3,99	2,75		4
% usuarios consideran correcta la comunicación entre los médicos de AP y AE					42,97	43,48	
Conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud	6,88	6,92	7,00	7,04	6,85	6,73	
Consejos recibidos		6,83	6,93	7,13	6,71	6,70	
Tiempo que tarda el médico en verle desde que pide cita			6,37	6,94	6,44	6,38	

NOTA: El denominador utilizado en el Barómetro Sanitario es el total de la población. En la encuesta de la CM son los usuarios.

No obstante, hechas estas consideraciones, se pasa a analizar los resultados de los indicadores facilitados por el Ministerio:

- Valoración de la facilidad para conseguir cita. Evolución estable del indicador en la Comunidad de Madrid, que se encuentra ligeramente por debajo de la media nacional.
- Valoración del tiempo de espera hasta entra en consulta. Evolución estable del indicador en la Comunidad de Madrid, que se encuentra ligeramente por debajo de la media nacional.
- Valoración del tiempo que tarda en verle el médico desde que pide la cita. Evolución estable del indicador en la Comunidad de Madrid, que se encuentra alineado con la media nacional.
- Valoración del tiempo dedicado por el médico a cada enfermo. Evolución estable del indicador en la CM, si bien en el último año se observa un discreto descenso, en línea, aunque superior a la media nacional. Con esta salvedad, se encuentra ligeramente por debajo de la media nacional.
- Valoración del trato recibido del personal sanitario. Evolución estable del indicador en la CM, que se encuentra alineado con la media nacional, si bien es discretamente superior.
- Valoración de la atención en domicilio. Evolución estable del indicador en la CM, que se encuentra ligeramente por debajo de la media nacional.
- Valoración del conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada usuario (MF y PED). Evolución estable del indicador en la CM, que se encuentra alineado con la media nacional.
- Valoración de la confianza y seguridad que transmite el médico (MF y PED). Evolución estable del indicador en la CM, que se encuentra alineado con la media nacional.
- Valoración de la información que el usuario recibe sobre su problema de salud. Evolución estable del indicador en la CM, que se encuentra alineado con la media nacional.
- Porcentaje de usuarios que consideran correcta la comunicación entre los médicos de AP y el especialista. Los resultados que aporta el barómetro sanitario reflejan unos valores inferiores a la media nacional, si bien, no son concordantes con los correspondientes a nuestra encuesta de satisfacción 2008, en la que se observa que los usuarios aprecian un mayor nivel de coordinación.
- Valoración de los consejos recibidos. Evolución estable del indicador en la CM, que se encuentra ligeramente por debajo de la media nacional.
- Valoración general de la atención recibida en las consultas de medicina general de la sanidad pública. Evolución estable de los indicadores en la CM, que se encuentran alineados con la media nacional. Presentando una evolución positiva a lo largo de los últimos 4 años.

#### ACTIVIDAD Y CALIDAD DEL PROCESO DE ATENCIÓN

- Frecuentación declarada a atención primaria por hab./año. La hiperfrecuentación es uno de los problemas más referido por los profesionales de Atención Primaria. Supone un inadecuado uso de los recursos sanitarios y puede tener consecuencias negativas para los pacientes, los profesionales y el sistema sanitario.

El análisis y manejo de la hiperfrecuentación, como línea estratégica orientada a la Mejora de la Accesibilidad a los Centros de Salud, se abordó en la Comunidad de Madrid en el año 2005 con la definición consensuada de usuario hiperfrecuentador.

La explotación de los datos registrados en las agendas de los profesionales en OMI-AP utilizando sentencias SQL, ha permitido realizar un análisis cuantitativo y cualitativo identificando los motivos de consulta y permitiendo la implantación de estrategias individualizadas, llegando a nivel de centro de salud y de equipo, y su seguimiento. En consecuencia, todas las Áreas desarrollaron medidas para disminuir la frecuentación de estos pacientes en consulta sin menoscabo de la atención a la salud.

Las principales líneas de trabajo, han ido encaminadas:

- Orientadas a mejorar la accesibilidad de los ciudadanos.
- Dirigidas a los profesionales.
- Orientados a la mejora de la organización.

El indicador de frecuentación, desde que se inició la línea estratégica orientada a la mejora de la accesibilidad ha experimentado la evolución que se presenta en la tabla:

Año	Frecuentación
-----	---------------

2005	5,48
2006	5,50
2007	5,51
2008	5,52

Los datos correspondientes al año 2006 ponen de manifiesto la concordancia con la frecuentación declarada por Comunidad Autónoma, lo que nos situaba 0,23 por debajo de la media nacional. El seguimiento de los pacientes hiperfrecuentadores determinará la eficacia de las medidas adoptadas, realizando las modificaciones necesarias en cada situación.

- Coberturas de vacunación infantil. Todas las coberturas de vacunación infantil consideradas fueron superiores al 90% en la Comunidad de Madrid en el año 2006 y mejoraron respecto a 2005. En la primovacunación de 0-1 años es donde se obtienen las coberturas más altas (97,3%) siendo similares a la media de España. En las dosis de refuerzo 1-2 años, las coberturas (91,3%) aunque se ha mejorado respecto a 2005 son inferiores a la media de España.
  - Coberturas de vacunación frente a DTP. En 2006 en la Comunidad de Madrid en las 3 dosis la cobertura ha sido mayor del 90% y ha mejorado respecto a 2005. La mayor cobertura se alcanza en la primovacunación (97,3%) y la menor en la primera dosis de refuerzo (91,5%) siendo inferior a la media de España (95,2%). En la primovacunación y segunda dosis de refuerzo las coberturas son similares a España.
  - Coberturas de vacunación frente a haemophilus influenzae b. En 2006, en las 2 dosis la cobertura ha sido mayor del 90% y ha mejorado respecto a 2005. En la primovacunación la cobertura (97,3%) es similar a la de España y en la dosis de refuerzo es inferior (91,3% en la Comunidad de Madrid y 95,2% en España).
  - Cobertura de vacunación frente a la hepatitis B. En 2006, la cobertura (97,3%) es mayor que la de 2005 y superior a la de España (96,6%).
  - Cobertura de vacunación frente a la meningitis meningocócica C. En 2006 la cobertura ha sido superior a la de los 4 años previos y superior a la de España.
  - Cobertura de vacunación frente a la poliomielitis. En 2006, en las 2 dosis la cobertura ha sido mayor del 90% y ha mejorado respecto al año previo. En la primovacunación la cobertura (97,3%) es similar a la de España y en la dosis de refuerzo es inferior (91,3% en la Comunidad de Madrid y 95,1% en España).
  - Cobertura de vacunación sarampión-rubéola-parotiditis. En 2006 la cobertura de la primovacunación fue de 94,6% y en la dosis de refuerzo la cobertura fue algo menor (93,1%). En ambas dosis la cobertura fue mayor que en 2005 pero inferior a la de España.
- Cobertura de vacunación antigripal en mayores de 65 años. La cobertura de vacunación antigripal en mayores de 65 años en 2006 (61,7%) fue algo inferior a la de años previos y a la media de España (67,8%).
- Porcentaje de mujeres con mamografía realizada. En la Comunidad de Madrid se realiza cribado de mamografía desde el año 1999 a través del "Programa Deprecam", dirigido a mujeres de entre 50 y 69 años.

Los datos que disponemos en el 2006 en Atención Primaria, no concuerdan con los aportados por la Encuesta Nacional de Salud, esto es debido a que en la Cartera de Servicios de Atención Primaria sólo se registraban las mujeres que habían acudido a realizarse la mamografía dentro del "Programa Deprecam", por lo que nuestra cobertura es del 43,4%.

En 2008, con la nueva Cartera de Servicios Estandarizada de Atención Primaria, en el Servicio de Detección Precoz de Cáncer de Mama se registra: mujeres con realización de mamografía y mujeres en las que conste una realización de mamografía, con resultado, en los dos últimos años. Con estos criterios, la cobertura en 2008 ha sido de 78%. Esto nos sitúa casi 4 puntos por encima de la media nacional.

Nuestras acciones de mejora están encaminadas a seguir mejorando el registro y todas aquellas líneas que establezca la Oficina de Coordinación Oncológica, que es la responsable del "Programa Deprecam".

## CONTRIBUCIÓN A LA OBTENCIÓN DE RESULTADOS SANITARIOS

### EN POBLACIÓN INFANTIL

- Incidencia de rubéola congénita. En el año 2006 no se ha notificado ningún caso de rubéola congénita en la Comunidad de Madrid.
- Incidencia de tosferina. En el año 2006 la incidencia de tosferina en la CM mantiene una tendencia descendente después del aumento observado en 2003, si bien las incidencias han sido superiores a la media de España.
- Incidencia de sarampión. En el año 2006 se produjo en la CM un incremento en la incidencia de sarampión, como consecuencia de un brote comunitario, originado a partir de un caso importado (de Reino Unido). Se afectó principalmente población no vacunada: Adultos jóvenes, con baja cobertura vacunal debido a que alcanzaron la edad de vacunación cuando ésta era baja, y niños menores de 15 meses, que aún no habían recibido la primera dosis de triple vírica.

Transitoriamente durante el brote se adelantó la vacunación a los 12 meses. Se insiste en la necesidad de mantener activo el sistema de vigilancia de casos sospechosos, realizar periódicamente Encuestas de Serovigilancia para detectar posibles bolsas de susceptibles y mantener una alta cobertura vacunal, con especial hincapié en los profesionales sanitarios.

- Incidencia de rubéola. En el año 2005 se produjo un brote epidémico poblacional de rubéola en la CM. El mayor número de casos se produjo en población extranjera (56,2% de los casos), sobre todo de países latinoamericanos, así como también en población masculina autóctona. Se puso en marcha una campaña para vacunar contra la rubéola a las mujeres en edad fértil, se realizaron medidas especiales para llegar a las mujeres extranjeras. En 2006 la incidencia ha vuelto a ser similar a la de años previos al brote.
- Incidencia de parotiditis. En 2006, después de una tendencia estable en los últimos 3 años, se produjo un incremento en la incidencia de parotiditis en la CM. La tasa fue similar a la media de España. En la CM en la primavera de 2007 se realizó una intervención poblacional para reforzar la inmunidad de los casos que no tuvieran documentada la administración de dos dosis de vacuna con la cepa Jeryl Lynn, Urabe o RIT 4385. Por ello, se recomendó la vacunación en aquellos grupos de edad que habían recibido una sola dosis de vacuna o que habían recibido dos dosis pero una de ellas contenía la cepa Rubini frente a la parotiditis, de menor efectividad y que por ello se retiró del mercado español.
- Incidencia de meningitis por meningococo C. En la Comunidad de Madrid en la temporada 2005-2006 ha sido menor que en temporadas previas. En noviembre de 2006 se modificó la pauta de vacunación frente a meningococo C y consiste en administrar dos dosis desde los dos a los doce meses de vida y una dosis de recuerdo a partir de un año de edad.
- Incidencia de enfermedad invasiva por haemophilus influenzae b. En el año 2006 no se notificó ningún caso de la misma.
- Tasa de cirugía por luxación congénita de cadera en menores de 2 años. La tasa de 2007 (4,11 por mil) es la más alta alcanzada en la CM en los años considerados (desde 1999) y es superior a la de España (2,78 por mil).
- Tasa de altas por infecciones en menores de 15 años. En 2007 en la Comunidad de Madrid es de 4,04 por mil, ligeramente superior a la de años previos y a la media de España (3,68 por mil).



- Prevalencia de obesidad en población infantil Aunque las prevalencias de obesidad en población infantil de la CM son inferiores a las de España, se observa un aumento de la prevalencia de 2003 a 2006 (4,38% y 5,49% respectivamente).

## EN POBLACIÓN ADULTA

- Incidencia de IVE. Muestra una tendencia ascendente llegando en 2006 a 15,45 por mil en menores de 20 años y 12,10 por mil en mujeres de 15 a 49 años.
- Incidencia de hepatitis B. Es similar a la de años previos y ligeramente superior a la media de España.
- Tasa de hospitalización por IAM. Desde el año 2003 se observa una tendencia descendente en la hospitalización por infarto agudo de miocardio en la Comunidad de Madrid. Las tasas son inferiores a las de España.
- Tasa de hospitalización por ictus. En la Comunidad de Madrid en 2007 ha sido de 79,81 por 100.000 que es el valor más alto de todos los años analizados (desde 1997), no obstante es inferior a la media de España (107,58).
- Tasa de abandono del hábito tabáquico. Al igual que en España se observa una tendencia ascendente en la tasa de abandono del hábito tabáquico, llegando a ser en la Comunidad de Madrid en 2006 de 26,39 por cada 100 personas (fumadoras y exfumadoras).
- Prevalencia de obesidad en población adulta es de 12% en 2006, siendo superior a la detectada en 2003 (9,7), aunque inferior a la media de España (15,37).
- Prevalencia de HTA en población adulta. La prevalencia de hipertensión muestra en la CM una tendencia ascendente, igual que ocurre en España, siendo en 2006 de 17,68 por 100. Las prevalencias son inferiores a las de España.
- Prevalencia de diabetes en población adulta. Fue en 2006 en la CM de 4,42 por 100, similar a la de 2003 e inferior a la media de España (6,19).
- Mortalidad prematura por cardiopatía isquémica. En la Comunidad de Madrid se observa una tendencia descendente, al igual que en España, y la tasa sigue siendo inferior a la media de España (en 2006 17,65 en la Comunidad de Madrid y 24,90 en España).
- Mortalidad prematura por DM. En la Comunidad de Madrid se observa una tendencia descendente en la mortalidad prematura por diabetes mellitus, siendo en 2006 la tasa de 1,90 por 100.000 menores de 75 años. En España la media en 2006 fue 4,30.
- Mortalidad prematura por ictus. La mortalidad prematura por ictus es de 8,40 por 100.000 menores de 75 años, inferior a la de España (11,50).

## INDICADORES COYUNTURALES

### OBTENIBLES DEL PROYECTO SANIDAD EN LÍNEA

- Porcentaje de centros de AP conectados a Red corporativa. La totalidad de los centros de salud de la CM están conectados a la Red Corporativa. Tiene acceso a Salud@intranet de la Comunidad.
- Porcentaje de población de TSI que dispone de cita por Internet. Según los datos facilitados, tan sólo un 1,43% de la población tiene la posibilidad de citarse por esta vía. Está cifra es muy inferior a la alcanzada por otras Comunidades.

Según la información disponible, a 31 de diciembre de 2008 había 10 centros de salud que tenían esta opción, alcanzando a un total de 222.905 usuarios sobre un total de 6.309.170 lo que en porcentaje es un 3,53%.

- Porcentaje de población TSI que se cita por Internet. Según los datos facilitados, se han dado 9.953 citas, lo que supone un 0,02% de las citas se efectúan por esta vía. Está cifra es muy inferior a la alcanzada por otras Comunidades.

Según estimaciones, a 31 de diciembre de 2008 se habían dado alrededor de 35.000 citas por Internet, sobre un total de 45.697.875 lo que en porcentaje es un 0,076% de las mismas.

- Porcentaje de citas entre niveles por medias telemáticos respecto del total de citas. Tal como se recoge en la información facilitada, no se dispone de los datos necesarios para hallarse el indicador. Se disponen de las citas totales que en el año 2007 ascendieron a 2.391.220 y en el año 2008 a 2.625.065. No se puede determinar cuales se han dado por canales telemáticos.
- Porcentaje de población TSI con historia clínica electrónica. Toda la población de la Comunidad de Madrid dispone de historia clínica electrónica.
- Porcentaje de población TSI con prescripción electrónica. En la CM alcanza el 95,46% siendo la tercera comunidad con mejores resultados. El porcentaje restante hasta el 100% se produce por la existencia de profesionales que no utilizan la aplicación informática para la emisión de recetas como en determinados casos de médicos de modelo tradicional, facultativos de los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria, que desarrollan su actividad en domicilios y odontólogos que no disponen en todos los casos de aplicación informática.

Según la información disponible de la Comunidad esta cifra alcanzaba el 93,95% y el 95,11% en los años 2007 y 2008 respectivamente.

- Porcentaje de población TSI con dispensación electrónica de recetas. En la actualidad no existe ningún centro con el módulo de dispensación electrónico de recetas. Los datos que se presentan corresponden con lo centros donde se implantó el programa AP-Madrid inicialmente y donde se paralizó esta funcionalidad. Por otro lado, si está previsto que con el relanzamiento del Programa AP-Madrid, se ponga en marcha con la dispensación electrónica de recetas.

#### RELACIONADOS CON LA FORMACIÓN PRE Y POSTGRADUADA

- Número de EAP con docencia acreditada para postgrado en medicina de familia. El número total de equipos acreditados asciende a un total de 121. Es de destacar la dificultad de cumplir los requisitos de presión asistencial necesarios para la acreditación de los centros, así como en relación a la acreditación de las unidades docentes, la dificultad para disponer de tutores en las zonas rurales.

### MURCIA (REGIÓN DE)

#### ASPECTOS ESTRUCTURALES DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

El Plan de Mejora y Modernización de Atención Primaria de la Región de Murcia, 2007-2010 plantea medidas en relación a ratios de población por profesional. Se han pactado objetivos en función de ratio medio por punto asistencial para las diferentes categorías profesionales, que ha supuesto la adecuación de plantillas con la creación de:

- 182 plazas de medicina de familia creadas (26% de crecimiento).
- 82 plazas de pediatría (40% de crecimiento).
- 160 plazas de enfermería (23% de crecimiento).
- 96 plazas de auxiliares administrativos (26% de crecimiento).

Los Equipos de Atención Primaria de la Región de Murcia, tras la adecuación de las plazas creadas en plantilla, dispone de una dotación de plazas a la población protegida con una media de población asignada en diciembre del 2007 de 1.345 habitantes por profesional de medicina de familia, 814 habitantes por profesional de pediatría, 1.632 habitantes por profesional de enfermería y 3.276 habitantes por auxiliar administrativo.

El porcentaje de profesionales de medicina de familia por tramos de población en 2007, según la plantilla presupuestada, se presentan en la tabla siguiente, en donde se aprecia una reducción en el porcentaje de los profesionales en el tramo más elevado y una concentración entorno al 94% de los médicos de familia, en el tramo intermedio entre 1.000 y 1.500 habitantes.

% de profesionales de MF por tramos de población (según plantilla)	Murcia 2007
< 500	0,1%
501 – 1.000	3,2%
1.001 – 1.500	94,2%
1.501 – 2.000	2,6%
> 2.000	0%

El porcentaje de profesionales de pediatría por tramos de población en 2007, según la plantilla presupuestada, se presentan en la tabla siguiente, en la misma se aprecia que los pediatras se encuentran en tramos inferiores a 1.250 niños.

% de profesionales de PED por tramos de población (según plantilla)	Murcia 2007
< 750	9,7%
751 – 1.000	88%
1.001 – 1.250	2,3%
1.251 – 1.500	0%
> 1.500	0%

No obstante, y en función de poca disponibilidad de profesionales en las categorías de médico de familia y pediatra no todas las plazas están aún contratadas de forma que teniendo en cuenta las plazas cubiertas hasta ahora, y no contando entre ellas las que no se han podido cubrir aunque están creadas en plantilla y presupuestadas, a final de 2008 la población asignada por profesional en los Equipos de Atención Primaria es de:

- 1.470 habitantes por médico de familia.
- 972 habitantes por pediatra.

#### Gasto Sanitario en Atención Primaria

		2002	2003	2004	2005	2006
Porcentaje del gasto sanitario público destinado a AP	Murcia	13,97	13,71	13,00	12,61	12,77
	Estado	13,94	13,97	14,00	14,05	14,09
Gasto sanitario público en atención primaria por habitante protegido	Murcia	113,62	121,65	128,57	135,69	146,90
	Estado	114,56	125,60	134,90	144,88	156,65
Porcentaje del PIB dedicado a gasto sanitario público en AP	Murcia	0,73	0,75	0,74	0,74	0,76
	Estado	0,64	0,67	0,67	0,69	0,70

#### PERCEPCIÓN DE LOS CIUDADANOS

En términos globales, la percepción que tienen los ciudadanos de la Región de Murcia sobre el funcionamiento de los servicios de Atención Primaria es positiva.

Las cuestiones valoradas por encima de la media nacional son: la confianza y seguridad que transmite el médico de familia, el trato recibido, Conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud, Consejos recibidos, Información recibida sobre su problema, Porcentaje de usuarios que consideran correcta la comunicación entre médicos de AP y los especialistas. El 89,14% de los ciudadanos opinan que la atención recibida es buena o muy buena.

Entre las áreas de mejora se pueden señalar la Atención en Domicilio, determinadas cuestiones relacionadas con la accesibilidad, la facilidad para conseguir cita, tiempo de espera para entrar en consulta. La comunidad está desarrollando proyectos para facilitar el acceso a los servicios de Atención Primaria.

#### ACTIVIDAD Y CALIDAD DEL PROCESO DE ATENCIÓN

- Frecuentación declarada a consultas de medicina en Atención Primaria. La frecuentación declarada a través de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) de 2006 es de 6 visitas al año, siendo la media en el Estado de 5,65 visitas al año. Analizada la frecuentación en el 2008 es de 6,47 para Medicina de Familia, 6,29 para Pediatría y 3,29 para Enfermería.
- Porcentaje de mujeres con mamografía realizada. La cobertura efectiva de mujeres que se han realizado mamografía se sitúa, para el conjunto de España, en un 74,19% en el año 2006, en la Región el porcentaje de declaradas fue del 76,44%, y la cobertura registrada en Cartera de servicios fue del 77,7%. En el 2007-2008 la cobertura registrada ha sido de 78,91%.
- Vacunación infantil:
  - Cobertura de vacunación frente a la poliomielitis, 99,5% en la Región de Murcia, 97,6% de media en el Estado.
  - Cobertura de vacunación frente a sarampión, rubéola y parotiditis, 97,3% en la Región de Murcia, 96,9% de media en el Estado.
  - Cobertura de vacunación frente a haemophilus influenzae b, 99,5% en la Región de Murcia, 97,5% de media en el Estado.
  - Cobertura de vacunación frente a la meningitis C, 98% en la Región de Murcia, 96,6% de media en el Estado.
  - Cobertura de vacunación frente a la hepatitis B, 99,5% en la Región de Murcia, 96,6% de media en el Estado.
- Porcentaje de personas mayores de 65 años vacunadas frente a la gripe, 61,1% en la Región de Murcia, 67,8% de media en el Estado.

#### CONTRIBUCIÓN A LA OBTENCIÓN DE RESULTADOS

##### EN POBLACIÓN INFANTIL

- Incidencia de enfermedades prevenibles mediante vacunación. Todas ellas tienen una incidencia cercana al 0%, salvo la parotiditis que se comporta con brotes periódicos.
- Prevalencia de obesidad en población infantil y adolescente. La prevalencia de obesidad infantil, para la población de 2 a 17 años, declarados en la Encuesta Nacional de Salud es alta en nuestra Región, aunque ha descendido desde el 2002 al 2006 desde un 16,23% a un 10,80%.
- Indicadores de ingresos hospitalarios y de procedimientos invasivos que se consideran potencialmente evitables
  - Tasa de cirugía por luxación congénita de cadera. Las tasas regionales de 2,78/1.000, son idénticas a la media nacional, pero existe mucha variabilidad en estos registros y por tanto es un indicador poco valorable.

- Tasa de alta por infecciones en población infantil. Esta tasa se ha mantenido más o menos estable y siempre por debajo de la media de España.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Murcia	3,29	2,27	2,21	3,87	3,36	3,16	3,44	3,45	3,82	3,87	3,35
Estado	4,15	3,77	3,85	4,83	4,32	3,85	4,03	3,88	3,97	4,07	3,68

- Tasa de alta por asma en menores de 15 años. Parece que en los últimos años se mantiene una tendencia al alza.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Murcia	0,21		0,09	0,18	0,17	0,31	0,44	0,52	0,35	0,74	0,54
Estado	0,46	0,52	0,44	0,49	0,50	0,83	0,82	0,88	0,76	1,05	0,82

## EN POBLACIÓN ADULTA

- Incidencia de enfermedad prevenible mediante vacunación: incidencia de hepatitis B. La incidencia de hepatitis B por cada 100.000 está situada más o menos en la media nacional en los últimos años con un aumento del 2005 al 2006.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Murcia	2,91	2,19	0,82	1,35	1,43	1,25	2,04	2,11	1,58	2,10
Estado	2,96	2,88	2,35	2,24	1,97	2,07	2,02	1,86	1,66	2,01

- Incidencia de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE).

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Murcia	7,46	8,27	9,34	9,71	10,42	12,41	12,57
Estado	7,21	8,07	8,94	9,41	10,56	11,46	12,48

Es necesario resaltar que la incidencia de IVE sigue un incremento progresivo y preocupante, que es prácticamente paralelo al incremento medio de las IVE en España para mujeres entre 15 y 19 años.

Para el grupo de mujeres de 15 a 49 años la incidencia es claramente más elevada que la media nacional.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Murcia	6,67	8,26	9,63	9,50	9,24	10,25	11,40
Estado	6,10	6,62	7,21	7,35	7,73	8,24	9,05

Estas dos tasas detectan un problema importante en como son los embarazos no deseados y plantea la necesidad de políticas de salud afectivo-sexual activas que reduzcan los embarazos no deseados.

- Tasa de abandono del hábito tabáquico. Las intervenciones sobre el hábito tabáquico son de múltiples orígenes, pero la realidad es que están sirviendo para que cada día más fumadores abandonen el hábito. En nuestra Región se está realizando un estudio de intervención con financiación farmacológica, pendiente de analizar resultados.

	2001	2003	2006
Murcia	15,82	17,60	24,35
Estado	18,91	20,20	26,03

- Tasas de hospitalización por problemas cardiovasculares. Se incluyen aquí dos indicadores, referidos al infarto agudo de miocardio (IAM) y al ictus. Y nos encontramos tasas medias para ictus y para IAM, ambas por debajo de la media nacional.

- Prevalencia de enfermedades crónicas. Los datos han sido extraídos de la morbilidad declarada en la Encuesta Nacional de Salud.

- Prevalencia de Diabetes Mellitus.

	1993	1995	1997	2001	2003	2006*
Murcia	5,93			6,38	5,59	6,38
Estado	4,08	4,68	4,96	5,61	5,92	6,19

La prevalencia registrada en A. Primaria es de 6,2% en el 2006 y 6,9 %en 2007.

- Prevalencia de HTA.

	1993	1995	1997	2001	2003	2006*
Murcia	15,51			15,02	18,00	18,98
Estado	11,18	11,92	11,34	14,42	14,53	18,41

La prevalencia de HTA registrada en A. Primaria es de 13,1% en 2006 y de 14,6% en el 2007, muy por debajo de los niveles declarados en la ENS.

- Prevalencia de obesidad.

	1993	1995	1997	2001	2003	2006*
Murcia	10,84			14,22	15,67	19,35
Estado	9,22	10,91	12,37	13,18	13,61	15,37

La prevalencia de obesidad declarada en la ENS se ha duplicado casi desde 1993 a 2006, siendo la Región de Murcia la CCAA con mayor prevalencia de obesidad en el 2006. Sin embargo, la prevalencia registrada en AP en 2006 es de 3,1%, está claro que los el abordaje de la obesidad no se está haciendo de un modo eficiente y es preocupante su incremento.

- Mortalidad prematura por patologías cardionasculares y diabetes.

- Mortalidad prematura por cardiopatía isquémica

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Murcia	34,38	30,88	28,32	30,83	25,28	27,51	26,47
Estado	32,91	30,82	29,58	29,34	27,00	26,51	24,90

La mortalidad prematura por cardiopatía isquémica ha ido descendiendo en los últimos años pero sigue siendo elevada. Se está elaborando el Programa Regional de Atención a Cardiopatía Isquémica.

- Mortalidad prematura por diabetes mellitus.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Murcia	7,49	7,11	6,41	5,49	4,64	5,30	4,20
Estado	5,38	5,34	5,08	5,11	4,72	4,88	4,30

En Murcia, la mortalidad prematura por diabetes mellitus ha sufrido un descenso, pasando de los 7,49 fallecimientos por esta causa en el año 2000 a las 4,20 muertes por 100.000 habitantes menores de 75 años en el año 2006.

- Mortalidad prematura por ictus.

La mortalidad prematura por ictus por 100.000 habitantes menores de 75 años, en Murcia está en el 2006 (13,40) por encima de la media del Estado (11,50) y es una de las más elevadas de todas las CCAA.

Se ha elaborado un programa de atención al ictus 2009-2011 y puesto en funcionamiento.

#### INDICADORES COYUNTURALES

- Porcentaje de centros de AP conectados a Red Corporativa. Todos los Centros de Salud están conectados a la red corporativa (100%).
- Porcentaje de población que dispone de cita por Internet. Cita web implantada para todas las agendas de cita de medicina familiar y pediatría informatizadas lo que representa un 98% de la población.
- Porcentaje de población con dispensación electrónica de recetas. El 94% de la población tiene acceso a la receta informatizada, el proyecto de receta electrónica se está desarrollando. Incorpora:
  - Visado electrónico automatizado para todas las prescripciones de continuación y una parte de las iniciales.
  - Detección de duplicidades e interacciones.
  - Información de retorno sobre fecha de dispensación.
  - Preparada para incorporar prescripción Selene (Hospitales en Consultas externas y al alta) en pacientes ambulatorios.

#### RELACIONADOS CON LA FORMACIÓN PRE Y POSTGRADUADA

- Número de EAP con docencia acreditada para postgrado en medicina de familia. Se están reacreditando todas las unidades actualmente pero hasta tanto se resuelva el proceso tenemos 33 centros de salud acreditados más 12 centros rurales.
- Formación postgrado.
  - Adecuación de la oferta de plazas de especialización. Conseguido con las diferentes comisiones nacionales: Medicina de familia de 64 a 82. Pediatría de 6 a 11.
  - Acreditación de la formación de las especialidades de enfermería de Matrona y Salud Mental.
- Formación pregrado.
  - Constitución de la Comisión mixta Universidad-SMS de A. Primaria.
  - Adecuación de oferta de plazas de pregrado (aumentado hasta ahora de 100 a 175).
  - Conjunto de propuestas encaminadas a potenciar la formación sobre atención primaria en pregrado.

#### NAVARRA (COMUNIDAD FORAL DE)

La evaluación del Proyecto AP-21 incluye una batería de indicadores y asimismo una serie de informaciones cualitativas que ya hemos enviado.

El mapa de la evaluación es el que viene representado en esta tabla.

LISTADO DE INDICADORES BASADOS EN SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL SNS
ASPECTOS ESTRUCTURALES, DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN
PERCEPCIÓN DE LOS CIUDADANOS
ACTIVIDAD Y CALIDAD DEL PROCESO DE ATENCIÓN
CONTRIBUCIÓN A LA OBTENCIÓN DE RESULTADOS SANITARIOS
OTROS INDICADORES:
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ INFORMACIÓN CUALITATIVA BASADA EN SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL SNS:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Oferta de servicios de atención primaria: se ofrecerá anualmente información detallada por CA, que incluya:</li> </ul> </li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Descripción y listado de servicios incluidos en las Carteras de Servicios autonómicos vigentes para AP.</li> <li>▪ Relación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que son realizadas por AP.</li> <li>▪ Relación de las determinaciones y exploraciones diagnósticas efectuadas por AP, que son accesibles a AP: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Organización de la atención a la urgencia en cada CCAA (incluye la relación de los dispositivos existentes), en el ámbito extrahospitalario.</li> <li>○ Organización administrativa y de gestión existente en las CCAA a nivel de AP.</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ OTROS INDICADORES CONYUNTURALES: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Obtenibles del proyecto Sanidad en línea.</li> <li>○ Relacionados con la formación pre y postgraduada.</li> <li>○ Otros.</li> </ul> </li> </ul>

Algunos de los indicadores propuestos o bien no están disponibles o están en fase de elaboración o incluso algunos de ellos están enviados a distintas comisiones para su valoración. El presente informe sólo hace valoraciones sobre los indicadores que el MSPS ha enviado a todas las CCAA.

### ASPECTOS ESTRUCTURALES, DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

Señalar que los ratios de todos los profesionales intervinientes en AP están por debajo de la media del Estado, y asimismo significar que sólo 5 médicos generales (sobre 400) tienen más de 2.000 personas asignadas y ningún pediatra tiene más de 1.500 personas asignadas.

En relación con los recursos económicos dedicados a AP, señalar que aunque el gasto sanitario público en atención primaria por habitante protegido (166 €) es mayor que la media del Estado (156 €), tanto el % de PIB como el % del gasto sanitario público en AP están por debajo de la media estatal.

	ESPAÑA	NAVARRA	OBSERVACIONES
Población media por profesional de MF	1.426,13	1.382,47	Por debajo de la media y descendiendo desde 2004
Población media por profesional de PED	1.039,33	949,96	Por debajo de la media y descendiendo desde 2005
Población media por profesional de enfermería	1.658,33	1.424,85	Por debajo de la media y con cierta estabilidad
Población media por auxiliar administrativo	3.090,60	2.489,05	Por debajo de la media y fuerte descenso desde 2006
Nº de profesionales de MF por tramos de población asignada			Sólo 5 médicos tienen más de 2.000 TSI
Nº de profesionales de PED por tramos de población asignada			Ningún pediatra tiene más de 1.500 niños
Porcentaje del gasto sanitario público en AP	14,09	13,67	
Gasto sanitario público en AP por habitante protegido	156,65	166,59	
Porcentaje PIB dedicado a gasto sanitario público en AP	0,70	0,61	

### PERCEPCIÓN DE LOS CIUDADANOS

Destacar que los siguientes indicadores que tienen que ver con el grado de relación entre profesionales y pacientes tienen un alto nivel de satisfacción:

- Valoración del trato recibido del personal sanitario.
- Valoración de la atención en domicilio.
- Valoración del conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada usuario (MF y PED).
- Valoración de la confianza y seguridad que transmite el médico (MF y PED).
- Valoración de la información que el usuario recibe sobre su problema de salud.

Asimismo destaca el nivel de satisfacción de la coordinación entre AP y AE medido a través del siguiente indicador: Porcentaje de usuarios que consideran correcta la comunicación entre los médicos de AP y AE.

Nuestras áreas de mejora están claramente manifestadas por nuestros ciudadanos y están relacionadas tanto con la mejora de la accesibilidad como de la agilidad para ser atendidos y asimismo el incremento del tiempo



dedicado por parte del profesional, en todas estas áreas incide el plan de mejora que la Dirección de Atención Primaria esta poniendo en marcha.

	ESPAÑA	NAVARRA	OBSERVACIONES
Valoración de la facilidad para conseguir cita	6,45	6,38	
Valoración del tiempo de espera hasta entrar en consulta	5,48	5,99	Estable
Valoración del tiempo que tarda el médico en verle desde que pide la cita	6,32	6,32	Estable
Valoración del tiempo dedicado por el médico a cada enfermo	6,49	6,52	
Valoración del trato recibido del personal sanitario	7,33	7,65	
Valoración de la atención en domicilio	6,87	7,94	La 2ª valoración más alta de España
Valoración del conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada usuario (MF y PED)	6,89	7,15	
Valoración de la confianza y seguridad que transmite el médico (MF y PED)	7,27	7,52	
Valoración de la información que el usuario recibe sobre su problema de salud	7,06	7,40	
Porcentaje de usuarios que consideran correcta la comunicación entre los médicos de AP y el especialista	51,71	61,88	
Valoración de los consejos recibidos	6,99	7,28	
Valoración general de la atención recibida en las consultas de medicina general de la sanidad pública	84,01	82,49	Descenso importante

#### ACTIVIDAD Y CALIDAD DEL PROCESO DE ATENCIÓN

En este apartado muchos de los indicadores todavía no están disponibles o bien se están valorando para su posible inclusión o no.

De los indicadores disponibles señalar que los indicadores de cobertura de vacunación infantil son altos al igual que en el resto del Estado y que el porcentaje de mamografías realizadas es más alto y posiblemente tenga que ver con la clara consolidación del programa poblacional de detección precoz del cáncer de mama.

	ESPAÑA	NAVARRA
Frecuentación (declarada) a consultas de medicina en AP	5,65	5,07
Coberturas de vacunación infantil:		
Coberturas de vacunación frente a difteria-tétanos-pertussis	97,6	97,3
Coberturas de vacunación frente a haemophilus-influenzae b	97,5	97,3
Cobertura de vacunación frente a la hepatitis B	96,6	97,3
Cobertura de vacunación frente a la meningitis meningocócica C	96,6	97,3
Cobertura de vacunación frente a la poliomielitis	97,6	97,3
Cobertura de vacunación sarampión-rubéola-parotiditis	96,9	99,2
Cobertura de vacunación antigripal en mayores de 65 años	67,8	57,6
Porcentaje de mujeres con mamografía realizada	74,19	89,18

Un área de análisis es la menor cobertura de la vacunación antigripal en mayores de 65 años.

#### CONTRIBUCIÓN A LA OBTENCIÓN DE RESULTADOS SANITARIOS

Posiblemente los indicadores que no disponemos y que están contemplados nos darían una mejor medida de la efectividad de la atención primaria. De entre los aportados:

#### EN POBLACIÓN INFANTIL

	ESPAÑA	NAVARRA
Incidencia de rubéola congénita	0	0
Incidencia de tos ferina	0,96	1,49
Incidencia de sarampión	0,84	0,00
Incidencia de rubéola	0,22	0,37
Incidencia de parotiditis	17,35	177,80
Incidencia de meningitis por meningococo C		

Incidencia de enfermedad invasiva por haemophilus influenzae b		
Tasa de cirugía por luxación congénita de cadera en menores de 2 años	2,78	ND
Tasa de altas por infecciones, consideradas de hospitalización evitable, en población de 0 a 6 a.	3,68	4,64
Tasa de altas por asma en menores de 15 años	0,82	0,72
Prevalencia de obesidad en población infantil	8,94	8,23

## EN POBLACIÓN ADULTA

	ESPAÑA	NAVARRA
Incidencia de interrupciones voluntarias del embarazo	12,48	5,63
Incidencia de hepatitis B	2,01	1,30
Tasa de hospitalización por infarto agudo de miocardio	111,95	93,44
Tasa de hospitalización por ictus	107,58	84,24
Tasa de abandono del hábito tabáquico	26,03	29,29
Prevalencia de obesidad en población adulta	15,37	14,68
Prevalencia de hipertensión en población adulta	18,41	17,00
Prevalencia de diabetes en población adulta	6,19	5,79
Mortalidad prematura por cardiopatía isquémica	24,90	19,51
Mortalidad prematura por diabetes mellitus	4,30	3,50
Mortalidad prematura por ictus	11,50	10,40

## B) OTROS INDICADORES COYUNTURALES

### PROYECTO DE SANIDAD EN LÍNEA

Nuestras áreas de mejora, una vez consolidada la extensión de la informatización a todos los puntos de la red de atención primaria y la prescripción electrónica en el 99% y están en relación con la implantación de la receta electrónica (proyecto en marcha) y la puesta en marcha de servicios telemáticos a través de la web para los ciudadanos, están previstos tanto la cita como la tramitación de la TSI.

	ESPAÑA	NAVARRA
Porcentaje de centros de AP conectados a Red corporativa	98,24	100,00
Porcentaje de población TSI que dispone de cita por Internet	53,87	0,00
Porcentaje de población TSI que se cita por Internet	1,59	
% de citas entre niveles por medios telemáticos respecto del total de citas		100
% de población rural con acceso a servicios diagnósticos y de interconsulta por telemedicina		
Porcentaje de población TSI con historia clínica electrónica	51,97	100
Porcentaje de población TSI con prescripción electrónica	86,03	98,78
Porcentaje de población TSI con dispensación electrónica de recetas	16,01	0

## RELACIONADOS CON LA FORMACIÓN PRE Y POSTGRADUADA

	NAVARRA
Nº de EAP con docencia acreditada para postgrado en medicina y enfermería (Fuente: MSC)	13

## PAÍS VASCO

### ASPECTOS ESTRUCTURALES, DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

En la tabla siguiente se presenta la población media por profesional.

POBLACIÓN MEDIA POR PROFESIONAL	
Medicina de familia	1.531
Pediatría	883
Enfermería	1.461
Auxiliar administrativo	2.062

El número de profesionales de medicina de familia y pediatría por tramos de población se presenta en la siguiente tabla.

Nº DE PROFESIONALES DE MF y PED POR TRAMOS DE POBLACIÓN							
	ARABA	BILBAO	EZK-ENK	INTERIOR	URIBE	G. ESTE	G. OESTE
Medicina de Familia							
< 500	9	0	2	3	2	1	4
501-1.000	12	0	6	21	8	6	10
1.001-1.500	41	45	45	51	83	28	36
1.501-2.000	116	170	126	114	35	188	130
> 2.001	0	0	0	0	0	0	0
Total	178	215	179	189	128	223	180
Pediatría							
< 750	8	10	19	16	7	9	10
751-1.000	25	22	17	17	16	21	11
1.001-1.250	3	9	3	8	9	23	13
1.251-1.500	0	2	0	1	0	5	4
> 1.501	0	0	0	0	0	0	0
Total	36	43	39	42	32	58	38

### INDICADORES DE FARMACIA

INDICADOR	VALOR	OBSERVACIONES
Porcentaje de prescripción de antibióticos de primera elección en AP	76,36%	Se adjunta hoja "antibióticos de primera elección"
Porcentaje de prescripción de antibióticos de uso restringido	8,14%	Se adjunta hoja "antibióticos de uso restringido"
Porcentaje de prescripción de antiinflamatorios (AINES) de 1ª elección en AP	80,00%	AINE 1ª elección: ibuprofeno, diclofenaco y naproxeno
Porcentaje de prescripción de nuevos principios activos	3,02%	medicamentos comercializados en los últimos 5 años
Porcentaje de prescripción por principio activo	9,28%	% envases
Grado de utilización de opioides de tercer escalón	50,75%	Sobre el total de opioides. Sobre el total de la prescripción sería un 0,34%
DHD antidepressivos	37,38	Sin ajuste poblacional
DHD sustancias hipnóticas	64,17	Sin ajuste poblacional
DHD antibióticos	17,46	
Eficiencia en la prescripción farmacéutica		Preparar este indicador es muy costoso

### LISTADO DE ANTIBIÓTICOS DE PRIMERA ELECCIÓN Y DE USO RESTRINGIDO

ANTIBIÓTICOS PRIMERA ELECCIÓN	
ATC DPTO	DESATCDPTO
01CA01	Ampicilina
J01CA02	Pivampicilina
J01CA04	Amoxicilina
J01CA06	Bacampicilina
J01CA08	Pivmecilinam
J01CA14	Metampicilina
J01CA51	Ampicilina, combinaciones
J01CA91	Ampicilina+Lisozima
J01CE01	Bencilpenicilina
J01CE02	Fenoximetilpenicilina
J01CE08	Bencilpenicilina-Benzatina
J01CE09	Bencilpenicilina-Procaína
J01CE10	Fenoximetil-Penicilina-Benzatina
J01CE30	Bencilpenicilina+Bencilpenicilina-Benzatina+Fenoximetilpenic
J01CE91	Bencilpenicilina, en asoc.
J01CF02	Cloxacilina
J01CR01	Ampicilina+Enzima inhibidor betalactamasas
J01CR02	Amoxicilina+Enzima inhibidor betalactamasas

J01GB07	Netilmicina
J01GB08	Sisomicina
J01MA01	Ofloxacino
J01MA02	Ciprofloxacino
J01MA03	Pefloxacino
J01MA11	Grepafloxacino
J01MA12	Levofloxacino
J01MA13	Trovafloxacino
J01MA14	Moxifloxacino
J01XA01	Vancomicina
J01XB01	Colistina
J01XX04	Espectinomocina
J01DD14	Ceftibuteno
J01DD16	Cefditoren
J01DE01	Cefepima
J01DF01	Aztreonam
J01DH51	Imipenem+Cilastatina
J01FA15	Telitromicina
J01FF01	Clindamicina
J01FF02	Lincomicina
J01GB01	Tobramicina
J01GB03	Gentamicina
J01GB06	Amikacina

J01CR04	Sultamicilina
J01MA04	Enoxacina
J01MA06	Norfloxaco
J01MB02	Nalidixico acido
J01MB04	Pipemidico acido
J01MB05	Oxolinico, acido
J01XE01	Nitrofurantoina
J01XX01	Fosfomicina
J01XX07	Nitroxolina

## ACTIVIDAD Y CALIDAD DEL PROCESO DE ATENCIÓN

Indicadores relacionados con el porcentaje de personas con HTA, DM, EPOC, obesidad, con riesgo cardiovascular medido y cuidados paliativos atendidas en AP.

- Existe registro en historia clínica informatizada OSABIDE.
- Su codificación es a través de la CIE-9.
- Se registran todos los pacientes crónicos, de los cuales disponemos sus prevalencias diagnósticas. Anualmente realizamos evaluaciones de la "Oferta Preferente" del Contrato Programa, tanto del apartado cribado, como la cobertura, como de los "Criterios de Buena Atención".
- No explotamos el dato aislado de personas atendidas por un problema determinado, ya que no nos aporta valor añadido. Tenemos implantado, desde hace 4 años, los ACG (Adjustes Care Groups), por lo que analizamos las cargas de morbilidad de la población, desagrupada hasta cupo médico. Lo que se analiza es la co-morbilidad, no el problema de salud aislado.

Prevalencias diagnosticadas:

	ESTIMADA	DIAGNOSTICADA
Riesgo Cardiovascular		43,95%
HTA	Prevalencia: 25% >13 años	14,62%
Hipercolesterolemia	Prevalencia: 18% 35-64 años	14,92%
DM	Prevalencia: 6,4% >29 años	7,20%
EPOC	Prevalencia: 9% 40-69 años	1,40%
Pacientes en la fase final de la vida	Prevalencia: 0,3% Población general	0,05%

## CONTRIBUCIÓN A LA OBTENCIÓN DE RESULTADOS SANITARIOS

### EN POBLACIÓN ADULTA

INDICADOR	VALOR
Prevalencia de obesidad en población adulta	5,77%
Prevalencia de HTA en población adulta	14,62%
Prevalencia de DM en población adulta	7,20%
Porcentaje de pacientes hipertensos con criterio de buen control	36,63%
Porcentaje de pacientes diabéticos con criterio de buen control	43,14

## INFORMACIÓN CUALITATIVA BASADA EN SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL SNS

### Prestaciones sanitarias:

El Servicio de Atención Primaria ofrece a sus clientes las prestaciones sanitarias que se recogen en:

- Acuerdo del Consejo de Administración del Ente Público Osakidetza/Servicio vasco de salud, por el que se aprueban las tarifas aplicables en las organizaciones del Ente Público por la prestación de servicios a terceros obligados al pago de los mismos, publicado en el BOPV.
- El Real Decreto 63/1995, del 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (BOE del 10 de febrero 1995), determina las prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas por el Sistema Nacional de Salud y financiadas con cargo a la Seguridad Social y Fondo Estatal adscritos a la Sanidad.

- Contrato-Programa, donde se recogen los servicios y las condiciones de calidad que la Comarca presta a su población, y que incluye:
  - Servicios de Atención Primaria en centro y domicilio.
  - Actividad docente y de investigación.
  - Otros programas asistenciales diferenciados
  - Programas de Educación Sanitaria, Promoción de la Salud y Atención Comunitaria
  - Prescripción farmacéutica
  - Gestión de la Incapacidad Temporal
 Este Contrato-Programa se pacta anualmente entre la Dirección Territorial del Departamento de Sanidad y la Dirección de la Comarca. El jefe de la unidad del centro tendrá una copia del contrato.
- Contrato de Gestión Clínica, donde se especifica la cartera de servicios del centro de atención primaria. Este contrato se pacta anualmente entre la Dirección de la Comarca y el Jefe de la Unidad del centro de Atención Primaria. El jefe de unidad tendrá una copia de este contrato.

El Área de Atención al Cliente (AAC) define, además, los siguientes servicios complementarios dentro de esta oferta:

- Recepción/Información.
- Asignación de médico.
- Cita previa.
- Avisos a domicilio.
- Gestión de Tramitaciones Administrativas.
- Sugerencias, quejas y reclamaciones.

Todos estos servicios se recogen además en el rótulo situado sobre el mostrador del AAC y se explican con detalle en la cartera de servicios del AAC que el centro pone a disposición de sus clientes y que se revisa anualmente. Esta oferta debe atender además a las condiciones que marca la Ley 41/2002, de 14 noviembre, ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (publicada en el BOE el 15 de noviembre de 2002), la Carta de Derechos y Deberes del usuario. Decreto 18 julio 1989, publicado en el BOPV del 2 y 4 de agosto de 1989 y a la Orden de desarrollo de 19 de junio de 1990 publicada en el BOPV de 25 de junio de 1990.

## PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN AP Y ACCESO A PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

### 1. Procedimientos diagnósticos en atención primaria

- Analítica, Mantoux.
- Sin restricciones salvo algunas determinaciones hormonales o pruebas muy sofisticadas de uso y diagnóstico hospitalario.
- Espirometría. Dotación de espirómetros en todos los centros.
- EKG: en todos los centros. Pulsiosimetría: dotación en todos los centros.
- MAPA: dotación en todos los centros.
- Doppler: en todos las UAP.
- Retinografía: en todas las comarcas sanitarias.
- Test Antigénico rápido: determinación de estreptococo.
- Prick Test: Test Diagnóstico de Alergias.
- DEA: Desfibriladores semiautomáticos en todos los centros.
- TAO: Tratamiento Anticoagulación Oral, a través de coagulómetros capilares, desplegado en el 100% de los centros de salud.
- Oscilometría.
- Impedanciometría.

### 2. Acceso a pruebas complementarias desde atención primaria

La "Cartera básica de pruebas complementarias en Atención Primaria" estará conformada por:

- Exploraciones radiológicas:
  - Radiología simple.
  - Radiología de contraste digestiva.

- Radiología de contraste de vías urinarias.
- Ecografía abdominal.
- Ecocardiografía.
- TAC.
- Endoscopia digestiva:
  - Gastroscopia.
  - Rectosigmoidoscopia y colonoscopia,
- Exploraciones cardiológicas:
  - Holter.
  - Prueba de esfuerzo.

## INDICADORES COYUNTURALES

### OBTENIBLES DEL PROYECTO DE SANIDAD EN LÍNEA

INDICADOR	VALOR
% de centros de AP conectados a Red Corporativa	100
% de población TSI que dispone de cita por Internet	100
% de población TSI que se cita por Internet	3,66
% de citas entre niveles por medios telemáticos respecto del total de citas	100
% de población rural con acceso a servicios diagnósticos y de interconsulta por telemedicina	
% de población TSI con historia clínica electrónica	100
% de población TSI con prescripción electrónica	100
% de población TSI con dispensación electrónica de recetas	

## OTROS

Sí se dispone de una red de médicos centinelas.

### LA RIOJA

A modo de resumen de las conclusiones que se han obtenido en nuestra Comunidad estudiando los datos aportados, y teniendo en cuenta sobre todo aquellos referentes a los temas priorizados en los últimos años en la mejora de la Atención Primaria de La Rioja, podemos concretar lo siguiente:

- En aquellos indicadores relativos a la percepción del paciente de la situación de la sanidad en cada Comunidad, la tendencia general es muy parecida, con unos resultados altos en general. En el caso de La Rioja, es de destacar el nivel alcanzado en temas especialmente trabajados en los últimos años, como la percepción en la comunicación entre niveles asistenciales, que en un contexto de Gerencia Única como el que nos encontramos es especialmente sugestivo de en qué dirección nos estamos moviendo. Los resultados que surjan de los estudios de 2008 nos confirmarán las excelentes perspectivas que se apuntan en este informe.
- Otro de los objetivos prioritarios para la AP de nuestra Comunidad era el garantizar un tiempo de atención adecuada a cada usuario. También en el resultado de este indicador podemos encontrar datos que permiten conocer que vamos en la dirección adecuada, con medidas como la adecuación de los cupos de médicos de familia y pediatras de AP hasta alcanzar los objetivos marcados de máximo de 1.500 TSI por MF y 1.000 TSI por pediatra. De nuevo, la evaluación de 2008 nos permitirá ajustar la percepción de los pacientes a estas medidas.
- Sobre el resto de los indicadores, principalmente los asistenciales, no se observan pautas de comportamiento general en cuanto a nuestra Comunidad, encontrando resultados que, o bien por diferente sistema de medición o bien por no completar las series temporales, permiten un análisis menos orientado a la acción que los anteriormente comentados.

En cualquier caso, el estudio de estos informes ha resultado de gran interés para conocer y poder comparar las realidades de las diferentes comunidades en cuanto a la Atención primaria.

## INGESA

### ASPECTOS ESTRUCTURALES, DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

Señalamos que las distintas medias de población asignadas a cada uno de los distintos profesionales del equipo de atención primaria están ligeramente por encima de la media del SNS. Se añade la circunstancia de un importante número de usuarios que no figuran en la población de derecho. Se detecta también un gasto sanitario público en Atención Primaria por encima de la media del SNS, hecho relacionado con las especiales condiciones geográficas y sociales. Se observa un porcentaje del gasto sanitario público en Atención Primaria en Melilla muy superior a la media estatal y a Ceuta. Debemos proceder a revisar dicha información al no tener datos objetivos diferenciales entre las dos poblaciones.

### ACTIVIDAD Y CALIDAD EN EL PROCESO DE ATENCIÓN

Las coberturas de vacunación recogidas en este apartado para la población protegida adulta, están ligeramente por debajo de la media del SNS.

Es de señalar que la frecuentación declarada de AP por habitante y año es ligeramente inferior a la media nacional.

### CONTRIBUCIÓN A LA OBTENCIÓN DE RESULTADOS SANITARIOS

#### EN POBLACIÓN INFANTIL

En cuanto a los indicadores recogidos en este apartado señalamos, que las discrepancias producidas entre Ceuta y Melilla con respecto a la media del SNS, así como entre las dos ciudades entre sí, pudieran deberse a un problema del registro de datos, tanto a nivel de cantidad (infraregistro) como de calidad de los mismos.

En este momento se está en proceso de análisis y revisión de los sistemas de información.

Se detecta también un aumento significativo de la prevalencia de obesidad con respecto a la media nacional, dato que tiene que ver con las diferencias socioculturales de nuestra población y que se trata de paliar con programas específicos (Perseo, etc.).

#### EN POBLACIÓN ADULTA

En cuanto al listado de indicadores recogidos en este apartado llama la atención una incidencia de IVE muy por debajo de la media nacional.

Del mismo modo llama la atención la tasa de hospitalizaciones por Ictus por debajo de la media nacional.

### INDICADORES COYUNTURALES

En cuanto a estos indicadores destacamos:

- Nuestra población no dispone en el momento actual de historia clínica electrónica, siendo un proyecto que estamos abordando de cara a la apertura de forma inmediata del nuevo hospital de Ceuta, teniendo prevista su apertura a lo largo del año 2009.
- Nuestra población actualmente no dispone de cita por Internet, siendo un tema importante para la accesibilidad de los usuarios, se abordará con criterios de "prioridad".
- El 100% de nuestra población dispone de prescripción de farmacia electrónica, tanto en Ceuta como en Melilla en todos y cada uno de los Centros de Salud.
- En cuanto a la dispensación electrónica estamos trabajando en el proyecto que puede empezar a pilotarse a lo largo de 2009.

- En cuanto a la docencia acreditada en Medicina familiar y comunitaria, tenemos recientemente acreditados todos los centros de salud tanto de Ceuta como de Melilla (4 en Melilla y 3 en Ceuta). Acreditación de 3 MIR en Ceuta y 3 en Melilla.

**BORRADOR**



## III

## CUESTIONARIO. RESUMEN DE LAS RESPUESTAS ELABORADAS POR LAS CCAA

A continuación, se desarrolla cada pregunta de las incluidas en el cuestionario ya citado, trasladando lo reseñado por cada Comunidad Autónoma. Como se señalaba en la introducción, en algunos casos se ha procedido a ampliar el texto remitido, en función de la documentación complementaria aportada.

### PREGUNTA 1. MEDIDAS ORGANIZATIVAS QUE CONTEMPLAN UNA DISMINUCIÓN DE LA BUROCRACIA EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

#### ANDALUCÍA

La Comunidad de Andalucía ha desarrollado diferentes líneas en relación a la disminución de la burocracia:

- Mejora de la formación de las Unidades de Atención a la Ciudadanía. Este proyecto ha supuesto la formación específica de estas Unidades para la resolución de todo tipo de competencias administrativas y de habilidades de comunicación.
- Historia Clínica Digital (Diraya) implantada en el 100% de los Centros de Atención Primaria, incluyendo un módulo de Urgencias.
- Receta electrónica en todos los Centros de Atención Primaria. La Receta XXI supone una de las principales apuestas de Andalucía en materia farmacéutica. Este modelo de prescripción y dispensación de los medicamentos y productos sanitarios incluidos en la financiación pública ha sido desarrollado en colaboración con el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y aprovecha las nuevas potencialidades de la informática y de las telecomunicaciones, aportando múltiples ventajas: el contacto on-line con el prescriptor, la historia farmacológica, el seguimiento farmacoterapéutico o los análisis estadísticos para gestión de riesgos.
- Tramitación electrónica vía WEB (INTERSAS) o telefónica, vía SALUD RESPONDE de numerosos trámites, entre los que destacan:
  - Trámites relacionados con la Tarjeta Sanitaria.
  - Consulta de datos personales.

- Cita para el médico de familia y/o pediatra.
- Elección de médico de familia y/o pediatra.
- Cambio de datos de contacto.
- Desplazamiento temporal a otro municipio.
- Lista de espera quirúrgica.
- Segunda Opinión Médica.
- Registro de voluntades vitales anticipadas.
- Formularios de tramitaciones.
- Libre elección de hospital.
- Otras informaciones y gestiones sanitarias y administrativas que se satisfacen a través de Salud Responde son:
  - Información sobre la gripe A (H1N1), sobre la gripe aviar, la campaña de vacunación contra la gripe, sobre el programa de Salud Buco-dental, sobre SIDA o tabaco o sobre otras campañas de salud por mensajes SMS.
  - Coordinación de apoyo telefónico a la Enfermería Comunitaria de Enlace.
  - Seguimiento de altas hospitalarias durante los fines de semana de pacientes de especial riesgo.
  - Acceso fácil a la información de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.
  - Información sobre Decreto de garantía de plazos de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencias especializadas y procedimientos diagnósticos.
  - Consejos sanitarios 24 horas: Alimentación infantil, consejos pediátricos, sexualidad y jóvenes, vacunas.
  - Información sobre la Bolsa de Trabajo del SAS.

Junto a estos servicios se irán incorporando otras posibilidades de gestión e información de servicios según las necesidades del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

- Cita SAS vía SMS: Cita mediante SMS para consulta de medicina de familia y pediatría a través del nº: 600123400.
- Informarseessalud: es un nuevo servicio de información sanitaria dirigido a los ciudadanos y ciudadanas de Andalucía, que tiene como meta mejorar la salud, la calidad de vida y, en definitiva, el bienestar de los ciudadanos, a través de la información, la educación en salud y la promoción de estilos de vida saludables. Para ello aprovecha las ventajas actuales de las tecnologías de la información y la comunicación, para ofrecer contenidos útiles e innovadores, en un lenguaje sencillo y atractivo, y a través de múltiples canales: Internet, telefonía móvil, medios audiovisuales, etc.
- Información y coordinación con otras instituciones. Mención especial merece en este apartado la coordinación con los Servicios Sociales de las Entidades Locales y con la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social en lo referente a la emisión del informe de salud relacionado con la Ley de Dependencia. Dicha coordinación se realiza on-line a través de un programa informático lo que ha permitido ajustar los tiempos de respuesta al mínimo.

## ARAGÓN

La Comunidad de Aragón está desarrollando tres proyectos relacionados con la disminución de la burocracia en las consultas, que son los siguientes:

- Proyecto de desburocratización de consultas en AP. Basado en dos líneas de trabajo:
  - “Hacer las cosas donde deben hacerse”. En la actualidad se está elaborando el informe del grupo de trabajo, que contiene recomendaciones.
  - “Hacerlas de forma más sencilla, eliminando actividades innecesarias”.
- Proyecto de Historia Clínica Electrónica:
  - Cobertura de OMI-AP del 97%.
  - Programado para 2009 un curso on-line dirigido a mejorar la calidad del registro.
- Proyecto de receta electrónica (en fase piloto).

## ASTURIAS (PRINCIPADO DE)

La Comunidad de Asturias contempla objetivos concretos incluidos en el Plan de Salud y en el Contrato Programa anual, en relación con la desburocratización.

## BALEARS (ILLES)

La Comunidad de Baleares destaca la implantación de las siguientes medidas organizativas que tienen una incidencia importante en la desburocratización de las consultas:

- Informatización de la Historia clínica en AP en el 100% de las consultas con acceso desde cualquier punto de la red asistencial.
- Historia de salud como herramienta de acceso por parte del médico de AP a los informes y documentación clínica, incluida de imagen, generada en los hospitales de la Comunidad.
- Citación directa web a consultas de atención hospitalaria desde algunos centros de salud.
- Circular del Director General del Servei de Salut de les Illes Balears, recordando las normas de realización de tareas administrativas por el profesional que las genera.
- Visado de recetas electrónico a través de receta electrónica (cobertura alcanzada del 100%).
- Declaración de EDO informatizada.

## CANARIAS

La Comunidad de Canarias ha desarrollado las siguientes medidas tendentes a disminuir la burocracia en las consultas:

- Potenciación de las unidades administrativas, con el objeto de facilitar más apoyo a las Unidades asistenciales, como elemento clave para la mejora de la eficiencia organizativa en AP.
  - En algunas zonas de salud del área de Gran Canaria se han creado Unidades de Gestión Familiar que integran a médicos, enfermeros y personal administrativo, como sistema de mejora de los circuitos asistenciales y de desburocratización de las consultas.
  - Además de la puesta en marcha en algunas áreas de salud, de otras experiencias que implican al personal no sanitario en la gestión de la atención.
- Mejora progresiva de las tecnologías de la información con la finalidad de reducir la burocracia en las consultas y agilizar los trámites administrativos:
  - Automatización de informes: Asistencia a consulta, certificados médicos, continuidad de cuidados al alta/ingreso, P47, informe de salud (Ley de Dependencia) y solicitud de transporte sanitario.
  - Visado electrónico. Solicitud de autorización y recepción de la autorización vía telemática. Permite prescripción aguda y crónica. Una vez autorizado el producto no se precisa nueva autorización hasta, generalmente, los 12 meses. Las recetas se imprimen con la firma y autorización de la Inspección.
  - Solicitud y volcado de resultados de pruebas de laboratorio directamente en la historia clínica electrónica, mejorando la fiabilidad y la velocidad con que los médicos disponen de los resultados (sólo en algunas zonas de salud).
  - Visualización de las pruebas radiológicas desde la historia clínica electrónica, por conexión directa del programa informático Drago-AP con el sistema de radiología del hospital de referencia (Hospital Universitario de Canarias y Equipo de Atención Primaria (EAP) de la zona norte de Tenerife).
  - Implantación de la receta electrónica en 4 Áreas de Salud: Fuerteventura, La Palma, La Gomera y El Hierro. Conlleva multiprescripción y comunicación telemática con las oficinas de farmacia.
  - Generalización de la receta en soporte electrónico con la consiguiente agilización de los trámites de prescripción.
- Medidas de mejora de la efectividad en los procedimientos administrativos:
  - Prescripción crónica.
  - Comunicación telefónica de resultados de analíticas y/o consulta telefónica.

## CANTABRIA

Entrega en el mostrador de la Unidad Administrativa de los centros de salud de:

- Recetas de crónicos
- Partes de confirmación de incapacidad temporal.

## CASTILLA Y LEÓN

En la Comunidad de Castilla y León se han desarrollado funcionalidades de la Historia Clínica Electrónica encaminadas a la disminución de la burocracia en las consultas, relacionadas con:

- Automatización de informes clínicos.
- Módulo de recetas crónicas.
- Automatización de información de actividad periódica (EDO...).
- Codificación automatizada de procesos (SACAD).

## CASTILLA-LA MANCHA

La Comunidad de Castilla-La Mancha ha desarrollado medidas sobre la desburocratización en la consulta de Atención Primaria con los siguientes objetivos:

- Que cada documento sea realizado en el nivel asistencial y por el profesional que lo genera.
- Que los requerimientos que exijan los documentos se apoyen en una lógica razonable de utilidad, facilidad de cumplimentación y consenso de destino.

El documento de “Desburocratización en la consulta de AP” contiene actuaciones concretas relacionadas con:

- Justificantes de asistencia: Se podrán realizar en las Unidades Administrativas o en cualquier consulta. Y sólo de las actividades realizadas en el Centro. La justificación de las ausencias escolares de los menores son competencia de los padres o tutores.
- Certificaciones: Documento único o “Informe de salud”, que sea aceptado por todos los organismos y empresas que lo demandan (Con datos de filiación, alergias, antecedentes personales, problemas de salud actuales, tratamiento y finalmente un campo de observaciones, en este caso editable, para que el profesional sanitario que lo vaya a emitir, dependiendo de su categoría profesional, pueda añadir algún detalle referente a la situación actual de salud, la capacidad funcional, grado de autonomía, discapacidades movilidad, sensoriales, mentales-conductuales o socio-económicas). Con unificación de formato y contenido, que cubra las necesidades de los diferentes organismos solicitantes.
- Enfermedades de Declaración Obligatoria. A través de la aplicación informática TURRIANO se hará automáticamente el resumen numérico semanal, la declaración individualizada y la urgente.
- Recetas:
  - Implantación y desarrollo de la receta electrónica.
  - Primera receta del especialista del hospital, realizada por éste e incluida en receta electrónica.
  - Apuesta por la regulación y desarrollo de la Prescripción Enfermera.
- Incapacidad temporal. Puesta en marcha de la emisión de la incapacidad temporal y los partes de confirmación de los pacientes trabajadores, mientras dure el ingreso hospitalario, al igual que la licencia maternal.
- Interconsultas:
  - Permitir la conexión informática de AP-AE que permita la respuesta en el mismo formato en que se realiza la interconsulta, facilitando la emisión de la primera receta.
  - Las citaciones sucesivas sean gestionadas en la AE.
  - Habilitar y facilitar a las enfermeras de AP la petición de las interconsultas y pruebas complementarias que son indicadas por los programas asistenciales y protocolos validados.
- Sistema de transporte programado: Que el servicio donde se genere la indicación de transporte sanitario programado, sea quien lo tramite efectivamente. Aquellas situaciones especiales (conciertos, etc.) deberán valorarse los documentos y circuitos para que no cause trastornos o carga administrativa ni a usuarios ni a profesionales.

Fuente: "Desburocratización en la consulta de AP".

## CATALUÑA

Las medidas implantadas en Cataluña son las siguientes:

- Receta electrónica.
- Agendas únicas, programación hospital-atención primaria.

## COMUNIDAD VALENCIANA

En el documento de la Conselleria de Sanidad sobre "Líneas Estratégicas de mejora en Atención Primaria", se recoge en el punto 4 la "Dispensación electrónica y Plan Antiburocrático" y en el punto 6 "Cambios organizativos en el funcionamiento de los EAP". Las medidas que se contemplan en estos apartados para disminuir la burocracia en la consulta son las siguientes:

- Propuesta de un nuevo modelo de receta multiprescripción.
- Receta electrónica.
- Hasta la implantación y desarrollo de las medidas anteriores, se habilitará, de forma efectiva y útil para los profesionales sanitarios, el sistema actual de prescripción mediante firma electrónica en papel, incluyendo las siguientes consideraciones:
  - Entrega configurable de las recetas autorizadas para periodos de 30, 60 ó 90 días, configurando también la agrupación de fechas. De esta forma, el profesional, en función de las características y situación del paciente, decidirá la agrupación de fechas y entrega de recetas en los tiempos más adecuados.
  - En cualquier caso será posible la entrega de recetas en intervalos de 90 días, la entrega desde admisión con diferentes fechas de prescripción (para evitar botiquines domiciliarios), así como un sistema de actualización y modificación de prescripciones y/o dosis que permita el mantenimiento de los intervalos de entrega preestablecidos de forma ágil para el profesional.
- Gestión completa del sistema actual de Bajas Autorizadas desde admisión, incluyendo: impresión y reimpresión de partes autorizados, e información sobre fechas de control clínico.
- Protocolos de actuación en las unidades de admisión (UA), definiendo la misión, visión y valor de estas unidades que permita la unificación y normalización de las tareas mediante su protocolización, garantizando así la orientación al Cliente de estas Unidades, la resolución de labores administrativas repetidas que permitan el disminuir actos médicos no generados por necesidad clínica, mediante tareas de gestoría interna.
- Reorientación, organización e impulso de las actuales Unidades Administrativas hacia su transformación en las necesarias Áreas de Atención al Ciudadano, dotándolas de los recursos suficientes para que toda la función administrativa que ahora efectúan los profesionales sanitarios la desempeñen estas Áreas y para que, al mismo tiempo, atiendan las demandas de los ciudadanos.
- Impulsar medidas para desburocratizar las consultas. Actualmente, las actividades burocráticas representan una gran carga de trabajo en la consulta del facultativo, por ello y siguiendo con la línea emprendida por el "Proyecto Abucasis II", se impulsarán desde la Conselleria de Sanitat y desde cada Departamento de Salud, todas aquellas iniciativas y cambios organizativos encaminados a detraer de las consultas médicas tareas administrativas y burocráticas que posibiliten incrementar la disponibilidad de tiempo asistencial por paciente.

Por otro lado, se han elaborado instrucciones sobre desburocratización que contemplan recomendaciones sobre: la utilización de la aplicación ABUCASIS (en materia del IT y prescripción farmacéutica); los justificantes de asistencia, los criterios de interconsulta y de solicitud de pruebas complementarias; los documentos de solicitud de transporte sanitario, los informes sobre el estado de salud y las EDO.

Fuente: Instrucciones sobre desburocratización.

## EXTREMADURA

Esta Comunidad ha elaborado un documento de desburocratización en AP. Este documento pretende identificar y analizar algunas actividades que pasan por las consultas de AP y que ocasionan una burocracia de la que se puede prescindir o mejorar su trámite y, por tanto, disminuir de forma global la carga de trabajo que ocasionan.

Se establecen una serie de medidas concretas, intentando abordar las distintas causas que actualmente suponen un aumento de la carga burocrática en la Atención Primaria implicando a las distintas Subdirecciones del Servicio Extremeño de Salud, Servicios de la Consejería de Sanidad y Dependencia, así como a los de otras Consejerías de la Junta de Extremadura. Pretende simplificar las tareas administrativas y disminuir e incluso eliminar aquellas que se hacen de forma ineficiente o por delegación inadecuada desde otros niveles de atención.

El **Plan para la desburocratización de las consultas** de la Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Extremeño de Salud, pretende identificar y analizar algunas actividades que pasan por las consultas de AP y que ocasionan una burocracia de la que se puede prescindir o mejorar su trámite y, por tanto, disminuir de forma global la carga de trabajo que ocasionan. Se establecen una serie de medidas concretas, intentando abordar las distintas causas que actualmente suponen un aumento de la carga burocrática en la Atención Primaria implicando a las distintas Subdirecciones del SES, Servicios de la Consejería de Sanidad y Dependencia, así como a los de otras Consejerías de la Junta de Extremadura.

Las medidas concretas del Plan están relacionadas con:

- **Recetas:**
  - Implantación y puesta en funcionamiento del “Proyecto de Receta Electrónica” en todos los centros de salud y consultorios locales.
  - Circuito de Visado de recetas.
  - Recetas indicadas por otros profesionales. El médico de atención especializada (AE) hará constar en su informe clínico la recomendación farmacoterapéutica, con mención expresa del tratamiento farmacológico, duración y posología del mismo, así como la realización de la primera prescripción en recetas oficiales.
  - Recetas de estupefacientes. Aunque está sujeto a normativa de rango superior y de carácter nacional, enviaremos una propuesta a nivel central, para su posible valoración e incorporación al formato electrónico.
- **Transporte sanitario:**
  - Se enviará una Circular informativa a todas las Gerencias de Área, para recordar la normativa vigente. Normas de indicación y uso del Transporte sanitario en el ámbito del SSPE del año 2008. Además, este documento se podrá consultar en el Gestor Documental del Portal que estará a disposición de todos los profesionales.
  - Documento en JARA. El documento actual de la Orden de traslado se va a incorporar como un documento más en la aplicación de JARA. Llevarán incorporados los datos identificativos del paciente y sólo se deberá cumplimentar el resto de datos necesarios.
  - Orden de traslado electrónica. Actualmente, se está diseñando el documento de la Orden de transporte en formato electrónico.
- **Interconsultas y pruebas complementarias:**
  - Todas las citas para las consultas sucesivas, las interconsultas con otras especialidades necesarias para la resolución del motivo inicial de consulta y las solicitudes de pruebas complementarias que requieran programación previa, deberán facilitarse en la propia consulta en el momento en que se indiquen por parte del médico de AE.
  - Se enviará una Circular informativa a todas las Gerencias de Área, para recordar las directrices vigentes que se encuentran en el Manual de Gestión de Listas de Espera de Consultas Externas y

Pruebas diagnóstico-terapéuticas editado por el SES en el año 2006. Además, este documento se podrá consultar en el Gestor Documental del Portal que estará a disposición de todos los profesionales.

- Gestión de los partes de la incapacidad temporal:
  - Circuito administrativo. Se promocionará que en el seno del EAP se establezca un circuito administrativo relacionado con la recogida de los partes de confirmación que serán entregados en la unidad administrativa del centro sanitario, siempre que se garantice el control de la gestión de la IT.
  - Partes de IT en pacientes hospitalizados. Cuando el sistema de información (JARA) esté suficientemente desarrollado en el hospital, se establecerán los procedimientos necesarios para que, sin disminuir el grado de control, sean cumplimentados y tramitados por los servicios hospitalarios justificantes, informes de salud...
- Justificantes:
  - Justificante de asistencia a consulta. El personal de la unidad administrativa, a través de Jara y siempre después de comprobar que el usuario ha estado en la consulta concreta (el usuario debe encontrarse en el sistema en situación de “concluido”), deberá ser el responsable de facilitar el justificante de asistencia a consulta.
  - Justificante por la ausencia de los menores en los centros escolares. Los profesionales sanitarios no están obligados a emitir ningún justificante por la ausencia de los menores en los centros escolares, ya que es una responsabilidad de los padres. La Consejería de Educación ha informado a los centros educativos sobre este particular y además, es conocido que a través de la “Plataforma Rayuela” se permite una comunicación directa con los padres por vía telemática. Para completar esta medida se enviará una carta a los Coordinadores de los EAP en la que se especificará dicha información.
- Informes de salud. Elaboración de un documento de Informe de salud que recoja la mayoría de las necesidades actuales, intentando de forma coordinada, unificar los diferentes tipos de informes de salud existentes, en formato electrónico y con la posibilidad de que pueda imprimirse a través de Jara con los datos necesarios. Pueden ser de dos tipos:
  - Informe de salud general, con los datos identificativos, antecedentes personales, listado de problemas de salud y tratamientos.
  - Informe de salud específico, es más detallado, con valoraciones sociosanitarias realizadas por el personal de enfermería y de trabajo social. Se abarcarán las necesidades especificadas, por ejemplo en el informe de la dependencia, balneario, etc. y se intentarán unificar en un formato electrónico con datos ya recogidos en Jara y con la posibilidad de diferentes pestañas.
- Sistemas de registro:
  - La información sobre la actividad asistencial individual de cada profesional se obtendrá del sistema informático JARA y podrá ser consultada por cada profesional, a medida que se vayan creando los perfiles de acceso y se vayan incorporando los informes de gestión específicos.
  - La información epidemiológica, como por ejemplo las EDO, podrá ser extraída directamente de JARA. En la actualidad, se está estudiando la compatibilidad del aplicativo que estaba en la Consejería de Sanidad y Dependencia para saber si se podría incorporar en JARA.

*Fuente: Plan para la desburocratización de las consultas. Dirección General de Asistencia Sanitaria. SES.*

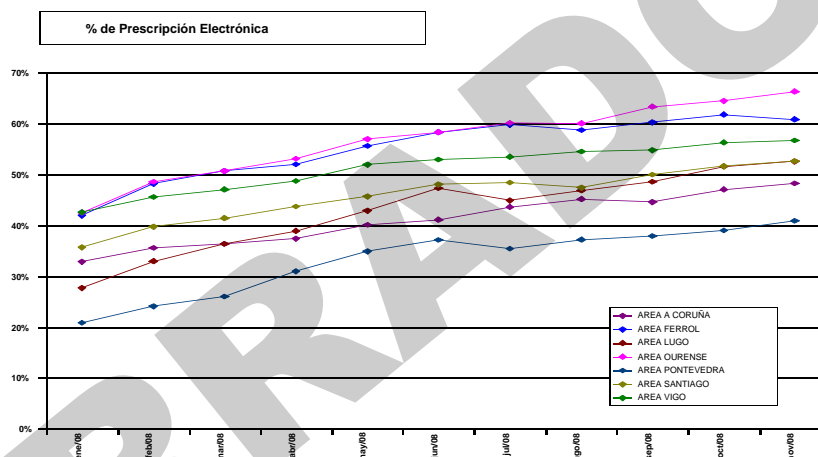
GALICIA

La Comunidad Autónoma de Galicia ha desarrollado las siguientes medidas relacionadas con la desburocratización de las consultas de Atención Primaria:

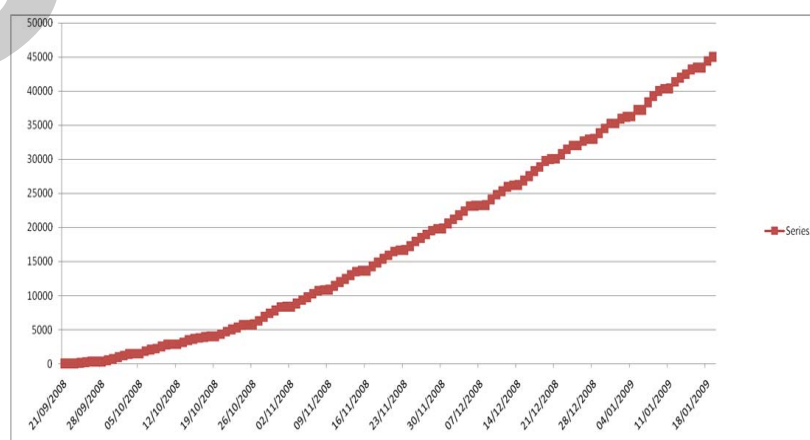
- Instrucción 16/2007 de la Secretaría General del SERGAS sobre burocracia delegada, en la que se especifica las responsabilidades que corresponde la atención especializada (primera receta, transporte sanitario...).
- Instrucción 3/2009 de la Secretaría General del SERGAS sobre certificados, aclarando las circunstancias para la emisión del informe del estado de salud de los usuarios.
- Se creó un grupo de trabajo que estableció los circuitos para la gestión del área administrativa de los centros, con la elaboración de 14 instrucciones que se difundieron a los centros, y el diseño de un joven

módulo de gestión de esta área en SIGAP. Además está elaborado un curso on line para difundir estos avances a los profesionales, quedando pendiente su realización.

- Con la participación de profesionales, se realizó un análisis y actualización de las agendas de la totalidad de las categorías profesionales de AP. Se unificó la denominación de los actos, se estableció la duración excelente de los mismos, y se diseñaron unos modelos de agenda intentando que sean de la máxima calidad posible.
- En el último trimestre de 2008, para mejorar la accesibilidad de los usuarios y aligerar la carga de trabajo de las áreas administrativas, se puso en marcha en las Gerencias de Ourense, Lugo, Santiago y Pontevedra el servicio telefónico de citación "Salud on line". Para el año 2009 estaba prevista la extensión de este servicio la toda Galicia.
- Durante lo primero trimestre de 2009 se implantó el joven modelo de IT con firma electrónica.
- Receta electrónica:
  - Se continuó con la mejora de los procesos de prescripción desde IANUS, incluyendo la impresión digital de la firma en la receta en 59 centros de salud.
  - Se firmó el convenio de colaboración con los Colegios Oficiales de Farmacéuticos para iniciar la implantación del proyecto de dispensación electrónica durante el año 2008.
  - Durante el 2008 se realizaron 23.854.348 prescripciones electrónicas lo que supone el 46% de todas las recetas emitidas en Galicia, alcanzando en el mes de noviembre en el área de Orense el porcentaje del 66,3%.



El 20 de septiembre comenzó la dispensación electrónica en el centro de salud de Miño, y el 27 de octubre en Salceda de Caselas. El número de recetas dispensada digitalmente desde el inicio fue de 42.434 (20.320 prescripciones electrónicas han generado 131.536 recetas electrónicas en este período).



Durante los meses de enero y febrero de 2009 se está iniciando la dispensación en los centros de salud de Naron (Ferrol), Padrón (Santiago), Mural-Sarria (Lugo), Cualedro-Verín (Ourense) y Codeseda-A Estrada



(Pontevedra), consiguiéndose al menos un centro con dispensación electrónica por Gerencia de Atención Primaria.

Durante 2009 se hará la extensión de la dispensación electrónica por todo el territorio gallego, intentando alcanzar al final del año una cobertura de más del 60% de la población.

### MADRID (COMUNIDAD DE)

La Comunidad de Madrid esta llevando a cabo las siguientes actuaciones tendentes a disminuir la burocracia en las consultas:

- Instrucción de 1 de diciembre de 2008 de la Directora General de AP, para la emisión de informes sobre el estado de salud de los usuarios del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid por parte de los profesionales de los Servicios de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud.
- Resolución de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria por la que se dictan instrucciones para mejorar la continuidad del tratamiento farmacológico entre Atención Primaria y Hospitalaria.
- Orden 589/2008, de 29 de julio, por la que se establece la utilización de recetas médicas oficiales del Servicio Madrileño de Salud en los centros vinculados jurídicamente con el mismo.
- Circuitos de recetas de pacientes crónicos.
- Circuitos de partes de incapacidad temporal.

### MURCIA (REGIÓN DE)

La Región de Murcia desarrolla las siguientes actuaciones:

- Informatización de Centros de Salud y Consultorios Periféricos con Historia Clínica Electrónica (en la actualidad con una cobertura del 93% de población atendida). Incluye:
  - Normalización de los impresos de derivación a consultas externas, urgencias y exploraciones complementarias de imagen ajustados al gestor de peticiones, donde los datos de filiación, antecedentes, tratamientos crónicos, alergias, etc. del paciente se incorporan directamente de la base de datos.
  - Diseño de plantillas con las que la mayoría de impresos (traslado de ambulancias, certificado de asistencia en consulta, modelos de autorización de visado, etc.) se pueden hacer desde la historia del paciente aprovechando la información de la base de datos.
  - Como es conocido, la impresión de recetas y partes de IT está contemplada en el aplicativo, incluso de forma automatizada para lotes de recetas de carnets de crónicos.
- Durante el año 2008 se está trabajando en los proyectos receta electrónica y visado electrónico, que están ya contratadas, y en fase de validación pero aun no pilotadas.
- Área I, II y VI. Implantación del Proceso clave "consulta a demanda en AP" para mejora de accesibilidad, disminuir demoras en atención, garantizar la atención inmediata en consultas no demorables, disminuir los tiempos de espera para ser atendidos, incrementar el tiempo dedicado a cada paciente, disminuir las reclamaciones en relación a la consulta a demanda y mejorar la satisfacción de los pacientes. El proceso incluye citación a consulta de médico de familia, pediatra, enfermería y matronas.
- Área V. Normalización de certificados médicos solicitados por entidades dependientes del Ayuntamiento de Yecla.
- Área II. OMI-LAB: Permite la cumplimentación automática de todos los parámetros analíticos solicitados directamente en la historia clínica electrónica (fase de implementación).
- Adecuación de plantillas de medicina de familia, pediatría y enfermería, ajustadas a la población asistida según los objetivos planteados en el Plan de Mejora de Atención Primaria.

### NAVARRA (COMUNIDAD FORAL DE)

Las siguientes medidas de desburocratización se han extendido a todos los Centros de Salud de Navarra:

- Visado de Recetas: visados permanentes o por un tiempo determinado.

- Transporte Sanitario: autorizaciones permanentes o por procesos (ej: prótesis cadera...) sin necesidad de acudir al centro de salud.
- Oxígeno: autorizaciones permanentes sin necesidad acudir al centro de salud.
- Volantes a consultas de AE: tramitación de revisiones desde admisión de los centros de salud.
- Informes realizados en AP: desburocratización de informes (ej: partes de desplazamiento en IT...).

Fuente: Documento "Pilotaje Nuevo Modelo Organización del Proceso Asistencial en Atención Primaria".

## PAÍS VASCO

En Osakidetza la situación de partida es la siguiente:

- Todos los centros de salud y todas las consultas de atención primaria están informatizadas, con una utilización de la historia clínica electrónica superior al 90%.
- Documentos como: partes de alta y baja, parte de continuación de IT, informes, resúmenes de historia clínica, justificantes, se realizan informáticamente.
- Las recetas, tanto agudas como crónicas, se realizan informáticamente.
- Enfermedades de Declaración Obligatoria, reacciones adversas medicamentosas: se realizan a través de historia clínica.
- Todos los servicios intra y extrahospitalarios disponen de talonarios oficiales.
- Las citas surgidas desde las consultas externas hospitalarias se solicitan desde el Área de Atención al Cliente (AAC) del hospital.
- Todas las citas o consultas generadas en el ámbito ambulatorio, tanto primeras consultas, como sucesivas, pruebas complementarias, analíticas se gestionan desde el AAC del ambulatorio o centro de salud, en un solo trámite.
- Está implantado un programa informático, el "Global Clínica" que permite a todos los médicos de familia y pediatras acceder directamente, a las pruebas complementarias, analíticas, informes de alta hospitalaria de los pacientes de sus cupos.
- Desde las urgencias hospitalarias pueden visualizar la historia clínica informatizada de atención primaria.

En el **Foro de Atención Primaria**, órgano constituido por representantes de la Dirección de Osakidetza, sindicatos de atención primaria y organizaciones científicas del ámbito de atención primaria, se ha debatido el tema de la "**Desburocratización de los centros de salud**", presentado las siguientes propuestas:

- Incapacidad temporal (IT): Generalizar la entrega de partes de confirmación de IT de larga duración en el AAC todos los centros de salud y mejora de los informes y circuitos de comunicación entre la inspección-AP sin que intervenga el paciente.
- Relacionados con las recetas:
  - Visado de recetas: Informes para Visado (optimizar el mismo circuito que con la IT). Revisar los medicamentos sujetos a visado.
  - Receta electrónica: Optimizar el sistema actual de generación y entrega de la medicación prolongada (receta informatizada). La implantación de la receta electrónica permitirá agilizar el proceso de prescripción y organización de la medicación crónica o prolongada, evitando tareas que consumen gran cantidad de tiempo y recursos: generación de recetas en papel, clasificación, firma por el médico, entrega y recogida en las AAC y/o en consultas de enfermería. Actualmente la receta electrónica está implantada en 70 farmacias de la CAPV. Se prevé, que a lo largo del año 2009 se despliegue en los territorios de Gipuzkoa y Araba, finalizando en el año 2010 con Bizkaia.
  - Recetas de estupefacientes informatizadas. Se propone que se pueda incluir la receta de estupefacientes como receta informatizada. Actualmente se está pilotando una experiencia similar en la Comunidad Valenciana conjuntamente con el MSPS.
- EDO. En la actualidad se declaran informáticamente. Los médicos no realizan ningún trámite burocrático al respecto. Se remiten, desde las áreas administrativas a la Dirección de Salud Pública. Se propone el envío a través de fichero telemático.
- Vacunas. El registro de vacuna lo realizan los profesionales de enfermería a través de la historia clínica informatizada. Propuesta: Remisión de los ficheros telemáticos de vacunas al departamento de sanidad, con la periodicidad que se determine.

- Tarjeta Sanitaria Individual (TSI). Las altas, modificaciones de la TSI se realizan en las AAC (áreas de atención al cliente). Se propone el envío de todos los datos de las modificaciones o altas de la TSI, a través de archivo telemático.
- Concierto con centros privados. El concierto con centros privados corresponde al Departamento de Sanidad. Se propone: que se facilita información clara sobre los diferentes tipos de conciertos, y las características de calidad de la oferta: analíticas, informes diagnóstico-tratamiento. En definitiva, se propone mejorar la información tanto a los centros de atención primaria como concertados, dotándoles tanto de volantes como de recetas para evitar consultas innecesarias a los usuarios.
- Mejora y optimización de la historia clínica informática OSABIDE. En la actualidad tanto los informes como los resúmenes de historia clínica, formularios, se realizan a través de la historia clínica informatizada. Se propone mejorar el diseño de todos los informes derivados de la historia clínica informatizada:
  - Formularios.
  - Plan de cuidados de enfermería.
  - Resúmenes de historia clínica.
  - Facturación a terceros: facilitar informe de facturación a terceros.
  - Facturación de consultas (curas) de continuidad.
  - Justificantes de asistencia. En el caso de los justificantes escolares a menores, serán los padres o tutores legales los encargados de justificar la no asistencia a los centros escolares.
- Organización del EAP y circuitos internos en los centros de salud:
  - Organización de la medicación prolongada y circuito de entrega de medicación. La pauta corresponde a los médicos y la generación y entrega a las AAC. Paso imprescindible antes de la implantación de la receta electrónica.
  - Organización de citas sin paciente para trámites administrativos.
  - Entrega de justificantes: AAC. El programa OSABIDE permite generar y entregar los justificantes en las AAC.
  - Utilización de la historia clínica OSABIDE como única historia clínica del paciente. Solamente en algunos centros, existe de manera residual, se sigue utilizando la historia clínica en papel además de la historia clínica OSABIDE.
- Coordinación Atención Primaria (AP)-Atención Especializada (AE):
  - Potenciar los sistemas informáticos actuales para conseguir una integración real de la historia del paciente.
  - Asunción por cada nivel asistencial de todos los trámites administrativos generados en el mismo (transporte sanitario, pruebas complementarias, citas de seguimiento, derivación a otros especialistas, informes de visado de recetas e informes de incapacidad temporal correspondientes).
  - Derivaciones AP-AE: cumplimentar los volantes interconsulta tanto de AP a AE como de AE a AP, con criterios de calidad establecidos: resumen historia, motivo de la derivación, aporte de pruebas analíticas y complementarias, ID, tratamientos, en aras a garantizar una la continuidad asistencial y a la seguridad del paciente. La responsabilidad del tratamiento farmacológico es del médico prescriptor que firma la receta. Propuesta: Enviar esta información clara y precisa, en el formato que decida la dirección asistencial, a todos los niveles asistenciales, garantizando que la información esté disponible por todos los profesionales implicados.
- Certificados e informes: aspectos legales. Realización de los informes y certificados sobre el estado de salud, derivados de la ley de Autonomía del Paciente. Se propone enviar aclaración a todos los profesionales sobre la no obligatoriedad de emitir certificados, tipos de certificaciones, aclaraciones en general.
- Información y coordinación con instituciones y organismos. Información a todos los organismos oficiales sobre las medidas que se adopten y que tengan repercusión en los mismos:
  - Departamento Educación. Información a los centros educativos a través del Departamento de Educación sobre la normativa referente a la no realización de justificantes escolares.
  - Bienestar Social. Valoraciones de dependencia. Se propone que las solicitudes para valoraciones de dependencia puedan ser realizadas conjuntamente por médicos y enfermeras. Se propone consensuar que el modelo de informe que se realiza informáticamente.
  - Imserso. Informes para Balearios: modelo OSABIDE. Violencia de género, etc.

Fuente: "Propuestas de desburocratización de los centros de salud". Osakidezta.

## LA RIOJA

En esta Comunidad no se han implantado medidas organizativas específicas, que contemplen explícitamente la disminución de la burocracia en las consultas de Atención Primaria.

## PREGUNTA 2. NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN EN LOS CENTROS DE SALUD

### ANDALUCÍA

La Comunidad de Andalucía dispone de los siguientes modelos de gestión:

- Gestión Clínica en el 100% de los Centros.
- Gestión por Procesos Asistenciales Integrados.
- Gestión de Competencias.

Las Unidades de Gestión Clínica (UGC) contribuyen a reforzar el compromiso de los profesionales con el ciudadano. Estas unidades, al incorporar a los profesionales a la gestión de los recursos que utilizan en su práctica clínica, potencian la corresponsabilidad sanitaria y social derivada de su capacidad de decisión junto al paciente. Este modelo permite adecuar los objetivos institucionales a las necesidades reales de la población de una zona básica de salud. De esta manera, son los propios profesionales quienes adaptan la organización de los servicios que prestan, a las necesidades detectadas y/o expresadas por los ciudadanos de su área de influencia. De otra parte, el modelo de UGC lleva implícito mecanismos de evaluación de la prestación de servicios y resultados obtenidos. Esta evaluación no sólo permite una política de mejora de la calidad, sino que representa también un mecanismo de transparencia frente a una sociedad que, cada vez más, demanda participar en el control de los servicios públicos.

Es en el ámbito de la Gestión Clínica donde se desarrolla la Gestión por Competencias y la Gestión por Procesos Asistenciales Integrados

### ARAGÓN

El Departamento de Salud y Consumo, con la colaboración de las sociedades científicas de AP de Aragón, ha elaborado el proyecto "Estrategias, objetivos y compromisos para la Atención Primaria en el Sistema de Salud de Aragón 2008-2011", que se desarrollará de forma progresiva en los tres próximos años. Su objetivo es reafirmar y consolidar los atributos que definen los servicios de Atención Primaria y que se concretan en las siguientes estrategias:

- Mantener los servicios de Atención Primaria como puerta de entrada del sistema.
- Reforzar la función de agencia de la Atención Primaria.
- Garantizar la continuidad.
- Favorecer una atención longitudinal.

Se han puesto en marcha las siguientes medidas:

- Decreto por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Sistema de Salud de Aragón (en trámite de publicación en BOA).
- Proyecto de Gestión Clínica: Durante 2009 se pone en marcha un programa de formación en Gestión Clínica dirigido a equipos directivos del Servicio Aragonés de Salud. Se ha realizado un curso para las direcciones de área y de sector. Además, hay programadas dos ediciones en las que se formarán al menos 60 directivos, Directores de centro y Coordinadores de enfermería, cuyo resultado esperado es el diseño de un proyecto de gestión para su unidad clínica, el cual se someterá a un proceso de evaluación que concederá la correspondiente acreditación para ser directivo.
- El contrato programa para 2009 incluye los siguientes objetivos y compromisos alineados con las Estrategias 2008-2011:

- Proyecto de ordenación de unidades clínicas a desarrollar en los próximos 4 años.
- Proyecto de adecuación de la oferta de servicios de AP.
- Proyecto de libre elección de especialista.
- Objetivo AP6.1. Porcentaje de EAP que han adecuado su organización y funcionamiento a la Estrategia para la AP 2008-2011.
- Objetivo AP6.2. Porcentaje de EAP que desarrollan un programa de mejora relacionado con las prioridades marcadas en el documento de Estrategias para la AP 2008-2011.

Para hacer efectivo el proyecto “Estrategias, objetivos y compromisos para la Atención Primaria en el Sistema de Salud de Aragón. 2008-2011”, además, se han regulado los siguientes aspectos:

- Contenido y procedimiento de actualización de la Cartera de Servicios de Atención Primaria (Decreto 65/2007 y Órdenes de 11 y 12 de julio de 2007 del Gobierno de Aragón).
- Libre elección de Médico Especialista y de Hospital en el Sistema Sanitario Público de Aragón (Decreto 57/2007 del Gobierno de Aragón).
- Sistema de Información y Evaluación de los servicios de Atención Primaria del Sistema de Salud de Aragón, de sus centros y unidades clínicas (Orden de 22 de septiembre de 2008 del Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón).

### ASTURIAS (PRINCIPADO DE)

La Comunidad de Asturias ha creado las Unidades Clínicas de Gestión, a través de un proyecto de Decreto por el que se regula la estructura y funcionamiento de las Áreas y Unidades Clínicas de Gestión en el ámbito de los centros del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

También en el Contrato Programa 2009 se recoge el “Eje 7: Promover una mayor implicación de los profesionales en la organización y gestión de los servicios de salud”.

### BALEARS (ILLES)

En fase de Proyecto.

### CANARIAS

En la Comunidad de Canarias no se han desarrollado nuevos modelos de gestión. No obstante, se han puesto en marcha diversas iniciativas organizativas y de gestión de las consultas:

- Consultas de Valoración de Enfermería. Valoraciones realizadas por el personal de enfermería, en forma de consulta específica de atención directa a los problemas de salud de los usuarios y también como valoración de los pacientes que acuden a los centros sin cita previa.
- Implantación del sistema de agendas abiertas, así como de medidas de seguimiento y monitorización de la estructura y contenido de las agendas de los diferentes profesionales.
- Pacto de objetivos asistenciales con los profesionales.

### CANTABRIA

En esta Comunidad no se han implantado nuevos modelos de gestión.

### CASTILLA Y LEÓN

Programas de Gestión Propia en seis Equipos de Atención Primaria (Años 2005-2008).

### CASTILLA-LA MANCHA

Implantación de una experiencia piloto en el Centro de Salud “Buenavista” de Toledo de un modelo que pretende una gestión más participativa de los profesionales de Atención Primaria.

## CATALUÑA

Autogestión de los Equipos de Atención Primaria.

## COMUNIDAD VALENCIANA

Con el consenso de las Sociedades Científicas se ha creado un modelo organizativo propio que denominamos autogestión. Se recoge en el punto 9 "Dotar de cierta autonomía presupuestaria a los EAP" del documento de la Conselleria de Sanidad sobre "Líneas Estratégicas de mejora en Atención Primaria".

Dentro de la línea de facilitar la participación y la corresponsabilidad de los profesionales sanitarios se potenciará, desde los departamentos de salud, la autonomía de los EAP asignándoles un presupuesto anual, basado en sus características y en un histórico, que contemple sustituciones por permisos, vacaciones y bajas laborales de corta duración para que lo gestione el responsable del equipo.

## EXTREMADURA

El Contrato de Gestión es el documento que recoge el acuerdo entre la Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Salud (SES) y las Gerencias de Área. Es el instrumento de la Dirección Gerencia del SES para establecer las actividades a realizar en cada una de las Áreas y los recursos que dispondrán para ello.

El eje sobre el que gira este Contrato de Gestión es el Plan de Salud de Extremadura 2009-2012, expresión política de las principales características que debe atesorar la Sanidad Pública extremeña: equidad, calidad y cercanía al ciudadano. Además es el instrumento por el que se ejecutará el Plan Estratégico del Servicio Extremeño de Salud 2005-2008

Los objetivos estratégicos de este contrato para Atención Primaria son:

- Proyectos especiales: Ecografía básica en AP, Tratamiento anticoagulante oral, Abordaje del usuario hiperfrecuentador, Protocolo de dispensación del material para el cuidado de la diabetes.
- Coordinación: Coordinación dentro del EAP (Reglamento de régimen interno y sesiones de formación intraequipo). Coordinación con otros dispositivos (grupos de trabajo mixtos).
- Atención integral a las mujeres: Atención a la mujer sana y violencia de género.
- Cirugía mayor ambulatoria: Seguimiento y control en AP tras el alta.
- Atención Domiciliaria.
- Calidad en AP: La cartera de servicios, gestión de la demora en las consultas.
- Gestión de la incapacidad temporal.

## GALICIA

Gestión en los servicios de atención primaria:

El Protocolo de actividad del año 2009 es la herramienta fundamental que marca los objetivos que hay que alcanzar y orienta las acciones que se van a desenvolver en los servicios de atención primaria.

El diseño de este documento está basado en las siguientes vertientes:

- Las líneas maestras de la política sanitaria de la Consellería de Sanidad (directrices estratégicas, Plan de salud y Plan de mejora de atención primaria de Galicia).
- La traslación de esas directrices estratégicas a las áreas sanitarias por medio del Protocolo de Objetivos Estratégicos (POE).
- La implicación en los objetivos estratégicos de los profesionales de los centros a través de los cargos intermedios (jefes de servicio, de unidad, coordinadores/as de enfermería) y la preservación de su autonomía y responsabilidad.
- La transmisión de las directrices estratégicas de la Consellería a los que deben de ser los grandes beneficiados: los usuarios.

- El impulso a la autogestión en los servicios de Atención Primaria.

La implicación de los profesionales:

En la elaboración del Protocolo de actividad de 2009 participaron todos los equipos directivos de las gerencias de Atención Primaria de Galicia y servicios centrales del Servicio Gallego de Salud. Se tuvieron en cuenta las opiniones trasladadas por parte de jefes de servicio/unidad, coordinadores de servicio y las conclusiones del Plan de mejora de atención primaria de Galicia.

En los centros piloto en autogestión, para Jefe/a unidad/servicio y coordinación enfermería, el 100% de los objetivos serán definidos y pactados con la gerencia.

Según la categoría profesional, habrá diferentes objetivos que se clasifican en:

- Objetivos básicos, de obligado cumplimiento para todos los profesionales. Cubrir correctamente los objetivos básicos es condición necesaria para evaluar el resto de los objetivos incluidos en este protocolo de actividades.
- Objetivos comunes del servicio/unidad de atención primaria. Se incluyen:
  - Objetivos de atención al usuario: 5% en todas las categorías.
  - Objetivos de calidad (áreas de responsabilidad). Al menos 10%, en todas las categorías.
  - Objetivos de docencia, formación e investigación. Al menos 5%, en todas las categorías excepto medicina de familia.
- Objetivos de centro piloto en autogestión/centro OMI, que será acordado entre la gerencia y el servicio, de forma específica: 75% máximo en todas las categorías.
- Objetivos de sistemas de información Son objetivos de aplicación de los sistemas de información a la práctica clínica; 10% mínimo en médicos de familia y 5% mínimo, en las restantes categorías.

Se escogieron aquellos objetivos de interés especial por su evidencia científica y por su factibilidad de evaluación. Pueden ser objetivos basados en el desempeño conjunto de las SAP/UAP, al entender que el trabajo de cada profesional depende de su unidad, ya que el rendimiento del equipo es mayor que la suma de sus componentes por separado.

En todas las situaciones, en la negociación entre las gerencias, jefes de servicio y unidad, y coordinadores de enfermería, se definirá:

- La selección de objetivo/s cuando existan varios para escoger en un mismo epígrafe.
- La cuantificación del estándar que hay que pactar con los profesionales cuando este sea de tipo numérico (ej.: número de cirugías, en el caso de la cirugía menor).
- La adaptación a las circunstancias específicas de la cuota o servicio (ej.: número TSI, % mayor de 65 años, informatización, cobertura de ausencias, etc.).
- Los indicadores relativos a utilización de la historia electrónica y estándar, podrán cambiar según el tiempo de implantación de la HCE. Habrá una evaluación en el mes de junio, que podrá ajustar el estándar.

Formación en gestión del día a día:

- Participaron 220 profesionales en el curso de gestión de día a día, a distancia, organizado por la semFYC, en el año 2008-2009.
- Curso Superior en Gestión en Atención Primaria, de 200 horas, en el año 2006, para directivos de AP.
- Curso para Jefes de Servicio (2 ediciones en el año 2007 y en el 2008).

Desarrollo de la gestión interna: En el contexto del protocolo de actividad, se fomenta la organización interna con la creación de áreas de responsabilidad, siendo las actividades obligatorias que deberá realizar cada responsable:

- Gestión de ausencias. Esta persona será la encargada de:
  - Elaborar los calendarios de permisos según los plazos e instrucciones de la Gerencia de AP.

- Comprobar que todas las solicitudes estén firmadas por el jefe de servicio/unidad (si no hubiese jefe de servicio/unidad, la forma de firmar las solicitudes se acordará con Gerencia).
- Organizar las ausencias inter sustituidas en el centro.
- Comunicarse con la Gerencia de Atención Primaria para conocimiento de coberturas y de los cambios necesarios en las agendas.
- Organizar todas las actuaciones necesarias para la correcta asistencia durante las ausencias del profesional.
- Organización de incidencias. Esta persona será la encargada de:
  - Organizar la atención urgente dentro de la jornada ordinaria.
  - Establecer quien se encarga de esta atención cuando la persona a la que le corresponde no está en el centro (por permiso no sustituido o por estar atendiendo un paciente en el domicilio).
  - Organizar los turnos de los sábados.
  - Organizar la atención a desplazados, etc.
- Formación, docencia e investigación. Esta persona será a encargada de:
  - Ser referente e encargada de organizar las actividades relacionadas con la formación, docencia (incluyendo alumnos e MIR) e investigación.
  - Elaborar la memoria anual y semestral de actividades de esta área. Indicará:
    - Relación de sesiones clínicas realizadas no centro.
    - Informe con las actividades de formación continuada de todos los profesionales de su centro.
    - Relación de los proyectos de investigación y/o publicaciones en los que participan los profesionales del servicio; grupos clínicos de investigación en redes temáticas reconocidas o grupos de investigación acreditados.
    - Relación de los profesionales que participan en la elaboración de guías y/o protocolos, en grupos de trabajo y/o comisiones, organizados por el Servicio Gallego de Salud.
    - Coordinación con la gerencia en los reciclajes que aumenten la cartera de servicios del centro.
    - Relación de profesionales que participan en la docencia pregrado.
    - Relación de profesionales que participan en la docencia postgrado acreditada.
  - Elaborar el calendario de sesiones clínicas, difundirlo y registrar la asistencia.
  - Vehiculizar y difundir al equipo la información de los cursos oficiales ofertados.
  - Enviar a la gerencia, para su autorización, los protocolos de todos aquellos trabajos de investigación que se quieran poner en marcha en los centros.
  - En los centros con actividad investigadora y docencia de residentes o alumnos durante todo el año, podrían estar desagregadas estas dos. También podría haber un responsable específico para enfermería.
- Dotación y mantenimiento. Esta persona será la encargada de:
  - Confeccionar y priorizar el plan de necesidades.
  - Supervisión de los partes de averías y del registro y control de los aparatos remitidos para reparación.
  - Supervisión o revisión periódica del buen funcionamiento de los aparatos.
- Reclamaciones. Esta persona será la encargada del cumplimiento del Protocolo de atención a las reclamaciones del centro. En el caso de que el centro carezca de él, se encargará de la adaptación y ejecución de lo propuesto por la gerencia. A final de año, elaborará una memoria con las reclamaciones presentadas en ese año y la difundirá en el servicio para establecer mejoras. Organizará la implantación del programa QUERES en su centro.
- Reuniones organizativas en el centro y comunicación. Esta persona será la encargada de fijar reuniones, difundir las convocatorias entre los profesionales, realizar las actas y enviarlas a la gerencia, utilizando el modelo propuesto. También se responsabilizará del correo electrónico interno, propio del servicio, y de imprimir y difundir sus contenidos.

Evaluarse por: a) existencia de una lista de distribución para su centro; b) organizará una sesión de utilización de outlook y messenger en el centro; c) actas de reuniones.

Será el responsable de la gestión de la información relacionada con el protocolo de actividad en los centros donde no esté nombrado un jefe de servicio.



- Almacén. Esta persona será la encargada de la gestión de existencias.
- Vacunación. Es aquella persona designada para ejercer la gestión del Programa de vacunaciones en su centro sanitario. Tendrá responsabilidades de gestión del programa y de logística.
- Farmacia (solamente en los centros que tengan farmacéutico). Será encargado de:
  - elaborar informes de gestión de almacén de medicamentos del centro y especificará la revisión de solicitudes de petición de medicamentos, revisión de cajas de urgencia, índice de rotación de pedidos adecuado, roturas de existencias y pérdidas por caducidad;
  - gestión de los botiquines;
  - seguimiento del circuito de oxígeno.
- Área administrativa y gestión de agendas. Esta persona será la encargada de la coordinación funcional entre el área administrativa del centro y el área asistencial del equipo y unidades de apoyo asistenciales.
  - Colaborará con el jefe de servicio/coordinador en la normalización de agendas en el centro.
  - Se responsabilizará de la correcta gestión de los cambios en las agendas, supervisándolos. En caso de centros autogestionados, se responsabilizará del diseño de agendas nuevas ajustadas a las necesidades.
  - Organizar con el personal administrativo (en su caso el jefe de grupo) el funcionamiento del área, con especial referencia a la realización de la cartera de servicios, distribución de actividades en el área, gestión del área de citación y correcta cobertura del servicio en momentos de picos asistenciales.
  - Coordinación con el jefe de servicio/unidad/coordinador de enfermería/profesionales/área administrativa para la distribución de las agendas.
  - Coordinación con el jefe de servicio/unidad/coordinador de enfermería/profesionales/área administrativa para el registro de personas implicadas en la intersustitución, que deberá ser remitido a la gerencia.
  - Evaluación por los indicadores:
    - Número de distribuciones en la gerencia será 0.
    - Porcentaje de distribución previsto del centro será un 80% de los totales.
    - Participación en el curso on-line de instrucciones del Área Administrativa.
- Úlceras y heridas crónicas. Como tal, esta persona será la encargada de:
  - Cuantificar las necesidades de apósitos de cada uno de los profesionales de enfermería de los SAP/UAP. Le transmitirá las necesidades cuantificadas al encargado de hacer los pedidos a subministración, con antelación suficiente.
  - Recogida y envío de los datos solicitados por la Gerencia de Atención Primaria.
  - Organización de la formación en los centros en su área.
- Sala de fisioterapia (solo en los centros que tienen fisioterapia). Esta persona será la encargada de informar de las averías, plan de necesidades y subministración del gimnasio.
- Unidad de salud bucodental (solo en los centros que tienen USBD). Esta persona será la encargada de la gestión interna de la unidad, informar de las averías, plan de necesidades y subministración.
- Responsable del Protocolo de Actividad (PA) en centros sin jefe de servicio. Profesional de referencia para los profesionales del centro en los temas relacionados con PA. Deberá:
  - Asistir a reuniones en la gerencia relacionadas con PA, bien sea la de presentación, seguimiento o evaluación.
  - Transmitir la información de PA a sus compañeros.
  - Recoger los cuestionarios para evaluar al servicio.
- Punto de Atención Continuada (PAC). Se designarán responsables para:
  - Interlocutor médico.
  - Interlocutor enfermería.
  - Cuadro de guardias medicina.
  - Cuadro de guardias enfermería.

- Responsable del Protocolo de Actividad en el PAC (en coordinación con el jefe de servicio de la unidad/coordinador).
- Almacén.
- Equipamiento y mantenimiento PAC.
- Programa de atención integrada de la mujer: píldora del día siguiente, parte de lesiones para violencia de género.
- Otras áreas según las necesidades (PAC docentes, PAC sin dependencia de un servicio).

#### Descripción de las actividades asistenciales no obligatorias

- Ser el/la responsable o referente de:
  - Programa de la mujer.
  - Cirugía menor.
  - Telemedicina.
  - TAO.
  - Paliativos.
  - Tabaquismo.
  - Trastornos afectivos.
  - Metadona/Morfina.
  - Otra área, a propuesta del centro o de la Gerencia de Atención Primaria por desarrollo de programas.
- Como tal, estas personas serán las encargadas de:
  - Coordinación con la gerencia para su puesta en marcha.
  - Organizar en el centro las actividades y responsabilidades necesarias.
  - Control del equipamiento, fungibles... necesarios para esa técnica o programa.
  - Calidad del sistema de registro.
  - Ser referente clínico de sus compañeros.
  - Organización de la formación en los centros (incluye sesiones).
  - Evaluación.
  - Coordinación con el hospital donde fuese necesario.

#### Gestión de la demanda

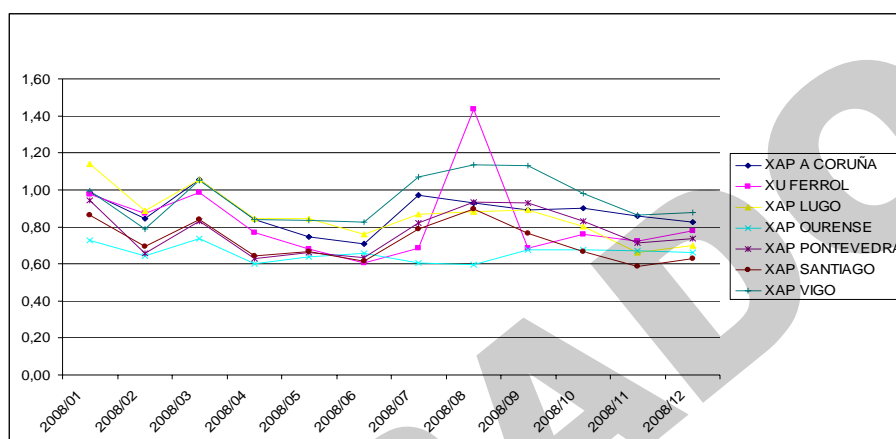
- En primer lugar se tiene que aclarar la diferencia entre cita y consulta.
- La citación es un sistema de gestión, de ordenación de la demanda, mientras que la consulta es un acto asistencial hecho por un profesional.
- También hay que tener claro que el sistema de citación en el primer nivel asistencial (AP) es diferente que el del segundo nivel (AE). De hecho, la normativa estatal de información de listas de espera (RD 605/2003), no incluye a AP.
- La cita en AP tiene un elemento diferenciador con la del segundo nivel: el usuario acude sin ser derivado por nadie (cita a demanda). Existe además la cita por acuerdo previo usuario-profesional (cita concertada o programada).
- En AP la fecha idónea de atención no existe ni se puede registrar, por lo que se presupone que tiene que ser en el día, lo cual es falso en muchos casos, dado que existen consultas concertadas, consultas secuenciales, citas escogidas por usuarios por Internet, están excluidos los fines de semana, etc.
- En AP no existen listas de espera, lo que pueden existir son demoras.
- No conseguir una cita, por ejemplo por teléfono o Internet, no significa que no se atienda un problema de salud.
- Toda urgencia o consulta presencial que el usuario considera indemorable siempre se ve en el día (aunque no aparezcan huecos en la agenda por Internet o teléfono).

#### Medición de la demora en AP

- En todas las CCAA y en el resto de los países de nuestro entorno existen demoras en AP.
- No existe un sistema de medición estandarizado en el resto de las CCAA.

- En Galicia (transparencia) decidimos escoger, implantar y difundir desde el pasado año un sistema de medición, o de monitorización continua del “Tercer hueco libre” (Reino Unido/USA).
  - Este sistema sirve para medir la disponibilidad de la agenda, ya que el paciente puede necesitar o no ser atendido en el día; si lo necesitara, se podría atender.
  - Significa que en el momento de la llamada hay mínimo 3 citas disponibles para la consulta del facultativo.
  - Los indicadores de medición hasta el momento actual cumplen con lo pactado con los centros, siendo el promedio  $\leq 1$  día en todas las áreas.
  - Así en el mes de diciembre pasado (un mes no precisamente bueno), solo en el 5% de las agendas de medicina de familia no se podía conseguir cita (de cualquier tipo: demanda, concertada, burocrática...) antes de 2 días.
- Las urgencias y consultas indomables a criterio del paciente son atendidas en el día sin cita previa.

#### Evolución mensual tercer hueco Medicina de Familia 2008



#### Gestión de la oferta:

- En Galicia, en el momento actual, prácticamente no existen profesionales (médicos y pediatras) en las listas de contratación (pleno empleo).
- Las plantillas están bastante bien dimensionadas y están mejorando continuamente para prestar una asistencia sanitaria de calidad (Plan de Mejora de AP).
- Existe un sistema reglado para actuar en el caso de ausencia de profesionales:
  - Ante un facultativo ausente, se sustituye por otro del listado de “contrataciones”.
  - Si no hay sustitutos, se le ofrece a los facultativos presentes “prolongación de jornada”: uno de los presentes prolonga su jornada en otro turno para atender a los usuarios del facultativo ausente.
  - Si no hay facultativos que acepten la prolongación, se pasa a atender a los usuarios del ausente ampliando ligeramente la agenda de los facultativos presentes, en el mismo turno, mediante la “Intersustitución”.
- Remodelación total de las agendas de todos los profesionales de AP.
- Sistema de medición (monitorización continua del tercer hueco libre).
- Objetivo prioritario del área sanitaria y de cada uno de los servicios de atención primaria alcanzar un promedio del tercer hueco inferior al día.
- Programa de redistribución de citas para las ausencias de los profesionales.
- La implantación de las nuevas tecnologías (IANUS) y de la receta electrónica (disminución del 20-40% citas administrativas), así como la remodelación de las áreas administrativas de los centros y del rol profesional de algunos profesionales de AP (enfermería...) debe de llevar consigo una importante mejora en la percepción de las demoras en el 1er nivel asistencial.

En 2008, la Consellería de Sanidad y el Servicio Gallego de Salud decidieron encargar a un grupo de profesionales con amplia experiencia en Atención Primaria la realización de un documento de debate que incluya propuestas de transformación de la Atención Primaria de Galicia. Este documento se encuentra publicado en

[http://www.sergas.es/MostrarContidos\\_N3\\_T02.aspx?IdPaxina=20243&uri=http://www.sergas.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/AtencionPrimaria/PlanMellora/PropTransAPGal.pdf&hifr=1250&seccion=0](http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T02.aspx?IdPaxina=20243&uri=http://www.sergas.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/AtencionPrimaria/PlanMellora/PropTransAPGal.pdf&hifr=1250&seccion=0), y pretende ser un punto de arranque en la transformación de la Atención Primaria.

### MADRID (COMUNIDAD DE)

En esta Comunidad no se han implantado nuevos modelos de gestión.

### MURCIA (REGIÓN DE)

Nuevo modelo de Contrato de Gestión desplegado como pacto de gestión desde las gerencias a los EAP, que utiliza como referente el plan estratégico Es+Salud, el plan de mejora de Atención Primaria y la estructura de objetivos que reproduce el esquema de criterios del modelo EFQM, orientado a los pacientes y a los profesionales, y apoyado en los resultados y la mejora continua, que incluye indicadores que reflejan la generación de conocimiento, la producción investigadora y el logro de financiación ligada a proyectos.

- Área II: Modelo de descentralización presupuestaria en:
  - Capítulo I (sustituciones por vacaciones, permisos y formación continuada).
  - Capítulo II (gastos de botiquín y tiras reactivas).
  - Capítulo IV (por prescripción de receta médica).

Asignación de responsabilidad (por contrato de gestión) de la organización asistencial de todas las unidades clínicas ubicadas en la zona de salud en el Responsable-Coordenador del EAP.

### NAVARRA (COMUNIDAD FORAL DE)

La Dirección de Atención Primaria está en fase de elaboración de un Plan de Mejora. Este plan de mejora se está desarrollando a partir de la experiencia piloto en 5 Centros de un proyecto de reorganización asistencial, asumiendo la Dirección la extensión a todos los Centros de forma progresiva de las medidas que han funcionado bien, explorando y probando en estos 5 centros nuevas acciones que si consiguen tener éxito se extenderían también a todos los Centros.

El "Pilotaje nuevo modelo organización del proceso asistencial en Atención Primaria" se inició en noviembre de 2007 sobre un nuevo modelo de organización del proceso asistencial en Atención Primaria, proyecto de la Dirección de Atención Primaria en colaboración con Plataforma 10 minutos y las diferentes sociedades científicas de Atención Primaria (semFyC, Asociación Navarra de Pediatría y Asociación de Enfermería Comunitaria). Los centros de salud participantes (Ermitagaña, Villava, Ansoáin, Tafalla, Tudela Oeste) tenían una población asignada de 63.283 habitantes.

Un resumen descriptivo de dicho modelo es el siguiente

- Objetivo general. Desarrollar nuevos modelos organizativos del proceso asistencial que:
  - Respondan a las verdaderas necesidades de los ciudadanos y no solo a la demanda.
  - Favorezcan el desarrollo profesional de los profesionales.
  - Mejoren los resultados en términos de calidad integral.
- Objetivos específicos:
  - Garantizar una accesibilidad adecuada a los distintos servicios del Centro de Salud (garantizar cita en el día, diversificar horarios de mañana y tarde...).
  - Mejorar la agilidad y desburocratizar la atención para reducir el número de desplazamientos necesarios al Centro de Salud (consultas de alta resolución, consultas no presenciales...).
  - Asegurar un tiempo de atención por paciente adecuado y que permita incrementar la información que se facilita al paciente sobre su proceso.
  - Diversificar la oferta de servicios para adaptarla a los distintos tipos de demandas y expectativas de los pacientes.
    - Modalidad de atención adecuada para cada tipo de proceso asistencial.

- Garantizar la atención por el profesional idóneo al tipo de necesidad asistencial.
- Promover el autocuidado e incrementar la autonomía e implicación del paciente en su proceso de enfermedad.
- Crear condiciones necesarias para un trabajo gratificante de todos los estamentos profesionales, impulsando el desarrollo profesional y la distribución adecuada de cargas de trabajo.

El Pilotaje ha consistido en:

- Medidas organizativas:
  - Centralitas inteligentes.
  - Consultas no presenciales (telefónicas, correo electrónico).
  - Rediseño de las agendas de los profesionales (se incrementa el número de consultas en el día, se introducen consultas telefónicas, colchones en consultas para posibles derivaciones de pacientes entre médico y enfermera de la misma Unidad Básica de Atención, tiempo para formación...).
  - Potenciar el papel de enfermería: consultas de acogida, triaje de urgencias, dudas sobre cuidado en pediatría, atención inicial a procesos agudos y tensiones de la vida diaria que no requieren medicación...
  - Diseñar una estrategia de autocuidados en riesgo cardiovascular dirigida a incrementar la implicación de los pacientes en los factores de riesgo.
  - Consultas de alta resolución.
  - Potenciar el papel del personal administrativo: filtro, trámites burocráticos...
  - Desburocratización de consultas.
- Beneficios esperados:
  - Mejora la accesibilidad.
  - Mayor agilidad en la atención.
  - Desburocratización de consultas.
  - Mejora capacidad resolutive de profesionales.
  - Mayor satisfacción del usuario.
  - Mayor eficiencia.
  - Mejora la calidad asistencial.
- Medidas de desburocratización que se han extendido a todos los Centros de Salud de Navarra:
  - Visado de Recetas. Visados permanentes o por un tiempo determinado.
  - Transporte Sanitario. Autorizaciones permanentes o por procesos (ej.: prótesis cadera...) sin necesidad de acudir al centro de salud.
  - Oxígeno: Autorizaciones permanentes sin necesidad acudir al centro de salud.
  - Volantes a consultas de Atención Especializada. Tramitación de revisiones desde admisión de los centros de salud.
  - Informes realizados en Atención Primaria. Desburocratización de informes (ej.: partes de desplazamiento en IT...).
- Evaluación:
  - Se realiza la evaluación del pilotaje en septiembre de 2008.
  - Hay medidas que se decide extender de forma progresiva al resto de centros de salud de Navarra (nuevos modelos de agendas, potenciar consultas no presenciales, filtro administrativo...).
  - Los cinco centros continúan pilotando nuevas medidas: nueva cartera de servicios de enfermería, incorporación de enfermería de adultos a la atención de procesos agudos, nuevo protocolo de trabajadores sociales...

Fuente: "Pilotaje nuevo modelo organización del proceso asistencial en Atención Primaria".

## PAÍS VASCO

En esta Comunidad no se han implantado nuevos modelos de gestión.

## LA RIOJA

En esta Comunidad no se han implantado nuevos modelos de gestión.

## INGESA

El INGESA no ha implantado nuevos modelos de gestión en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

### 3. OBJETIVOS ASISTENCIALES COMUNES PARA ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA

## ANDALUCÍA

En la Comunidad de Andalucía los objetivos asistenciales comunes entre AP y AE son los siguientes:

- Normas de Calidad de los Procesos Asistenciales Integrados.: criterios de calidad, basados en la evidencia científica, que sirven para realizar un seguimiento de la implantación y el nivel de desarrollo de los Procesos asistenciales integrados en los centros sanitarios
- Estándar de Derivaciones a consultas hospitalarias:
  - Telecontinuidad de Cuidados: Continuidad de cuidados en el domicilio, por parte del equipo de AP, de personas en situación de fragilidad y cuyas necesidades de continuidad asistencial deriven específicamente del motivo por el que ingresaron en el centro hospitalario, que cursan el alta hospitalaria durante todos los fines de semana del año, festivos y vísperas, y que son seguidos telefónicamente en ese periodo.
  - Informe de Cuidados al Alta: Es el documento que garantiza la continuidad asistencial los pacientes que requieren cuidados tras el alta hospitalaria.
  - Plazos de garantía en la atención (demanda asistencial, consultas externas, pruebas diagnósticas...): El decreto de garantías de tiempos de respuesta para intervenciones quirúrgicas reconoce el derecho del ciudadano a ser atendido en un tiempo máximo de 180 días para un total de 700 técnicas quirúrgicas Decreto 209/2001, del 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica, un plazo que se ha reducido a 120 días para los 11 procesos asistenciales más comunes, que incluyen 71 técnicas Orden de 20 de diciembre de 2006 que modifica los plazos de respuesta quirúrgica de algunos procedimientos incluidos en el Anexo 1 del Decreto 209/2001.

Desde marzo de 2004 en el Sistema Sanitario Público de Andalucía se reconoce el derecho de la ciudadanía a la garantía de plazo de respuesta en primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos Decreto 96/2004, de 9 de marzo, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos en el SSPA.

Los plazos que se garantizan son 60 días para la realización de las primeras consultas de especializada, derivadas de atención primaria y 30 días para la realización de un procedimiento diagnóstico.

Además mediante orden de la Consejería de Salud se regula el registro (en el que deben incluirse a todos los pacientes) y se establecen las normas y los procedimientos administrativos para garantizar la atención en los plazos establecidos o su atención en un centro privado sin que ello le suponga coste alguno al paciente.

## ARAGÓN

El Contrato Programa de 2008 y 2009 incluye compromisos para el desarrollo conjunto, AP-AE, de las siguientes estrategias de salud:

- Estrategia en salud mental.
- Proyecto de mejora de la atención al paciente con cáncer.
- Proyecto de mejora de la accesibilidad a la TAO.
- Proyecto de atención a la violencia de género.
- Programa de enfermos crónicos dependientes.
- Programa de cuidados paliativos.
- Proyecto de atención al parto normal.

También está previsto trabajar, a lo largo de 2009, para la implantación de las siguientes estrategias del Ministerio de Sanidad y Política Social:

- Estrategia en cardiopatía isquémica.
- Estrategia en diabetes.
- Estrategia en ictus.
- Estrategia en EPOC.
- Estrategia en enfermedades raras.

Además, se están implantando los proyectos de libre elección de especialista y de telemedicina: retinografía y dermatología.

### ASTURIAS (PRINCIPADO DE)

Objetivos concretos incluidos en Plan de Salud y Contrato Programa Plan de Salud para Asturias 2004-2007. Área estratégica 4: Mejorando la calidad de la atención sanitaria. Línea de actuación 16: Mejorar la organización del sistema sanitario. Iniciativa 56: Fomentando los mecanismos de coordinación entre niveles asistenciales, de tal forma que se garantice la continuidad en los procesos asistenciales.

También en el Contrato Programa 2009 se ha incluido: “Eje 3: Fomentar una organización integrada que coopere y permita superar los problemas de coordinación entre niveles”.

### BALEARIS (ILLES)

En el Contrato de Gestión existen objetivos comunes.

### CANARIAS

La Comunidad de Canarias esta desarrollado las siguientes áreas en relación con objetivos comunes entre Atención Primaria y Atención Especializada:

- Establecimiento de sistemas de garantía de la continuidad asistencial.
  - Desarrollo del Servicio de Continuidad de Cuidados de Enfermería como modelo asistencial basado en la coordinación y cooperación entre Atención Primaria y Especializada. Se trata de un instrumento de comunicación que garantiza la continuidad asistencial. El servicio se compone de:
    - Servicio de Continuidad de Cuidados entre ámbitos Asistenciales, con la elaboración del Informe de Continuidad de Cuidados al alta y al ingreso.
    - Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria, cuyo proveedor principal es la Enfermera de Enlace, que tiene como población diana a la persona mayor y/o cuidador incluidos en Atención Domiciliaria.
  - Puesta en marcha de programas coordinados AP-AE:
    - Impulso de la telemedicina a través del “Programa Retisalud”. Programa de detección precoz y seguimiento de la retinopatía diabética. El proceso asistencial se sustenta en el uso de retinógrafos no midriáticos en los equipos de atención primaria. Las imágenes de fondo de ojo que son valoradas por los médicos de familia, y con la posibilidad de que el oftalmólogo vea las imágenes que el médico de familia tiene sospecha de patología. Se comenzó en 2006 y hasta el

- momento, se ha implantado en 31 zonas de salud., están formados 771 médicos de familia y acreditados 702 (66%). En 2008 se han realizado cribado a 18.250 diabéticos.
- Descentralización del control de la anticoagulación oral en algo más del 40% de las zonas básicas de salud (44 ZBS).
  - Impulso de la figura del médico especialista consultor. En el año 2008 se contaba con 57 médicos especialistas consultores en algunas áreas de salud para las siguientes especialidades: nefrología (19), endocrinología (14), reumatología (8), neumología (5), ginecología (3), neurología (3), urología (2), digestivo (1), cardiología (1) y salud mental (1).
  - Participación en grupos de trabajo multidisciplinar AP-AE.
    - Prevención y abordaje de la enfermedad cardiovascular (ECV). El Servicio Canario de la Salud tiene implantado desde el año 2001, el programa de Prevención y Control de la ECV en todos los equipos de atención primaria. Con el paso de los años se han ido dando los pasos oportunos para establecer una adecuada coordinación, entre AP y AE, en el seguimiento y abordaje de la ECV. En este sentido, desde el año 2004, y de forma bienal, se vienen realizando “Foros sobre la Enfermedad Cardiovascular” como puntos de encuentro, reflexión y debate entre profesionales de los dos ámbitos asistenciales, con el objeto de tratar distintos aspectos de la ECV y, sobre todo, de aportar medidas de mejora de las actuaciones.

Fruto de estos foros, y dando cumplimiento además a los objetivos de los planes estratégicos de AP y AE, se han creado varios grupos de trabajo formados por especialistas de Medicina de Familia (MF) y de distintas especialidades relacionadas, como son:

- Grupo de trabajo de prevención secundaria de la cardiopatía isquémica (MF y Cardiólogos).
- Grupo de trabajo sobre enfermedad renal crónica (MF y nefrólogos).
- Grupo de trabajo sobre la diabetes mellitus tipo II (MF y endocrinos).

Estos tres grupos, creados en el 2006, están trabajando en un marco de objetivos comunes:

- Consensuar las directrices clínicas en los dos ámbitos asistenciales para el abordaje y seguimiento de los pacientes.
- Establecer los criterios de derivación entre ámbitos.
- Definir las formas de coordinación, con especial mención al médico especialista consultor.
- Detectar los obstáculos que dificultan el correcto abordaje y seguimiento del paciente, cada uno en su ámbito, y plantear propuestas de mejora.

Está previsto poner en marcha otras nuevas líneas de trabajo, con la creación de otros tres grupos entre AP y AE, que trabajarían sobre ictus, arteriopatía periférica y la prevención desde la infancia de la obesidad.

- Salud mental: En 2007 se inicia el proyecto SaMAP con la finalidad de mejorar de la calidad en la atención a los trastornos de salud mental en Atención Primaria, con la formación de un grupo de trabajo formado por psicólogos, psiquiatras y médicos de familia y elaboración del documento: “Salud Mental en Atención Primaria: recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes”. Este proyecto se encuentra en fase de implantación.
- Además se han creado diversos grupos de trabajo de coordinación AP-AE a nivel descentralizado (áreas de salud): Gestión por procesos, Identidad de género, Lesionados medulares, Valoración del riesgo gestacional, Formación continuada de profesionales de Servicios de Urgencias extrahospitalarios, unidad de tuberculosis, entre otros.
- Mejora del uso racional de pruebas diagnósticas en ambos niveles:
  - Se está trabajando en la definición del Catálogo de pruebas de radiodiagnóstico con acceso directo desde Atención Primaria.
  - Grupo de trabajo para la integración DRAGO-AP y laboratorio.



- Desarrollo de las Estrategias del Sistema Nacional de Salud, en concreto:
  - Estrategia en Cuidados Paliativos. Se ha impulsado la formación en Cuidados Paliativos de profesionales de ambos ámbitos asistenciales, respondiendo a la necesidad de potenciación de estos servicios en la Comunidad Autónoma.
  - Estrategia en Cardiopatía Isquémica y en Diabetes. Tras la puesta en marcha de las Estrategias en Cardiopatía Isquémica y en Diabetes, se está trabajando sobre los objetivos marcados por las mismas.
  - Estrategia en Atención al Parto Normal. Se está trabajando coordinadamente en el protocolo de actuación para la aplicación de la estrategia en todos los Hospitales. Al mismo tiempo se está finalizando el programa de atención a la maternidad y a la paternidad, en el que se contemplan todos los puntos de la estrategia.
  - Estrategia en EPOC. En fase de elaboración. Cuenta con participantes de ambos niveles. Se está potenciando la realización de espirometrías en AP (actualmente en 45 EAP).
  - Estrategia en Enfermedades Raras. Se está pilotando el protocolo de Cribado neonatal en fibrosis quística de la Comunidad Autónoma, en el que participan profesionales de AP y AE.

### CANTABRIA

Esta Comunidad Autónoma no ha implantado el establecimiento de objetivos comunes entre atención primaria y atención especializada.

### CASTILLA Y LEÓN

En la Comunidad de Castilla y León los objetivos comunes entre Atención Primaria y Atención Especializada son los siguientes:

- Objetivos de Área en el “Plan anual de gestión”.
- Gestión de procesos compartidos:
  - Tratamiento anticoagulante oral (TAO).
  - Oncoguías.
  - Procesos incluidos en el III Plan de Salud (insuficiencia cardiaca...).
  - Continuidad de cuidados al alta (ictus y fractura de cadera).
  - Historia clínica compartida.
  - Conexión telemática (teleoftalmología).
- Canales de comunicación directa entre profesionales de ambos niveles.

### CASTILLA-LA MANCHA

La Comunidad de Castilla-La Mancha tiene los siguientes objetivos comunes entre AP y AE:

- Gestión de interconsultas.
- Primera receta.
- Acceso a pruebas diagnósticas.

### CATALUÑA

Proyecto de atención integrada por GTS (Gobiernos Territoriales de Salud).

### COMUNIDAD VALENCIANA

En esta Comunidad los Acuerdos de gestión contemplan objetivos sanitarios comunes para el departamento, por tanto es único por Departamento sin diferenciar entre Atención Primaria y Atención Especializada y por supuesto con objetivos comunes.

En el documento de la Consellería de Sanidad sobre “Líneas Estratégicas de mejora en Atención Primaria”, se recoge:

- En su “Punto 7: Impulsar políticas de coordinación y comunicación entre Atención Primaria y Especializada”:
  - Promover que en los departamentos se establezcan objetivos asistenciales así como de evaluación de resultados en salud para atención primaria y especializada conjuntos.
  - Favorecer la realización de jornadas de integración a nivel de los departamentos.
  - Garantizar la integración de los sistemas de información entre ambos niveles de atención y recordar la obligación de responder por escrito las interconsultas.
  - Asegurar la adecuada participación en las Comisiones del Departamento (bioética, investigación, docencia, etc.) de profesionales sanitarios de los dos niveles de atención.
  - Garantizar el contacto telefónico y mediante correo electrónico entre los especialistas hospitalarios y los de Atención Primaria, de tal manera que el médico de familia o pediatra de Atención Primaria sea informado de los ingresos de sus pacientes.
  - Promover que en los Departamentos se establezcan objetivos asistenciales así como de evaluación de resultados en salud para Atención Primaria y especializada conjuntos.
  - Impulsar la elaboración e implementación de protocolos de integración de los problemas de salud más relevantes.

## EXTREMADURA

En Extremadura los objetivos comunes para Atención Primaria y Atención Especializada son los siguientes:

- Atención a la diabetes (Plan integral de diabetes 2007-2012).
- Atención a las enfermedades cardiovasculares (Plan integral sobre enfermedades cardiovasculares 2007-2012).
- Atención a la salud mental (Plan integral de salud mental de Extremadura 2007-2012).
- Cartera de servicios del Servicio Extremeño de Salud.
- Protocolo para la atención de la ansiedad y depresión.
- Atención a la tuberculosis (Programa de prevención y control de la tuberculosis en Extremadura).
- Sistema centinela de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Plan de humanización de la atención sanitaria del sistema sanitario público de Extremadura 2007-2013.
- Atención a las enfermedades raras.
- Programa de telemedicina en Extremadura.
- Control de la TAO.
- Cuidados paliativos.
- Unidades del dolor.
- Elaboración de protocolos conjuntos para mejorar la derivación.

## GALICIA

Objetivos comunes en Atención Primaria y Especializada: Plan de Salud.

El Plan de Salud es el marco de referencia de todas las actuaciones públicas en el ámbito de la salud, que establece directrices integrando los diversos intereses en el objetivo común de la mejora de los niveles de salud de la ciudadanía gallega. El Plan de Salud 2006-2010 está disponible en la siguiente página web:

[http://www.sergas.es/MostrarContidos\\_N3\\_T02.aspx?IdPaxina=20032&uri=/Docs/PlanSaude/PlanSaude\\_2006\\_2010.pdf&seccion=0](http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T02.aspx?IdPaxina=20032&uri=/Docs/PlanSaude/PlanSaude_2006_2010.pdf&seccion=0).

Protocolo de Objetivos Estratégicos (POE).

Cada año se pactan objetivos comunes entre AP y AE, con indicador y meta variable por área de salud. En diferentes años se desarrollaron procesos asistenciales de forma conjunta, como paliativos, pacientes pluripatológico, insuficiencia cardiaca, túnel carpiano, vías oncológicas, etc.

Línea de actuación 1: Asistencia Sanitaria

ÁMBITO	OBJETIVO
AP y AE	Desenvolver la cartera de servicios y la capacidad asistencial de Atención Primaria.
AE	Potenciar la capacidad de resolución de la atención ambulatoria.
AE	Potenciar el desarrollo de las consultas de alta resolución.
AP y AE	Promover la cirugía ambulatoria.
AE	Mejorar la agilidad y resolutiveidad de la atención al paciente hospitalizado, disminuyendo las estancias innecesarias.
AP y AE	Mejorar la resolutiveidad de la atención urgente y disminuir los ingresos desde la puerta de urgencias.

## Línea de actuación 2: Calidad Asistencial

ÁMBITO	OBJETIVO
AE	Adecuar la indicación quirúrgica.
AE	Adecuar la indicación de procedimientos de interés.
AE	Adecuar la efectividad de la atención sanitaria.
AE	Minimizar los efectos adversos relacionados con la atención sanitaria.
AE	Potenciar la realización de planes de cuidados.
AE	Mejorar la continuidad de la atención de enfermería entre niveles asistenciales.
AP	Mejorar la resolutiveidad de la atención a los pacientes crónicos.

## Línea de actuación 3: Accesibilidad

ÁMBITO	OBJETIVO
AE	Mejorar la accesibilidad a consultas externas.
AP	Mejorar la accesibilidad a la consulta médica.
Área Sanitaria	Mejorar la agilidad en el diagnóstico y tratamiento del cáncer.
AE	Mejorar la accesibilidad al tratamiento quirúrgico.
AE	Mejorar la accesibilidad al tratamiento quirúrgico en pacientes con patología preferente.
AE	Mejorar la accesibilidad a los dispositivos ambulatorios de Salud Mental a los pacientes que son dados de alta en las Unidades de Agudos de Psiquiatría.

## Línea de actuación 4: Coordinación y cooperación entre niveles

ÁMBITO	OBJETIVO
AP y AE	Asegurar la cobertura y calidad de la atención integral en los trastornos afectivos.
Área Sanitaria	Desarrollo de procesos asistenciales compartidos a nivel de Área Sanitaria.
AP y AE	Mejorar la atención ambulatoria de determinadas patologías.
AP y AE	Mejorar la atención al paciente con enfermedad avanzada, progresiva y compleja.

## Línea de actuación 5: Participación de los profesionales

ÁMBITO	OBJETIVO
AP y AE	Mejorar la satisfacción de los profesionales en relación con su nivel de información y participación en mejora de la organización y funcionamiento del centro.
AP y AE	Potenciar la participación de los profesionales en la evolución de sus resultados asistenciales.
AP y AE	Disponer de un plan de comunicación interna que favorezca la comunicación vertical y horizontal en la organización.
AP y AE	Mejora de la salud y seguridad de los profesionales.

## Línea de actuación 6: Sostenibilidad económica

ÁMBITO	OBJETIVO
AP y AE	Adecuar la prescripción farmacéutica.
AP y AE	Incremento de la recaudación económica por los centros.
AP	Mejorar el gasto de farmacia por TSI.

## Línea de actuación 7: Satisfacción de los pacientes

ÁMBITO	OBJETIVO
AP y AE	Conocer la satisfacción de los pacientes con la atención recibida.
AP y AE	Identificar puntos críticos para su mejora.
AP y AE	Diseñar actuaciones para la resolución de estos puntos críticos.

Historia electrónica común

Denominada "IANUS" es el sistema que integra la información asistencial de los pacientes atendidos en la red asistencial pública, abriéndose a toda Galicia a través de un acceso único y seguro dentro de la red del Servicio Gallego de Salud, donde el médico es la clave del sistema.

Por tanto, su ámbito abarca a los Centros de salud y Complejos Hospitalarios y Hospitales del Servicio Gallego de Salud, donde los profesionales autorizados pueden compartir toda la información clínica vinculada a un proceso asistencial.

La documentación clínica relativa a los distintos episodios de un paciente se integra a partir de un modelo único, permitiendo que profesionales de diferentes niveles compartan toda la información vinculada a un paciente: documentos, gráficos e imágenes.

Además, el sistema facilita las peticiones electrónicas a otros servicios, tales como pruebas radiológicas, citas sucesivas, inclusión en el programa de cirugía o interconsultas, así como, la consulta del estado de las peticiones efectuadas.

### MADRID (COMUNIDAD DE)

La Comunidad de Madrid en relación a los objetivos asistenciales comunes entre Atención Primaria y Atención Especializada ha desarrollado las siguientes actuaciones:

- Elaboración de guías práctica clínica conjunta.
- Formación 2007 de dos profesionales por Área AE-AP en proyecto de procesos integrados.
- Inclusión objetivos comunes AE-AP en Contrato Programa 2009: Comunicación, Formación e Implantación de Procesos Integrados (Cáncer de Mama, Diabetes Mellitus).

### MURCIA (REGIÓN DE)

El modelo de contrato de gestión establece la mejora en la comunicación Atención Primaria-Atención Hospitalaria como instrumento de mejora en la satisfacción de los profesionales y de los usuarios, implementando protocolos asistenciales en procesos susceptibles de resolución sin ingreso:

- Protocolo de reducción de ingresos evitables en patologías más prevalentes.
- Manejo de la hipertrofia benigna de la próstata.
- Desarrollo de Informes de Continuidad de Cuidados de Enfermería Normalizados, al alta.
- Protocolo de actuaciones sobre urgencias de psiquiatría.
- Desarrollo de Informes de Continuidad de Cuidados de Enfermería Normalizados, al alta hospitalaria.
- Comisiones paritarias Atención Primaria - Atención Hospitalaria.
- Plan Integral de Cuidados Paliativos.

### NAVARRA (COMUNIDAD FORAL DE)

En el Servicio Navarro de Salud "Osasunbidea" existe un "Pacto de Coordinación entre Atención Primaria y Asistencia Especializada 2006-2007".

El objeto del Pacto es la coordinación de actuaciones entre atención primaria y asistencia especializada, en todo el ámbito de la Comunidad Foral, orientada a garantizar la continuidad y personalización en la atención al paciente, así como al incremento de la eficacia y eficiencia del Sistema Sanitario con especial referencia a las consultas ambulatorias de asistencia especializada.

El Pacto contiene objetivos de:

- Demora y previsión de actividad (Pacto Oferta-Demanda).
- Mejora en la continuidad y personalización de la atención al paciente.
- Mejora de los sistemas de comunicación y de los circuitos asistenciales de citación de pacientes.

- Mejora de la coordinación clínica de los procesos asistenciales.
- Mejora de los sistemas de información.
- Uso racional de medicamentos.

Fuente: "Pacto de Coordinación entre AP y AE 2006-2007".

## PAÍS VASCO

Se dispone del "Proyecto de coordinación Atención Primaria-Atención Especializada". La creación del proyecto de coordinación AP-AE pretende dar continuidad al proceso asistencial del usuario, a lo largo de la red sanitaria de Osakidetza, revisando las funciones de Atención Primaria y Atención Especializada, así como la interacción entre ambas, con objeto de establecer un marco de actuación interniveles que mejore el ya existente.

La implantación del proyecto de coordinación AE-AP pretende que el proceso asistencial sea global y continuado, desde la entrada en contacto con el sistema sanitario del usuario hasta la finalización de la necesidad, reduciendo al máximo la discontinuidad en la atención, desarrollando un proceso de atención más rápido, coordinado, transparente y de fácil acceso para el Usuario/Paciente, optimizando así los resultados de salud de los pacientes y la satisfacción de las personas de la organización.

Se resume a continuación algunas de sus características principales:

- **Objetivos generales:**
  - Creación del proyecto.
  - Implantación y pilotaje del mismo en el Hospital de Bidasoa y la Comarca de Ekialde.
- **Objetivos específicos:**
  - Crear un Marco Común de actuación entre la AP y AE, basado en la gestión por procesos que presente unos objetivos comunes marcados por ambas organizaciones (Hospital de Bidasoa y Comarca Ekialde) y que éstos se evalúen y revisen en un período estipulado. El objetivo sería la creación de un Macroproceso Asistencial que englobe a AP y AE, o procesos que coordinen la AP con la AE.
  - En este Marco Común de actuación quedarían incluidas una serie de actuaciones como son las siguientes:
    - Progresar en la información clínica compartida.
    - Realización de actividades conjuntas de formación e investigación.
    - Desarrollar Niveles de Comunicación, con la creación de foros virtuales.
- **Metodología:**
  - Establecimiento de un "macroproceso asistencial" cuya misión será satisfacer las necesidades de salud del usuario de forma integral y continuada, desarrollando un proceso de atención más rápido, coordinado, transparente y de fácil acceso para el usuario/paciente, optimizando así los resultados de salud de los pacientes y la satisfacción de las personas de la organización bajo un modelo de calidad total introduciendo la mejora continua.
  - Elaboración de tres procesos que presentan nivel alto de coordinación entre AP-AE y que serían:
    - Proceso asistencial.
    - Procesos de citación.
    - Proceso de pruebas complementarias.
- **Actividades:**
  - Petición de cita por parte del usuario/paciente (patología aguda o crónica).
  - El médico de AP, realiza la valoración Médica del paciente (pruebas complementarias, analíticas, exploración, etc.).

- Interconsulta Especializada, bien para curación o para la realización de pruebas específicas o para seguimiento. Emisión de volante interconsulta a través de la Historia Clínica Compartida (OSABIDE-AP, GLOBAL CLINICA), que cumpla una serie de criterios de calidad. La citación tras la emisión del volante puede hacerse desde la propia consulta o en el AAC (sin necesidad la aportación del volante).
- Valoración del paciente por el Especialista. Aplicación de tratamiento o pruebas complementarias (información correcta de la prueba) en caso de necesidad Registro en Historia Clínica Compartida. Nueva citación o de seguimiento por el especialista o para otra especialidad o para el médico de atención primaria (bien en la propia consulta o bien en el AAC).
- Indicadores:
  - La estructura del indicador debe tener una definición, una lógica, un método de obtención y una periodicidad.
  - Posibles indicadores que midan el macroproceso.
  - Indicadores de proceso:
    - % de volantes de interconsulta que cumplan criterios de calidad.
    - Nº de incidencias y/o reclamaciones en relación al macroproceso.
  - Indicadores de resultado:
    - Índice de satisfacción de los profesionales.
    - Índice de satisfacción de los usuarios.
    - Demora en consulta especializada.
    - Tasa de derivaciones.
    - Tasa de derivaciones realizadas a través del macroproceso (a través de la historia clínica compartida).
  - Dependiendo de las patologías que se aborden se podrá establecer otros indicadores de resultado, en relación ya con objetivos de salud (ej.: Estatinas en cardiopatía isquémica, IECA en Insuficiencia cardiaca...).

## LA RIOJA

Los objetivos asistenciales comunes para Atención Primaria y Atención Especializada, se encuentran recogidos en los Contratos de Gestión de 2008 y 2009, en la gestión por procesos.

Desde 2006 se está trabajando en La Rioja en la Gestión por procesos, con el objetivo de mejorar la continuidad asistencial y la resolución de los problemas del ciudadano. En estos momentos están en marcha los siguientes procesos:

ESPECIALIDAD	PROCESOS
CARDIOLOGÍA	Alteraciones del ECG
	Soplos Cardiacos
	Dolor torácico
ENDOCRINOLOGÍA	Hipotiroidismo Clínico y Subclínico
	Diabetes Mellitus
TRAUMATOLOGÍA	Patología del pie
	Patología de rodilla
	Patología de codo
	Patología de mano
NEUROLOGÍA	Patología de cadera
	Cefalea
REUMATOLOGÍA	Hombro doloroso
	Dolor localizado no inflamatorio
	Túnel del carpo
NEUMOLOGÍA	Nódulo - Masa pulmonar
	Asma de difícil control
	Derrame pleural
ALERGOLOGÍA	Rinitis alérgica
	Alergia Medicamentosa
ORL	Hipoacusia
	Disfonía

	Patología nasosinusal
CIRUGIA VASCULAR	I. Venosa Crónica
UROLOGIA	Vasectomía
	Hematuria
	Fimosis

Próximamente se incorporarán cinco nuevos procesos a la oferta actual:

- Lumbalgia.
- Osteoporosis.
- Patología prostática.
- Alteraciones funcionales del estómago.
- Colon irritable.

### INGESA

Las actuaciones del INGESA en relación a los objetivos asistenciales comunes entre AP y AE son los siguientes:

- Pacto de Interconsultas y pruebas diagnósticas, que permite el aumento de la capacidad de resolución de la Atención Primaria.
- Gestión desde los centros de salud de las agendas de las primeras consultas, según grado de desarrollo de las herramientas informáticas.
- Remisión de las hojas de interconsultas debidamente cumplimentadas.

## PREGUNTA 4. MODELO ORGANIZATIVO DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIA

### ANDALUCÍA

Acreditación de profesionales por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA).

El Programa de Acreditación de Competencias Profesionales del SSPA ha sido diseñado para reconocer los logros alcanzados por los profesionales en su práctica real y diaria, y como una herramienta para promover el desarrollo profesional y la mejora continua.

El Programa de Acreditación toma como fundamento metodológico y marco conceptual la Gestión por Competencias, como modelo integral que permite configurar, además, los procesos de selección, evaluación del desempeño, gestión de la formación, promoción e incentivación.

El concepto competencia alude a una capacidad o característica personal estable y causalmente relacionada con los resultados deseables en una organización.

Un elemento clave de la Gestión por Competencias radica en identificar dichas capacidades como elementos susceptibles de medición, por lo que la acepción más coherente con el enfoque de competencias es la que considera a éstas como un conjunto de comportamientos observables y medibles de modo fiable y válido, relacionados causalmente con un desempeño bueno o excelente.

En el sistema sanitario, y a los efectos de su medición, la competencia se define como la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las "Buenas Prácticas" de su profesión para resolver las situaciones que se le plantean (Ley de Cohesión y Calidad del SNS, Art. 42).

El conjunto de competencias que debe reunir el/la ocupante de un puesto de trabajo es su "Mapa de Competencias". En él están identificadas las Competencias y las Buenas Prácticas (comportamientos observables) asociadas a las mismas, así como las Evidencias (o criterios de verificación para determinar la presencia de las buenas prácticas) y las Pruebas (instrumentos de medición y evaluación que determinan el cumplimiento de las evidencias de cada buena práctica integrada en una competencia profesional).

Según lo descrito anteriormente, la mayor parte de las pruebas para determinar el cumplimiento de las evidencias que se incluyen en el Programa de Acreditación de Competencias Profesionales se basan en "lo que el profesional hace" (en situaciones reales, en sus resultados, etc.), como forma ideal de reconocer y acreditar las Competencias Profesionales.

La Acreditación de Competencias Profesionales se concibe como el proceso que observa y reconoce de forma sistemática la proximidad entre las competencias que realmente posee un/a profesional y las definidas en su mapa de competencias

Los Manuales para la Acreditación de los Profesionales Sanitarios, han sido elaborados con la participación de más de 500 profesionales y representantes de las Sociedades Científicas, que han constituido Comités Técnicos Asesores, uno por cada disciplina o especialidad, cada uno de los cuales ha desarrollado su Manual de Competencias específico.

Cada uno de estos Comités Técnicos ha identificado las competencias que deben poseer un determinado profesional, así como las buenas prácticas que deben estar presentes en el desempeño de su trabajo.

En todos los Manuales, las Competencias Profesionales están agrupadas en torno a 5 Bloques y 10 Criterios, que dan respuesta al modelo de calidad del Sistema Sanitario Público Andaluz:

Criterios

Bloque

1. Orientación al Ciudadano (satisfacción, participación y derechos).

El Ciudadano

- Bloque I
- 2. Promoción de la salud, Prevención y Atención Comunitaria.
- 3. Atención al Individuo y a la Familia.
- 4. Gestión por Procesos Asistenciales Integrados.

Atención sanitaria integral

- Bloque II
- 5. Trabajo en Equipo y Relaciones Interprofesionales.
- 6. Actitud de Progreso y Desarrollo Profesional.
- 7. Compromiso con la Docencia.
- 8. Compromiso con la Investigación.

El/la Profesional

- Bloque III
- 9. Uso eficiente de los recursos.

La eficiencia

- Bloque IV
- 10. Orientación a Resultados en el Desempeño Profesional.

Los resultados

- Bloque V



Cada Competencia se asocia a una serie de Buenas Prácticas y, cada Buena Práctica, incluye las Evidencias y las Pruebas que el profesional debe aportar para demostrar que, efectivamente, es poseedor de esas Competencias.

#### Grados de Acreditación

Acreditarse significa obtener un reconocimiento, expreso y público, del cumplimiento de los requisitos necesarios para prestar una asistencia de calidad, así como el inicio de una línea de mejora continua por parte de un profesional. Por ello, la acreditación no es un fin en sí misma, sino un proceso dinámico, continuo y evolutivo, que brinda a los profesionales la oportunidad de establecer alternativas de desarrollo para crecer en calidad.

Cuando un profesional es competente en un ámbito concreto de su desempeño profesional, presenta una serie de comportamientos, observables y medibles, que verifican la presencia de esa Competencia: Este conjunto de comportamientos constituyen sus Buenas Prácticas, que pueden observarse y medirse a través de Evidencias y Pruebas.

Las Evidencias que permiten verificar la presencia de una Buena Práctica, han sido clasificadas por niveles de complejidad y pueden ser de varios tipos:

- Desde las que son consideradas Esenciales (y que es imprescindible que el profesional cumpla),
- las Evidencias del Grupo I (que indican que el profesional progresa hacia la madurez),
- las de Grupo II (que consolidan la madurez del profesional),
- y las Evidencias de Grupo III (que convierten al profesional en un referente para el resto de los profesionales del Sistema).

Con respecto a cuántas Evidencias y Pruebas tiene que aportar un profesional, es importante tener presente que, de las Evidencias contenidas en el Manual de Competencias correspondiente a su grupo profesional, en función del Nivel de Acreditación que pretende demostrar o alcanzar, el número y porcentaje de evidencias requerido es diferente.

En función de estos porcentajes de evidencias obtenidos (Esenciales, Grupo I, II y III), el resultado podrá ser la Acreditación en alguno de los siguientes grados:

	Avanzado	Experto	Excelente
Grupo I	70%	70%	60%
Grupo II		70%	70%
Grupo III			80%

Tal como se recoge en el Decreto 18/2007, de 23 de enero, por el que se regula el sistema de acreditación del nivel de la competencia profesional de los profesionales sanitarios del SSPA, la Acreditación tendrá un periodo de vigencia de cinco años. Transcurrido dicho periodo, la acreditación dejará de tener efectos, salvo que con anterioridad se hubiera iniciado el proceso de reacreditación (Artículo 13, punto 1).

En Atención Primaria, se encuentran acreditados 740 profesionales, cada uno con su correspondiente categoría profesional.

#### ARAGÓN

El modelo está en fase de desarrollo, se ha diseñado el marco común y está previsto empezar en 2009 con medicina de familia, pediatría y enfermería de Atención Primaria.

#### ASTURIAS (PRINCIPADO DE)

No existe actualmente un modelo específico de acreditación de competencia.

### BALEARS (ILLES)

No existe actualmente un modelo específico de acreditación de competencia.

### CANARIAS

En la Comunidad Canaria no existe un modelo específico de acreditación de competencia. En un área de salud se ha formado a profesionales en la prueba ECOE (Evaluación de la Competencia Objetiva y Estructurada).

### CANTABRIA

No existe actualmente un modelo específico de acreditación de competencia.

### CASTILLA Y LEÓN

Pendiente de desarrollar por la recién creada "Fundación de calidad asistencial de Castilla y León".

### CASTILLA-LA MANCHA

No existe actualmente un modelo específico de acreditación de competencia.

### CATALUÑA

No existe actualmente un modelo específico de acreditación de competencia.

### COMUNIDAD VALENCIANA

INACEPS (Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias). Decreto 14/2002, de 8 de febrero, del Gobierno Valenciano, por el que se acuerda la constitución de la sociedad mercantil Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias, SA.

### EXTREMADURA

No existe actualmente un modelo específico de acreditación de competencia.

### GALICIA

No existe actualmente un modelo específico de acreditación de competencia.

### MADRID (COMUNIDAD DE)

No existe actualmente un modelo específico de acreditación de competencia.

### MURCIA (REGIÓN DE)

Pendiente de desarrollo, no existe actualmente un modelo específico de acreditación de competencia.

### PAÍS VASCO

Modelo teórico y experimental de evaluación puntual de determinadas competencias y habilidades, especialmente en el campo de la entrevista clínica, a través de videograbaciones.

### LA RIOJA

No existe actualmente un modelo específico de acreditación de competencia.

**INGESA**

No existe actualmente un modelo específico de acreditación de competencia.

**PREGUNTA 5. GUÍAS CLÍNICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA DE LOS PROBLEMAS MÁS PREVALENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA**

**ANDALUCÍA**

En la Comunidad de Andalucía se ha apostado desde el I Plan de Calidad por la Gestión por Procesos Asistenciales, que persigue la correcta integración de todos los aspectos asistenciales y organizativos, apoyándose en la gestión del conocimiento. Las propuestas contenidas en los Procesos Asistenciales están basadas en guías de práctica clínica y en la mejor evidencia científica disponible, existiendo grupos de desarrollo encargados de la actualización permanente de los mismos. En la actualidad hay publicados más de 60 Procesos Asistenciales, que cubren las patologías más prevalentes.

PROCESOS ASISTENCIALES	
Amigdalectomía / adenoidectomía	Dolor abdominal
Anemias	Dolor crónico no oncológico
Angina estable (dolor torácico)	Dolor torácico genérico (no filiado)
Ansiedad, depresión, somatizaciones	Embarazo, parto y puerperio
Arritmias	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Artroplastia de cadera	Fibromialgia
Artrosis de rodilla y cadera	Fiebre de duración intermedia
Asma del adulto	Fractura de cadera en el anciano
Asma en la edad pediátrica	Hemorragias uterinas anormales
Ataque cerebrovascular	Hepatitis vírica
Atención a la caries dental y a las inc. dentarias	Hernias de pared abdominal
Atención a las personas fumadoras	Hipertrofia benigna de próstata. cáncer de próstata
Atención a pacientes pluripatológicos	IAM con elevación del ST (dolor torácico)
Atención al trauma grave	Insuficiencia cardíaca
Atención temprana	Insuficiencia venosa crónica
Cáncer colorrectal	Otitis media
Cáncer de cérvix - cáncer de útero	Red de bancos de tumores de Andalucía
Cáncer de mama. Detección precoz de cáncer de mama	Riesgo vascular
Cáncer de piel	Síndrome aórtico agudo (dolor torácico)
Cáncer de pulmón	Síndrome coronario agudo sin elevación de ST
Catarata	Síndrome febril en el niño
Cefaleas	Trasplante cardíaco
Cole litiasis / colecistitis	Trasplante de páncreas
Cuidados paliativos	Trasplante hepático
Demencia	Trasplante pulmonar
Diabetes mellitus tipo 1	Trastorno mental grave
Diabetes mellitus tipo 2	Trastornos de la conducta alimentaria
Disfonía	Trat. sustitutivo de la insuficiencia renal crónica
Disfunción tiroidea	Tromboembolismo pulmonar (dolor torácico)
Dispepsia	VIH/sida

Se encuentran disponibles en: <http://www-csalud.dmsas.sda.sas.junta-andalucia.es/procesos/>.

**ARAGÓN**

Aragón lidera el proyecto "Guía salud", Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud, que contiene guías para los siguientes problemas de salud:

- HTA, hipercolesterolemia, IAM, ictus, insuficiencia cardiaca crónica, enfermedad tromboembólica y úlceras vasculares.
- Patología Endocrina: DM, hipotiroidismo congénito.
- Neoplasias: Prevención de cáncer colorrectal, cuidados paliativos, cáncer de próstata, melanoma, oncogúías.
- Úlceras por presión.
- Asma, EPOC, infecciones en tracto respiratorio bajo.
- Hernia inguino-crural, dispepsia, rectorragia, ERGE, Intestino Irritable.
- Trastornos Mentales: Enuresis, trastornos de la alimentación, ansiedad, depresión.
- Cistitis, incontinencia urinaria.
- Lomalgia, osteoporosis, escoliosis idiopática, artrosis, artritis reumatoide.
- Manejo del dolor agudo, contracepción de emergencia.
- Otras: Catarata, epilepsia, otitis media aguda.

Todas ellas disponibles en la página web: <http://www.quiasalud.es>.

### ASTURIAS (PRINCIPADO DE)

La Comunidad de Asturias ha desarrollado los Programas Claves de Atención Interdisciplinar (PCAI), emanados del Plan de Salud e incluidos en Contrato Programa. Hasta el momento, han sido editados los siguientes:

- Cardiopatía isquémica.
- Hipertensión arterial.
- Alcoholismo.
- EPOC.
- Cáncer de mama.
- Dolor crónico músculo-esquelético.
- Cáncer colorrectal.
- Demencia.
- Depresión y ansiedad.
- Diabetes.
- Ictus.
- Cáncer de próstata.

Sus objetivos específicos están incluidos en el Contrato Programa.

### BALEARS (ILLES)

La Comunidad de Islas Baleares ha elaborado, por una parte, Guías de Práctica Clínica propias:

- EPOC.
- Riesgo cardiovascular (RCV).
- Diabetes.

Por otro, en la actualidad esta desarrollando los Procesos Integrados de:

- EPOC.
- RCV basados en historia de salud informatizada.

### CANARIAS

La Comunidad de Canarias no ha elaborado Guías de Práctica Clínica (GPC) propias. No obstante, se están llevando a cabo diversas actuaciones como son:

- Facilitar el acceso directo a los profesionales a través del portal DRAGO-AP a:
  - Guía Terapéutica en Atención Primaria (semFYC).

- Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud (Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos).
  - En el área de pediatría, la Dirección General de Programas Asistenciales ha creado un grupo de trabajo para avanzar hacia documentos de consenso, de carácter regional, que luego se adapten a las características de cada Área de salud. No obstante, algunas áreas de salud cuentan con protocolos consensuados entre pediatría de atención primaria y de atención especializada.
- Así, en el Área de Salud de Gran Canaria se han desarrollado los siguientes protocolos: fimosis, sinusitis bacteriana aguda, faringitis y catarro de vías altas, obesidad, cefalea, dolor abdominal recurrente, asma infantil, otitis media aguda, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, estudio por imagen de la infección urinaria, hernia inguinal, atención al niño con síndrome de Down, detección precoz de hipoacusia y exámenes complementarios en la sospecha de la enfermedad celíaca.
- En el área de cuidados de enfermería se han consensuado guías sobre:
    - Pacientes portadores de ostomías.
    - Pacientes con heridas crónicas.
    - Pacientes diabéticos.
    - Pacientes con problemas de salud mental.
  - En el área de salud mental se ha elaborado el documento: “Salud Mental en Atención Primaria: recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes”.
  - De la misma forma, se han revisado y actualizado programas de salud de la Comunidad Autónoma con la incorporación de la última evidencia científica. Estos son:
    - Programa de prevención y control de la enfermedad cardiovascular
    - Programas de atención al climaterio y de anticoncepción
    - Programa de salud infantil.
  - Se han elaborado además protocolos y guías de actuación elaboradas por las Gerencias de AP en relación con: EPOC, asma, actuación ante el maltrato infantil, dermatología, varices y dolor lumbar.

#### CANTABRIA

La Comunidad de Cantabria ha elaborado la guía de práctica clínica sobre la hipertensión arterial.

#### CASTILLA Y LEÓN

La Comunidad de Castilla y León ha desarrollado la guía de riesgo cardiovascular en consenso con las sociedades científicas. También ha puesto en marcha un proyecto sobre enfermería basada en la evidencia.

#### CASTILLA-LA MANCHA

La historia clínica electrónica (TURRIANO) de la Comunidad de Castilla-La Mancha tienen protocolos cargados, que se revisan periódicamente con la colaboración de sociedades científicas y profesionales.

#### CATALUÑA

Guías transversales, sociedades y proveedores únicos para diversos niveles asistenciales.

#### COMUNIDAD VALENCIANA

La Comunidad Valenciana elaboró en el año 2002 guías de actuación clínica para las 36 patologías más prevalentes en Atención Primaria.

#### EXTREMADURA

La Comunidad Autónoma de Extremadura ha elaborado las siguientes Guías Clínicas de Cuidados Paliativos:

- Seguimiento del duelo en cuidados paliativos (ISBN: 978-989-95662-2-4).
- Sedación en cuidados paliativos (ISBN: 978-989-95662-3-1).
- Uso y recomendaciones de la vía subcutánea en cuidados paliativos (ISBN: 978-989-95662-4-8).
- Uso de opioides en cuidados paliativos (ISBN: 978-989-95662-3-1).

## GALICIA

Se han llevado a cabo las siguientes actuaciones para el desarrollo de la capacidad profesional y el apoyo a la formación:

- Dotación de recursos informáticos para la docencia e investigación en los centros de salud: 214 centros.
- Edición de un único documento informativo de todo el Plan de Formación Continuada anual hacia los profesionales.
- Diseño de plataforma MESTRE de e-learning.
- Inicio del Programa de formación en el puesto de trabajo con contrato de aprendizaje centrado en las necesidades individuales del profesional que va a formarse.
- Guía Terapéutica en Atención Primaria:
  - distribución de un ejemplar a cada médico y pediatra de AP.
  - acceso a la versión electrónica en intranet y en la web (Bibliosaúde).
- Actualización en MF disponible para 1.000 médicos de familia y pediatras de AP para el año 2008.
- Guías farmacoterapéuticas en AP desarrolladas por profesionales de AP. Adquiridas para los siguientes problemas de salud: diabetes mellitus tipo II; asma en el adulto; tratamiento del dolor en el paciente oncológico; dislipemias; HTA; úlcus péptico y protección gástrica; otitis media en el niño.
- Indicadores clínicos en Atención Primaria, en las patologías más prevalentes, para su inclusión en la historia electrónica, en colaboración con Fundación Fisterrae, Avalia-t y Fundación Avedis Donabedian.
- Acceso a publicaciones electrónicas para todos los profesionales de AP a través de intranet y de la web. Biblioteca virtual del Sistema Sanitario Público de Galicia (Bibliosaúde).
- Apartado específico en Bibliosaúde sobre recursos para la toma de decisiones clínicas.
- Tabla de contenidos de Bibliosaúde.

Información General
La Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público Gallego está constituida por la red de bibliotecas de los centros sanitarios y de los servicios centrales, que trabajan en el desarrollo de una biblioteca digital para los profesionales y usuarios de los servicios públicos de salud.
Su objetivo es poner a disposición de los usuarios información relevante para la toma de decisiones en la práctica clínica, en la gestión, la docencia y la investigación, y fomentar su actualización.
<a href="#">Directorio de personal de las bibliotecas</a>
<a href="#">Guía visual de Bibliosalud</a>
<a href="#">Guía visual de Mergullador</a>
<b>Servicios</b>
<a href="#">Buscador de recursos electrónicos: Mergullador</a>
<a href="#">Directorio de recursos más habituales</a>
<a href="#">Localización y obtención de documentos</a>
<a href="#">Solicitud de artículos</a>
<a href="#">Búsquedas bibliográficas</a>
<a href="#">Formación de usuarios</a>
<a href="#">Publicaciones de la organización</a>
<b>Recursos destacados</b>
<a href="#">PUBMED</a>
<a href="#">Revistas suscritas en BiblioSaúde</a>
<a href="#">Fisterrae</a>
<a href="#">Harrison</a>
<a href="#">New England Journal Medicine</a>
<a href="#">Diario Oficial de Galicia (DOG)</a>
<a href="#">Pregunte al bibliotecario</a>
<a href="#">Preguntas frecuentes</a>
<a href="#">Consulte al bibliotecario</a>

▾ Tabla de contenidos en el Espacio del profesional.

<b>Recursos Humanos</b>
Información sobre ordenación de recursos humanos del Servizo Galego de Saude
Oficina virtual del profesional (FIDES)
Desarrollo profesional
Salud Laboral
Empleo Público
Relaciones laborales
<b>Buena Práctica Clínica</b>
Guías prácticas de contenidos para el profesional
Guías y protocolos
Centro de información farmacoterapéutica
Centro de Farmacovigilancia de Galicia
Protección radiológica
Cartera de Servicios
<b>Formación y Docencia</b>
Programa de formación para el profesional
Pregrado
Posgrado
Formación continuada
Sistema acreditador de la formación continuada
<b>Investigación sanitaria</b>
Gestión del conocimiento. Estructuras de apoyo
Oficina de apoyo a la investigación
Otras estructuras de investigación sanitaria
Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia
Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia
Calidad y seguridad del paciente
<b>Publicaciones</b>
Sección de publicaciones de interés para el profesional
Biblioteca Virtual
Documentación Técnica
Boletines
<b>Información sanitaria</b>
Servicio de Información sanitaria para el profesional
Ámbito
Calidad y buenas prácticas en información sanitaria
Información del nivel de salud, prevención y atención sanitaria
Red de Salud
Instrumentos e metodología
Cartera de servicios

▾ Tabla de contenidos Avalia-t.

<b>Inicio</b>
<b>Presentación de avalia-t</b>
Presentación
Estructura y funciones
Personal
Memorias
<b>Producción científica</b>
Documentación y proyectos
Documentos editados por AVALIA-T
Artículos científicos
Proyectos en curso
Proyectos colaborativos
Difusión / diseminación
<b>DETECTA-T</b>
Sistema de detección de tecnologías emergentes de Galicia
Notificación
Participantes en la red de detección
Documento DETECTA-T
Fichas Técnicas DETECTA-T
<b>Herramientas de priorización</b>
Protocolos
Observación de tecnologías

Tecnologías obsoletas
Formularios
Petición de información
Solicitud de información
Solicitud de documento no editado
<b>Docencia</b>
Actividad docente programada por avalia-t
Actividad docente realizada
Programación docente 2009
<b>Avalia-t es miembro de</b>
EUnetHTA
INAHTA
HTAi
AUnETS
<b>Enlaces</b>
Agencias de evaluación de tecnologías, centros Cochrane y centros para la evidencia

### MADRID (COMUNIDAD DE)

La Comunidad de Madrid ha desarrollado las siguientes guías clínicas:

- Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en AP.
- Guía rápida del paciente con artrosis de rodilla en Atención Primaria.
- Protocolo de continuidad asistencial: diagnóstico precoz del cáncer de cérvix.
- Eficacia del cribado de cáncer colorrectal en familiares sintomáticos de casos diagnosticados de cáncer colorrectal o adenomas. Pruebas genéticas.
- Guía de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid.

### MURCIA (REGIÓN DE)

La Región de Murcia ha elaborado y puesta en marcha las siguientes guías clínicas y protocolos:

- Protocolo de detección y atención a la violencia de género en AP.
- Guía de atención al ictus.
- Protocolo de atención a pacientes con fibromialgia.
- Protocolo de atención al asma infantil.
- Rediseño global de los cuidados de salud en enfermedades crónicas Diabetes Mellitus tipo II y EPOC en colaboración con el proyecto EMCA-OMS.
- Guía de apoyo al programa de atención al niño y al adolescente.
- Guía de abordaje del tabaquismo desde atención primaria.
- Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos.
- Protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias en la detección y diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDA-H.

### NAVARRA (COMUNIDAD FORAL DE)

Todas las guías clínicas surgidas de los distintos Comités de la Coordinación Atención Primaria-Atención Especializada, están colgadas en la Intranet.

### PAIS VASCO

Se han elaborado las siguientes guías de práctica clínica:

- Asma.
- Lumbalgia.
- Hipertensión Arterial.
- Lípidos.
- Farmacoterapéutica.

En colaboración con el Ministerio de Sanidad y Política Social las siguientes:



- Diabetes mellitus tipo II.
- Cuidados paliativos.

Las guías de práctica clínica están disponibles en la página web: [http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-osk0028/es/contenidos/informacion/osk\\_publicaciones/es\\_publi/primaria.html](http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-osk0028/es/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/primaria.html).

#### LA RIOJA

Esta Comunidad Autónoma dispone de guías clínicas basadas en la evidencia de los problemas más prevalentes en Atención Primaria.

#### INGESA

Se efectúa el seguimiento de las guías recomendadas por el Sistema Nacional de Salud.

### **PREGUNTA 6. CARRERA PROFESIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA QUE TIENE EN CUENTA LA VALORACIÓN DE LOS MERITOS FORMATIVOS, DOCENTES (PREGRADUADA Y POSTGRADUADA) E INVESTIGADORES**

#### ANDALUCÍA

Se define por el Decreto 18/2007 de enero, por el que se regula el sistema de acreditación del nivel de competencia profesional de los profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía. El Servicio Andaluz de Salud plantea un modelo en el que se conciben las "Competencias" como base del desarrollo de la Carrera Profesional.

Las Competencias se pueden definir como el conjunto de conocimientos, habilidades, cualidades, aptitudes, actitudes y motivaciones, que tienen las personas y que les predispone a realizar un conjunto de actividades con un buen nivel de desempeño. Las competencias describen así lo que una persona debe saber y poder hacer para desarrollar y mantener un alto nivel de desempeño.

Desde esta perspectiva un determinado nivel de desarrollo de las competencias esenciales para el desempeño de un determinado puesto de trabajo, junto a los resultados asistenciales de la práctica diaria, y unido a otros méritos como la formación continuada, la docencia o la investigación serán las características que determinen en qué nivel de Carrera Profesional se va a situar cada profesional que voluntariamente lo solicite.

La Carrera Profesional se organiza en 5 niveles, en los cuales el profesional debe permanecer por un mínimo de tiempo para poder optar a un nivel superior. El tiempo mínimo establecido será el siguiente:

- Nivel I: 5 años de permanencia.
- Nivel II: 5 años de permanencia.
- Nivel III: 5 años de permanencia.
- Nivel IV: 5 años de permanencia.
- Nivel V: Permanencia por un período de tiempo indefinido.

El acceso del profesional a un determinado nivel de Carrera se producirá al superar con éxito un Proceso de Certificación definido para cada nivel consistente, además de superar el tiempo mínimo de permanencia, en un sistema de Acreditación de Competencias y un Baremo de Méritos.

Para la Promoción de nivel se precisa superar, además del tiempo mínimo de permanencia en el nivel anterior, el Proceso de Certificación correspondiente. El grado de exigencia tanto de la Acreditación de Competencias como del Baremo definido será proporcional al nivel al que se promocione.

Una vez certificado dos veces consecutivas el mismo nivel de carrera será posible el Mantenimiento por un período indefinido, sin necesidad de volver a recertificar el mismo.

El no superar el proceso de certificación será la condición que determine que un profesional descienda a un nivel inferior de Carrera.

No existe límite en el número de profesionales que puedan estar Certificados en cada uno de los distintos niveles de la Carrera Profesional.

## ARAGÓN

Los Acuerdos sobre carrera profesional para centros sanitarios del Servicio Aragonés de Salud incluyen criterios de valoración de los méritos formativos, docentes y de investigación que pueden consultarse en la Orden de 5 de diciembre de 2007, del Departamento de Salud y Consumo, del Gobierno de Aragón, por la que el Gobierno de Aragón ratifica los acuerdos alcanzados en la mesa sectorial de sanidad sobre carrera profesional.

## ASTURIAS (PRINCIPADO DE)

En Asturias existe el sistema de Carrera Profesional para los Licenciados y Diplomados Sanitarios de las Instituciones Sanitarias del Servicio de Salud del Principado de Asturias (Acuerdos de Consejo de Gobierno de 28 de diciembre de 2006).

## BALEARS (ILLES)

EL sistema actual (1ª fase) de carrera profesional en esta Comunidad Autónoma no incluye la valoración de los méritos mencionados. No obstante, se encuentra en desarrollo la 2ª fase, que sí los contempla.

## CANARIAS

En la actualidad se encuentra implantado el modelo de carrera profesional para los profesionales de atención primaria. Este modelo contempla méritos formativos, docentes e investigadores:

- Personal facultativo. Regulada por el Decreto 278/2003, de 13 de noviembre (BOC núm. 223 de 14/11/2003) y puesta en marcha a partir del 1 de julio de 2004, articulando a tal efecto un procedimiento ordinario de encuadramiento, de periodicidad anual, así como dos procesos de carácter extraordinario y transitorio, con un específico ámbito y régimen de aplicación. En julio de 2009 se culmina el procedimiento extraordinario de encuadramiento (nivel 4).

Se contempla un número máximo de créditos:

- para el factor de formación continuada, de 15 créditos,
- para el factor docencia de 10, y
- para el factor investigación, de 20 créditos sobre un total de 135 créditos.

Existe una salvedad para los facultativos que presten sus servicios en Centros de Salud sin docencia, en los que los 45 créditos de estos 3 factores se reparten exclusivamente entre la formación continuada y la investigación.

- Enfermería. Regulada por el Decreto 129/2006, de 26 de septiembre, por el que se aprueba y desarrolla el modelo de carrera profesional del personal diplomado sanitario del Servicio Canario de la Salud y el Decreto 230/2008, de 25 de noviembre que modifica el Decreto 129/2006, de 26 de septiembre. En julio de 2010 se culminará el procedimiento extraordinario de encuadramiento (grado 4). Los méritos a evaluar incluyen:
  - La capacitación profesional (35 créditos, máximo), que contempla la formación continuada (20 créditos máximo)
  - La actividad profesional (100 créditos máximo) que incluye, entre otros, la docencia (10 créditos máximo) y la investigación (10 créditos máximo).

- Personal de gestión y de servicios. Regulada por el Decreto 421/2007, de 26 de diciembre, por el que se aprueba y desarrolla el modelo de carrera profesional del personal sanitario de formación profesional y del personal de gestión y servicios del Servicio Canario de la Salud, y Decreto 231/2008, de 25 de noviembre, que modifica el Decreto 421/2007, de 26 de diciembre. En julio de 2009 se culmina el procedimiento extraordinario de encuadramiento (grado 4). Contempla:
  - La formación continuada acreditada (20 créditos máximo), que se incluye en el apartado de capacitación profesional (35 créditos)
  - Las actividades docentes (7,5 créditos máximo) e investigadoras (7,5 créditos máximo) dentro del apartado de actividad profesional (100 créditos).

## CANTABRIA

Los acuerdos por el que se regulan el sistema de carrera profesional y los criterios generales para el desarrollo profesional del personal estatutario de las instituciones sanitarias del Servicio Cántabro de Salud, se pueden consultar en la página web: [www.scsalud.es](http://www.scsalud.es).

## CASTILLA Y LEÓN

La Comunidad de Castilla y León manifiesta disponer de estos aspectos para la valoración de la carrera profesional.

## CASTILLA-LA MANCHA

Publicada y funcionante: proceso extraordinario y ordinario en marcha.

## CATALUÑA

Carrera profesional. Entidades proveedoras.

## COMUNIDAD VALENCIANA

En la Comunidad Valenciana la carrera profesional existe desde el año 2006, tanto para facultativos como para personal sanitario y no sanitario, regulada por los siguientes decretos:

- Decreto 66/2006, de 12 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el sistema de carrera profesional en el ámbito de las Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad.
- Decreto 85/2007, de 22 de junio, del Consell, por el que se aprueba el sistema de desarrollo profesional en el ámbito de las instituciones sanitarias de la Conselleria de Sanidad.

## EXTREMADURA

Extremadura dispone de los aspectos para la valoración de la carrera profesional según se recoge en el Diario Oficial de Extremadura (DOE) número 19 de 14 de febrero de 2006 Acuerdo sobre carrera y desarrollo profesional en el servicio extremeño de salud, y en el DOE número 96 de 17 de agosto de 2006. Resolución de 20 de julio de 2006, de la Dirección General de Trabajo, por la que se dispone la publicación del Pacto sobre la composición y funcionamiento de la Comisión de Evaluación de la Carrera Profesional del Servicio Extremeño de Salud.

## GALICIA

Las actuaciones en materia de Recursos Humanos incluyen las dirigidas a regular la carrera profesional, además de la oferta de integración, la provisión de puestos de jefatura, etc. Se encuentran descritas en: [http://www.sergas.es/MostrarContidos\\_N2\\_T01.aspx?IdPaxina=80000](http://www.sergas.es/MostrarContidos_N2_T01.aspx?IdPaxina=80000), cuya tabla de contenidos se refleja a continuación:

Carrera Profesional
Licenciado sanitario y especialista

Diplomado sanitario y especialista
Sanitario en formación profesional
Personal de gestión de servicios
<b>Ofertas de integración</b>
Integración en el régimen estatutario del personal funcionario y laboral de los hospitales del Sergas
<b>Provisión de puestos de jefatura y coordinación</b>
Personal Licenciado Sanitario
Personal Sanitario Diplomado o Técnico
Personal de Gestión de Servicios
<b>Plan de estabilidad en los hospitales</b>
Acceso a documento de la Consellería de Sanidade, para lo que se establecen las medidas a adoptar para alcanzar la plena estabilidad en el empleo, del personal facultativo de los hospitales del Servicio Galego de Saúde
<b>Informe de clima laboral en el Servicio Galego de Saúde</b>
El Servicio Galego de Saúde, consciente de la importancia que tienen sus profesionales en el desarrollo de la prestación de asistencia sanitaria, desarrolló en el año 2006 un proyecto de evaluación del clima laboral de las Instituciones Sanitarias

La normativa desarrollada específicamente para la regulación de la carrera puede ser consultada en la misma página:

- Decreto del régimen extraordinario de la carrera profesional.
- Resolución de apertura del plazo de grado I (2005).
- Resolución de apertura del plazo grado II (2006).
- Resolución de apertura del plazo grado I (2006)-Personal fijo Ley 16/2001.
- Resolución de apertura del plazo grado I (2006)-Personal da categoría de pediatra de AP.
- Texto de la resolución de la apertura del plazo grado II (2007).
- Texto de la resolución de apertura del plazo grado III (2007).
- Resolución de apertura del plazo grado I (personal estatutario fijo del grupo A, en plaza de facultativo especialista de área por diversas resoluciones del Servicio Galego de Saúde como consecuencia de la obtención de un título de especialista en ciencias de la salud.
- Texto de la resolución de apertura del plazo grado III (2008)- Personal integrado funcionalmente e las unidades y servicios de atención primaria.
- Texto de la resolución de apertura del plazo grados I e II- Personal especialista de cota que tenga reconocido el pregrado.
- Texto de la resolución de apertura del plazo de grado IV (2008).
- Resolución de apertura del plazo de grado I (2005).
- Resolución de apertura del plazo grado II (2006).
- Resolución de apertura del plazo grado III (2007).
- Resolución da apertura do plazo grado I (2006) - Persoal da categoría de pediatra de AP.
- Resolución da apertura do plazo grado II (2006) - Persoal fijo Lei 16/2001
- Orden de 16 de mayo de 2006 por la que se regula el procedimiento y efectos de la integración funcional del personal licenciado sanitario de cota y zona en las unidades y servicios de atención primaria, y de su acceso al régimen extraordinario de carrera profesional.
- Resolución de apertura de plazo grados I e II- Personal integrado funcionalmente en AP.
- Reconocimiento del grado II del personal estatutario fijo del grupo A, que actualmente venga desempeñando una plaza de facultativo especialista de área.
- Resolución por la que se inicia el procedimiento para el reconocimiento del Grado I (2008) del personal Licenciado de las Fundaciones.
- Resolución por la que se abre el plazo para que determinado personal licenciado sanitario de las unidades y servicios de Atención Primaria solicite el grado IV de carrera profesional.
- Apertura del plazo para que el personal facultativo especialista de cota de las categorías de licenciados sanitarios que tenga reconocidos los grados I e II.
- Anuncio de apertura de plazo para la solicitud de reconocimiento del grado IV de personal licenciado sanitario.
- Resolución por la que se inicia el procedimiento para el reconocimiento del grado III del personal estatutario fijo del grupo A, que actualmente desempeñe una plaza de facultativo especialista de área.
- Resolución por la que se inicia el procedimiento para el reconocimiento del Grado II (2009) del personal Licenciado Sanitario de las Fundaciones.

## MADRID (COMUNIDAD DE)

La Comunidad de Madrid tiene regulada la promoción profesional a través de los siguientes acuerdos:

- Acuerdo de 25 de enero de 2007, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el Acuerdo de 5 de diciembre de 2006 alcanzado en la Mesa Sectorial de Sanidad entre la Consejería de Sanidad y los organizaciones sindicales presentes en la misma, en materia de promoción profesional del personal estatutario, negociación colectiva y participación en las condiciones de trabajo y personal en formación mediante el sistema de residencia.
- Acuerdo de 25 de enero de 2007, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el Acuerdo de 5 de diciembre de 2006 alcanzado en la Mesa Sectorial de Sanidad entre la Consejería de Sanidad y las organizaciones sindicales presentes en la misma sobre carrera profesional de licenciados sanitarios y diplomados sanitarios.

## MURCIA (REGIÓN DE)

La Carrera profesional en la Comunidad de Murcia está acordada en mesa sectorial y en fase de desarrollo de encuadramiento inicial.

Se aplicarán criterios de acreditación y valoración de méritos en el cuarto tramo del encuadramiento inicial, a los profesionales que se jubilan actualmente y en 2010, tras el encuadramiento inicial, es aplicable a todos los profesionales en todos los niveles.

## NAVARRA (COMUNIDAD FORAL DE)

En Navarra los médicos tienen regulada la carrera desde el año 2000 y en el reglamento que desarrolla la Ley se contemplan los méritos a valorar en la carrera profesional.

- Ley Foral 11/1999, de 6 de abril, por la que se regula el sistema de carrera profesional del personal facultativo del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
- Decreto Foral 376/2000, de 18 de diciembre, por el que se dictan las normas de desarrollo de la Ley Foral 11/1999, de 6 de abril, por la que se regula el sistema de carrera profesional del personal facultativo del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

En el Anexo I se recoge el "Baremo para la valoración del apartado de perfeccionamiento y actualización profesional".

A) Actividades de formación e investigación. El presente apartado comprenderá los siguientes méritos:

- Actividades de formación:
  - Docencia recibida: Se otorgarán 5 unidades por crédito. La puntuación máxima por curso o actividad será de 100 unidades.
  - Docencia impartida: Se otorgarán 10 unidades por crédito.
  - Suficiencia investigadora: Se otorgarán 15 unidades.
  - Doctorado: Se otorgarán 50 unidades.
  - Formación postgrado en los servicios o centros con docencia acreditada: Se otorgarán 10 unidades por residente y año a repartir entre todos los miembros del centro o servicio, teniendo en cuenta que el tutor puntúa tres veces con relación al resto.

La puntuación por créditos prevista en este apartado se asignará de acuerdo con la acreditación otorgada por la correspondiente Comisión de Formación Continuada, y en su defecto se considerará que cada diez horas constituyen un crédito.

- Actividades de investigación.

Serán objeto de valoración las actividades seguidamente señaladas, siempre que estén relacionadas con su trabajo habitual, y no se valorará más de seis firmantes por actividad.

- Publicaciones en revistas, en los siguientes términos:
    - Tratándose de revistas extranjeras incluidas en índices internacionales, 30 unidades los dos primeros firmantes y 10 unidades los siguientes.
    - Tratándose de revistas españolas incluidas en índices internacionales, 20 unidades los dos primeros firmantes y 5 unidades los siguientes.
    - Tratándose de revistas españolas no incluidas en índices internacionales, 10 unidades los dos primeros firmantes y 2.5 unidades los siguientes.
- En función del Factor de Impacto, recogido para el mismo año por el Journal Citation Report, de las publicaciones periódicas en las que se realiza la contribución se aplicará, excepto en las notas clínicas y cartas al director, si la revista tiene factor de impacto, y éste es menor que 1, se le sumarán 5 unidades, y si es igual o superior a 1 se le sumarán 15 unidades. La justificación del mencionado factor de impacto correrá a cargo de los autores.
- Publicación de libros: Por cada capítulo 20 unidades, con un máximo de 60 unidades por libro.
  - Presentación de ponencias a congresos, en los siguientes términos:
    - Por ser ponente o conferenciante en un congreso o jornada internacional, 30 unidades.
    - Por ser ponente o conferenciante en un congreso o jornada nacional, 20 unidades.
    - Por ser ponente o conferenciante en un congreso regional, 10 unidades.
  - Por participar en mesas redondas: 20 unidades si son de ámbito internacional, 15 si son nacionales y 5 si son regionales.
  - Por la presentación de comunicaciones o pósters a Congresos, en los siguientes términos:
    - Si son internacionales, 15 unidades los dos primeros firmantes y 7 unidades los siguientes.
    - Si son nacionales, 10 unidades los dos primeros firmantes y 5 unidades los siguientes.
    - Si son regionales, 5 unidades los dos primeros firmantes y 2 unidades los siguientes.
  - Por la participación en proyectos de investigación: 20 unidades los dos primeros firmantes y 5 unidades los siguientes. Solo se valoraran las becas financiadas por agencias públicas o privadas sin ánimo de lucro, cuya convocatoria y aprobación se haya realizado en régimen de concurrencia libre y competitiva, siendo su puntuación independiente de las publicaciones que puedan derivarse de ellas. En todo caso quedan excluida la valoración por la participación en los ensayos clínicos.

#### B) Actividades de desarrollo técnico y de dirección y gestión.

- Actividades de desarrollo técnico.
  - Participación en comisiones, grupos técnicos con nombramiento por el Consejero de Salud, Director General de Salud o Director Gerente del Servicio Navarro de Salud: 10 unidades por comisión o año de pertenencia.
  - Participación en comisiones o grupos técnicos, constituidas por resolución del órgano competente: 5 unidades por comisión o año de pertenencia.
  - Estancias formativas: En razón proporcional a 50 unidades por mes, con un máximo 50 unidades por periodo de permanencia en el nivel.
  - Proyectos de mejora que incidan directamente en la organización y sistemas de trabajo de los centros o servicios: Se incluyen planes de mejora de oferta de servicios, planes de mejora de la competencia, planes de mejora de la racionalización de procedimientos y planes de mejora de métodos de gestión.

En este apartado se tomará en cuenta a efectos de valoración los proyectos de mejora que reúnan los siguientes requisitos:

- Estar incluidos en los objetivos o pacto de gestión del equipo de trabajo.
- Presentar una metodología adecuada.
- Que incluyan análisis e identificación del problema, medidas correctoras y evaluación.

Los proyectos de mejora se clasifican en cinco niveles tomando en consideración el grado de complejidad, el ámbito de aplicación y la orientación hacia los objetivos estratégicos de la organización.

La asignación de nivel al proyecto de mejora se realizará en el momento de aceptación del mismo para su inclusión en los objetivos o pacto de gestión del equipo de trabajo.

Se valorará anualmente tras la presentación de la memoria anual del proyecto, de acuerdo con la siguiente puntuación en función de los distintos niveles:

- Nivel I: 10 unidades por cada uno de los firmantes hasta un máximo de 40 unidades para el conjunto de los firmantes.
- Nivel II: 20 unidades por cada uno de los firmantes hasta un máximo de 100 unidades para el conjunto de los firmantes.
- Nivel III: 40 unidades por cada uno de los firmantes hasta un máximo de 240 unidades para el conjunto de los firmantes.
- Nivel IV: 75 unidades por cada uno de los firmantes hasta un máximo de 600 unidades para el conjunto de los firmantes.
- Nivel V: 100 unidades por cada uno de los firmantes hasta un máximo de 800 unidades para el conjunto de los firmantes.

El reparto de las unidades se realizará de forma lineal entre todos los firmantes, salvo propuesta específica suscrita por todos los firmantes.

- Actividades de dirección y gestión.
  - Por desempeñar el puesto de responsable de equipo de trabajo que incluya entre sus objetivos anuales compromisos de gestión clínica: Se otorgarán hasta un máximo de 25 unidades por año.
  - Se entiende como gestión clínica la implicación de los profesionales en la gestión de todos los recursos de la unidad asistencial que la integran.
  - Por el desempeño de puestos de libre de designación, deban o no proveerse entre personal de plantilla de la Administración de la Comunidad Foral, en el ámbito del Departamento de Salud y sus Organismos Autónomos, 20 unidades por cada año de servicios prestados en los mismos, sin que pueda obtenerse puntuación adicional en los restantes apartados de actividades de desarrollo técnico y de dirección y gestión del baremo.

## PAÍS VASCO

La normativa relacionada con el desarrollo profesional en Osakidetza se muestra en la página:

[http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-osk0049/es/contenidos/informacion/desarrollo\\_profesional\\_osk/es\\_dp/desarrollo.html](http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-osk0049/es/contenidos/informacion/desarrollo_profesional_osk/es_dp/desarrollo.html).

- Resolución 17/2006, de 19 de enero, de la Directora General de Osakidetza-Servicio vasco de salud, por la que se regula el reconocimiento del nivel de desarrollo profesional de los profesionales sanitarios del grupo de nivel licenciado sanitario con relación de empleo de carácter fijo que presten servicios en las organizaciones de servicios dependientes de Osakidetza-Servicio vasco de salud.
- Decreto 35/2007, de 27 de febrero, por el que se regula el desarrollo profesional de los profesionales sanitarios del grupo profesional B.1. de Osakidetza-Servicio vasco de salud.
- Decreto 284/2007, de 26 de diciembre, por el que se regula el desarrollo profesional de las categorías no sanitarias y las del área sanitaria de FP de Grado Superior y Medio de Osakidetza-SVS.

## LA RIOJA

Existe en esta Comunidad Autónoma la carrera profesional en Atención Primaria que tiene en cuenta la valoración de los meritos formativos, docentes (pregraduada y postgraduada) e investigadores.

## INGESA

El INGESA dispone de dos modelos de carrera profesional:

- Personal sanitario.
- Personal no sanitario y sanitario de formación profesional.

Se destaca en nuestro modelo de carrera:

- Que es evaluable (no reconocimiento automático).
- Implantación total en los tres primeros niveles y evaluando el 4º.

Existe también el reconocimiento de carrera profesional a los interinos, pero sin percepción económica.

## **PREGUNTA 7. MODELO DE CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA**

### **ANDALUCÍA**

La Comunidad Autónoma tiene desarrollado un modelo de gestión y calidad sobre la base el II Plan de Calidad, del que caben destacar los:

Procesos estratégicos:

- Gestión de la calidad asistencial.
- Formación de los profesionales y gestión del conocimiento.

Procesos operativos:

- Identificación y abordaje de los factores que inciden en la diferencia de oportunidades.
- Definir e implementar las intervenciones necesarias en los centros sanitarios públicos para mejorar la orientación de los mismos a las necesidades de la zona.
- Garantizar la continuidad asistencial.

Procesos de soporte:

- Potenciar entre los colectivos con mayor riesgo de exclusión la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- Cooperación intersectorial y con agentes sociales.

Uno de los elementos claves en el modelo de calidad de Andalucía es la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, una fundación pública adscrita a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía cuya finalidad es el impulso y la promoción del Modelo Andaluz de Calidad.

Según se define en el II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, es un “elemento nuclear que facilitará las estrategias de mejora de los centros y situará al Sistema Sanitario Público Andaluz como un sistema que busca la excelencia en la prestación de los servicios”.

Para conseguir esta finalidad, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía ha puesto en marcha programas de acreditación de centros y unidades sanitarias, de competencias profesionales, de formación continuada y de páginas web, buscando siempre la excelencia en la atención sanitaria y favoreciendo una cultura de la mejora continua en el Sistema Sanitario Andaluz.

Asimismo, la Agencia de Calidad Sanitaria ha impulsado la creación del Observatorio de Seguridad del Paciente, que pone a disposición de profesionales y ciudadanos información sobre experiencias locales, nacionales e internacionales en el ámbito de la seguridad.

#### **1. Modelo de Acreditación de Centros y Unidades Sanitarias**

La Acreditación de Centros y Unidades Sanitarias, es entendida como un proceso cuya finalidad es favorecer e impulsar la mejora continua en nuestras instituciones sanitarias, profesionales, formación, etc. Este Modelo de Acreditación, constituye un marco de referencia común para los Programas de Acreditación que lo integran y que se elaboran contando con la participación de los profesionales del Sistema Sanitario a través de Comités Técnicos Asesores. Los Programas de Acreditación, comparten una estructura similar y contemplan, desde cada una de sus perspectivas, las mismas áreas clave para la gestión de la calidad. Se articulan en cinco bloques, en torno a los que se agrupan los contenidos de los distintos programas.

- I. El ciudadano.
- II. La Atención Integral.
- III. Los profesionales.



IV. Las Áreas de Soporte.

V. La Eficiencia y los Resultados.

Son características del Modelo de Acreditación la coherencia con los planes y herramientas de gestión para la mejora continua en el Sistema Sanitario Público de Andalucía: la gestión clínica, la gestión por procesos, la gestión por competencias y la gestión del conocimiento. Aborda la calidad desde un enfoque integral, a través de Programas de Acreditación dirigidos a los elementos que intervienen en la atención sanitaria: Centros Sanitarios, Unidades de Gestión Clínica, Unidades de Investigación, Unidades de Hemodiálisis, Oficinas de Farmacia, Laboratorios Clínicos, Centros de Atención Infantil Temprana, etc. Y es progresivo: la acreditación es un proceso dinámico continuo y evolutivo que refleja no sólo el momento en el que se está, sino el potencial de desarrollo y mejora para crecer en calidad.

## 2. Programa Integral para la acreditación de la Formación Continuada (PIAFC)

Tiene como propósito promover y reconocer la calidad de la formación que se destina a los profesionales sanitarios en sus áreas específicas de conocimiento y actuación. Trata de favorecer el desarrollo profesional continuo y la excelencia de la práctica profesional, a través de la identificación de elementos de calidad relacionados con la manera de gestionar, planificar, desarrollar y evaluar la formación continuada. Contiene varios subprogramas, a saber:

- Subprograma de Acreditación de Unidades y Centros de Formación Continuada.
- Subprograma de Acreditación de Programas de actividades de Formación Continuada.
- Subprograma de Acreditación de Actividades de Formación Continuada

## 3. Programa de Acreditación de Competencias Profesionales

El Programa de Acreditación de Competencias Profesionales del SSPA ha sido diseñado para reconocer los logros alcanzados por los profesionales en su práctica real y diaria, y como una herramienta para promover el desarrollo profesional y la mejora continua (ver Modelo organizativo de acreditación de competencias).

## 4. Seguridad del paciente

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía ha puesto en marcha un Observatorio de seguridad de Paciente con las siguientes Áreas de Actuación:

- Difundir las mejores recomendaciones.
- Compartir los progresos.
- Notificar un incidente de seguridad.
- Acceder al distintivo de manos seguras.

5. Gestión del Conocimiento, como conjunto de actividades y procesos de la Agencia de Calidad Sanitaria, destinados a que todo el conocimiento tácito, explícito, individual, interno y externo involucrado en la organización pueda convertirse de manera sistemática en conocimiento organizacional, accesible y compartido, facilitando de este modo la consecución de los objetivos de la propia organización.

## ARAGÓN

En Aragón no hay un modelo establecido para toda la Comunidad Autónoma, sino que existen proyectos parciales. Un ejemplo es el "Programa de apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Salud". Los proyectos aprobados relacionados con la Atención Primaria de Salud han sido 58 en la convocatoria del año 2007 y 90 en el año 2008.

En Aragón no hay un modelo establecido, existen diversos programas e iniciativas:

- Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la calidad en salud. Los proyectos aprobados relacionados con AP han sido en 2007, 58 y en 2008, 90. Los avances de estos proyectos se presentan anualmente, en una Jornada de Trabajo sobre Calidad y Salud.

- En Seguridad clínica se ha creado la Unidad de referencia y apoyo en seguridad de pacientes para el Servicio Aragonés de Salud (UFSP); en 2008 existen los siguientes proyectos activos (tres financiados con fondos del Ministerio de Sanidad y Política Social):
  - Mejorar la información y seguridad clínica de los pacientes polimedicados con tratamientos prolongados en un centro de salud.
  - Ciclo de mejora continua de la calidad: aplicación del modelo EFQM de excelencia en la gestión del centro de salud "Lafortunada": seguimiento del paciente en terapia anticoagulante oral.
  - Formación de grupos de trabajo en gestión del riesgo clínico para centros del Servicio Aragonés de Salud y Sociedades Científicas. Dentro de este proyecto se ha realizado la 2ª Jornada de Seguridad del Paciente "La seguridad del paciente en la investigación clínica", y se presentó el documento "Una norma, algunas recomendaciones y un compromiso por la seguridad de los pacientes" elaborado a partir de las conclusiones de la primera jornada.
  - Mejora de higiene de manos en personal sanitario.
- Algunos centros de salud han iniciado el proceso de certificación ISO 9001:2000 de gestión de la calidad.

### ASTURIAS (PRINCIPADO DE)

Modelos y Sistemas de Gestión de Calidad coexistentes en la Comunidad de Asturias son los siguientes:

- Modelo Europeo de Excelencia (EFQM).
- Joint Commission International (JCI).
- Norma UNE-EN ISO 9001.

### BALEARS (ILLES)

En las Islas Baleares en relación al modelo de calidad, existen las siguientes experiencias:

- Acreditación ISO en cuatro centros de salud (Coll de'n Rabassa y Trencadors de Mallorca y Dalt Sant Joan i Canal Salat en Menorca).
- Programa de servicios sanitarios excelencia clínica en desarrollo.

### CANARIAS

Se ha implantado en dos de las siete áreas de salud: Tenerife y Gran Canaria En diferentes fases de desarrollo según las áreas de salud:

- En el área de salud de Gran Canaria se ha realizado la Autoevaluación EFQM y se han constituidos 5 grupos de mejora. Pendientes del proceso de validación.
- En el área de salud de Tenerife:
  - Consolidación de la implantación del modelo europeo de la Calidad EFQM. Se ha continuado con el desarrollo del modelo ya iniciado en octubre de 2006. Las actividades más destacadas, ejecutadas en el último año:
    - Se ha realizado una nueva Autoevaluación de todo el Equipo Directivo de la Gerencia mediante la herramienta Perfil que ha permitido: a) actualizar, tras el consenso, las acciones de mejora; b) complementar las acciones de mejora priorizadas tras la autoevaluación que previamente se había realizado con todos los Directores y Subdirectores de las Zonas Básicas de Salud.
    - Se han diseñado y desplegado las diversas acciones priorizadas. De éstas, se está en la fase previa de implantación de las siguientes acciones: 1) Manual y proceso de Acogida; 2) Plan de Comunicación Interna y 3) Formación Inicial.
    - Se está finalizando la elaboración de la Memoria EFQM +300 para la obtención del Reconocimiento a la Excelencia en la Gestión mediante el Sello de Excelencia +300 por el Club Europeo.

- Consolidación del sistema integrado de Gestión de la Calidad según ISO 9001:2000. Se ha mejorado la documentación general del Sistema así como se han diseñado e implantado de 12 servicios que han sido Certificados tras las correspondientes auditorias internas y externas. Además se han recertificado los cuatro servicios que ya tenían certificación.
- Elaboración y desarrollo del sistema integrado de Gestión de la Calidad Medioambiental según norma ISO 14001:2004. Se ha elaborado la documentación general del Sistema así como se han diseñado e implantado los procesos para el cumplimiento de la Norma 14001:2004 en cuatro Centros de Salud.

## CANTABRIA

No existe un modelo unificado de gestión de la calidad a nivel de la Comunidad Autónoma.

## CASTILLA Y LEÓN

La Comunidad de Castilla y León, presenta las siguientes actividades relacionadas con la calidad en Atención Primaria:

- Modelo de autoevaluación EFQM en Atención Primaria.
- Planes de mejora en todos los centros de Atención Primaria.
- Planes de mejora de Área.
- Acreditación con medalla de bronce y plata de varios EAP.

## CASTILLA-LA MANCHA

En esta Comunidad Autónoma el modelo de calidad implantado es el EFQM.

## CATALUÑA

El Modelo EFQM es el modelo de calidad de Cataluña.

## COMUNIDAD VALENCIANA

Todas las medidas contempladas en el documento de la Conselleria de Sanidad sobre "Líneas Estratégicas de Mejora en Atención Primaria" van encaminadas a la mejora de la calidad de la atención. Es un modelo de mejora continua de la calidad.

## EXTREMADURA

Plan Marco de Calidad.

La Junta de Extremadura establece como objetivo de primer orden en su política sanitaria la necesidad de promover un cambio en la cultura de gestión, que esté orientado hacia la calidad total, de tal forma que situando como objetivo principal la satisfacción plena del ciudadano con la atención sanitaria recibida, extiende la responsabilidad en la mejora continua de la calidad a cada miembro de la organización sanitaria constituyendo un verdadero cambio cultural y de participación.

El "1 Plan Marco de Calidad" es el instrumento para la mejora continua de la calidad en todos los ámbitos, análogamente a la filosofía del Modelo de Calidad de centros, servicios y establecimientos sanitarios conforme al Decreto 227/2005, de 27 de septiembre, por el que se regula el procedimiento y los órganos necesarios para la aplicación del modelo de calidad.

## GALICIA

El Protocolo de actividad es la herramienta fundamental que marca los objetivos que hay que alcanzar y orienta las acciones que se van a desarrollar en los servicios de atención primaria.

Tiene diferentes objetivos que se clasifican en:

- Objetivos básicos, de obligado cumplimiento para todos los profesionales. Cubrir correctamente los objetivos básicos es condición necesaria para evaluar el resto de los objetivos incluidos en este protocolo de actividades.
- Objetivos comunes del servicio/unidad de atención primaria. Alcanzan todos los profesionales, e incluyen:
  - Objetivos de atención al usuario: mejorar la accesibilidad, información y atención al usuario, y específicamente la gestión de reclamaciones.
  - Objetivos de calidad: promover el avance continuo en los centros de salud: la) Proyecto de avance encuadrado en las directrices del Plan de avance de la atención primaria 2007-2011. Podrá ser por categoría profesional, servicio de apoyo o para diversas categorías en el incluso servicio. b) Áreas de responsabilidad dentro del equipo de atención primaria.
  - Objetivos de docencia, formación e investigación.
- Objetivos asistenciales. Son diferentes segundos las distintas categorías profesionales dentro de servicio (médicos, enfermeras, pediatras, odontólogos, farmacéuticos, fisioterapeutas, trabajador social, personal de PAC).
- Objetivos de sistemas de información (para médicos, pediatras, farmacéuticos, odontólogos, fisioterapeutas y trabajadores sociales). Son objetivos de aplicación de los sistemas de información a la práctica clínica.

El complemento de productividad variable asignada a la atención al usuario es del 5% y para los objetivos de calidad, del 25%.

#### MADRID (COMUNIDAD DE)

La Comunidad de Madrid decidió, en los años noventa, establecer el Modelo EFQM como modelo para todas sus Consejerías. Por esta razón, a partir de las transferencias realizadas en enero del año 2002, este ha sido el modelo de calidad establecido para Atención Primaria.

La primera autoevaluación se realizó en el año 2003. En el año 2005 se efectuó una adaptación del modelo al sistema sanitario madrileño y se realizó un segundo ciclo de autoevaluación en los años 2006 y 2007, para posteriormente poner en marcha acciones de mejora a lo largo de los años 2008 y 2009.

Sus resultados son los siguientes:

- Autoevaluación, informe de resultados y propuesta de acciones de mejora realizadas por el 100% de las gerencias de Atención Primaria.
- Participación de 368 profesionales en 86 grupos de trabajo, identificando un total de 1.497 puntos fuertes y de 1.523 áreas de mejora.
- Las áreas de mejora mas frecuentemente identificados fueron: desarrollar estrategias de comunicación interna ascendente y descendente, planificación estratégica y desarrollar, revisar y mejorar el cuadro de mando y los sistemas de información.
- Además, también identificaron el diseño y metodología de procesos, el identificar y gestionar alianzas con grupos de interés o evaluar y mejorar los procesos y procedimientos no asistenciales.
- Las áreas mas priorizadas para establecer acciones de mejora fueron los relacionados con comunicación y gestión de la organización.

Con todo ello se establecieron 70 planes de mejora en las 11 gerencias y en el último informe de situación (octubre de 2008) los resultados se reflejan en la siguiente tabla:

SITUACIÓN de los PLANES DE ACCIÓN					
GERENCIA	En desarrollo	Finalizado	No informado	No iniciado	Total
ATENCIÓN PRIMARIA	42	12	14	2	70

Finalmente, la distribución de los planes y su situación en octubre de 2008, por gerencias, se presenta en la siguiente tabla:

DISTRIBUCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA					
GERENCIA	En desarrollo	Finalizado	No informado	No iniciado	Total
Área 1	6				6
Área 10			4		4
Área 11			5		5
Área 2			5		5
Área 3	6	1		1	8
Área 4	1	2			3
Área 5	3	4			7
Área 6	3	1		1	5
Área 7	6				6
Área 8	8	2			10
Área 9	2	2			4
SUMMA	7				7
TOTAL	42	12	14	2	70

### MURCIA (REGIÓN DE)

El modelo implantado en el Servicio Murciano de Salud es el de la Fundación Europea para la Gestión de Calidad:

- EFQM. Sello 200+ en las Gerencias de Atención Primaria y en dos de las tres Gerencias de Área.
- Contratos de Gestión basados en el modelo de gestión EFQM.

Además, la cartera de servicios de atención primaria ha sido revisada íntegramente y se ha desarrollado como instrumento de monitorización, evaluación y mejora de la calidad asistencial, definiendo para cada servicio indicadores de accesibilidad, proceso y resultados.

### PAÍS VASCO

Las principales actividades desarrolladas se centran, fundamentalmente, en:

- Avance en la implantación y mejora del "Sistema de Gestión en Atención Primaria" en las Unidades de atención primaria.

Este sistema se viene implantando desde el año 2000 cuando se inicio con la certificación según Norma ISO 9001. Los aspectos claves de este sistema están sustentados en:

- Liderazgo por parte del Jefe de la Unidad, pero también y muy importante del propietario o equipo propietario de cada proceso.
- Desplegar de forma sistemática los objetivos del Contrato de Gestión Clínica a través de los procesos.
- Medir para tomar decisiones.
- Generalizar de esta forma un estándar básico de servicio.

En el año 2008 100 UAP están certificadas con este Sistema de Gestión lo que representa el 76% del total de las Unidades de la CAV.

- Durante el 2008 y parte del 2009 se ha realizado una revisión y actualización del sistema de gestión, y se han activado la discusión y mejora de los procesos de atención primaria y del SGC. Para ello se analizó cada proceso y el Sistema en su conjunto a través de la discusión en varios grupos de trabajo de procesos y directivos, además se realizó una encuesta dirigida a todos los profesionales de la atención primaria con diferentes implicaciones para recoger su opinión sobre la estructura y utilidad del Sistema de Gestión que posteriormente se ha ido llevando a los diferentes grupos de trabajo.

- Nueva metodología para la innovación y mejora. Cómo activar el ciclo de identificación e implantación de nuevas mejoras en las UAP. Se está trabajando sobre mejorar el conocimiento compartido a través de diferentes soportes y en formación para la creatividad de los equipos de trabajo.

#### LA RIOJA

La Comunidad de La Rioja no tiene implantado actualmente un modelo unificado de calidad en Atención Primaria.

#### INGESA

Con el fin de mejorar la accesibilidad de los usuarios se han adoptado medidas organizativas necesarias para:

- Suministrar en todos los centros la información necesaria para el acceso y utilización de los servicios y prestaciones del INGESA.
- Mejora del sistema de obtención de cita telefónica.
- Organización de las citas para consulta adaptando las agendas a la evolución de la demanda.

### **PREGUNTA 8. PROGRAMA DE FORMACIÓN DE PROFESIONALES DESTINADO A PROMOVER LA AUTONOMÍA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

#### ANDALUCÍA

Programas de formación en Seguridad del Paciente

Desde la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía se pone en marcha el proyecto "La Estrategia para la Seguridad del paciente en Andalucía" (Noviembre 2006). Este proyecto persigue, incrementar la Seguridad del paciente como componente crítico de la calidad en nuestro sistema sanitario. Nuestro objetivo es orientar la gestión de los recursos hacia la creación de centros seguros. Implicamos a todos los profesionales y niveles asistenciales, utilizando las estructuras y elementos de la organización (gestión clínica, gestión por procesos, gestión por competencias), y el modelo de acreditación y de carrera profesional.

Para garantizar el desarrollo de nuestra Estrategia para la Seguridad del paciente tenemos como objetivo promover el conocimiento, formación y cultura de Seguridad, para lo que se han realizado las siguientes acciones:

- Cinco cursos de Formación de formadores en Seguridad del Paciente: 150 profesionales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria. Estos cursos de 30 horas de duración se realizaron en Colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública en los años 2007 y 2008. Posteriormente se implementó formación en cascada a los profesionales de los Centros Sanitarios.
- Red en Seguridad del Paciente en los Distritos de Atención Primaria a través de 236 directivos y profesionales asistenciales. Se crea en el 2007 una red de contacto en Atención Primaria formada por directivos y profesionales asistenciales que permite el intercambio de conocimientos y experiencias en Seguridad del paciente. Estos profesionales han recibido al menos una comunicación e información en materia de Seguridad del paciente en Atención Primaria.
- Implementación de la Práctica Segura Higiene de manos en Atención Primaria en Andalucía: Módulo de formación de "higiene de manos" para profesionales del SSPA. Se proporcionó en el 2008 a los centros sanitarios, apoyo metodológico, bibliográfico y recursos económicos, para la puesta en marcha de esta práctica segura. Las herramientas de apoyo fueron la Guía de Implementación de la Práctica Segura de Higiene de manos en Atención Primaria, las hojas de evaluación, el módulo de formación, etc. Todos ellos publicados en el Observatorio para la Seguridad del Paciente de Andalucía. Por otra parte el Observatorio de Seguridad del paciente de Andalucía con el Distintivo Manos Seguras ofrece a los centros hospitalarios y de Atención Primaria una herramienta para la autoevaluación y reconocimiento de las mejoras en el cumplimiento de la higiene de manos.

- Participación en el Estudio Nacional de Eventos Adversos de Atención Primaria (APEAS) (2007- 2008) cinco centros participantes de Andalucía.
- "Guías de Práctica Clínica y Vías clínicas como herramientas de mejora de la variabilidad y la seguridad en Atención Primaria y Atención hospitalaria": Cursos de formación de formadores para la mejora de la Variabilidad clínica y Seguridad del paciente. Realizados en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública (2008).
- Estudio de prevención de caídas en personas mayores (estudio PRECAN) y diseño de material formativo. Realizado por la Fundación IAVANTE (accesible en su página web [http://www.iavante.es/portal3d/accion\\_social/precan/default.htm](http://www.iavante.es/portal3d/accion_social/precan/default.htm)).
- Participación en la I Jornadas de Seguridad del Paciente en Atención Primaria San Sebastián 2008: 20 trabajos comunicados por el Servicio Sanitario Público Andalucía (SSPA) (16 comunicaciones orales y 4 posters).
- Presentaciones a los profesionales de la Dirección General de Asistencia Sanitaria de información básica de Seguridad del paciente y estrategia y actividades en materia de Seguridad (2008).
- Inclusión en Contrato programa 2008 y Acuerdo de Gestión Clínica 2008 de objetivos dirigidos a la potenciación y facilitación de la formación en seguridad del paciente.

Programas de formación en la promoción de la autonomía del paciente:

- "Ejercicio terapéutico en el hemipléjico adulto" dirigido a Fisioterapeutas y Terapeutas Ocupacionales.
- "Estrategia de mejora de los cuidados para Auxiliares de Enfermería".
- "Personalización de los cuidados: enfoque desde la investigación-acción participativa".
- Elaboración de Guía de Práctica Clínica de Recomendaciones para el cuidado en la salud.
- "Estrategia de mejora de los cuidados en Salud Mental para las Auxiliares de Enfermería".
- "La enfermera en el abordaje de personas con diabetes".
- "Prevención y promoción de la salud en adolescentes y jóvenes: accidentes, dependencias, sexualidad, alimentación y ejercicio".
- "Manejo enfermero sobre la incontinencia urinaria".
- Estrategias de apoyo para el cuidador familiar".
- "Psicoeducación familiar en la esquizofrenia".

## ARAGÓN

- La Unidad de referencia y apoyo en seguridad de pacientes para el Servicio Aragonés de Salud ha realizado en 2008 talleres, asesoría a proyectos y actividades divulgativas sobre cultura de seguridad del paciente y gestión de riesgos.
- Los Programas de formación de los sectores incluyen en 2008 y 2009 actividades dirigidas a mejorar habilidades sobre el análisis de incidentes, los sistemas de notificación o las medidas para evitar determinados efectos adversos.

## ASTURIAS (PRINCIPADO DE)

A través del Instituto Asturiano de Administración Pública Adolfo Posada (IAAP) - órgano dependiente de la Consejería de Administraciones Públicas - se gestiona un plan anual de formación, con un capítulo específico para el Personal de Salud, en el que, de acuerdo con las líneas estratégicas marcadas por la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios y por el Servicio de Salud, se contempla la oferta formativa específica, en la que se incluyen, entre otros, cursos de calidad, seguridad y gestión sanitarias.

## BALEARS (ILLES)

Se han desarrollado diversas actividades, pero sin un proyecto global.

## CANARIAS

Las actividades desarrolladas han sido las siguientes:

- En el año 2007:

- Curso de Sistemas de Vigilancia de la Infección hospitalaria (25 h.).
  - Master en Seguridad del paciente y calidad asistencial (1.800 h.).
  - Curso de Gestión de riesgos y mejora de la seguridad del paciente (2 ediciones de 120 h./ed.).
  - Curso de Mejora de la seguridad en el ámbito asistencial (20 h.).
  - Curso básico de seguridad de pacientes (30 h.).
  - Curso de seguridad del sistema de utilización de medicamentos (20 h.).
  - Curso Avanzado semipresencial en seguridad del paciente (125 h.).
- ▀ En el año 2008:
    - Curso de Gestión de riesgos y mejora de la seguridad del paciente (120 h.).
    - Curso de formador de formadores en seguridad clínica, impartido por la Escuela Andaluza de Salud Pública (30 h.).
    - II Jornadas de Calidad Asistencial y Seguridad de Pacientes (8 h.).
  - ▀ En el año 2009 se han incluido cursos de seguridad de pacientes, en la oferta formativa que organiza la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias.

### CANTABRIA

Las actividades desarrolladas se han centrado en los siguientes temas:

- ▀ Limpieza de manos.
- ▀ Pacientes polimedicados.

### CASTILLA Y LEÓN

Las acciones llevadas a cabo están en relación con:

- ▀ Participación en el estudio ENEAS.
- ▀ Autocuidado.
- ▀ Planes de cuidados de enfermería incorporados a la HCE.

### CASTILLA-LA MANCHA

Se han efectuado:

- ▀ Actividades formativas a través de oficinas de atención al usuario.
- ▀ Convenio de prácticas seguras con el MSPS, con varios proyectos financiados.

### CATALUÑA

Se ha desarrollado un Programa Paciente Experto.

### COMUNIDAD VALENCIANA

Dentro de los planes de formación continua y continuada que desarrolla la Escuela Valenciana de Estudios en Salud Pública está contemplado este programa. Durante el año 2008 se llevaron a cabo 29 ediciones de cursos sobre dicha materia destinadas a 292 profesionales con un total de 547 horas lectivas.

### EXTREMADURA

Existe un Plan de formación a través de la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud.

### GALICIA

Respecto a Calidad y Seguridad de pacientes, se han llevado a cabo las siguientes iniciativas:



[http://www.sergas.es/MostrarContidos\\_N2\\_T01.aspx?IdPaxina=20351](http://www.sergas.es/MostrarContidos_N2_T01.aspx?IdPaxina=20351).

- Estrategia: integración de los objetivos del Plan de calidad con los objetivos del Protocolo de Objetivos Estratégicos (POE) y del Protocolo de Actividad en AP (PA).
- Recursos humanos: apoyo al financiamiento de unidades funcionales de calidad en Atención Primaria y Especializada; puesta en marcha del Grupo de Seguridad de Pacientes y el Grupo de Investigación en Enfermería, coordinados por el Servicio de Integración de Cuidados.
- Formación: formación de formadores en proyectos de mejora (ocho ediciones con 25 alumnos cada una); cinco cursos en seguridad de pacientes; gestión de riesgos en línea (cuatro ediciones realizadas); talleres en úlceras por presión por centros sanitarios; siete cursos de vías clínicas; sistemas de gestión de la calidad en cada área de AP; curso en gestión y mejora de la seguridad (40 horas).
- Jornadas de Calidad y Seguridad de pacientes, en 2008 y 2009.
- Proyectos específicos: financiamiento de compra integrada de pulseras identificativas, financiamiento material antiescaras, otros proyectos sobre higiene de manos, intervención educativa en reacciones adversas a medicamentos, los pacientes en la seguridad de pacientes, últimas voluntades, higiene de manos, etc.
- Evaluación: indicadores incluidos en POE, indicadores incluidos en PA, indicadores del cuadro de mandos de enfermería y los propios del proyecto.
- Buenas prácticas: financiamiento de más de 70 proyectos de mejora relacionado con las actuaciones priorizadas en estrategias de salud seguridad de pacientes. 4 centros de salud preparados para la certificación ISO.
- Tabla de contenidos Calidade e Seguridade.

<b>Xornadas de calidade e seguridade do paciente</b>
I Xornadas Galegas de Calidade e Seguridade do Paciente 2008
II Xornadas Galegas de Calidade e Seguridade do Paciente 2009
<b>Boas prácticas</b>
Guía para a elaboración de un Proyecto de Mejora
Modelos de calidad
<b>Enlaces de interese</b>
Web
Tutoriales on-line
<b>Proxectos corporativos</b>
Bacteriemia 0
Bioseguridad
Cirugía segura
Higiene de manos
Identificación
Infección nosocomial
Unidades funcionales de calidad
UPP
<b>Formación e investigación</b>
Formación
Proyectos de investigación
Publicaciones de profesionales del SERGAS
Herramientas
<b>Indicadores</b>
Indicadores de calidad cuadro de mandos del SERGAS
Indicadores en oncología

## MADRID (COMUNIDAD DE)

Se ha realizado las siguientes actividades formativas

- Formación en Gestión de riesgos y Seguridad el Paciente descentralizados:
  - 2007: 11 cursos, 159 sesiones, 10 jornadas/talleres. 1.523 profesionales.
  - 2008: 19 cursos, 110 sesiones, 10 jornadas/talleres. 2.190 profesionales.
- Formación en Gestión de Riesgos centralizados:
  - 2007: 2 cursos.
  - 2008: 2 cursos.

- Formación en uso seguro de medicamentos centralizados:
  - 2007: 2 cursos.
  - 2008: 2 cursos.

### MURCIA (REGIÓN DE)

Existe una línea específica dentro del "Programa estratégico común de formación continuada" dirigida a todos los centros.

### NAVARRA (COMUNIDAD FORAL DE)

Se ha realizado actividades en relación con:

- Tema de la autonomía, por ejemplo, en los cursos de "Seguimiento de enfermedades neurodegenerativas en AP", en el apartado de consideraciones ético-legales y en los cursos de cuidados paliativos.
- Por otra parte, en la Memoria del programa de seguridad del paciente se pueden ver las actuaciones realizadas:

PROMOVER LA PRÁCTICA DE MANOS LIMPIAS			
ACCIONES	SI	NO	OBSERVACIONES
Establecer una estrategia que facilite y promueva la adhesión de los trabajadores de AP a la campaña manos limpias		X	Se ha establecido un Grupo para establecer la estrategia a la que se va a adherir todo el SNS-O.
Formación específica para personal sanitario de sustituciones		X	
Campañas de divulgación general		X	
Adaptar la infraestructura de los lavabos en las zonas que se precise v.g. lavabos con célula fotoeléctrica...		X	
Proveer de solución hidroalcohólica en aquellos lugares en los que no sea posible realizar el lavado de manos convencional o que por las circunstancias que concurren se considere preferente el lavado con solución hidroalcohólica		X	
En AP promover la práctica de manos limpias fundamentalmente en la atención domiciliaria, transporte de pacientes en la UVI móvil, salas de extracciones, urgencias, cirugía menor y odontología.		X	
INDICADORES			
Número de acciones formativas realizadas			
Número de personas formadas. Distribución por colectivos			
Elaboración de un manual de procedimientos			
Centros y lugares en los que se han colocado póster divulgativos			
Centros y lugares en los que se han colocado soluciones hidroalcohólicas de acuerdo a la priorización efectuada			
Centros y lugares en los que se ha mejorado la infraestructura física para el lavado de manos			
Eventualmente, y en unidades seleccionadas, evaluación mediante observación (metodología de periodo ventana: Pittet et al) o medio que se determine (vg. cuestionario de Joint Commission)			

PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN (UPP)			
ACCIONES	SI	NO	OBSERVACIONES
Se dispondrán de protocolos revisados y actualizados a disposición de todas las unidades de enfermería, y estarán accesibles en los medio soporte que se determinen	X		Guía de apósitos curativos realizada en el 2006 por profesionales de enfermería del SNS-O
En Atención Especializada y Primaria se continuará con la formación de los profesionales de enfermería	X		Curso: "Cuidados de las heridas: uso y manejo de apósitos en AP" (5 ed. en 2008). 110 asistentes de AP. Curso: "Abordaje de la infección (anticoat)". (3 ed. en 2008). 34 asistentes de AP
Se proveerá de medidores de úlceras a los centros de salud y unidades hospitalarias que no dispongan de los mismos		X	
Se realizará seguimiento documentado de los pacientes ulcerados	X		El protocolo de seguimiento de la fragilidad contempla el registro en la

		historia clínica de la prevención y manejo de úlceras
Este objetivo podrá ser objeto de inclusión en los pactos de gestión de servicios determinados	X	Se contempla en la cartera de servicios, incluida esta en el pacto de gestión
<b>INDICADORES</b>		
Prevalencia de UPP en las unidades estudiadas	X	
Porcentaje de centros de salud que disponen de medidores de úlceras	X	

<b>PREVENCIÓN LOS ERRORES DE MEDICACIÓN</b>			
<b>ACCIONES</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Garantizar que en la historia clínica del paciente están recogidas y figuran claramente visible la existencia de alergias o interacciones medicamentosas.			
Extender la prescripción electrónica mediante utilización de la herramienta HCE.			
Fomentar la notificación de efectos adversos a fármacos, mediante las fichas amarillas del sistema de fármaco-vigilancia u otros medios			
Colaborar con la Agencia de Calidad del MSC en el proyecto de análisis de efectos adversos en AP (pendiente de desarrollo por MSC)			
Por lo que se refiere a AP y en concordancia con el programa de uso racional del medicamento se continuarán con las acciones formativas previstas. Asimismo se pretenden realizar dos acciones específicas:	X		
Evaluación del programa de anticoagulación oral (TAO) en AP	X		Se han incluido indicadores que se monitorizan cuatrimestralmente.
Efectividad de un programa de colaboración entre el farmacéutico y el médico de Atención Primaria en la revisión de la medicación crónica en pacientes polimedicados			
<b>INDICADORES</b>			
Tiene instaurada la prescripción electrónica mediante HCE			
Tiene protocolos actualizados de identificación y dispensación de fármacos			
Tiene vademécum actualizado y accesible a los profesionales			
Otros indicadores en Atención Primaria:			
1. Medición de los cursos de formación en uso racional del medicamento y porcentaje de profesionales de AP que han participado en la comunidad		X	Pendiente memoria 2008
2. Protocolos revisados sobre medicación en carros de urgencias, botiquín y almacén del EAP			
3. Porcentaje de comités de mejora de AP-AE que han trabajado en cohesión de prescripción en los procesos clínicos			
4. Evaluación del programa de anticoagulación oral en AP	X		
5. Porcentaje de profesionales de Atención Primaria formados en el manejo de fármacos y vías de administración en el programa de paciente en cuidados paliativos (Ver línea de cuidados paliativos)			

<b>CUIDADOS EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>			
<b>ACCIONES</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Formación a los profesionales en comunicación. Curso Acompañando al final de la vida (paciente y familia). Ediciones previstas: 2	X		Se ha realizado 1 edición
Formación a los profesionales y capacitación en: «Abordaje de síntomas más prevalentes en el paciente en cuidados paliativos». Cuatro horas de duración, n.º ediciones: 2		X	
Formación de formadores en vía subcutánea. Cuatro horas de duración	X		Se han realizado 7 ediciones
Atención al final de la vida: qué hacer cuando no hay nada que hacer. Cuatro horas de duración	X		Se ha aumentado el curso a 6 horas para dar cabida al contenido de síntomas más prevalentes. Se han realizado 14 ediciones.
Cuidados de enfermería al paciente en situación terminal y a su familia. Doce horas de duración		X	
<b>INDICADORES</b>			
Porcentaje de profesionales de Atención Primaria formados en el manejo de fármacos y vías de administración en el programa de paciente en cuidados paliativos	X		265 profesionales de medicina de Navarra han acudido al curso "Atención al final de la vida: qué hacer cuando no hay"

		nada que hacer" (70,5% del total de médicos) 96 profesionales más de enfermería han realizado el curso "Formación de formadores en vía subcutánea" En total, 247 han realizado ya este curso (61,2% del total de enfermeras).
Porcentaje de profesionales formados en la disciplina de comunicación-información con el paciente y familia	X	19 profesionales han realizado el curso en esta edición. En total, lo han hecho ya 87 profesionales
Existe un anexo específico de indicadores para el proceso de asistencia al paciente oncológico que, dada su extensión, no se incluye en el documento	X	Prevalencia CIAP A2804 (pers. en CP): 755 pers. (0,15% > 14 años). Registro dolor en protocolo OMI: 268 (35,4%). De ellos, 157 tienen dolor (58,5%). De ellos, 141 tienen registrado el escalón de la OMS. (90%).

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS			
ACCIONES	SI	NO	OBSERVACIONES
Fase 1: Interpretación de la fotografía de screening del diabético con retinógrafo no midriático por médicos de Atención Primaria:			
1. Diseñar la formación necesaria que posibilite la adquisición de conocimientos y habilidades de al menos cuatro médicos de Primaria	X		
2. Diseñar estudios de concordancia de interpretación de 200 fotografías entre los profesionales de oftalmología y MF formados	X		
Fase 2: En dependencia de los resultados de la fase anterior y de otras cuestiones: diseño y puesta en marcha de la realización de retinografía no midriática desde los Centros de Atención Primaria			En este momento se está extendiendo el programa a otras áreas
INDICADORES			
Realización del material para formación on-line	X		
Estancias por oftalmología y formación on-line desarrolladas al menos por cuatro profesionales	X		
Realización del material para realización de concordancia	X		
Lograr una concordancia de al menos el 85% entre la interpretación del Médico de Familia y Oftalmólogo	X		
Interpretación de retinografías no midriáticas por medicina de familia	X		
Diseño y puesta en marcha de actuaciones tercera fase			Extensión y puesta en marcha del modelo de "Cribado de Retinopatía Diabética" en un área de salud, con la incorporación de la toma de tensión ocular además de las imágenes de retina. Lectura e interpretación por los Médicos de Familia, desde los centros de AP en coordinación con AE.

ESPIROMETRÍA			
ACCIONES	SI	NO	OBSERVACIONES
1. Reevaluación de la realización de espirometrías en AP mediante:			
1.1 Nueva evaluación de los criterios de calidad de estructura y proceso que garanticen la correcta realización de la prueba	X		Se ha enviado una encuesta para autocumplimentar a todos los CS con el objetivo de conocer el grado de cumplimiento de los criterios de realización de la espirometría.
1.2 Nueva valoración del grado de concordancia entre las espirometrías realizadas en Centros de Primaria y Especializada		X	
2. Puesta en marcha de las acciones necesarias que garanticen y aseguren la correcta realización de las espirometrías que se realicen a estos pacientes		X	Pendiente para 2009
INDICADORES			
Realización del estudio del análisis de la concordancia entre las medidas del FVC y del FEV1 de las espirometrías realizadas en Atención Primaria y las realizadas en Neumología		X	
Lograr una concordancia del 0,85 en los valores del FVC y del FEV1 entre las espirometrías realizadas en ambos niveles		X	
La espirometría realizada en Atención Primaria y repetida en		X	

neumología son reproducibles en el 85% de los casos			
<b>PREVENIR LAS MORBI-MORTALIDAD EVITABLE EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO, ICTUS O POLITRAUMA</b>			
<b>ACCIONES</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Mejora del proceso de atención /vías clínicas			
Mejora del Sistema de información y hacia la mejora continua en la atención a estos procesos			

## PAÍS VASCO

- Se ha confeccionado el Proyecto “La seguridad como punto crítico en la gestión de proceso asistencial”. Las líneas sobre las que se vienen trabajando son:
  - Construir una cultura de seguridad en cada Unidad de Atención Primaria (UAP).
  - Implantar un sistema de notificación.
  - Aprender a utilizar herramientas de gestión de riesgos.
  - Introducir defensas en el sistema.
- En la gestión de los procesos de atención primaria se incorpora un análisis transversal de la seguridad de los pacientes que está consiguiendo incluir defensas locales (en cada UAP) y corporativas (incluidas en los procesos corporativos).

## LA RIOJA

Existe en esta Comunidad un Programa de formación de profesionales destinado a promover la autonomía y seguridad del paciente.

## INGESA

Ha sido desarrollado los siguientes cursos durante el año 2008:

- Protocolos de actuación y medidas ante la violencia de género.
- Introducción a las tecnologías de la información en instituciones sanitarias.
- Metodología de investigación en ciencias de la salud.
- Seguridad de los pacientes de valor añadido a necesidad básica en la asistencia.
- Lactancia materna para profesionales de enfermería.
- Lactancia materna para profesionales auxiliares de enfermería.

## PREGUNTA 9. PLANES DE FORMACIÓN PARA LOS DIRECTIVOS

### ANDALUCÍA

La Comunidad Autónoma organiza actividades formativas destinadas a la mejora de las competencias del personal directivo y de gestión y desarrolladas por diferentes entidades:

- Escuela Andaluza de Salud Pública

La propuesta de programa incluye 104 actividades formativas agrupadas en 17 áreas temáticas relacionadas con la salud pública y gestión sanitaria. Con una importante oferta de Masters, Diplomas, Cursos Semipresenciales y actividades a medida (concertables) para los directivos.

- Oficina de Transferencia Tecnológica del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

La OTT se configura como una estructura en red orientada a impulsar la cultura de la difusión y transferencia entre los profesionales del SSPA. La Oficina de Transferencia Tecnológica asume un papel proactivo de apoyo y gestión en la protección de los resultados de investigación y en el establecimiento de alianzas, garantizando un marco homogéneo de relaciones con el sector empresarial en consonancia con el Modelo de Propiedad Industrial e Intelectual, basado en los siguientes valores:

- Traslación del conocimiento en beneficio de los ciudadanos.
- Reconocimiento de la labor del Sistema y sus profesionales.
- Retorno económico de las inversiones públicas.

## ARAGÓN

A través del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud se han programado para 2009 las siguientes actividades formativas:

- Curso "Gestión Clínica para Directores de área y sector".
- Curso "Gestión Clínica para Directores y Coordinadores de Enfermería".
- Cursos sobre trabajo en equipo, técnicas de comunicación, diseño y puesta en marcha de Planes de Mejora.

## ASTURIAS (PRINCIPADO DE)

Existencia en la Comunidad de Asturias de planes de formación para Directivos.

## BALEARS (ILLES)

Aplicación de modelo de formación, desarrollo de competencias y evaluación en base a las mismas de directivos.

## CANARIAS

Cada Gerencia organiza dentro del plan de formación cursos específicos dirigidos a los directivos. El contenido de estos cursos se centra en:

- Liderazgo.
- Habilidades directivas.
- Economía de la salud.
- Habilidades en comunicación.
- Relación interpersonal y trabajo en equipo.
- Gestión de la Calidad. EFQM.
- Humanización para directivos.

## CANTABRIA

No existe un plan específico en la Comunidad Autónoma.

## CASTILLA Y LEÓN

Los directivos están incluidos en el Plan de Formación de la Consejería de Sanidad.

## CASTILLA-LA MANCHA

Se ha desarrollado las siguientes acciones de formación:

- Programa anual formativo para directivos de Instituciones Sanitarias en el Instituto de Ciencias de la Salud de Talavera de la Reina.
- Estancias externas.
- Diploma superior en bioética en colaboración con Universidad de Castilla-La Mancha.
- Actividades de formación para directivos sobre organización, motivación, liderazgo...

**CATALUÑA**

Proyecto de Gestión del cambio y liderazgo clínico.

**COMUNIDAD VALENCIANA**

Dentro de los planes de formación continua y continuada que desarrolla la Escuela Valenciana de Estudios en Salud Pública se contemplan planes de formación para directivos.

Durante el año 2008 se llevaron a cabo 47 ediciones de cursos sobre dicha materia destinadas a 440 directivos con un total de 815 horas lectivas. Además se han impartido 3 masteres sobre Gestión, uno de ellos en colaboración con la Universidad.

**EXTREMADURA**

Se han llevado a cabo algunos cursos específicos.

**GALICIA**

Se ha desarrollado los siguientes cursos:

- Formación en gestión del día a día. Con participaron 220 profesionales en el curso de gestión de día a día, a distancia, organizado por la semFYC, en el año 2008-2009.
- Curso Superior en Gestión en Atención Primaria, de 200 horas, en el año 2006, para directivos de Atención Primaria.
- Curso para Jefes de Servicio (2 ediciones en el año 2007 y 2008).

**MADRID (COMMUNIDAD DE)**

Las actividades formativas llevadas a cabo han sido:

- Master de Alta Dirección y Servicios de Salud y Gestión Empresarial (Anual-700 horas). El propósito de este estudio es capacitar a los profesionales de la sanidad, a fin de que sean adquiridas y/o reforzadas sus competencias en conocimientos, técnicas y actitudes necesarias, para la dirección y gestión de las organizaciones y servicios sanitarios. Se trata de adquirir una visión estratégica de los sistemas sanitarios y capacitación en las competencias necesarias para la planificación, organización, gestión y evaluación de los recursos humanos y materiales de las organizaciones sanitarias para que los ciudadanos reciban una atención de excelencia.
- Cursos relacionados con Gestión Sanitaria y Recursos Humanos. Durante el año 2008, se impartieron 35 cursos, con un total de 1.243 horas y 1.828 participantes. La relación de los mismos se presentan en la tabla siguiente:

GESTIÓN SANITARIA Y RECURSOS HUMANOS			
Nº de ediciones	Actividades docentes	Nº plazas	Nº horas
3	Capacidades en gestión para Coordinadores de Equipo de Atención Primaria	180	63
1	Curso sobre Gestión en Atención Primaria: nivel básico	25	20
1	Dirección de Equipos de Atención Primaria	25	20
1	Gestión en Atención Primaria: nivel avanzado	25	60
1	II Jornadas de coordinación y continuidad asistencial	80	5
2	La gestión del compromiso en las organizaciones sanitarias	50	40
1	Barreras al liderazgo en las organizaciones sanitarias	25	20
1	La dirección por valores y por conciencia en las organizaciones sanitarias	25	20
2	Técnicas para gestionar los cambios en las organizaciones sanitarias	50	40
2	Desarrollo de la creatividad y la innovación en el entorno sanitario	50	40
2	La evaluación del desempeño basada en competencias	50	40
3	Coaching en las organizaciones sanitarias	75	60
3	Negociación modelo Harvard	75	60
1	Negociación modelo Harvard: nivel avanzado	25	20

2	Liderazgo e influencia en las organizaciones sanitarias	50	40
2	Elaboración de memorias de gestión clínica	50	20
2	Gestión clínica	50	80
4	Claves para la dirección de unidades de enfermería	100	80
1	Gestión del tiempo y delegación	25	20
1	Gestión del conflicto en las organizaciones sanitarias	25	20
2	Elaboración de planes de acogida en las organizaciones sanitarias	50	20
1	Competencias conversacionales para directivos sanitarios	25	20
1	El trabajo en equipo en los centros sanitarios	25	20
1	Toma de decisiones y resolución de problemas en las organizaciones sanitarias	25	20
1	Nuevos modelos de gestión y provisión de servicios sanitarios	25	20
3	Seminarios de actualización para directivos	240	15
2	Introducción a los sistemas de información sanitaria	50	40
2	Actualización en herramientas de gestión sanitaria	50	80
3	Responsabilidad patrimonial: el informe técnico de la inspección sanitaria	75	60
1	Formación de formadores en gestión por procesos	33	25
3	Formación de propietarios de procesos	60	60
2	Gestión por procesos	40	35
1	Gestión en atención primaria	20	20
1	Claves para la dirección y gestión de unidades de enfermería en AP	20	20
1	Dirección de Equipos de AP	30	20

### MURCIA (REGIÓN DE)

Existe una línea específica en el Programa estratégico común de formación continuada dirigida a todos los centros.

### PAÍS VASCO

Han sido impartidos los siguientes cursos:

- Curso de formación en gestión sanitaria.
- Curso sobre liderazgo y gestión de Personas: Programa integral de entrenamiento práctico dirigido a jefes de Unidad de Atención Primaria (UAP).

### LA RIOJA

Esta Comunidad no ha desarrollado planes de formación específicos para los directivos.

### INGESA

Se financian cursos de formación a los directivos en centros de alta dirección.

## PREGUNTA 10. PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN PRIMARIA

### ANDALUCÍA

Estrategias para facilitar la investigación en Atención Primaria

- Potenciar la relevancia de la investigación en AP, tanto para los profesionales como para los ciudadanos y para el propio sistema sanitario.
- Mejorar los mecanismos de difusión del conocimiento generado por la investigación en AP (gestión del conocimiento).
- Aumentar las habilidades de los profesionales de AP. Formación y entrenamiento en metodología de la investigación para los profesionales de AP.
- Conseguir en los profesionales de AP una cultura de evaluación crítica de la información y de asistencia sanitaria basada en la evidencia.



- Desarrollar la colaboración entre profesionales, en red, con la universidad, con otras instituciones.
- Dedicar tiempo "protegido" para la formación en investigación y para el desarrollo y publicación de proyectos.
- Crear estructuras formales para la carrera profesional en los servicios sanitarios.
- Mejorar las infraestructuras, incorporando líderes de investigación y estructuras de apoyo.
- Desarrollar, captar y retener a los investigadores.

Se han desarrollado cuatro cursos de Metodología de la Investigación para los referentes de Investigación de los Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria; así como dos cursos de Formador de Formadores y dos más que están programados para el primer semestre de 2009.

Se ha creado un foro en la página web del SAS para compartir información referente a temas de investigación. Se está creando una base de datos con las líneas abiertas de investigación por los profesionales de AP.

El Servicio Andaluz de Salud ha suscrito la Fundación INDEX un convenio, cuyo objetivo es fomentar la investigación dentro de la profesión enfermera en Atención Primaria.

Líneas de investigación:

- Línea sobre enfermedades prioritarias: Cáncer (Mama y Colon), Diabetes (Pié diabético, retinopatía, disfunción eréctil), Enfermedades cardiovasculares (C. Isquémica, Hipercolesterolemia, HTA), Salud Mental y Enfermedades Neurodegenerativas (Depresión, demencia).
- Líneas sobre áreas con repercusión en salud pública:
  - Estudios de necesidades de salud y servicios (Continuidad asistencial, desarrollo-implantación de guías de práctica clínica, ecografías en AP, relación interniveles, frecuentación).
  - Nutrición, salud y seguridad alimentaria (canales de comunicación con los consumidores, seguridad, procesos).
  - Género y salud (género e incapacidad para el trabajo).
  - Desigualdades de salud, grupos desaparecidos y zonas necesitadas de transformación social.
  - Condiciones y estilos de vida: factores de riesgo, hábitos tóxicos (Factores de riesgo cardiovascular, laborales, tabaco, alcohol, drogas, sistemas de gestión ambiental).
  - Promoción y protección de la salud (Promoción del ejercicio y de una nutrición adecuada desde un punto de vista cardiovascular).
  - Cuidados de enfermería (Úlceras por presión, menopausia, caídas en ancianos, lactancia materna, atención a cuidadoras).
  - Salud bucodental.
  - Uso racional del medicamento y seguridad (Calidad de la prescripción en osteoporosis, antiagregantes plaquetarios, polimedicados; detección de áreas de mejora).

## ARAGÓN

El Grupo Aragonés de Investigación en Atención Primaria (GAIAP), durante el año 2008, tenía activos 34 proyectos de investigación, de los que 24 estaban financiados por el Instituto de Salud Carlos III.

- La investigación se estructura en las siguientes líneas:
  - Enfermedades Cardiovasculares (3 proyectos).
  - Estilos de vida (3 proyectos).
  - Salud Mental (7 proyectos).
  - Cáncer (1 proyecto).
  - Servicios sanitarios y resultados de salud. Sublínea: Uso racional del Medicamento (12 proyectos).
  - Bioética (1 proyecto).
  - Salud y Género (2 proyectos).
  - Pediatría en Atención Primaria (4 proyectos).
  - Investigación Comunitaria (1 proyecto).
  - Investigación en Enfermería.

- Investigación clínica aplicada (3 ensayos clínicos).

Fuente: Memoria Científica 2008. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. GAIAP.

### ASTURIAS (PRINCIPADO DE)

Los objetivos concretos incluidos están incluidos en Plan de Salud y Contrato Programa.

### BALEARS (ILLES)

Proyectos financiados en convocatorias competitivas activos en 2009 son los siguientes:

- Línea de investigación: investigación sobre servicios de salud y cáncer:
  - Factores que influyen en que los equipos de atención primaria realicen actividades comunitarias.
  - Actitudes de los profesionales de atención primaria y de sus pacientes respecto al cribado poblacional de cáncer de colon y recto.
  - Incontinencia urinaria en mujeres: prevalencia, calidad de vida y uso de recursos sanitarios.
  - Tabaquismo en enfermería comunitaria.
  - Trabajadoras latinoamericanas inmigrantes como cuidadoras: Globalización, promoción y acceso a la salud.
  - Demora diagnóstica en cáncer de colon y recto.
  - Clasificación de los problemas de salud e identificación de patrones de demanda. Variables que determinan el consumo de fármacos en atención primaria y aceptabilidad de los sistemas de medida de casuística por los profesionales sanitarios.
  - Identificación y valoración de los registros de enfermería para población igual o mayor de 65 años en la atención primaria, en relación con la atención domiciliaria y la continuidad de cuidados.
  - Ensayo clínico sobre el efecto de una intervención avanzada para la deshabituación tabáquica sobre el control del asma y la respuesta terapéutica a corticoides inhalados.
  - Descripción y comparación de los servicios de atención domiciliaria y social en Europa y 4 comunidades autónomas.
  - Conocimientos actitudes y creencias de las mujeres inmigradas sobre un programa de detección precoz de cáncer de mama.
  - Factores clínicos determinantes de utilización de los servicios de Atención Primaria: Perfil de usuarios y modelos predictivos de utilización; morbilidad, efectividad y costes, estrategias de implantación.
- Línea de investigación cardiovascular:
  - Actividad física y obesidad: un estudio de cohortes en atención primaria de salud.
  - EPOC y riesgo cardiovascular poblacional.
  - Efectos de la dieta mediterránea en la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular.
- Línea de investigación en salud mental:
  - Predicción de episodios de depresión en atención primaria. Evaluación de un perfil de riesgo. Ampliando el seguimiento 2 años (Predict-España 2).
  - Tratamiento cognitivo-conductual de pacientes con trastorno de somatización abreviado (SSI 4,6) en la atención primaria.
- Línea de investigación en enfermedades respiratorias:
  - Eficacia de la rehabilitación respiratoria en pacientes con EPOC moderado en atención primaria y el mantenimiento de los beneficios a los dos años.
- Otros proyectos de investigación en los que participa Atención Primaria de Mallorca
  - Violencia contra la mujer en la pareja: frecuencia e impacto en la salud física y psíquica.
  - Happy Audit: Health Alliance for Prudent Prescribing, Yield And Use of Antimicrobial Drugs In the Treatment of Respiratory Tract Infection.

Al final del 2006, en la nueva convocatoria de Redes Temáticas de Investigación Competitiva (RETICS) y hasta 2008, se ha aprobado tres grupos de investigación, liderados por la Atención Primaria de Mallorca, que han sido aprobados (la red IAPP ha presentado 28 grupos y ha aceptado 11). Los grupos aprobados son:

- ISCI. RD06/0018/0036. Investigación en servicios de salud y en cáncer. Investigador principal: Llobera J.
- ISCI. RD06/0018/0045. Investigación en epidemiología cardiovascular. Investigador principal: Rigo F.
- ISCI. RD06/0018/2003. Salud Mental. Investigador principal: Roca Bennassar Migue.
- ISCI. RD06/0018/0024. GCA Investigación en servicios de salud y en cáncer. Investigador responsable: JM Segura.
- ISCI. RD06/0018/1014.GCA Investigación en epidemiología cardiovascular. Investigador responsable: Josefa Gregori.
- ISCI. RD06/0018/1013. Salud Mental. Investigador responsable: Arturo Arenas.

La financiación de los grupos permite, entre otras cosas, la contratación de personal (un licenciado y un diplomado) uno por cada grupo. Además, hay profesionales de la Atención Primaria de Mallorca que pertenecen a la REIDE, que es una red muy activa, financiada por otras fuentes distintas al ISCI.

Finalmente en 2008 se acreditó un CAIBER (Centro de Investigación Biomedica en Red) que reúne el Hospital Son Dureta y Atención primaria de Mallorca y que entrará en vigor en junio 2009 con una financiación de 210.000 euros. Su objetivo es desarrollar ensayos clínicos no comerciales.

## CANARIAS

- Con recursos propios destinados a la investigación en AP se ha desarrollado:
  - Proyecto CDC estudio de cohortes (Cardiovascular, Diabetes, Cáncer): tiene en plantilla 3 médicos de Atención Primaria Unidad de Investigación del Hospital Universitario Nuestra Sra. de Candelaria.
  - Personal técnico de la Unidad de Investigación del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria: Matemático y epidemiólogo.
  - Se ha contratado un médico para la formación y asesoramiento de personas y grupos con interés en iniciar proyectos de investigación.
- Entre los Proyectos de investigación financiados se encuentran:
  - Calidad de Vida y sobrecarga del cuidador de las cuidadoras informales de pacientes incluidos en el Servicio de Continuidad de Cuidados en Atención Domiciliaria (Financiación: FUNCIS-Colegio de Enfermería 2007).
  - Hábitos alimentarios en población inmigrante del Centro de Salud de Guanarteme (Beca 2007 del Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas).
  - Participación en el Grupo de Investigación en Utilización de Medicamentos en el Sistema Nacional de Salud (GUIM-SNS). "Variaciones en consumo y gasto de fármacos cardiovasculares en el Sistema Nacional de Salud" (Julio 2008). Actualmente estudio de variaciones en el consumo de psicotropos y antibióticos (pendiente de explotación de datos a nivel central).
- Otros proyectos financiados son:
  - Investigación en Cuidados de enfermería: Se ha constituido una Comisión de trabajo para analizar la situación actual y promover la investigación en Cuidados de Enfermería. El objetivo principal es proponer una estrategia para el impulso y coordinación de la formación divulgación y motivación en investigación a nivel de la Comunidad Autónoma.
  - Cambios funcionales en las actividades de la vida diaria en personas mayores con deterioro cognitivo leve.
  - Necesidades y estrategias de salud para el autocuidado en la jubilación ligadas al Género y a la Generación.
  - Propuesta de implantación del triaje estructurado en los servicios de urgencias de Atención Primaria de Tenerife.
  - Eficacia de la incorporación del sistema de triaje estructurado mediante software en un servicio de Urgencias Pediátrico Extrahospitalario.

- Análisis de la adecuada indicación de IBP en la prevención de la gastropatía por AINES. Evaluación de la efectividad y coste-efectividad de los métodos para transparencia de conocimientos para mejorar la prescripción de IBP en AP.
  - Proyecto piloto para la web informativa para pacientes: Módulo diabetes mellitus tipo II.
  - Síntesis de estudios cualificativos. El proceso de adaptación a la dependencia en las personas mayores y familiares.
- Por último, se ha llevado a cabo los siguientes proyectos de investigación no financiados:
    - Evaluación de la estructura, proceso e impacto del Trabajo Social en Atención Primaria.
    - Análisis de la variabilidad en la calidad de los servicios de Atención Primaria en Canarias para la identificación de áreas de mejora en la gestión.
    - Evaluación cualitativa de los talleres de biodanza en Atención Primaria.
    - Manejo de los medicamentos por vía inhalatoria en Atención Primaria.
    - Evaluación de la efectividad de la educación diabetológica en Atención Primaria.
    - Experiencia de los médicos de Atención Primaria en el ejercicio de su actividad profesional. Un estudio cualitativo.
    - Identificación de factores de riesgo predictores de retinopatía diabética.
    - Validación de tablas obstétricas para calcular FPP.

## CANTABRIA

- Se ha desarrollado cuatro proyectos propios.
- Participado en cinco ensayos clínicos.

## CASTILLA Y LEÓN

La Resolución de 24 de marzo del 2008, el Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León establece las modalidades y el procedimiento, así como los criterios de selección de los proyectos de investigación en biomedicina, biotecnología y ciencias de la salud, a desarrollar en las Gerencias de AP. Se establecen dos modalidades: promovidos por un grupo o dos o mas grupos de investigadores o modalidad B, por uno o varios investigadores con cuantías máximas de 9.000 a los 40.000 € año.

Las áreas temáticas priorizadas son: investigación clínica, biotecnología, cuidados de enfermería, gestión, calidad y evaluación de los servicios de salud y problemas socio sanitarios de relevancia en la Comunidad.

Se ha incluido como un objetivo específico en los PAG 2008 y 2009.

Los resultados del año 2008 son los siguientes:

- Número de proyectos aprobados: 41.
- Financiación: 455.000 €.
- Número total de personas adscritas a los proyectos: 293.
- Aprobación del Programa de estabilización (3) de investigadores y de técnicos de apoyo e intensificación (total 9) de la actividad investigadora en el Sistema Nacional de Salud.
- Durante el periodo 2008, un total de ocho provincias castellanas y leonesas han creado diferentes grupos de trabajo en torno a líneas de actuación que han promovido la puesta en marcha de proyectos de investigación y herramientas formativas.

Las nuevas convocatorias para el año 2009 se encuentran en la normativa siguiente:

- Orden SAN/126/2009.
- Orden SAN/127/2009.
- Orden SAN/128/ 2009.

## CASTILLA-LA MANCHA

La investigación en Atención Primaria se lleva a cabo mediante:

- Convocatorias anuales de premios de investigación en las Áreas de Atención Primaria.
- Convocatorias anuales de Premios de Investigación en Atención Primaria de la Fiscam (Fundación para la Investigación Sanitaria de Castilla-La Mancha).

## CATALUÑA

Los proyectos están gestionados por el Institut d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP).

## COMUNIDAD VALENCIANA

Uno de los objetivos del plan estratégico de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana es la gestión de la investigación y la docencia. Se están desarrollando dos proyectos de investigación en la comunidad Valenciana que debemos destacar: ESCARVAL (Escala predictiva de riesgo cardiovascular) y ESOSVAL (Osteoporosis).

## EXTREMADURA

Anualmente la Consejería de Sanidad y Dependencia, mediante Orden de la misma publicada en el Diario Oficial de Extremadura, presenta convocatoria para realización de proyectos de investigación sociosanitaria. Esta Orden promulgada en coordinación con el Plan Regional de Investigación y Desarrollo Tecnológico, regula el procedimiento de concesión, en régimen de publicidad, objetividad y concurrencia competitiva, de ayudas financieras para la realización de investigaciones durante el correspondiente año, en el marco de las Ciencias de la Salud referidas a Extremadura, y orientadas de forma prioritaria a los temas contemplados en los objetivos y líneas de actuación del vigente Plan de Salud de Extremadura.

## GALICIA

Se ha llevado a cabo:

- Definición de las líneas prioritarias de I+D+i en ciencias de la salud.
- Elaboración del Mapa de Investigación en Biomedicina, publicado en la web en el año 2007.
- Dotación de infraestructura para videoconferencias para la docencia e investigación:
  - Un equipo en cada XAP a disposición de todos los profesionales.
  - Instalación en el mes de noviembre 2007.
- Oficina de Apoyo a la Investigación: IDISAUDE (oficina.idi.saude@sergas.es).
- Acceso a programas de análisis estadístico:
  - SPSS e Stata para poner a disposición de los profesionales y en las gerencias de AP.
- Convocatoria de ayudas a proyectos de investigación de interés clínico, orientada a grupos emergentes, AP y enfermería. Actuación iniciada en el año 2007, convocatoria anual de ayudas con un presupuesto de 1.000.000 € cada una. Proyectos de AP financiados en los años 2007 y 2008: 8 con un presupuesto concedido de 347.286 €.

### Investigación

#### Definición das liñas prioritarias de I+D+i en ciencias da saúde :

**Establecemento da prioridade do apoio á investigación en atención primaria nas convocatorias de axudas a proxectos e recursos humanos.**

- **Convocatoria de bolsas á proxectos de investigación** (DOG 31 de outubro 2008).
  - Prioridade aos proxectos de grupos emerxentes
  - Prioridade aos proxectos de A.P.
  - Prioridade aos proxectos de enfermería.
  - Resolución → 18 proxectos financiados, 5 de AP (Vigo 1, Ourense 1, Lugo 1, Coruña 2)

- Apoyo a la gestión económica de recursos para investigación en AP: establecimiento de las siete fundaciones de gestión de la investigación como entes gestores de la I+D en la Gerencia de AP respectiva, por convenios asignados con la Consellería de Sanidade en 2007.
- Elaboración y distribución de la Guía del investigador.
- Elaboración de la Guía de Buenas Prácticas en Investigación, distribuida en formato papel y disponible en la web.
- Postgrado dirigido a Investigación en AP, en colaboración de la Gerencia de AP de Vigo y de Universidad, con presentación de 6 DEAS en el año 2007, 3 previstos en el 2008 y 8 en el 2009.
- Plan de apoyo a la investigación en cuidados de enfermería:
  - Comisión técnica de investigación en enfermería.
  - Participación en el Centro Colaborador español del Instituto Joanna Briggs.
  - Información sobre cuidados para los ciudadanos: tabaco, cánulas iv, música no hospital, manejo de la trombosis venosa profunda, manejo del estreñimiento, fiebre y caídas.
  - Formación en la metodología de investigación y de revisiones sistemáticas.
  - Curso "Introducción al diseño de proyectos de investigación". Mayo 2007.
  - Dos tesis de enfermería matriculadas.

### MADRID (COMUNIDAD DE)

Se han llevado a cabo:

- El número de proyectos nuevos con investigador principal en AP, que obtuvieron financiación pública (ISCIII) fue de 7 en 2007 y 7 en 2008, con un total de 56 investigadores en 2007 y 56 en 2008. En las tablas siguientes se exponen los títulos de los proyectos de investigación, el área sanitaria del investigador principal y el número total de investigadores de cada proyecto.
- El área temática más frecuente fue "investigación en servicios sanitarios" (5 en 2007 y 6 en 2008).
- Ensayos clínicos: 9 en 2007 y 5 en 2008, participando como investigadores principales 37 en 2007 y 10 en 2008 y como investigadores colaboradores 38 y 34 respectivamente.
- El total de artículos publicados (sólo se incluyen artículos originales y revisiones en revistas indexadas en el Journal Citation Reports del Institute for Scientific Information -ISI-) durante los años 2005 a 2007 en los centros de Atención Primaria fue de 15 en 2005, 21 en 2006 y 23 en 2007.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CON FINANCIACIÓN PÚBLICA – 2007	Área Inves. Principal	Nº inves.
Análisis de la prescripción realizada a pacientes polimedicados en un equipo de atención primaria	1	10
Desarrollo y validación de un programa informático de ayuda a médicos para la toma de decisiones en el inicio y seguimiento de tratamiento con insulina a diabéticos tipo 2: ensayo controlado aleatorizado por agregados	6	3
Efectividad de la financiación del tratamiento farmacológico para la dependencia de la nicotina sobre las tasas de abstinencia del tabaco a largo plazo: un ensayo clínico aleatorizado y controlado (FTFT-AP)	11	6
Estudio de las diferencias de utilización e impacto en los servicios sanitarios de la población inmigrante y autóctona de un área sanitaria	11	5
Estudio económico de la actividad del médico de familia mediante la valoración contingente y análisis de los factores explicativos de la disposición a pagar	8	4
Impacto del trabajo enfermero basado en la metodología científica en el buen control de los usuarios diabéticos del Área 4 de Atención Primaria de Madrid	4	8
Preferencias de las pacientes y seguridad de los tratamientos en la vaginitis candidiásica no complicada en AP	9	20
Total		56

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CON FINANCIACIÓN PÚBLICA – 2008	Área Inves. Principal	Nº inves.
Aspirina en la prevención primaria de eventos cardiovasculares en adultos con diabetes tipo II. Revisión sistemática y meta-análisis de ensayos clínicos	9	5
Efectividad de una estrategia de implantación de una Guía de Actuación sobre lactancia materna en AP	9	11
Efectividad de una intervención cognitivo conductual en pacientes con síntomas por somatización en AP	9	13
Efectividad de una intervención dirigida a la prevención y tratamiento del burnout en profesionales sanitarios de Atención Primaria	11	4
Estrategias de implantación de Guías de Práctica Clínica en Atención Primaria	9	9

Evaluación de un servicio de e-salud para el seguimiento y control de la obesidad en Atención Primaria	6	5
Evaluación del efecto de una intervención formativa para mejorar el cumplimiento de higiene de manos en AP	4	9
Total		56

### MURCIA (REGIÓN DE)

Existe un programa específico de investigación en el marco de la Atención Primaria de Salud en el Plan Estratégico de Investigación Biosanitaria, así como el desarrollo de convocatorias específicas de investigación en Atención Primaria.

### NAVARRA (COMUNIDAD FORAL DE)

Se ha llevado a cabo los siguientes proyectos de investigación:

- Factores condicionantes de los servicios de salud y su utilización por inmigrantes relacionados con la promoción de la salud. Autora principal: Pilar García Castellano (CS Milagrosa). Otros autores: Carmen Fuertes, Presentación Bustince, Reyes de Andrés, Lázaro Elizalde, Jose M<sup>a</sup> Uribe.
- Perspectivas, vivencias y actitudes de los médicos de familia ante la IT. Autor principal: Antonio Brugos (CS Villava).
- Percepción de beneficio clínico y calidad de vida en pacientes con artrosis de cadera y rodilla. Estudio Arto-Pro en AP. Jerusalén Villanueva, M. Luisa Barandiarán, Fernando Cortés. CS Chantrea.
- Proyecto INDIMAP. Jose Ignacio Artola Armendáriz. CS Ultzama.
- REGIPREV estudio en tres CCAA y en Navarra responsable Julio Morán y también están Marian Nuin, Aurora Salaberri y Javier Apezteguía.
- Estudio de utilización de nuevos fármacos, cuyos investigadores son Javier Garjón, JR Loayssa y Borja Azaola.

### PAÍS VASCO

Participación en los siguientes proyectos de investigación:

- Procedimientos de financiación en atención primaria adecuados a recursos y eficiencia, mediante Adjusted Clinical Group.
- Evaluación de la variabilidad y adecuación en la prescripción de antibióticos en la población pediátrica en atención primaria en la comunidad autónoma del País Vasco. Identificación de áreas de mejora.
- Análisis y Desarrollo del PAP.
- Impacto de las listas de espera de la asistencia especializada de Osakidetza en el alargamiento de los procesos de incapacidad temporal que se producen en la Comunidad Autónoma de Euskadi.
- Estudio Delphi sobre las actitudes de los médicos hacia las guías de práctica clínica.
- Elaboración y validación de un cuestionario sobre las actitudes de los médicos hacia las guías de práctica clínica.
- Eficacia de una intervención multifactorial en la implementación de 3 GPC del área cardiovascular: Un ensayo clínico por grupos.
- Perfil de los consumidores de fármacos para la osteoporosis ( y características de la prescripción) en la comarca Gipuzkoa oeste.
- Análisis de las nuevas prescripciones de estatinas: perfil lipídico y riesgo cardiovascular de los nuevos tomadores de estatinas.
- Prescripción inducida.
- Prevalencia e impacto del síndrome de piernas inquietas en la calidad de vida y sueño.
- Estudio neumonía adquirida en la comunidad.
- Estudio Valoración de los pies de los diabéticos tipo 2 en una comarca de atención primaria.
- Eficacia de un programa estructurado de educación sanitaria y manejo de inhaladores en enfermos con EPOC.
- Actitud de los profesionales de enfermería actualmente en activo en atención primaria ante la prescripción enfermera.

- Estudio de prevalencia de lactancia materna y factores asociados a su abandono.

## LA RIOJA

No existen en esta Comunidad Autónoma proyectos de investigación relacionados con la AP.

## INGESA

No existen proyectos de investigación relacionados con la Atención Primaria.

### PREGUNTA 11 (OPCIONAL). EXPERIENCIAS RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

## ANDALUCÍA

El Servicio Andaluz de Salud de forma conjunta con la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, La Asociación de Pediatras de Atención Primaria de Andalucía y la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria, firmaron para el periodo 2006-2008 el Pacto Andaluz por el Desarrollo de Estrategias de AP, tras el primer pacto andaluz por el desarrollo de la Atención Primaria de Salud firmado en 2002.

Este nuevo Pacto se convierte en el compromiso conjunto que marca el desarrollo estratégico de la Atención Primaria y tiene como objetivo el desarrollo de los servicios públicos de Atención Primaria en Andalucía, adaptándolos a los cambios culturales, sociales, científicos, tecnológicos, y epidemiológicos, con el fin de mejorar los estándares de salud de los andaluces y la calidad percibida por nuestros ciudadanos. Para ello se desarrolla en un conjunto de líneas estratégicas, entre las que destacan:

- Profundizar en el análisis epidemiológico de los Distritos y Áreas Sanitarias e identificar zonas con necesidades de transformación social en Andalucía para desarrollar actuaciones diferenciadas en ellas y con los equipos de profesionales que las atienden.
- Planes de actuación específicos en las 152 zonas necesitadas de transformación social identificadas en la Comunidad Autónoma para mejorar la accesibilidad de los ciudadanos y disminuir las desigualdades en salud.
- Proponer métodos de ordenación de recursos ajustados a características poblacionales adaptadas a la situación epidemiológica de cada zona y a las necesidades de la población, que incluyan entre otros, la edad de las personas y la comorbilidad atendida, el nivel socioeconómico, la dependencia, la dispersión geográfica y el propio modelo organizativo funcional. Planificando una cartera de servicios adecuada a las necesidades detectadas vinculándola a la gestión por Procesos Asistenciales y Planes Integrales.
- Potenciar las Unidades de Atención al Ciudadano.
- Organizar la asignación de los ciudadanos a los profesionales territorialmente, para optimizar el tiempo y dedicación de los mismos, salvaguardando el derecho a la libre elección.
- Aplicar medidas de actividad y calidad estandarizadas a los servicios de Atención Primaria, de forma que la comorbilidad y complejidad atendida en los Centros de Salud de Andalucía module la Cartera de Servicios y racionalice la asignación de los recursos.
- Potenciar el trabajo en equipo de todos los profesionales de servicios de Atención Primaria, fortaleciendo la interrelación y la complementariedad en cuanto a competencias profesionales, conocimientos y responsabilidad, con el objetivo de garantizar la calidad de los servicios de Atención Primaria para los ciudadanos.
- Seguir incrementando la dotación de tecnología diagnóstica en atención primaria y facilitar el acceso a la tecnología en otros.
- Consolidar las Unidades de Gestión Clínica en Atención Primaria, como modelo organizativo, facilitador de la asunción de autonomía y responsabilidad de los profesionales.
- Aplicar el modelo de organización de las Urgencias en Atención Primaria y desarrollar desde el punto de vista clínico, los Dispositivos de Cuidados Críticos y de Urgencias.
- Establecer las mejoras que faciliten el uso de la aplicación Historia Clínica DIRAYA mejorando la adecuación a las necesidades de profesionales y usuarios. Desarrollar de forma prioritaria Receta XXI, cita



centralizada: Salud Responde y módulos de tratamiento de la información de procesos asistenciales integrados, cartera de servicios y actividad asistencial.

- Desarrollo de un plan especial de inversiones en infraestructuras, mantenimiento y reposición por parte del Servicio Andaluz de Salud, de los Centros de Salud.
- Elaborar una nueva guía de diseño de infraestructuras y equipamiento de los Centros de Atención Primaria del futuro, adaptándolos a las nuevas necesidades de los ciudadanos, profesionales, y a las nuevas tecnologías.
- Impulsar la investigación en Atención Primaria, la capacitación de los profesionales, el apoyo metodológico y la gestión del conocimiento generado, aplicándolo a la gestión clínica.
- Facilitar a los profesionales la asistencia a actividades de formación, e impulsar convenios específicos de colaboración con la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC), la Asociación de Pediatras de Atención Primaria de Andalucía (APap-Andalucía) y la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC).
- Promover la participación de los profesionales en el desarrollo y potenciación de la formación pre y postgraduada a través de cada una de las instituciones implicadas.
- Favorecer, para el correcto desarrollo de la Carrera Profesional en Atención Primaria, que se ponderen adecuadamente los méritos de formación, docencia e investigación.

Enlaces: [www.csalud.junta-andalucia.es/principal](http://www.csalud.junta-andalucia.es/principal).  
[www.sas.junta-andalucia.es/principal](http://www.sas.junta-andalucia.es/principal).

## ARAGÓN

- Procedimiento de Gestión y Actualización del SIAP. Diseño del mapa de “Variables, Indicadores y Explotaciones del Sistema de Información de Atención Primaria del Sistema de Salud de Aragón, sus centros y unidades”
- Desarrollo de un mapa de indicadores clínicos para facilitar la gestión de la consulta.

(Orden de 22 de septiembre de 2008, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula el Sistema de Información y Evaluación de los servicios de Atención Primaria del Sistema de Salud de Aragón, de sus centros y unidades clínicas).

- Desarrollo de Proyectos de telemedicina para mejorar la capacidad de resolución de problemas en atención primaria. Actualmente están en marcha dos proyectos: retinografía y dermatología.
- Recientemente la comunidad ha puesto en marcha el proyecto Salud Informa, un portal con diversas prestaciones para los ciudadanos aragoneses, como información sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios, gestión de reclamaciones, u obtención de cita para el centro de salud ([www.saludinforma.es](http://www.saludinforma.es)).

## BALEARS (ILLES)

- Historia de Salud. Está implantada en todos los centros (de AP y hospitalarios) de la Comunidad Autónoma la Historia de Salud del ciudadano, que permite el acceso a todos los datos relevantes de salud de una persona por los profesionales de salud, en cualquier punto de la red asistencial pública. Esta historia se alimenta de los datos registrados en las diferentes historias clínicas informatizadas, tanto de AP como de los diferentes Hospitales de la Comunidad.

Se inicia en la actualidad una tercera fase de desarrollo, que consiste en la elaboración de Procesos Integrados Asistenciales y su implantación a través de la Historia de Salud informatizada. En una fase posterior se plantea que el ciudadano pueda acceder a sus datos de salud relevantes.

- Consulta Joven. Consulta de información sobre salud realizada en centros escolares de secundaria por enfermeras de CS. En el año 2008 han sido 12 los centros de salud que han realizado consultas en 17 institutos de enseñanza secundaria, a las que han acudido más de 800 jóvenes.

- Atención a niños diabéticos en escuelas. Acuerdo entre la Consejería de Salud y Educación y Asociación de Personas con Diabetes de las Islas Baleares (ADIBA) por el que se desarrollan programas de formación al profesorado y de seguimiento y control coordinado entre los centros de salud y los centros escolares a los niños diabéticos no autónomos (menores de 7 años).
- Unidades Funcionales Asistenciales (UFA). Modelo organizativo funcional en desarrollo en algunos centros de salud de la Comunidad que consiste en descentralizar la Unidad de Atención al Usuario, formando UFA compuestas por 2-3 médicos (de familia o pediatras), 2-3 enfermeras y 1 administrativa. En estas unidades se gestionan la mayoría de procesos asistenciales de AP y las actuaciones administrativas correspondientes, de forma que se puede individualizar la atención y el apoyo administrativo a los profesionales.
- Mediadores culturales. En 8 EAP desarrollan su actividad 6 mediadores culturales que facilitan la atención a pacientes inmigrantes de otras culturas.
- Teletraducción. Todos los EAP de la Comunidad están dotados de dispositivos de teletraducción para la facilitar la asistencia a pacientes que hablan lenguas distintas a las de la Comunidad Autónoma.

## CASTILLA Y LEÓN

### Historia Clínica Electrónica:

- Sistema de codificación de procesos automático: Asignación de códigos a procesos clínicos de forma automatizada, relacionado tanto con CIE-9 como con CIAP, basado en tablas de sinónimos, con procedimientos de actualización y validación. Esta funcionalidad ha sido muy bien aceptada por los profesionales:
  - Elimina el acto burocrático de codificación.
  - Permite una mayor codificación de los procesos.
  - Evita errores de codificación.
  - Permite disponer de un sistema de información clínico más fiable.
- Generación automática de informes clínicos y administrativos. Permite disminuir el tiempo destinado a actos burocráticos:
  - Notificación de EDO.
  - Resumen de Historia clínica.
  - Informe sociosanitario.
- Modulo de prescripción de farmacia con receta crónica:
  - Prescripción DOE, guía farmacoterapéutica.
- Protocolos y guías clínicas asistenciales (en desarrollo):
  - Guías clínicas personalizadas por paciente.
- Sistema de información orientado a la gestión clínica.

### Accesibilidad de los Pacientes:

- Transporte a la demanda:
  - Rutas de transporte público a la demanda que comunican las localidades de la ZBS con la localidad donde se ubica el Centro de Salud. Las rutas se confeccionan en función de la demanda. Los servicios sanitarios se organizan teniendo en cuenta los días de la semana que disponen de ruta y los horarios del transporte.
- Sistema centralizado de cita previa Call Center y Sistema automatizado de cita previa IVR:
  - Para mejorar la accesibilidad de los ciudadanos al Centro de Salud se dispone de un sistema automatizado de cita por reconocimiento de voz con funcionamiento todos los días del año las 24 horas del día. En los casos donde existe dificultad para poder dar cita el sistema salta a un Centro Regional de Llamadas o al centro de salud correspondiente.
- Programa de optimización de atención primaria PROASCYL:
  - Programa informático específico que dispone de datos de distribución de población y desplazamientos actualizados periódicamente y que nos permite determinar donde se deben de ubicar los servicios

sanitarios para dar el servicio a la máxima población y en el menor tiempo posible. Se trata de una herramienta de planificación y gestión objetiva para mejorar la accesibilidad y la equidad entre la población de Castilla y León. El programa ha recibido varios premios nacionales, mejor comunicación Jornadas Fundación Signo, accésit premios Profesor Barea.

- Elaboración de programa de cupos óptimos y equiparación de cargas asistenciales:
  - Se ha desarrollado una herramienta que permite comparar, en base a determinadas variables cuantificables, las cargas asistenciales que soportan los diferentes puestos laborales de los médicos de Atención Primaria. Se alimenta de los datos de Tarjeta Individual Sanitaria y nos define mensualmente la carga asistencial de todos los cupos de Medicina de Familia de nuestra comunidad utilizando los siguientes criterios:
    - Número de pacientes asignados.
    - Distribución por edad de los pacientes.
    - Medio urbano o rural.
    - Tamaño de la localidad atendida.
    - Distancias y condiciones de las carreteras para acceder a los consultorios locales.
  - Esta aplicación, mantiene una gran flexibilidad, no sólo para la lectura de los datos que le suministra Tarjeta, de donde actualiza datos demográficos de distribución por edad y tamaños poblacionales de las diversas localidades, sino que es capaz de modificar de forma ágil los parámetros que utiliza en base a nuevos estudios o a la incorporación de variables clínicas cuando estemos capacitados para hacer la correspondiente explotación de la historia clínica informatizada.

Gestión por procesos (en desarrollo):

- Despliegue de la Cartera de Servicios por procesos.
- Gestión de procesos compartidos en el Área de Salud.
- Historia Clínica compartida.

Gestión de calidad:

- Aplicación del modelo EFQM adaptado en Gerencias y Equipos de Atención Primaria.
- Sistema de reconocimiento: sello de bronce/plata a Equipos de Atención Primaria, con experiencia en aplicación del modelo de autoevaluación EFQM o con experiencia en Planes de Gestión Propios.
- Planes de Mejora de los procesos clínicos en EAP.
- Jornadas de Calidad en Atención Primaria.

Nuevos modelos de Gestión en los Centros de Salud: Programas de Gestión Propia:

- Procedimiento que posibilita la participación efectiva del Equipo de Atención Primaria en la gestión de los recursos asignados. El proyecto permite una mayor implicación y motivación de los profesionales. Se ha desarrollado como plan piloto en 6 EAP de la Comunidad. En estos momentos se ha realizado un evaluación de resultados, Sendo los mismos muy satisfactorios:
  - Alto grado en la consecución de los objetivos planteados.
  - Alto grado de satisfacción de los profesionales participantes.
  - Resultados de las encuestas de satisfacción de los ciudadanos por encima de la media de la Comunidad.
  - Buenos resultados en al gestión económica.
- A lo largo del año 2009 se va a proceder a realizar mejoras en el programa para impulsar el mismo a lo largo del año 2010.

## CASTILLA-LA MANCHA

- Ecografía en Atención Primaria: formación y puesta en marcha en diversos centros de salud.
- Unidad Especial de Salud Bucodental para pacientes discapacitados de Albacete.

- Convenio de colaboración con optometristas para la graduación visual de pacientes: el médico deriva y gratuitamente son atendidos. Se informa a Médico de Atención Primaria (feedback). Evita saturación consultas externas de oftalmología.
- Convenio de colaboración con podólogos. En función de la calificación del riesgo de pie diabético se deriva 1 o 2 veces al año al paciente para tratamiento de quiropodia básico a precio concertado.
- SITRAP: Módulo informatizado de solicitud de Transporte Sanitario Programado accesible desde la propia consulta del médico de Atención Primaria o de Atención Especializada.
- FIERABRÁS: Módulo de prescripción informatizado integrado en la Historia Clínica informatizada de Atención Primaria (TURRIANO). Permite controlar la medicación activa, su duración, alergias medicamentosas, interacciones con la herramienta Stockley, consulta de ficha técnica del producto, así como la medicación inactiva (histórico).
- Inicio de la receta electrónica: el paciente puede retirar su medicación de la farmacia sin necesidad de receta.
- Visado electrónico de continuación desde las oficinas de farmacia de CLM.
- YKONOS. Imágenes (TAC, Resonancias, radiología general y contrastada con el correspondiente informe) accesible desde la consulta de cualquier médico tanto de AP como de AE.
- Cita vía web de pacientes.
- Apoyo administrativo en consultorios donde trabajan dos o más facultativos.
- Modelo de incentiviación específico ligado a prescripción de calidad.
- Informatización y normalización del modelo de informe de discapacidad para la aplicación de la Ley de Dependencia.
- Integración de los laboratorios de Atención Especializada (solicitudes y resultados) en la Historia Clínica informatizada de Atención Primaria (TURRIANO) en el Área de Alcázar, en fase de implantación en el resto de áreas.
- Experiencias piloto de tele dermatología.
- Experiencias de consulta médica vía e-mail (teleconsulta).
- Control de TAO con toma capilar, registro de INR y dosificación desde Atención Primaria (implantado en toda la comunidad autónoma). Accesible tanto desde AP como desde AE.
- Planes de cuidado y metodología enfermera incluidos en Historia Clínica informatizada de AP (TURRIANO).
- Perfiles de usuario diferenciados en el acceso a la Historia Clínica informatizada de AP (TURRIANO) en función de la categoría profesional (matrona, trabajador social, DUE, fisioterapeuta, médico, etc.).
- Información asistencial de los distintos profesionales de Atención Primaria extraída directamente de la actividad registrada en TURRIANO.

## CATALUÑA

Actualmente, está finalizando el diseño estratégico operativo del Plan de Innovación de Atención Primaria y Salud Comunitaria. Está previsto el inicio de su implantación en diversos territorios (Gobiernos Territoriales de Salud) a partir del segundo trimestre del 2009.

## COMUNIDAD VALENCIANA

Además de lo contemplado en el Documento de Líneas Estratégicas:

- Atención Domiciliaria.
- Evaluación de la integración entre Atención Primaria y Atención Especializada realizada por una consultora externa.
- Premio SEDAP (Sociedad Española de Directivos de AP) 2008: Hacia un modelo de autogestión en Atención Primaria, experiencia en un Departamento de Salud de la Comunidad Valenciana, Departamento 14.

## EXTREMADURA

- Programa de Implantación de la Ecografía en Atención Primaria del Servicio Extremeño de Salud.

- El Programa contempla la implantación de Ecógrafos en los centros de salud, La formación de médicos de familia y pediatras de AP del Servicio Público y el seguimiento desde las Gerencias de Áreas de la Actividad Asistencial.
- Programa de implantación del TAO en AP del Servicio Extremeño de Salud. El programa contempla la punción capilar y el control del tratamiento anticoagulante oral, con base de datos única en la totalidad del Servicio Extremeño de Salud con ampliación a los centros sociosanitarios.
- Programa de implantación de la Retinografía en atención primaria. Experiencia piloto en un centro de salud del Área de Mérida.

## GALICIA

En el marco del Plan de Mejora de Atención Primaria (ver anexo I), se promovió la mejora de la capacidad resolutive, que tuvo diversas líneas de actuación:

- Equipamiento de los centros de salud. Un grupo de trabajo multidisciplinar estableció los criterios para el diseño y equipamiento de los centros de salud, elaborando la Guía del Plan de Tecnologías en AP para el Equipamiento y Planes funcionales de los centros. Durante 2008 se hizo una inversión en este sentido de 4.281.535 euros (un 41% del total del Plan).
- Acceso a pruebas complementarias. Se emitió la Instrucción 17/07 de la Secretaría General del SERGAS sobre el acceso a pruebas diagnósticas desde AP. En el momento actual las pruebas que figuraban en el Anexo I de esta instrucción cómo Listado A (sin protocolo) están accesibles para toda la AP. De las pruebas del Listado B (con protocolo), están consensuados y entregados a la División de Asistencia Sanitaria, para su distribución y aplicación en los centros, los protocolos de: Dispepsia, ERGE, Endoscopia digestiva alta, Test del aliento, colonoscopia por rectorraxia, densitometría, síndrome del canal carpiana, Ecocardiografía. También fue traducida la nueva edición de la Guía de protección contra la radiación 118 (Comisión Europea. Actualización de marzo de 2008), indispensable para la realización de los protocolos de las pruebas de imagen.
- Otras medidas en el aumento de la capacidad resolutive. En 2006, se inicio la dispensación de la píldora del día después en todos los centros de atención primaria, especialmente de atención urgente. En ese mismo año, a la atención preventiva en salud bucodental, se añadió la obturación simple en niños por cohortes de edad (completada actualmente) y la atención a embarazadas (tartrectomía).

En octubre de 2007, se puso en marcha el programa de prevención de problemas ópticos "ollo cos ollos". Están adheridos al programa el 82% de los establecimientos ópticos de Galicia. El Programa supuso la disminución en un 13,4% de las citas de 1ª consulta de oftalmología procedentes de AP.

Durante 2008 se procedió a la instalación de 27 retinógrafos en distintos centros de salud de la Comunidad, con el fin de realizar retinografías en pacientes diabéticos desde AP. La medida fue acompañada de actividades formativas de los profesionales, tanto para la realización como para la interpretación de las retinografías y, además, se estableció con los hospitales un circuito de derivación de las retinografías positivas o dudosas al oftalmólogo de referencia.

Habida cuenta las actuales desigualdades existentes en la prestación de fisioterapia en Galicia, se creó un grupo de trabajo multidisciplinar para el análisis de situación y propuestas de avance de la fisioterapia de AP. En abril de 2009 se presentó a la División de Asistencia Sanitaria, para su difusión y aplicación en las distintas áreas, la Guía de actuaciones en fisioterapia en la AP de Galicia.

## MADRID (COMUNIDAD DE)

- Plan de Mejora Atención Primaria 2006-2009.

- Guía de Procedimientos de las Unidades de Atención al Usuario (UAU) de los Centros de Atención Primaria.
- Documento “Papel de enfermería en Atención Primaria”. Presentado en febrero de 2009.
- Documento: “Recomendaciones para el Control de la Glucemia Capilar en Pacientes Diabéticos en la Comunidad de Madrid”, en revisión.
- Documento: “Recomendaciones para el tratamiento local de las úlceras cutáneas crónicas”, en revisión.
- Documento: “Plan Director de mejora de utilización de antimicrobianos de la Comunidad de Madrid”.
- Establecimiento de sistemas alternativos de cita: por reconocimiento de voz, internet...
- Cartera de Servicios Estandarizados en Atención Primaria.
- Conexión informatizada de pruebas de laboratorio.
- Plan Integral contra el cáncer.
- Guía de apoyo en Atención Primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres.
- Procedimientos de acceso y visualización a la historia clínica informatizada desde AP a AE y viceversa.
- Estrategias relacionadas con investigación:
  - Inclusión en el contrato de programa 2009 para los Centros de Salud de la Comunidad de Madrid de objetivos de investigación.
  - Ayudas para la intensificación de la actividad investigadora entre médicos de Atención Primaria.
  - Grupo de trabajo sobre investigación clínica en Atención Primaria (Grupo ICAP).
  - Unidad de Apoyo a la Investigación Clínica y de Ensayos Clínicos en Atención Primaria.
  - Organización de Seminarios de Investigación Biomédica.
  - Proyecto de investigación sobre “Desarrollo y validación de un modelo de predicción para identificar pacientes con riesgo de alta frecuentación en Atención Primaria”.

## PAÍS VASCO

Se llevan a cabo cursos de formación con metodología On-line: Entre ellos:

- Cursos sobre el Uso Racional del Medicamento:
 

Con el objetivo de ofrecer al profesional sanitario facultativo de Osakidetza una base actualizada de conocimientos, habilidades y actitudes adecuadas a las necesidades del uso racional del medicamento, a finales del año 2007 se puso en marcha el programa de formación sobre el URM.

Este programa incluye la impartición de cinco cursos: uno general sobre bases conceptuales de URM, tres donde se abordan 15 enfermedades prevalentes en atención primaria y uno específico para pediatría en atención primaria. Estos tienen una duración estimada de 45 horas y se imparten en ediciones simultáneas o sucesivas, de un máximo de 50 alumnos por aula, con metodología e-learning y sesiones presenciales de apoyo. Todos los cursos están acreditados. Requisito para conseguir la acreditación: superar un examen en tiempo real además de haber superado el 80% de las tutorías.

Hasta la fecha se han celebrado tres ediciones, que han contado con una participación creciente de médicos de familia, pediatras y farmacéuticos de atención primaria: 319 suscritos en la primera edición, 382 en la segunda y 518 en la tercera. El 50% de los médicos de atención primaria, médicos de familia y pediatras, han realizado al menos un curso de 45 horas.

- Cursos impartidos: 7.
- Número de profesionales: 1.255.
- Al menos 824 profesionales han hecho un curso (55%).
- Aproximadamente 50.000 horas impartidas sin sustituciones.
- Cursos de enfermería on-line:
 

Con una estructura similar al curso ofertado a los médicos, se han impartido 3 cursos a profesionales de enfermería, on-line, de 45 horas de formación, con un número aproximado de 50 alumnos por aula. Los cursos están acreditados, igual que en el caso de los médicos, debiendo de superar tanto el examen como las tutorías.

  - Cursos impartidos: 3.
  - Número de profesionales: 890.
  - Al menos 627 profesionales han hecho un curso (48%).

- Aproximadamente 36.000 horas impartidas sin sustituciones.

En ambos casos, más del 90% de los profesionales que comienzan el curso consiguen la acreditación, siendo de destacar en el caso de enfermería es superior al 95%.

## LA RIOJA

La Comunidad de La Rioja presenta las siguientes experiencias relacionadas con la APS:

- En el marco de la Gerencia Única, reuniones de Coordinadores de EAP con Jefes de Servicio y sección de Hospital, con grupos de trabajo que emanan de estas reuniones/jornadas para diagnosticar dificultades en la relación entre niveles y establecer medidas de mejora.
- Creación de la figura de Refuerzo de Área en las plantillas del Área, cubriéndose las plazas de forma fija mediante OPE (en página web [www.riojasalud.es](http://www.riojasalud.es)).

BORRADOR

## IV PRINCIPALES CONCLUSIONES

### I – DERIVADAS DEL ANÁLISIS DE LOS INDICADORES

1. La valoración de los ratios medios de población asignada a los profesionales aporta una información general que, si bien permite situar la media del SNS en valores similares al estándar adoptado, aunque se observan diferencias territoriales. Por otro lado, carece de algunos elementos que permitan efectuar análisis comparativos más ajustados a las distintas situaciones.



Por ello, se propone establecer criterios que cualifiquen el indicador de manera que permitan efectuar ajustes de estos ratios, al menos teniendo en cuenta características demográficas de la población (en primer lugar, en función de la estructura de edad y sexo de la población asignada en cada Comunidad Autónoma y cada Área de Salud).

2. El análisis temporal de las cuantías económicas destinadas al nivel de atención primaria, traduce un leve incremento del porcentaje del PIB destinado al primer nivel de atención, pero no se aprecia dicho incremento si se compara su peso relativo respecto del gasto sanitario público total, en donde la atención primaria mantiene proporciones en torno al 14% en los últimos años. Existe en cualquier caso una variabilidad clara entre comunidades autónomas.

Hay que recordar que no se computan aquí los gastos derivados de la prescripción farmacéutica, que representan un epígrafe de gasto independiente, y recopila el gasto producido tanto por la atención primaria como por la atención especializada.

3. Los ciudadanos valoran positivamente la mayoría de los servicios que reciben de la atención primaria. Destaca entre las respuestas positivas la valoración general que efectúan de dicha atención, calificándola como buena o muy buena el 84% de los usuarios frente a tan solo el 2,5% que la considera mala o muy mala.

En este contexto, llama la atención la baja valoración relativa de la correcta comunicación entre AP y AE, superando escasamente el 50% de ciudadanos los que la consideran correcta. También llama la atención el tiempo de espera para entrar en consulta (tiempo en sala de espera), calificado con un aprobado.

Por otro lado, la existencia de demora (en días) para ser atendido desde que se solicita atención (se pide cita), parece irse asentando en la AP en los últimos años. La puntuación otorgada por los ciudadanos parece mostrar una tendencia lentamente descendente, que habrá que seguir monitorizando.

4. La utilización global de los servicios muestra que cada ciudadano efectúa, como promedio, 5,6 visitas al año a su médico de atención primaria, si bien parecen existir claras diferencias de comportamiento entre unos territorios y otros.

Surge la necesidad, de cara a poder analizar mejor estos comportamientos (no solo dependientes del ciudadano, sino en los que también influye el propio sistema sanitario), de culminar a nivel del SNS el ya iniciado sistema de información de actividad en atención primaria. Una vez consolidado, al igual que en el caso de los ratios, deberán utilizarse criterios de ajuste de los datos (especialmente en función de la estructura de edad de las poblaciones), de manera que permita un mejor entendimiento y comparación de los resultados obtenidos mediante el registro de la actividad general.

5. Las actividades preventivas llevadas a cabo desde atención primaria relativas a evitar la aparición de enfermedades prevenibles mediante vacunación son muy satisfactorias, pudiendo decirse que se alcanzan coberturas óptimas de vacunación infantil para todas las vacunas incluidas en el calendario de vacunaciones aprobado por el Consejo Interterritorial de SNS.

Por debajo de los niveles de cobertura de la vacunación infantil se encuentra la vacunación antigripal en personas mayores de 65 años. Su estancamiento en los últimos años, en cifras próximas al 70%, puede requerir un análisis acerca de las posibles causas que dan lugar a la persistencia de estas cifras.

6. Respecto a la influencia ejercida para modificar comportamientos relacionados con la salud, en concreto las que inciden en problemas como la obesidad, la hipertensión arterial o la diabetes en el adulto, no parece superar al peso que ejercen el resto de factores -externos al sistema sanitario- que inciden en estos comportamientos. Tampoco podemos deducir el efecto que tendría la no realización de estas acciones desde la atención primaria.

Entre los hábitos no saludables, merece mención especial el de consumo de tabaco. En este sentido, si bien los datos son alentadores, no es posible estimar cuánto influye la atención primaria en su reducción respecto a otras medidas instauradas.

7. El incremento progresivo y continuado de estos y otros problemas de salud, comportan la necesidad de actuar para su control. Se requiere en estos casos de un diagnóstico lo más precoz posible y de un seguimiento clínico y terapéutico adecuado. Para su valoración posterior, es importante contar con un sistema de información a nivel del SNS que incorpore los elementos relacionados con la morbilidad atendida en atención primaria.
8. Un aspecto en auge en los últimos años, tanto en nuestro país como a nivel internacional, es la medición del impacto que un adecuado manejo y control de diversos problemas de salud por parte de la atención primaria -y, en general, de toda la atención ambulatoria- tienen para evitar un ingreso hospitalario (medición de la "hospitalización evitable").

De entre los posibles indicadores sometidos a consenso en este sentido, se han priorizado unos pocos, de los que en el momento de la evaluación solo pudieron aportarse algunos relacionados con la infancia y adolescencia (y uno de ellos solo de manera indirecta). De los indicadores analizados se obtienen algunas conclusiones parciales.

De una parte, la luxación congénita de cadera muestra unas cifras absolutas y tasas muy bajas, lo cual se valora positivamente. Los picos que aparecen en figura contenida en este documento obedecen precisamente a que pequeños cambios en los números absolutos inciden de manera importante en las tasas. Respecto a la hospitalización evitable por infecciones, se reitera la necesidad expresada en el momento de construir el indicador, de concretar qué infecciones son las que se deben incluir en este concepto. Por último, para valorar el incremento detectado de altas por asma, habría que ponerlas en relación con la evolución de la prevalencia de dicha enfermedad.

Los indicadores relacionados con hospitalización evitable de determinadas patologías en población adulta no pudieron ser suministrados en el momento de remitir los datos, por lo que se propone completar esta información pendiente.

9. Por último, se incluyeron algunos indicadores de tasas de mortalidad prematura, por diversas causas prevalentes. En todos los casos la evolución temporal muestra una tendencia bastante positiva. No se pretende con ellos evaluar directamente a la atención primaria, dado que, obviamente, contribuye a su disminución todo el sistema sanitario, así como otros factores externos. Además, un impacto en salud en estos términos de mortalidad son siempre medidas a valorar a largo plazo. No obstante, se considera que han de ser indicadores que han de estar presentes de manera destacada, por formar parte de las principales metas del sistema sanitario en su conjunto.

## II – DERIVADAS DEL ANÁLISIS DEL CUESTIONARIO

1. Prácticamente todas las comunidades autónomas, en mayor o menor medida, han desarrollado acciones encaminadas a la reducción de las cargas burocráticas en los centros de atención primaria. Una práctica común a casi todas ellas es el aprovechamiento de las tecnologías de la información y las comunicaciones para automatizar diversos procesos.

En algunos casos, la desburocratización ha sido abordada de una manera expresa, llegando a elaborarse documentos específicos que aúnan las diversas líneas de acción desde un análisis global de las distintas

vertientes del problema. No obstante, sería conveniente poder analizar el impacto que estas acciones están suponiendo en la práctica.

2. Muy pocas comunidades autónomas han implantado (o están en fase de hacerlo en algún caso) “nuevas formas” o “nuevos modelos” de gestión (entendidos como la opción por una de las alternativas existentes en la legislación actual al modelo de gestión pública “clásica”).

Seis de ellas explícitamente manifiestan la no implantación de nuevos modelos. De entre las que responden explicando acciones e innovaciones de gestión, en la mayor parte de los casos se refieren a la adopción de sistemas de mejora de la gestión efectuada por los centros, dentro de la gestión pública clásica.

No obstante, en algunos casos las explicaciones son muy someras. Por tanto, sería conveniente poder desarrollar en el futuro este apartado, de manera que se posibilite valorar las diferentes iniciativas que en este campo se están produciendo. Posteriormente, y en la medida en la que lo anterior fuera posible, podrá valorarse la idoneidad de analizar el impacto de las diferentes medidas y modelos adoptados, tanto respecto de las novedades incorporadas en los modelos de gestión públicos, como las que se introducen a través de los llamados nuevos modelos de gestión.

3. La mayoría de comunidades autónomas han puesto en marcha diferentes acciones ligadas a la relación entre atención primaria y atención especializada, frecuentemente a través de sus contratos programas o contratos de gestión con los centros de primaria. No obstante, no es tan amplia la presencia explícita de objetivos comunes concretos, presentes en ambos niveles asistenciales.

Siendo la coordinación asistencial entre niveles uno de los aspectos largamente demandado y priorizado por los profesionales entre los problemas a resolver, y habiéndose acometido diversas fórmulas para su mejora por parte de las Administraciones a lo largo del tiempo, es necesario identificar aquellas que se hayan mostrado efectivas, con el fin de que pudieran ser intercambiadas y puestas en común.

4. Una Comunidad Autónoma manifiesta disponer ya de un modelo de acreditación de competencias. Otra Comunidad está aplicando evaluaciones de algunos aspectos de la competencia y otra más se encuentra en fase de desarrollo de su modelo. Por otro lado, tres comunidades tienen previsto su abordaje próximamente a través de estructuras específicas, ya creadas. El resto manifiesta no disponer de dicho sistema.

En general, por tanto, parece que este es un aspecto relativamente poco desarrollado o, al menos, no priorizado por las comunidades autónomas.

5. Todas las comunidades tienen presente la utilización de guías de práctica clínica (GPC) como herramienta de apoyo a las decisiones clínicas. Para ello, en muchas ocasiones han venido elaborando a nivel autonómico diversas guías propias; en otras ocasiones, han colaborado en la realización de una guía conjunta para el SNS y/o utilizado las existentes.
6. Respecto a los criterios formativos, docentes e investigadores utilizados para la carrera profesional, dos comunidades autónomas detallan la utilización de dichos criterios. Seis comunidades hacen referencia a los textos legales y acuerdos oficiales alcanzados en sus respectivos territorios, así como, con frecuencia, a las direcciones electrónicas en las que están disponibles dichos criterios. El resto de comunidades no aportan información concluyente.

Globalmente, por tanto, no se puede apreciar si están incorporados o no a la carrera profesional (o prevista su incorporación) la valoración de estos criterios como méritos a tener en cuenta.

7. Los modelos de calidad en Atención Primaria se muestran en diferentes formas de aplicación y uso de herramientas para ello (acreditación de unidades y centros, modelos de mejora continua, certificación, excelencia clínica, planes estratégicos...).

El modelo de calidad global más ampliamente utilizado en atención primaria es el de la European Foundation for Quality Management (EFQM), seleccionado como modelo de referencia (plena o parcial) por siete comunidades autónomas. Le sigue la utilización de las normas ISO en cuatro comunidades, coexistiendo en algún caso con el anterior. En ambos casos, es variable el grado de despliegue de estos sistemas entre unos territorios autonómicos y otros. Otras comunidades no han adoptado un modelo específico, poniendo en marcha –la mayoría de ellas– diferentes acciones basadas en sistemas propios de desarrollo de la calidad. Es frecuente que, cualquiera que sea el modelo elegido, este no esté generalizado a todo el ámbito autonómico, sino que su extensión se esté produciendo de forma progresiva.

De manera global, puede decirse que son abundantes las iniciativas y acciones emprendidas en atención primaria para abordar la evaluación y mejora de la calidad, en sus diferentes vertientes.

8. Una mayoría de comunidades autónomas han llevado a cabo diversas acciones formativas en aspectos relacionados con la seguridad del paciente, bien mediante la realización de cursos específicos, bien formando parte de un abordaje amplio y estructurado.

Globalmente puede decirse que en el transcurso de muy pocos años, la seguridad del paciente ha cobrado un importante protagonismo, estando progresivamente presente este aspecto en el abordaje de la mejora de la calidad asistencial.

Por su parte, la formación de los profesionales para favorecer la autonomía de los pacientes, parece no haber cobrado tanto relieve, en comparación con el anterior.

9. En función de las respuestas recibidas, en al menos cinco comunidades autónomas parece existir una planificación estructurada o programación general de la formación directiva. En otras, se ha impartido cierto número de cursos para los perfiles directivos de distintos niveles. En siete comunidades, sin embargo, no se dispone de información suficiente en este sentido.

Por tanto, este es un aspecto abordado de manera bastante desigual en los distintos territorios.

10. Por último, respecto de la investigación, si bien algunas comunidades están potenciando la investigación en atención primaria mediante acciones claras y organizadas de apoyo a la misma, no se evidencia, en términos globales, que esta área esté teniendo un impulso muy significativo.

No parece haberse alcanzado todavía, en términos globales, una producción investigadora cuyo nivel esté en consonancia con la masa crítica disponible, potencialmente, en el primer nivel de atención.

## V – ANEXOS

### ANEXO I

#### OTROS INFORMES APORTADOS POR LAS CCAA

##### ANDALUCÍA

El Sistema Nacional de Salud (SNS), creado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, surge como respuesta al mandato constitucional, recogido en el artículo 43 de la Constitución Española, para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos. Desde aquellas fechas hasta la actualidad, los espectaculares avances y mejoras introducidas en el SNS han sido innumerables en todos los aspectos. En

esta evolución, uno de los hitos más relevantes ha sido la reforma y desarrollo de la Atención Primaria de Salud, puesta en marcha mediante el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud.

En el momento actual, las expectativas que, sobre salud, manifiestan los ciudadanos y la preocupación de los profesionales por ofrecer una atención sanitaria de calidad brindan la oportunidad para dar un nuevo impulso a la Atención Primaria de Salud.

Por este motivo, las estrategias que presentamos desde nuestra Comunidad Autónoma pivotan sobre dos ejes fundamentales: el ciudadano y el profesional; y tienen por objetivo alcanzar una Atención Primaria de calidad, orientada a la ciudadanía, con una alta capacidad de resolución y con garantía de continuidad asistencial, contando con unos profesionales motivados y capacitados y con una organización descentralizada, participada y eficiente.

En el contexto del trabajo de reflexión que viene realizándose en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en el seno del Servicio Andaluz de Salud, está llevando a cabo encuentros de trabajo donde los profesionales profundizan en determinados ámbitos de interés, como los que se exponen a continuación:

1. En el contexto del trabajo de reflexión que viene realizándose en el SSPA, entre el Servicio Andaluz de Salud y algunas Sociedades Científicas que agrupan a los profesionales sanitarios (ASANEC, SAMFYC y APAP-Andalucía) se ha firmado un pacto "Pacto Andaluz por el desarrollo de Estrategias para la Atención Primaria del Siglo XXI", dentro de cuyo marco se trabaja conjuntamente para profundizar en determinados ámbitos de interés.
2. Consolidación de la Gestión Clínica en atención primaria como modelo organizativo, facilitador de la asunción de la autonomía y corresponsabilidad de los profesionales, así como de la mejora de los resultados en salud de la población (cobertura del 100% de la población bajo el modelo organizativo); avanzando en la autonomía de las unidades de gestión clínica, promoviendo la implicación y motivación de los profesionales, facilitándoles herramientas de apoyo a la gestión y mejorando los sistemas de información y evaluación.
3. Implantación de la Historia Digital de Salud, (93,7% de la población), que en este momento lidera el desarrollo de las TIC sanitarias en todo el estado. La Historia Digital de Salud integra toda la información sanitaria de cada usuario para que esté disponible donde y cuando se precise, mejorando la accesibilidad a los servicios, pues permite la transmisión telemática de analíticas, informes y facilitando derivaciones, incrementando así la calidad de todo el proceso asistencial. De igual forma se vienen desarrollando la receta electrónica "Receta XXI", que cubre ya al 93.5% de la población, los medios interactivos de citación a través de Internet (Intersas, SMS) o el servicio telefónico Salud Responde, que facilitan la accesibilidad de los ciudadanos adecuando su frecuentación a los centros de salud.
4. Estrategias para facilitar la investigación en AP potenciando la relevancia de la investigación en este campo, tanto para los profesionales y ciudadanos como para el propio sistema sanitario, mejorando los mecanismos de difusión del conocimiento generado por la investigación en atención primaria (gestión del conocimiento); aumentando las habilidades de los profesionales de AP con formación y entrenamiento en metodología de la investigación; imprimiendo en los profesionales una cultura de evaluación crítica de la información y de asistencia sanitaria basada en la evidencia y desarrollando la colaboración entre profesionales, en red, con la universidad y con otras instituciones y sociedades científicas.
5. Planes de actuación específicos para las 152 zonas necesitadas de transformación social (ZNTS), identificadas en la Comunidad Autónoma, con objeto de mejorar la accesibilidad de los ciudadanos y disminuir las desigualdades en salud. En este ámbito, se han abierto las siguientes líneas de trabajo:
  - Asesoría para la intervención en ZNTS.

- Puesta en marcha de la Red de Profesionales de Atención Primaria de Zonas con Necesidades de Transformación Social, una herramienta virtual que desarrolla un espacio de trabajo común para profesionales y gestores del Servicio Andaluz de Salud (<http://mago.easp.es/oznts>).
  - Formación para los trabajadores sociales del Servicio Andaluz de Salud que trabajen en ZNTS.
  - Investigación: Instrumento de medida del riesgo social y estado de salud y revisión de los indicadores socioeconómicos de declaración de ZNTS e incorporación de indicadores de salud.
6. Análisis Epidemiológico de Áreas pequeñas, constituidos por una parrilla de indicadores sociodemográficos, de servicios de atención sanitaria y de resultados en salud para caracterizar las necesidades en salud de la población que, en concreto, atiende cada Unidad de Gestión Clínica. Constituyen la base para la planificación de las Unidades de Gestión Clínica, incorporando actividades, indicadores y objetivos en los Acuerdos de Gestión Clínica 2009, en función de los datos obtenidos.
  7. Análisis de la comorbilidad de la población atendida y estudio de la variabilidad de la casuística en las diferentes Unidades de Gestión Clínica de AP. Tiene por objeto conocer mejor los patrones de provisión de servicios asistenciales a poblaciones con diferentes necesidades y desarrollar medidas que tengan en cuenta las diferencias en morbilidad de los usuarios de los diferentes servicios asistenciales.

Se están implantando los Grupos Clínicos Ajustados (ACG) como herramienta clínica que nos permita la priorización de actividades, detección de grupos de riesgo, dificultades de accesibilidad y, como medida de ajuste, en principio de adecuación de recursos, para su posterior validación como medida de ajuste de los resultados.

8. Potenciación de las Unidades de Atención Ciudadana, impulsando la innovación y modernización de los servicios de atención ciudadana; mejorando y consolidando los sistemas de recogida de las opiniones y expectativas de los ciudadanos; desarrollando planes específicos de participación ciudadana; adaptando los servicios a las necesidades y expectativas de la ciudadanía e impulsando proyectos de mejora desde su perspectiva, para avanzar en el desarrollo efectivo de los derechos de los ciudadanos.
9. Avance en la asignación territorial de ciudadanos a equipos de profesionales que compartan una población, dentro de un entorno geográfico delimitado, con la existencia de varios equipos por sectores; su desarrollo se hace coincidir con las resoluciones de traslados e incorporaciones de profesionales.
10. La Cartera de Servicios ha sido revisada según la evidencia científica y los riesgos identificados en la población, vinculándola a la gestión por Procesos Asistenciales Integrados y Planes Integrales y definiendo indicadores de resultados.
11. Elaboración de la "Guía de diseño de infraestructuras y equipamiento de los Centros de Atención Primaria del futuro" adaptándolos a las nuevas necesidades de los ciudadanos y profesionales, así como a las nuevas tecnologías.

Junto a todas estas líneas descritas, hay que poner de relieve que se ha avanzado en el consenso de los criterios de ordenación de recursos (plantillas e infraestructuras), en la promoción del trabajo de equipo, mejora de los sistemas de información, aumento de la capacidad de resolución, convenios de formación, acreditación de profesionales y desarrollo de la carrera profesional.

## ARAGÓN

### Estrategias, objetivos y compromisos para la Atención Primaria en el Sistema de Salud de Aragón 2008-2011

El Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón ha desarrollado, en colaboración con las sociedades científicas de Atención Primaria de Aragón, un proyecto de mejora de este nivel asistencial que ha

concretado en el documento “Estrategias, objetivos y compromisos para la Atención Primaria en el Sistema de Salud de Aragón 2008-2011”.

Los objetivos de este proyecto se enmarcan dentro de las estrategias globales del Departamento de Salud y Consumo para garantizar el derecho a la sanidad pública respetando los principios de autonomía y responsabilidad de ciudadanos y profesionales mediante la democratización en la toma de decisiones. De esta forma, contribuye al desarrollo de la sociedad civil (ciudadanos) y a la coherencia entre la capacidad de decisión real (profesionales) y la autoridad y responsabilidad (Administración):

ESTRATEGIAS DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y CONSUMO	
<b>ESTRATEGIAS:</b>	
Primera	Mejorar la salud de los ciudadanos de Aragón.
Segunda	Aumentar la autonomía y responsabilidad de los ciudadanos respecto a su salud.
Tercera	Garantizar los derechos de los usuarios y la “carta de compromisos”.
Cuarta	Suficiencia, calidad y equidad de la oferta de servicios.
Quinta	Una oferta específica para los pacientes con enfermedades crónicas y dependientes.
Sexta	Capacitación y suficiencia de los profesionales sanitarios.
Séptima	Autonomía y corresponsabilidad por parte de los profesionales (desarrollo de la Gestión Clínica).
<b>OBJETIVOS:</b>	
Respecto a los Ciudadanos	Que éstos alcancen una mayor autonomía y responsabilidad sobre su salud y las decisiones relacionadas con la misma.
Respecto a los Usuarios	Potenciar su función de regulador y de cliente de los servicios sanitarios asegurándoles una participación, información y elección real.
Respecto a los Profesionales	Facilitar su desarrollo profesional garantizando y reconociendo la formación continuada de los mismos e incorporando la función de investigación como consustancial con su trabajo cotidiano. Facilitar una estructura (instalaciones, equipamientos, tecnología) eficaz y que incorpore los avances contrastados de las nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas. Orientar la organización y la gestión hacia el desarrollo de la gestión clínica, descentralizando las decisiones clínicas en un entorno de autonomía y responsabilidad de los profesionales.

Para implementar las estrategias y alcanzar los objetivos anteriores es imprescindible adecuar los servicios de Atención Primaria reforzando aquellas características que les son propias:

- Reforzar la función de agencia de la Atención Primaria.
- Gestionar teniendo como objetivo la autonomía y el desarrollo de los profesionales de AP.
- Potenciar al Equipo de Atención Primaria como unidad de provisión.

El proyecto elaborado para los tres próximos años, no trata de modificar o realizar contrarreformas en las que se asigna a los servicios de Atención Primaria exclusivamente la función de frontera, para disminuir la accesibilidad y el gasto sanitario. Por el contrario, tiene el propósito de reafirmar y consolidar los atributos que definen los servicios de atención primaria y que se concretan en las siguientes estrategias:

- Mantener los servicios de Atención Primaria como puerta de entrada al sistema de salud. Decisión que garantiza la accesibilidad y la equidad de todos los ciudadanos, independientemente de donde vivan o de su nivel socioeconómico.
- Reforzar la función de agencia de la Atención Primaria. Decisión que se justifica por la necesidad de orientar a los pacientes en su itinerario sanitario, cada vez más fraccionado, complejo y sujeto a la aplicación de distintas tecnologías. Se trata de capacitar a los profesionales no sólo sobre lo que sabe hacer, sino también sobre su capacidad para orientarle en lo que hay que hacer en cada momento.
- Garantizar la continuidad, seguimiento, constante de cada enfermedad, imprescindible en la actualidad por el aumento de pacientes con enfermedades crónicas y con necesidad de una gestión integral de su proceso.



- Favorecer una atención longitudinal, seguimiento de todos los problemas de salud de sus pacientes. Justificado por el cada vez mayor número de pacientes con multiplicidad de enfermedades y con necesidad de un enfoque global de su situación de salud.

Estrategias que pueden resumirse en reforzar el binomio usuario-profesional sanitario, en un relación profesional no paternalista, de mutua confianza y que inspire seguridad y satisfacción por parte del usuario respecto todas sus necesidades y demandas a los servicios de salud. Para desarrollar estas estrategias y objetivos el proyecto recoge las siguientes medidas y actuaciones concretas que se agrupan en los siguientes apartados:

- Incrementar el nivel de resolución de los Equipos de Atención Primaria.
- Fortalecer el funcionamiento como equipo de los profesionales de Atención Primaria.
- Favorecer la autonomía y el desarrollo de los profesionales.
- Establecer compromisos objetivos con los usuarios.

#### Respecto a incrementar el nivel de resolución de los Equipos de Atención Primaria

- Todos los equipos garantizarán la oferta completa de su cartera de servicios, en la que se integren todos los procedimientos de promoción y prevención que hayan demostrado su efectividad en su prestación desde atención primaria. Y que asegure:
  - La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente, tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
  - La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
  - Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.
  - Las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.
  - La rehabilitación básica.
  - Las atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.
  - La atención paliativa a enfermos terminales.
  - La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada.
  - La atención a la salud bucodental.
- Todos los equipos tendrán acceso directo a los procedimientos de diagnóstico incluidos en la cartera del Sistema de Salud de Aragón.
- Los profesionales de atención primaria, en su función de agencia, dispondrán de información suficiente para aconsejar a sus pacientes sobre la elección de especialistas y centros de atención especializada. Esta información incorporará aspectos relacionados con el nivel de resolución y resultados obtenidos.

#### Respecto a fortalecer el funcionamiento como equipo de los profesionales de Atención Primaria

- Todos los equipos dispondrán de un número suficiente de profesionales ajustados a nuevos criterios de ordenación. Que en el caso de los médicos de familia y enfermería no serán superiores a 1.500 personas y en el caso de los pediatras a 1.200 niños.
- Todos los profesionales estarán integrados en un equipo de atención primaria, incluidos matronas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y personal administrativo.
- Todos los equipos serán de un tamaño que permita el trabajo en equipo y las relaciones profesionales.
- Se potencia la figura de Director de Equipo y Responsable de Enfermería. Siendo necesario para su nombramiento su acreditación previa y su dedicación exclusiva al sistema público de salud. Estos responsables serán retribuidos en consonancia con sus nuevas funciones y dispondrán de tiempo específico para el desarrollo de las mismas.
- Se potencia el papel y funciones de los profesionales de enfermería mediante las siguientes actuaciones:
  - Cada profesional de enfermería dispondrá de una población asignada.

- Dentro de los itinerarios de pacientes ejercerán funciones de “gestor de pacientes”, atención a problemas agudos de baja complejidad y de orientación experta de la demanda. Estas funciones están en consonancia con las realizadas en la mayoría de los países de nuestro entorno.
- Igualmente, y una vez regulada por el Ministerio de Sanidad, los profesionales de enfermería estarán autorizados para la prescripción de medicamentos.
- Se potencian y organizan las unidades de Atención al Usuario. Integrándose en un funcionamiento en red con procedimientos comunes de información, citación y atención al usuario. Todas las unidades dispondrán de procedimientos informáticos expertos que garantizan la homogeneidad para todos los ciudadanos de Aragón.
- Todas las consultas de los profesionales dispondrán de equipamiento informático, que permita el acceso a la historia completa de cada paciente, el apoyo de otros profesionales mediante procedimientos de telemedicina, la emisión electrónica de recetas y la citación inmediata para cualquier derivación o solicitud de procedimiento diagnóstico.

### Respecto a favorecer la autonomía y el desarrollo de los profesionales

- La relación con los equipos de atención primaria se establecerá según criterios de resultados en salud y de satisfacción de los usuarios, subordinándose a estos otros criterios utilizados tradicionalmente y en relación con aspectos económicos o de consumo de recursos sanitarios.
- En virtud de la obtención de resultados cada equipo podrá asumir una mayor o menor autonomía respecto a su propia organización, recursos necesarios y prestación de la oferta. Aspectos imprescindibles en Atención Primaria y que deben adaptarse de forma flexible a las características de cada población.
- Cada equipo, mediante un acuerdo de gestión clínica, tendrá asignado un presupuesto que le garantizará no sólo la provisión de sus propios servicios, sino también la derivación de pacientes a las consultas de atención especializada y la solicitud de procedimientos de diagnóstico.
- Todos los profesionales tendrán derecho dentro de su jornada a una formación continuada relacionada con la implantación de nuevos servicios y con las prioridades de su equipo de atención primaria.
- Todos los profesionales dispondrán de información clínica para conocer y analizar sus resultados según los distintos tipos de pacientes, pudiendo adaptar su práctica y funcionamiento de forma objetiva y efectiva.
- Se potenciará la investigación en atención primaria, imprescindible en todo Sistema de Salud para conocer resultados poblacionales y del conjunto de los servicios.

### Respecto a establecer compromisos objetivos con los usuarios

Además del derecho a libre elección de médico de familia y pediatra, a los ciudadanos de Aragón se les garantiza:

- El derecho a la información: Los usuarios podrán requerir a las profesionales de atención primaria asesoramiento para la toma de decisiones en relación con las propuestas o alternativas realizadas por otros profesionales sanitarios, promoviendo las decisiones compartidas entre profesionales y pacientes. Igualmente los profesionales de atención primaria facilitarán a los usuarios información independiente acerca de los beneficios y riesgos de medicamentos, procedimientos de diagnóstico y terapéuticos, fomentando los autocuidados y los cambios en los estilos de vida en detrimento de la medicalización innecesaria.
- Derecho a la accesibilidad administrativa. Las Unidades de Atención al Usuario de los EAP actuarán como “ventanilla única” del Sistema de Salud de Aragón, facilitando y gestionando la información y tramitación de las gestiones que el usuario necesite respecto al conjunto del Sistema.
- Derecho de atención a tiempo. Garantizando la asistencia en el día que decidan y por el tipo de profesional que demanden.
- Igualmente desde los centros de atención primaria se les facilitará a los usuarios la obtención de la cita para consulta del especialista o para la realización de procedimientos de diagnóstico o terapéuticos, así como toda la información que les sea de utilidad. Además se asegurará la transmisión de toda aquella información o documentación clínica necesaria, que evite duplicidad de procedimientos o retrasos en la resolución de las demandas.

- Por último se potencia el funcionamiento de los Consejos de Salud, haciendo coincidir el ámbito del consejo con el territorio del que ciudadano se sienta participe, además se amplían sus funciones incorporando:
  - Conocer el Acuerdo de Gestión Clínica.
  - Participar en la definición de los objetivos que en el Acuerdo se refieran a aspectos del usuario como cliente de los servicios sanitarios.
  - Conocer el grado de consecución de los resultados establecidos en el Acuerdo de Gestión Clínica.
  - Disponer de la evolución de los resultados de aquellos aspectos que les afectan como clientes.
  - Poder participar en aquellos programas en cuya intervención (información, captación, provisión) mejore la efectividad de los servicios.
  - Conocer las quejas, sugerencias y reclamaciones de los usuarios, siendo posible el llegar a acuerdos para que el propio Consejo tramite estas incidencias y en cualquier caso conocer aquellas cuestiones que por su trascendencia así se regule.
  - Promover aquellas actuaciones de promoción y educación sanitaria que consideren efectivas para la población asignada al Equipo.

Y todos estos objetivos se concretan en una oferta voluntaria a los EAP para desarrollar un modelo, basado en la Gestión Clínica, en el que asumirán autonomía sobre la gestión de los recursos, organización horaria, oferta de servicios, formación continuada, organización interna, etc.

- Para establecer y progresar en el desarrollo de la gestión clínica y en los niveles de autonomía los EAP propondrán “Acuerdos de Gestión Clínica”, con compromisos, tanto por parte de los profesionales de los Equipos como por parte de los responsables de la gestión de la AP.
- La asignación de recursos (humanos, materiales y económicos) a todos los EAP, tanto urbanos como rurales, se realizará según criterios de estructura, cobertura real de pacientes según complejidad, y formación continuada, priorizando aquellos EAP que hayan optado por el modelo de Gestión Clínica.
- Todo este proceso se acompañará de un nuevo sistema de información basado en la “Medición de Resultados”. La evaluación será consecuente con los incentivos, con los niveles de autonomía de los que se dote cada uno de los Equipos y con las medidas correctoras que se establezcan.

El documento “Estrategias, objetivos y compromisos para la Atención Primaria en el Sistema de Salud de Aragón 2008-2011” está disponible en la siguiente dirección web:

[http://portal.aragon.es/portal/page/portal/DGA/SAL%20NAV%20Dptos%20Destacamos/Documento%20AP\\_Final\\_290709.pdf](http://portal.aragon.es/portal/page/portal/DGA/SAL%20NAV%20Dptos%20Destacamos/Documento%20AP_Final_290709.pdf).

## CANTABRIA

Valoración de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria sobre la situación del Proyecto AP-21: “Marco estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España 2007-2012”.

### I - Estrategias de mejora de la calidad de los servicios orientadas al ciudadano

*Estrategia 1: Potenciar la transformación de la At. Primaria en Agencia de Salud de los ciudadanos.*

- Derecho a la elección de médico dentro del Área Sanitaria.

*Estrategia 2: Orientar la organización de servicios a la mejora de la accesibilidad.*

- “Agendas inteligentes”.
- Accesibilidad telefónica para consulta.
- Proyecto Peña Sagra, en la Zona Básica de Salud Nansa, para acercar servicios y facilitación de la accesibilidad mediante transporte sanitario.
- Gestoría y educación para la salud a los emigrantes de la Zona Básica de Salud Dobra.
- Cita previa en todos los centros de salud y consultorios rurales.

*Estrategia 3: Adecuar la dotación de recursos humanos y la gestión de la organización de las consultas, para una adecuada atención, garantizando la no existencia de listas de espera en AP.*

- Médico de familia por 1.361 TSI.

- Pediatra por 1.035 TSI.
- Enfermero/a por 1.522 TSI.
- Aux. Adm. por 3.407 TSI.
- Redistribución de las cargas de trabajo en ZBS despobladas y dispersas (ZBS Los Valles).

*Estrategia 4: Integrar las unidades administrativas en la estructura organizativa de los equipos de AP.*

- “Ventanilla única” en todos los Centros de Salud cabecera de Zona Básica de Salud.
- Responsables de mostrador en todos los Centros de Salud cabecera de Zona Básica de Salud.

*Estrategia 5: Impulsar una imagen de la Atención Primaria como un sistema de calidad y de confianza para resolver los problemas de salud de los ciudadanos.*

- Trípticos en los Centros de Salud con la cartera de servicios.

*Estrategia 6: Impulsar la participación de los ciudadanos en el sistema sanitario y en la AP.*

- Comisión de Participación Ciudadana del Área de Salud de Torrelavega.
- Uso de los resultados de la Encuesta de Satisfacción de los Usuarios como indicador de calidad.

*Estrategia 7: Potenciar la autonomía de los ciudadanos y la capacidad de decidir sobre su salud.*

- Ley de garantía de demora y de voluntades previas.

*Estrategia 9: Optimizar la cartera de servicios para mejorar la respuesta a las necesidades en salud de la población.*

- Incorporación a la cartera de servicios de: Acciones contra la Violencia de Género, Cuidados Paliativos, Atención a la Dependencia y Diagnóstico Precoz de Cáncer Colorectal.

*Estrategia 10: Potenciar las actividades de promoción de la salud y prevención.*

- Plan de Salud de las Mujeres 2008-2011.
- Proyecto SISAPA (Sistema de información de Salud Pública): Vacunación, PAPPS...
- Participación de los EAP en “Ola de Calor”.
- Red de Médicos Centinela.

*Estrategia 11: Potenciar la calidad de la atención en los equipos de Atención Primaria rurales.*

- Igual dotación de sistemas de información en los consultorios rurales y de equipamiento en los puntos de urgencias rurales.

## II. Estrategias de mejora de la efectividad y la resolución

*Estrategia 12: Hacer accesibles las pruebas diagnósticas disponibles en el área sanitaria a los médicos de AP.*

- Catálogo de pruebas diagnósticas: ECO en Patología tiroidea, de partes blandas y renal, HBP y Colelitiasis. TAC lumbar y Mamografía.
- Equipamiento en AP: Tonómetro, Retinógrafo (en pruebas en un Área de Salud), Prick-test, Directigen y Oxígeno en todos los Centros de Salud.

*Estrategia 13: Mejorar las tecnologías de la información en Atención Primaria.*

- Todos los centros de salud y consultorios periféricos están informatizados y conectados con el nivel hospitalario.
- Acceso por vía informatizada desde los CS, a las pruebas diagnósticas y exámenes clínicos relevantes en tres de las cuatro Áreas de Salud (informes de alta hospitalaria, informes de consultas externas, exploraciones radiológicas, resultados analíticos, informes de enfermería al alta, tratamientos, etc.).
- Acceso a la historia clínica en el domicilio del paciente: Proyecto “Hospital sin paredes” en Zona Básica El Astillero.
- Acceso a la historia clínica en los Centros de Mayores en la Gerencia Torrelavega-Reinosa.

*Estrategia 15: Promover la efectividad en la atención a las patologías crónicas.*

- Diseño de un modelo de seguimiento de los pacientes polimedicados mayores de 75 años para mejorar la adherencia al tratamiento y la seguridad.

*Estrategia 16: Impulsar la elaboración e implantación de guías clínicas y los intercambios de información sobre buenas prácticas para su generalización en el sistema sanitario.*

- Guía de práctica clínica en la HTA, elaborada con criterios basados en la evidencia.

*Estrategia 17: Impulsar el uso racional y de calidad de los medicamentos.*

- Objetivos de uso racional de medicamentos utilizando indicadores de prescripción basados en la evidencia científica.
- Trabajo conjunto de farmacéuticos y farmacólogos de Atención Primaria en el ámbito del uso racional de los medicamentos con los clínicos.
- Documento de consenso con propuestas sobre medicamentos que pueden ser usados o autorizados por los profesionales de enfermería.

*Estrategia 18: Promover la evaluación y difusión de los resultados en salud.*

- Explotación de los datos clínicos a nivel de área, zona básica de salud y profesional y uso para incentivación profesional.

### III. Estrategias de mejora de la continuidad asistencial

*Estrategia 23: Potenciar la coordinación de las actuaciones realizadas desde AP y Salud Pública.*

- Protocolo de coordinación de las Gerencias de Atención Primaria y 061 con los servicios de salud pública en casos de meningitis.

*Estrategia 24: Impulsar en Atención Primaria modelos resolutivos de Atención Continuada/ Urgencias que generen confianza en los ciudadanos.*

- Servicios de Urgencia de Atención Primaria (SUAP) en todas las Zonas Básicas, Urbanas y Rurales.

*Estrategia 25: Fomentar el desarrollo de actividades comunitarias desde Atención Primaria.*

- Comisión de Participación Ciudadana del Área de Salud de Torrelavega.

*Estrategia 26: Potenciar las actividades de atención domiciliaria y la implicación de los profesionales en la atención a las personas con problemas de dependencia.*

- Documento sobre Atención a las personas con necesidad de cuidados en situación de dependencia y a sus cuidadores.
- Atención domiciliaria a pacientes terminales (cuidados paliativos) por los EAP.

*Estrategia 27: Mejorar la coordinación entre servicios sanitarios y servicios sociales.*

- Trabajador social en todos los EAP que se coordinan con las Unidades Básicas de Asistencia Social de los Ayuntamientos.

### IV. Estrategias de mejora de la participación y el desarrollo profesional

*Estrategia 28: Favorecer la formación continuada y la actividad docente en los equipos de AP.*

- Programa anual de formación continuada de los EAP, a partir de las líneas estratégicas de la Consejería de Sanidad y en desarrollo de sus competencias.
- Potenciar las acciones formativas (y talleres) en el propio centro de salud.
- Reconocimiento de sesiones clínicas en los contratos de gestión, a los efectos de su incentivación económica.
- Unidad Docente en la Gerencia de Atención Primaria, en coordinación con las Unidades de Docencia de las otras Gerencias, tanto de Primaria como de los Hospitales.
- Programa de rotaciones de especialistas en formación (Medicina Preventiva y Farmacia Hospitalaria) y estudiantes de pregrado (Medicina y Enfermería) por los Equipos de Atención Primaria.
- Programa de formación de los profesionales de los mostradores en habilidades relacionales y en herramientas informáticas.
- Programa de formación on-line.

*Estrategia 29: Incentivar el desarrollo de las actividades de investigación en los equipos de AP.*

- Investigación en Atención Primaria: 4 proyectos propios y participación en 5 ensayos clínicos.

- Grupos y redes de investigación estables en Atención Primaria.
- Formación en metodología de la investigación.
- Objetivos en investigación en los contratos de gestión.
- Reconocimiento de la actividad investigadora en la carrera profesional.
- Liberación al 50% de un Pediatra para un programa de investigación intensiva.

*Estrategia 30: Aumentar la motivación de los profesionales y mejorar el clima laboral.*

- Reconocimiento de los méritos profesionales, la implicación en las tareas y la mejora continua del desempeño profesional en la Carrera profesional.
- Incentivación económica para todos los profesionales del equipo, en función de los objetivos de grupo e individuales alcanzados.

## V. Estrategias de mejora de la eficiencia, gestión y organización

*Estrategia 35: Impulsar los contratos/planes de gestión fundamentados en los planes de salud y en los objetivos de política Sanitaria.*

- Incorporación en Contrato de Gestión anual Plan de Salud para las mujeres.
- Objetivos en contrato de gestión para cada EAP definiendo responsabilidades a nivel individual y de grupo profesional.

*Estrategia 36: Potenciar que la asignación de recursos esté en relación con el nivel de oferta de servicios establecida en la planificación sanitaria.*

- Recursos financieros destinados a Atención Primaria de salud: El 38% del presupuesto del Servicio Cántabro de Salud está destinado a Atención Primaria (486,78 € por habitante).

*Estrategia 41: Adaptar el modelo organizativo y funcional del equipo de Atención Primaria a las necesidades de salud de los ciudadanos y a la oferta de servicios, asegurando su gestión en el marco del sistema sanitario público.*

- Cobertura de atención a través del modelo de equipos de Atención Primaria: El 4% de los facultativos es de modelo tradicional. En todas las Zonas Básicas de Salud existe EAP.

*Estrategia 42: Consolidar y fortalecer el trabajo en equipo en Atención Primaria.*

- Trabajo en equipo multidisciplinar.
- Además de objetivos individuales, están definidos objetivos comunes para el EAP.
- Valoración de los resultados del trabajo en equipo en la carrera profesional.

*Estrategia 43: Impulsar el trabajo conjunto y el desarrollo profesional compartido entre médicos de familia, pediatras y enfermeras.*

- Protocolos de actuación en los que se recogen las responsabilidades de los componentes del EAP.
- Agendas para acceso directo de la población a las consultas de enfermería.

Informe sobre el desarrollo de las estrategias para la mejora de la Atención Primaria en Cantabria. Proyecto AP-21.

Como puede apreciarse en el resumen de las estrategias y en el cuestionario complementario, en la Comunidad Autónoma de Cantabria, durante 2008, se ha intervenido en un número importante de estrategias (33 de 44), si bien las actuaciones han sido más numerosas en las estrategias relacionadas con la mejora de la calidad de los servicios orientados al ciudadano y en las estrategias relacionadas con la mejora de la efectividad y la resolución. En un segundo nivel de intensidad se ha actuado en las estrategias relacionadas con la mejora de la continuidad asistencial y en las estrategias relacionadas con la mejora de la participación y el desarrollo profesional. Por último, en las estrategias relacionadas con la mejora de la eficiencia, gestión y organización, nuestra intervención ha sido menor.

## CASTILLA-LA MANCHA

La Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad ha elaborado el documento "Mejoras en Atención Primaria. Años 2002-2008", con el objetivo de exponer las líneas de mejora que se han implementado en el

SESCAM y los logros conseguidos en el ámbito de la Atención Primaria. Los apartados que contiene el documento son los siguientes:

- Acuerdos, pactos y mejoras laborales.
- Nuevas tecnologías.
- Desburocratización.
- Formación, docencia e investigación.
- Proximidad, accesibilidad y comunicación.
- Prestaciones y suministros.
- Relaciones interinstitucionales y colaboraciones con otras entidades.
- Nuevas acciones y actividad asistencial en AP.
- Farmacia.
- Infraestructuras.
- Líneas de trabajo actuales y futuras.

*Fuente: Mejoras en Atención Primaria. Años 2002-2008. Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad. Área de Atención Primaria.*

## CASTILLA Y LEÓN

### “Atención Primaria del Siglo XXI: Estrategias de mejora”:

La Dirección General de Asistencia Sanitaria, en enero de 2007, procede a realizar un análisis exhaustivo del documento. En este análisis se han tenido en cuenta las actuaciones que se están realizando en nuestra Comunidad en cada una de las líneas estratégicas definidas en el documento de estrategias del grupo AP-21, observándose la puesta en marcha de un número importante de ellas con mayor o menor grado de desarrollo y por lo tanto, con un alto grado de coincidencia. Finalmente, se elabora un documento de estas actuaciones por cada una de las líneas definidas en el documento marco.

En el mes de marzo de 2007 se constituyó un grupo de trabajo, con el objetivo de proponer un plan específico, que permita la aplicación efectiva de la Estrategia AP-21 en la Comunidad de Castilla-León. Este grupo quedó constituido por miembros de las sociedades científicas de las distintas categorías profesionales que trabajan en el ámbito de la atención primaria, así como por miembros de la Consejería y de las Gerencias de Atención Primaria.

Los temas que se abordaron fueron los siguientes:

1. Propuestas de líneas estratégicas y actuaciones prioritarias en nuestra Comunidad.
2. Integración y agrupación de las líneas propuestas en bloques o áreas temáticas.
3. Priorización de las líneas estratégicas.
4. Definición de los objetivos que se pretenden alcanzar con cada una de las líneas y propuestas de actuaciones concretas para alcanzar dicho objetivo.
5. Elaboración de indicadores de evaluación y seguimiento.

En el mes de marzo de 2007, se elaboró un documento que marcaba las líneas de trabajo iniciadas en la Comunidad en relación con las Estrategias de Atención Primaria del Siglo XXI. En el mismo, se definieron los diferentes bloques de trabajo, con sus objetivos y las líneas de actuación, las cuales sirvieron de referencia en la planificación de los compromisos para la presente legislatura, así como de los distintos planes estratégicos y plan anual de gestión 2008.

En julio de 2008 se realiza un balance sobre la situación actual de las Estrategias de mejora AP-21, así como el plan de trabajo previsto para esta legislatura. Las líneas de actuación definidas se han incorporado en la planificación de las actuaciones a desarrollar en las distintas Direcciones Generales, destacando las siguientes por bloques:

### Bloque 1. Formación, docencia e investigación

Líneas de trabajo	
1	Mejorar formación individual
2	Fomentar formación intraequipo
3	Recursos para formación
4	Docencia
5	Investigación

En las líneas de trabajo 1, 2 y 3 orientadas a la mejora de la formación individual, fomentar la formación intraequipo y recursos para la formación, se han iniciado las siguientes líneas de actuación:

- Elaboración del Plan de Formación 2008-2011.

Se realizó una fase previa de análisis cualitativo sobre necesidades formativas, mediante entrevistas a 26 informadores clave pertenecientes a distintos perfiles.

Los Objetivos Generales del presente Plan Estratégico:

- Garantizar la capacitación de los profesionales mediante la actualización de conocimientos y la mejora permanente de su cualificación, sirviendo de apoyo al desarrollo de su carrera profesional.
- Facilitar la implantación de Planes y Programas institucionales.
- Implantar un Modelo basado en la gestión por procesos y el establecimiento de un ciclo de mejora continua, apoyado en la utilización de las tecnologías de la información y de la comunicación.

Se han definido 3 ejes vertebradores de la formación; los profesionales, la institución y la red de formación. Así los programas asociados a cada eje son:

- EJE I:
  1. Formación Específica (Técnicas asistenciales, prevención y promoción de la Salud, Urgencias, Emergencias, Bioética, Seguridad Alimentaria...).
  2. Formación Transversal (Gestión, Tecnologías, Comunicación, Idiomas, Medioambiente, Seguridad e higiene...).
  3. Formación inicial para la incorporación al puesto de trabajo.
  4. Formación para profesionales extranjeros.
  5. Formación de directivos y mandos intermedios.
  6. Formación en Investigación.
- EJE II:
  1. Formación en Planes Sanitarios.
  2. Formación en Planes Socio sanitarios.
  3. Formación de Calidad.
  4. Formación de Tutores Docencia.
  5. Formación a medida o dirigida.
- EJE III
  1. Formación on-line.
  2. Formación de Formadores.
  3. Programa Aula de Gestión del Conocimiento.
  4. Programa de intercambio de mejores experiencias y proyectos innovadores.
  5. Otros programas.

El nuevo modelo quiere atender a la personalización de la oferta formativa para los 36.700 profesionales y con una inversión de 4,4 millones el primer año.

- Pacto entre la Consejería de Sanidad y las Organizaciones Sindicales, periodo 2008-2011. Que incluye entre otros los siguientes acuerdos en materia de formación:



- Garantizar la capacitación de los profesionales mediante la actualización de sus conocimientos y la mejora permanente de su cualificación, tanto en la vertiente específica como en materias transversales.
  - Desarrollar con carácter general la formación continuada dentro de la jornada laboral de los profesionales.
  - Establecer canales de comunicación entre los profesionales.
  - Servir de recurso para el desarrollo de su carrera profesional.
  - Medidas relacionadas con la formación de especialistas:
    - Elaboración de un Plan de acogida a residentes.
    - Mejora de la calidad de la formación a través de la red de unidades docentes y asesoras.
    - Reconocimiento de la labor docente.
  - Medidas una vez finalizada la formación:
    - El periodo de formación se tenga en cuenta a efectos de baremación con repercusión en distintos aspectos de sus condiciones de trabajo.
    - Garantizar a este personal nombramientos de continuidad postgrado para realizar funciones asistenciales, formativas e investigadoras.
- Por otro lado, la investigación ha sido uno de los compromisos electorales, tanto del Presidente como del Consejero de Sanidad, para ello se han destinado 1 millón de € en atención primaria para el año 2008.

Mediante Resolución de 24 de marzo del 2008, el Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León establece las modalidades y el procedimiento, así como los criterios de selección de los proyectos de investigación en biomedicina, biotecnología y ciencias de la salud, a desarrollar en las Gerencias de Atención Primaria. Se establecen dos modalidades: promovidos por un grupo o dos o mas grupos de investigadores o modalidad B, por uno o varios investigadores con cuantías máximas de 9.000 a los 40.000 € año.

Y las áreas temáticas priorizadas son; la investigación clínica, la biotecnología, los cuidados de enfermería, la gestión, calidad y evaluación de los servicios de salud y los problemas sociosanitarios de relevancia en la Comunidad.

Así mismo en el PAG 2008 en el Objetivo B-2, fija como objetivo el "Desarrollo y puesta en marcha de líneas de investigación en atención primaria".

## Bloque 2. Profesional

Líneas de trabajo	
1	Cargas de trabajo
2	Adecuación de plantillas
3	Situación laboral
4	Salud laboral
5	Discriminación positiva medio rural

En este bloque se han abordado las siguientes líneas de trabajo:

- Seguir avanzando en la adecuación de plantillas a las necesidades asistenciales mediante la determinación del cupo óptimo en cada una de las demarcaciones de Castilla y León. Esta actuación está permitiendo de forma progresiva la disminución de los cupos más elevados, la progresiva equiparación de cargas asistenciales según las variables que afectan a dicha carga, así como disponer de una planificación a largo plazo para una futura reestructuración y creación de nuevas plazas.
- En salud laboral se ha firmado un acuerdo sobre las agresiones al personal sanitario, que incluye:
  - La elaboración de un protocolo de actuación de los profesionales de la Gerencia Regional de Salud ante una situación de agresión.
  - Mejora de los sistemas de seguridad de los centros.

- Continuar con el plan de administración e infraestructuras en la mejora, reforma y construcción de los Centros de Salud, así como de las subvenciones y equipamiento de consultorios locales.
- En relación con temas de recursos humanos, en el acuerdo con las organizaciones sindicales se han incluido las siguientes medidas:
  - Reducción de la tasa de interinidad en un 7%, mediante la convocatoria pública de 4.424 plazas.
  - Establecer con carácter regular y periódico convocatorias de procesos selectivos y concursos de traslados.
  - Con carácter general las bolsas de empleo se constituirán a partir de los distintos procesos selectivos.
  - Revisión de determinados aspectos retributivos.
  - Creación de una Unidad de Búsqueda y Oferta de empleo sanitario de Castilla.
  - Medidas incentivadoras que capten y fidelicen profesionales en las zonas rurales y puestos de difícil cobertura.

### Bloque 3. Coordinación y continuidad asistencial (Gestión por procesos)

Líneas de trabajo	
1	Coordinación AP-AE
2	Acceso a pruebas diagnósticas
3	Continuidad asistencial (gestión por procesos)
4	Nuevas tecnologías
5	Coordinación AP-SP y SS

Se han potenciado medidas de coordinación y continuidad asistencial:

- Creación a través del PAG de la denominada **Comisión de Continuidad Asistencial**. Esta Comisión estará integrada por directivos y profesionales de ambos niveles, que trabajarán en la mejora de la continuidad asistencial y de una práctica clínica centrada en los pacientes. Funcionalmente, se desarrollarán un mínimo de 4 reuniones al año, siendo los directivos los responsables del cumplimiento de los acuerdos tomados en el seno de la Comisión. Para velar por el buen funcionamiento de la citada Comisión, se deberá elaborar una memoria anual, donde figuren los objetivos propuestos para el Plan Anual de Gestión, los elementos de mejora para la continuidad asistencial puestos en marcha, las actividades de formación, los encuentros entre los profesionales y los resultados obtenidos.

La Comisión de Continuidad Asistencial, dirigida por el Gerente de Salud de Área, asumirá la consecución entre otros de los objetivos de área, para los que podría ser necesario establecer a su vez subcomisiones de seguimiento:

- Continuidad de procesos asistenciales.
- El uso racional del medicamento.
- La formación e investigación.

Esta Comisión, en el marco del Plan Anual de Gestión 2008 deberá velar preferentemente por el cumplimiento y mejora de los siguientes objetivos:

- La gestión por procesos asistenciales integrados: Constituye una herramienta básica de trabajo, para poder garantizar la calidad de las prestaciones. Se deberán desarrollar e implantar, al menos, los siguientes procesos asistenciales:
  - El control desde Atención Primaria del tratamiento con anticoagulantes orales.
  - La rehabilitación en Unidades de fisioterapia de Atención Primaria.
  - Implantación de la oncoguía del Cáncer de Mama: Seguimiento adecuado de casos sospechosos.
- La gestión de planes de mejora para estabilizar y mejorar el proceso de continuidad de cuidados de enfermería y planes de cuidados al alta hospitalaria.

- Acceso a pruebas diagnósticas, uno de los compromisos electorales del Consejero de Sanidad. A lo largo del año 2009 está prevista la elaboración del catálogo de pruebas diagnósticas de Atención Primaria.
- Potenciación de las nuevas tecnologías en AP:
  - Retinografía (8 EAP de la Comunidad).
  - Ecografía (12 EAP de la Comunidad).
  - Telecardiología.
  - Teledermatología.
- Cita automatizada. Permite una mayor accesibilidad al usuario en la gestión de la cita en las consultas de los Centros de Salud al mismo tiempo que permite una disminución de la carga asistencial en las Unidades de atención al usuario permitiendo asumir otro tipo de tareas, atención directa al usuario, tareas administrativas de las consultas...

#### Bloque 4. Organización general

Líneas de trabajo	
1	Organización EAP
2	Organización supra EAP
3	Oferta de servicios de AP
4	Gestión clínica
5	Autogestión

En relación con este apartado se abordarán los siguientes aspectos:

- Reorganización de la Pediatría en Castilla y León.
- Celebración de las Jornadas de organización de la Atención Primaria en Castilla y León, con la participación de las Sociedades que conforman el grupo AP-21.
- Cartera de servicios. Desarrollo y actualización de la cartera de servicios de atención primaria. Sistemas de gestión de los procesos asistenciales.
- Creación de una agencia de Calidad. Para la acreditación de Centros. En 2008 acreditación de 6 centros modelo EFQM.
- Elaboración del Decreto de Libre Elección.
- Realización del Decreto de Organización de Equipos de Atención Primaria.
- Programas de Gestión Propia. Análisis y continuidad de los PGP.

#### Bloque 5. Sistemas de información: Comunicación y sistemas informáticos

Líneas de trabajo	
1	MedoraCyl
2	Medios informáticos
3	Comunicación
4	Otras aplicaciones

- Potenciar y desarrollar la historia clínica informatizada (MedoraCyl). Los compromisos adquiridos para la siguiente legislatura son:
  - Extender la historia clínica en los consultorios locales de la comunidad. En los casos en los que se disponga red mediante conexión on-line.
  - Potenciar y desarrollar nuevas funcionalidades.
    - Planes de cuidados de enfermería.
    - Protocolos inteligentes, guías clínicas.
    - Elaboración de informes clínicos.
    - Sistema automático de consulta y ayuda al diagnóstico (SACAD).
    - Protocolos avanzados. Guías clínicas.
    - Procesos terapéuticos.
    - Centralización.
    - Módulo de farmacia, interacciones medicamentosas, guías terapéuticas...

- Comunicación con otras aplicaciones:
  - Avanzar hacia una historia clínica compartida e integrada.
  - Conexión telemática con los Hospitales.
  - Puesta en marcha de un proyecto de receta electrónica en la Comunidad.
  - Gestión de IT.

Las actuaciones previstas para el año 2009 son las siguientes:

- Planes estratégicos:
  - III Plan de Salud.
  - En elaboración Plan de cuidados paliativos.
- Coordinación Primaria-Especializada:
  - Gestión compartida de procesos:
    - Oncogúías.
    - III Plan de Salud: Insuficiencia Cardíaca.
    - TAO.
  - Conexión telemática primaria-hospitales:
    - Conexión con el laboratorio en Burgos.
    - Retinografía.
    - Teledermatología.
  - Establecimiento de vías de comunicación directa entre profesionales de AP-AE.
- Investigación. Nueva Convocatoria 2009:
  - Orden SAN/126/2009.
  - Orden SAN/127/2009.
  - Orden SAN/128/ 2009.
- Formación:
  - Elaboración decreto de Unidades docentes.
  - Nuevo Plan de Formación.
  - Intranet Sacyl. Atención Primaria.
  - Biblioteca on-line: Fisterrae, Harrison, FMC.
- Calidad:
  - Proyecto de acreditación de centros "Fundación de calidad asistencial de Castilla y León".
  - Reconocimiento de sellos de plata y bronce a EAP.
- Recursos humanos:
  - Decreto sobre nuevo modelo retributivo.

*Fuente: Atención Primaria del Siglo XXI. Estrategias de Mejora. Castilla y León. Grupo de trabajo.*

## COMUNIDAD VALENCIANA

El documento sobre "Estrategias de mejora en Atención Primaria" ha sido elaborado por la Conselleria de Sanidad, junto con un grupo asesor, compuesto por sociedades científicas del ámbito de atención primaria y colegios profesionales. En el mismo se plantean estrategias de mejora de carácter general, con compromisos realizables a corto y medio plazo, que redunden en una mejora de la calidad de la atención primaria, percibida tanto por el ciudadano como por los profesionales.

Se plantean los siguientes aspectos:

- Adecuación y asignación de recursos.

- Fomento de estatus de los coordinadores de los EAP.
- Dispensación electrónica y plan antiburocrático.
- Aumento de la capacidad de resolución de los EAP.
- Cambios organizativos en el funcionamiento del EAP.
- Impulsar políticas de coordinación y comunicación entre AP y AE.
- Retribución de la sobrecarga de trabajo derivadas de la atención a los pacientes de otro cupo.
- Dotar de cierta autonomía presupuestaria a los EAP.
- Otras propuestas.

Fuente: "Estrategias de mejora en Atención Primaria". Consellería de Sanidad.

## GALICIA

### Plan de Mejora de Atención Primaria

La modernización de AP en Galicia exige nuevas formas de trabajo y de relación, por lo que se plantea la necesidad de establecer un plan de mejora que de respuesta a la situación actual de la atención primaria en nuestra Comunidad. Debe estar marcada por criterios de calidad óptima y de orientación al cliente, y exige que los profesionales integren sus conocimientos y experiencias en el conjunto de la organización.

El plan de mejora se centra en tres áreas estratégicas "clave": La calidad, la capacidad de resolución y la continuidad asistencial. Y van acompañadas de un cronograma de puesta en marcha y de un compromiso presupuestario para que su realidad sea posible.

La calidad de los servicios que el sistema público oferta a los ciudadanos, es un objetivo permanente e irrenunciable de las administraciones sanitarias, y una condición indispensable para la aceptabilidad de los mismos. La apuesta por la calidad debe ser integral, incluyendo no solo sus componentes científicos y técnicos, sino aquellos otros relacionados con la accesibilidad, con sus recursos, con la organización y con la participación, de tal manera que el usuario perciba que, en efecto, es el centro del sistema.

La capacidad de resolución, la efectividad es un elemento inherente a la organización sanitaria pero muy especialmente en el ámbito de atención primaria, desde la que se debe resolver no menos del 85% de los problemas de salud de la población. Para mejorar la efectividad son necesarias estrategias tendentes a incrementar la capacidad diagnóstica y terapéutica, tanto mejorando la formación de los profesionales, como incrementando la accesibilidad de los mismos a pruebas y tecnologías que favorezcan la capacidad de resolución y la calidad de atención primaria. La elaboración y puesta en marcha de las guías clínicas es otro elemento fundamental en estas estrategias. Sin embargo, esta capacidad de resolución no debe impedir que se menoscaben aspectos tan significativos de AP como son la promoción de la salud la prevención de las enfermedades.

La continuidad asistencial, la coordinación entre los diversos dispositivos sanitarios y, muy especialmente, entre AP y AE, es un objetivo esencial siempre enunciado, pero no siempre bien resuelto. Las estrategias de mejora de la continuidad asistencial son unos de los grandes retos que tiene el Sistema Sanitario Público para los próximos años. Por ello es necesario acometer decididamente políticas de coordinación y comunicación entre atención primaria y atención especializada que integren los procesos asistenciales de tal manera que, el ciudadano, no perciba solución de continuidad en sus cuidados y tratamiento.

Otro importante bloque de estrategias se centra en la mejora de la organización de atención primaria, objetivo transversal e instrumental que busca optimizar los recursos disponibles y mejorar las herramientas de gestión para facilitar la consecución de sus fines, para hacer más eficiente la AP.

Teniendo todo esto en cuenta y con intención de acomodar las líneas estratégicas de la Consellería con las del documento Estrategias AP-21 (elaborado por el Ministerio de Sanidad y Política Social con la colaboración de todas las sociedades de Atención Primaria, y aceptado por el Consejo Interterritorial), la Consellería de Sanidad hizo, en el mes de noviembre de 2006, una propuesta que se extendió a todas las asociaciones

médicas y sociedades científicas de Atención Primaria y a todas las fuerzas sindicales representativas de la Comunidad. La propuesta se plasmó en la creación de tres grupos de trabajo, formados por expertos de cada parte representada, con el fin último de hacer un profundo estudio de la situación de Atención Primaria en Galicia y proponer medidas de mejora, intentando conseguir una “reforma de la reforma de AP”.

Los tres grupos de trabajo fueron sobre: Recursos humanos, Calidad y Desburocratización. En estos grupos de trabajo se analizaron: la situación actual de AP en la Comunidad, las líneas estratégicas y proyectos en marcha de la Consellería y el Sergas, el documento de Estrategias de Mejora en Atención Primaria del Siglo XXI aprobado en el Consejo Interterritorial, el RD 1030/2006 sobre cartera de servicios comunes del SNS.

De cada grupo de trabajo salieron unas conclusiones finales, presentadas a todos los participantes el pasado 1 de febrero de 2007, y recogidas por parte de la Consellería de Sanidad y el Sergas, y que sirvió de base para iniciar la prevista reforma de Atención Primaria en nuestra Comunidad.

Objetivos:

Por parte del SERGAS:

- Coordinar y ajustar las Directrices Estratégicas de la Consellería con el Protocolo de Objetivos Estratégicos de las Áreas y el Protocolo de Actividad de los SAP. Desarrollar las estructuras de gestión periféricas necesarias para gestionar el cambio.
- Extender la cobertura del nuevo modelo, y continuar la mejora de accesibilidad a los dispositivos de apoyo de atención primaria. Planificar y ejecutar la construcción de nuevos centros de salud así como la reparación y mejoras en los actuales en infraestructuras y equipamiento.
- Coordinar y ampliar la cobertura y mejora de calidad de la cartera de servicios: enfermedades y factores de riesgo más prevalentes, atención a la mujer, salud bucodental, obesidad infantil, TAO, cirugía menor, actividades Preventivas en AP, telemedicina, optometría, etc. Mejorar la capacidad resolutive y la accesibilidad a los medios diagnósticos.
- Impulsar la coordinación/integración de AP y AE a través de la aplicación del Plan de Salud, priorizando las patologías en él recogidas: IAM, insuficiencia cardíaca, EPOC, trastornos afectivos y depresivos, drogas, accidentes de tráfico, DM, envejecimiento y cáncer.
- Incrementar la competencia y la capacidad de resolución de los profesionales de Atención Primaria.

Por parte de los SAP/UAP:

- Fomentar la autogestión del centro, con la gestión clínica en la unidad o servicio de atención primaria, integrando el PAC en el propio servicio, y desarrollando actividades de mejora de la cartera de servicios de AP, la capacidad resolutive y la gestión de recursos por parte de los profesionales clínicos.
- Reforzar la figura de los jefes de servicio/unidad y coordinadores de enfermería.
- Mejorar la calidad de atención utilizando como herramientas la gestión del conocimiento, el Protocolo de Actividad, las nuevas tecnologías.
- Mejorar la accesibilidad de los usuarios, con la atención a las reclamaciones, información en los centros y en la web, y desarrollo de la cita telefónica centralizada.

Por parte de los Profesionales:

- Utilizar adecuadamente la Historia Clínica modelo de Atención Primaria, según la normativa vigente y colaborar activamente en el uso del IANUS y prescripción en receta electrónica.
- Realizar una adecuada solicitud de pruebas complementarias, según criterios de Medicina Basada en la Evidencia (MBE).
- Implicarse activamente en la gestión de los centros:
  - Participar en la cobertura de Jefaturas de Servicios y Unidades de AP.
  - Fomentar el trabajo en equipo en el centro y la mejora de la relación entre niveles asistenciales.
  - Participar en el diseño, propuestas y evaluación del Protocolo de Actividad
  - Colaborar activamente en la disminución del gasto farmacéutico.
  - Colaborar en la generalización de la cartera de servicios de Atención Primaria.

- Realizar actividades encaminadas a conseguir una continua actualización del conocimiento: docencia clínica de pregrado y postgrado, sesiones clínicas, realización de cursos online y presenciales, etc.

Compromiso presupuestario

		2007	2008	2009	2010	2011	Objetivos finales (horizonte)	
OBJETIVOS INSTRUMENTALES	RECURSOS HUMANOS	Plazas 144: 3.636.579 € Integración funcional enfermería y matronas Redistribución de cuotas (facultativos)	Redistribución de cuotas (facultativos) Solicitud ↑ 15% plazas facultad Zonificación Vigo y A Coruña ↑ Plazas (35%)	Redistribución de cuotas (facultativos) ↑ Plazas (30%)	Redistribución de cuotas (facultativos) ↑ Plazas (20%)	Redistribución de cuotas (facultativos) ↑ Plazas (15%)	MF.: 1.250 TSI (750-1.500) PED.:800 TSI (400-1.200) ENF.: 1.250 TSI PSN: Mínimo: 1/centro1/3.000-4.500 Matronas: 1/SAP TS: 1/SAP Fisioterapia: 1/10-15.000 S. Bucodental: 1/20-25.000	
		Sustituciones 70%: 4.401.365 Condiciones a negociar en la Mesa Sectorial	80%	90%	100%		Sustituir o abonar la Sustitución al 100% de los facultativos. Consulta completa	
		Mejora condiciones laborales		Sábados mañana Modelo retributivo por TSI. Mejoras en la voluntariedad Coefic. corrector pediatría				Jornada extraor. Cobro real por TSI. Retribución por escasez de profesionales (pediatría)
		Equipamiento	Grupo de trabajo	30%	30%	20%	20%	Completar al 100% el equipamiento de los centros según criterios del grupo de trabajo y adaptado a la cartera de servicios del centro
		Planes funcionales	Grupo de trabajo	Revisión	Revisión	Revisión	Revisión	Adaptar todos los planes funcionales a las necesidades de profesionales asumidas
		Acceso a pruebas	Laboratorio Anatomía patológica Rx simple Ecografía	Acceso a las pruebas con protocolo	Acceso a las pruebas con protocolo	Acceso a las pruebas con protocolo	Acceso a las pruebas con protocolo	Acceso libre a las pruebas complementarias
	GESTIÓN	Relación AP-AE Gestión por procesos Especialista consultor	Gestión por procesos Especialista consultor	Gestión por procesos Especialista consultor	Gestión por procesos Especialista consultor	Gestión por procesos Especialista consultor	Continuidad y agilidad en la asistencia sanitaria	

N C L I N I C A	Historia electrónica	Medidas legislativas y administrativas. Potenciar informatización e acceso a IANUS	Ampliación central de llamadas	Ampliación central de llamadas	Ampliación central de llamadas	Ampliación central de llamadas	Disminuir la burocracia de las consultas de los facultativos.
	Desburocratización	Pilotaje central de llamadas	Extensión e-receta e formularios de petición probas en IANUS	Extensión e-receta y formularios de petición de pruebas en IANUS	Extensión e-receta (100%) y formularios de petición de pruebas en IANUS.	Extensión e-receta (100%) y formularios de petición de pruebas en IANUS.	Conseguir la gestión desde los SAP/UAP.  Informatización, Historia clínica electrónica y e-receta finalizadas Cobertura total central de llamadas
Coste global estimado							62.500.000 €

## MURCIA (REGIÓN DE)

Informe sobre evolución de las estrategias AP-XXI. Plan de mejora y modernización de Atención Primaria 2007-2010. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo. Región de Murcia

El Plan de Mejora y Modernización de Atención Primaria de la Región de Murcia, 2007-2010, parte de una petición de la Asamblea Regional que insta al gobierno regional a elaborar y poner en marcha un Plan para Mejorar la Atención Primaria en nuestra Región, mandato parlamentario al que, junto al Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007, el Plan Estratégico de la Región de Murcia 2007-2013 y el documento Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia 2005-2012 (Plan Es+Salud 2005-2012), se adecua el Plan para la Mejora y Modernización de Atención Primaria 2007-2010. Posteriormente a los primeros trabajos de este Plan, surge la iniciativa Ministerial, ratificada por el Consejo Interterritorial, de las Estrategias Atención Primaria siglo XXI, a las que el Plan regional también se adecua.

El Plan regional de mejora y modernización de Atención Primaria, consensuado con organizaciones sindicales, asociaciones de ciudadanos y usuarios, colegios profesionales, sociedades científicas... y aprobado en Consejo de Gobierno en abril de 2007, se estructura en las propuestas de actuación que se relacionan a continuación.

### Propuestas para la mejora y modernización de la Atención Primaria 2007-2010

- Oferta de servicios de Atención Primaria:
  - Cartera de servicios de atención primaria.
  - Introducción de modelo de calidad europeo EFQM - gestión por procesos.
  - Redefinición del trabajo enfermero en atención primaria.
  - Integración del plan de salud mental, del plan regional de cuidados paliativos y de la asistencia socio-sanitaria.
- Organización de la actividad asistencial:
  - Cita multicanal para atención primaria.
  - Mejoras en la capacidad resolutoria y en la calidad de la atención médica y pediátrica en consulta.
  - Gestión de agendas - agendas de calidad.
  - Desarrollo de un sistema de información específico para detectar oportunidades de mejora en demoras en atención primaria.
  - Citación primaria-especializada.
  - Servicio gestoría. Unidades de atención al ciudadano.



- Resolutividad y continuidad asistencial:
  - Acceso a pruebas diagnósticas.
  - Espacios estables de comunicación y teleconsulta.
  - Gestión por procesos - vías clínicas.
  - Especialista consultor.
  - Coordinación de la atención de urgencias.
- Formación e investigación:
  - Formación pregrado.
  - Formación especializada postgrado.
  - Formación continuada.
  - Extensión de la formación a los ciudadanos.
- Investigación en Atención Primaria:
  - Objetivos de Investigación en AP.
  - Propuestas de actuación en Investigación.
- Profesionales e infraestructuras:
  - Adecuación de las plantillas de AP.
  - Descentralización de la gestión.
  - Actualización normativa.
  - Plan de incentivos.
  - Infraestructuras y equipamiento.
- Gestión farmacéutica:
  - Política farmacéutica.
  - Servicios de farmacia y depósitos de medicamentos en atención primaria.
  - Accesibilidad de los ciudadanos a la prestación farmacéutica.
  - Sistemas de información de la prestación farmacéutica.
  - Gestión del conocimiento.
- Historia clínica electrónica y sistemas de información:
  - Extensión de la historia clínica electrónica.
  - Integración del aplicativo de atención primaria con los aplicativos departamentales corporativos.
  - Integración de la historia clínica electrónica de atención primaria y atención hospitalaria.
  - Generalización del uso de la historia clínica electrónica.
  - Rediseño del sistema de información y evaluación de atención primaria.
- Otras estrategias a implantar en Atención Primaria:
  - Incorporar en AP la normativa y los conceptos de directrices previas, confidencialidad, consentimiento informado, historia clínica...
  - Introducción de la satisfacción de los usuarios, dentro del modelo de calidad total, como un instrumento de evaluación y mejora, contribuyendo a identificar las oportunidades del sistema sanitario es un aspecto tan esencial como son las expectativas de los ciudadanos.
  - Participar de las Políticas de las Administraciones Públicas en defensa del medio ambiente y el uso razonable de los recursos naturales.

#### Actuaciones realizadas

#### Oferta de servicios de Atención Primaria

- Cartera de Servicios AP.
  - Se ha realizado una revisión completa de la Cartera de Servicios de Atención Primaria, que ha supuesto:
    - La puesta al día de 42 servicios (27 revisados ad-hoc), que suponen 42 procesos clave en APS.

- Con la participación de más de 80 profesionales de AP, con carácter multidisciplinar y la incorporación de diferentes responsable regionales en materia de programas de salud y de los equipos de las Gerencias con competencias en AP (especialmente los responsables de calidad).
  - A los servicios “clásicos” se han incorporado los nuevos servicios de asma adultos, asma infantil, artrosis y gestión administrativa.
  - La nueva cartera está concebida como instrumento de monitorización y evaluación de calidad asistencial, definiendo para cada servicio.
    - Criterios de calidad en: accesibilidad (coberturas), proceso y resultados.
  - Está desarrollado e implantado en Planes personales-OMI, de manera que el profesional solo tenga que seguir las directrices y recomendaciones de estos para cumplir con los criterios de calidad de atención.
  - Editada en mini CD y distribuida.
  - Están desarrollados los “volcados” de indicadores para evaluación periódica, aunque aún están en fase de pilotaje.
- Introducción del modelo de calidad europeo EFQM y de la gestión por procesos.
    - Introducido en los contratos de gestión a través de diferentes objetivos.
    - La mayoría de las Gerencias con competencias en AP han obtenido el sello Q-200.
    - Se potencia y promueve la formación en gestión por procesos.
    - Las guías clínicas y/o protocolos desarrollados desde Servicios Centrales están orientadas en esta metodología y elaboradas desde el punto de vista de actuaciones integradas primaria-hospital.
    - Hay objetivos específicos en contrato de gestión que plantean la elaboración de guías clínicas basadas en la gestión por procesos (pendiente de evaluación definitiva) en:
      - Ingresos evitables, detectados en cada área de salud en función de los datos del CMBD.
      - Atención de urgencias.
      - Interconsultas AP-AE de mayor frecuencia y, previsiblemente, con mayor posibilidades de resolución en AP, dada la actual disponibilidad de exploraciones complementarias.
      - Utilización de exploraciones complementarias, en base al análisis de adecuación de uso en cada área.
- Redefinición y potenciación del trabajo enfermero.
    - Planes de cuidados (patrones de Marjory Gordon, clasificación Nanda...).
    - Implantados en todos los Centros con desarrollo informático incorporado a OMI.
    - Consulta de enfermería y matrona a demanda.
      - Implantada en todos los Centros (Evaluación de CG-2008).
      - Los objetivos son que los pacientes tengan un enfermero de referencia con el que puedan pedir cita directamente para resolver cuestiones que forman parte de la capacitación y competencias de este profesional, sin necesidad de pasar previamente por consulta médica.
    - Enfermería de enlace - gestora de casos.
      - Atención y gestión de casos en pacientes dependientes.
      - Gestión y coordinación de recursos sanitarios y no sanitarios.
      - Actualmente en fase inicial de los trabajos técnicos y de la consulta a grupos de profesionales para la definición del programa-protocolo regional.
    - Atención comunitaria. Pendiente de desarrollo.
    - Prescripción enfermera. Pendiente de regulación ministerial, en fases iniciales de contacto con grupos de trabajo de profesionales.
    - Aumento de plantillas de enfermería, pactado en acuerdos sindicales para bajar de 1800 pacientes por enfermero/a y propuesta en el plan la paridad con las plazas de médico y pediatra para el desarrollo de los nuevos servicios y competencias del personal de enfermería.
- Integración con otros planes. Fundamentalmente dos:
    - Plan de cuidados paliativos. 14 ESAD en marcha y funcionando:
      - Cumplidos en 1º año los objetivos planteados.
      - En fase de desarrollo e implantación en Hospitales.
      - Historia domiciliaria, clave para la continuidad de cuidados.

- Comparten OMI-AP como Historia Clínica con el EAP.
- Plan de salud mental. Varios grupos de trabajos conjuntos:
  - Elaboración de la guía de abordaje del tabaquismo.
  - Elaboración de la guía de TDHA, conjuntamente también con responsables de la Consejería de Educación (distribuida en soporte digital e imprenta).
  - Elaboración de la guía regional de abordaje de la depresión (distribuida en soporte digital e imprenta).

### Organización de la actividad asistencial

- Cita multicanal en Atención Primaria. Están desarrolladas e implantadas:
  - CeCyT (Central de llamadas) implantada para todas las agendas de cita de medicina familiar y pediatría a demanda informatizadas.
  - Cita web implantada para todas las agendas de cita de medicina familiar y pediatría a demanda informatizadas.
  - Cita por telefonía móvil (en pruebas y, de momento, solo disponible para personal del SMS con acceso a la intranet "SoMoS"), en colaboración con la Universidad de Murcia.
  - Cita TDT implantada en colaboración con "La 7 Región de Murcia".
- Gestión de agendas, promoción de las llamadas agendas de calidad, mediante diversas medidas organizativas institucionales.
- Análisis y control de demoras.
  - Desarrollo de un sistema de evaluación diario que facilita a la Gerencias la gestión de demoras.
  - Intervención directa de las gerencias en centros y/o agendas con demora sistemática mediante diferentes pautas de actuación en función del origen del problema.
- Citación primaria especializada.
  - Implantado en todos los hospitales y centros de salud.
  - Libre elección de especialista por médico o paciente de entre todas las agendas de la especialidad disponibles en el hospital de referencia.
  - Ofrece por defecto el primer hueco disponible de entre las diferentes agendas de la especialidad.
- Definición de competencias (a través de la Cartera de Servicios de las Unidades Administrativas de los Centros de Salud) y potenciación de la plantilla y funciones de las unidades administrativas.
  - Jefes de Equipos.
  - Actualización de plantillas.
  - Redefinición de papeles.

### Resolutividad y continuidad asistencial

- Acceso a pruebas diagnósticas.
  - Desde finales de 2007, todos los médicos y pediatras de AP tienen acceso al catálogo completo de pruebas complementarias disponibles en el Hospital de referencia.
  - No se exige protocolo previo.
  - De esta manera, los médicos de EAP tienen acceso, como mínimo a ecografía de cualquier localización (incluida la mamaria o cardiaca), TAC, RNM, endoscopia digestiva alta o baja, neurofisiología, densitometría...
  - Se plantea como objetivo en los contratos de gestión, tanto a las Gerencias de Área, como a las de Primaria y/o Hospitales, el análisis de las derivaciones y, en caso de que se detecten desviaciones, la protocolización conjunta de uso y adecuación, tanto para las peticiones procedentes de primaria como de hospitales.
- Espacios estables de comunicación y teleconsulta:
  - Establecidos varios objetivos en contrato de gestión.

- Diseñado el circuito funcional genérico de teleconsulta (en fase de desarrollo informático y aún no implantado).
  - Teleconsulta a partir del volante de derivación OMI.
  - Posibilidad de incorporar ficheros anexos.
  - Da cobertura a teleoftalmología, teledermatología, telecardiología, preguntas y respuestas...
- Gestión por procesos - guías clínicas - protocolos compartidos.
  - Objetivos en contrato de gestión, pendientes de evaluación.
- Coordinación de la atención de urgencias.
  - Incorporación en el próximo Plan de Urgencias, aun en fase de elaboración.

### Formación en Atención Primaria

- Formación pregrado.
  - Constitución de la Comisión mixta Universidad-SMS de at. Primaria.
  - Adecuación de oferta de plazas de pregrado (aumentado hasta ahora de 100 a 175).
  - Conjunto de propuestas encaminadas a potenciar la formación sobre AP en pregrado.
- Formación especializada.
  - Adecuación de la oferta de plazas de especialización. Conseguido con las diferentes comisiones nacionales:
    - Medicina de familia de 64 a 82.
    - Pediatría de 6 a 11.
  - Acreditación de la formación de las especialidades de enfermería de:
    - Matrona.
    - Salud Mental.
- Formación continuada.
  - Plan estratégico común, que atiende las necesidades de formación de los diferentes colectivos del Servicio Murciano de Salud.
  - Plataforma de Formación on-line, cuyo primer desarrollo corresponde a formación en OMI-AP.
  - Acceso a repertorios, libros, revistas,... a través del acceso de profesionales a [www.murciasalud.es](http://www.murciasalud.es), así como suscripción individual a determinadas publicaciones.
  - Acercar la formación al propio entorno de trabajo mediante el desarrollo de parte del programa formativo en los propios Centros de salud.
- Extensión de la formación al ciudadano.
  - Voluntariado en cuidados paliativos (previsto 2009-2010).
  - Plan de Educación para la Salud en la Escuela, en marcha desde 2007 en fase de implantación progresiva.
  - Formación de voluntariado (vinculado al programa de paliativos. En 2009-2010).
  - Estrategias de atención comunitaria (pendiente).

### Investigación en Atención Primaria

- Plan de Investigación en APS específico en fase de consultas y aprobación.
- Como medidas mas relevantes, las estrategias propuestas incluyen:
  - La habilitación de presupuesto específico para financiar proyectos de investigación en AP.
  - La financiación de la contratación de investigadores y/o la liberación temporal de personal de plantilla de las actividades clínicas para la función investigadora.

### Profesionales e infraestructuras

- Objetivos pactados en función de ratio medio por punto asistencia para las diferentes categorías profesionales.
- Adecuación de plantillas, que han supuesto, hasta la fecha, la creación de:
  - 182 plazas de MF creadas (26% de crecimiento).
  - 82 plazas de pediatría (40% de crecimiento).
  - 160 plazas de enfermería (23%).
  - 96 plazas de auxiliares administrativos (26%).
- Descentralización e integración de la Gestión.
  - Gerencias de área (constituidas 3 y pendientes 6 a una modificación del mapa sanitario).
    - Integración de profesionales de primaria en comisiones clínicas (en las áreas únicas).
    - Desarrollo de un programa formativo para directivos y cargos intermedios.
    - Modelo descentralizado de toma de decisiones.
- Actualización normativa.
  - Nuevo Reglamento de Funcionamiento de EAP (ratificado en mesa y Convocada Comisión).
- Infraestructuras.
  - Pendiente de evaluación (comprometidos 100 millones en 4 años).
  - Compra centralizada:
    - 102 Desfibriladores semiautomáticos.
    - 42 Desfibriladores de alta gama.
    - 28 respiradores de transporte de alta gama.
    - 28 bombas de infusión.
    - Coagulometría capilar-TAO para todos los CS y Consultorios Periféricos de la región.

### Gestión farmacéutica

- Plan de Prescripción Racional de Medicamentos. Orientado más a la calidad de la prescripción que a la contención de los costes de Farmacia.
- Sistema de evaluación basado en objetivos e indicadores conjuntos para AP y Hospitales.
- Implantación de Principio Activo.
  - Incorporación a nomenclator.
  - Prescripción por principio activo en OMI.
- Adquisición y distribución e Implantación de la guía farmacoterapéutica SemFyC en OMI.
  - Adecuación de las recomendaciones de la guía a CIAP, realizada por SemFyC.
  - Ya implantada en los Centros de Salud integrada en OMI como instrumento de apoyo (recomendación) a la prescripción.
  - Formación en torno a la guía y su utilización en OMI.
- Módulo de interacciones integrado en OMI. Está modificado el aplicativo y en fase de pruebas "in vitro".
- Receta electrónica.
  - Desarrollo avanzado, pendiente de pilotar en la zona de salud de Santomera.
  - Incorpora:
    - Visado electrónico automatizado para todas las prescripciones de continuación y una parte de las iniciales.
    - Detección de duplicidades e interacciones.
    - Información de retorno sobre fecha de dispensación.
    - Preparada para incorporar prescripción Selene (hospitales en consultas externas y al alta) en pacientes ambulatorios.
- Nueva regulación de los Servicios de farmacia y depósitos de medicamentos AP.
  - Redactado el decreto y en fase de consultas.
- Promoción de la elaboración de la primera receta en consultas externas y hospitales.
  - Incorporado a Contratos de Gestión como objetivo clave.
- Farmacovigilancia.
  - Sobre la base de lo previsto en OMI como utilidades en torno al programa de notificación de efectos adversos, con las modificaciones y especificaciones recomendadas por el Servicio de Ordenación Farmacéutica e incorporando la transmisión electrónica de la información al Servicio de Ordenación Farmacéutica, competente en esta materia.

- En fase de pilotaje.

### Historia clínica electrónica y sistemas de información

- Extensión de la historia clínica electrónica.
  - El criterio, y el objetivo, es extender la historia clínica electrónica de AP a todos aquellos puntos asistenciales en que técnicamente sea posible (disponibilidad de línea ADSL).
  - A fecha 30 de octubre de 2008 (pendiente de nueva evaluación) el 94%, en ratio poblacional, de los pacientes dados de alta con aseguramiento del SMS disponían de Historia electrónica "utilizable" en el punto asistencial donde habitualmente reciben asistencia. El 100% tienen historia electrónica abierta.
  - En función de la disponibilidad detectada de línea ADSL, esperamos llegar, a final de 2009 al 97-97,5% de la población adscrita.
- Integración historia AP-AE.
  - Plataforma ÁGORA (desarrollada, pendiente de pilotar, integrada con el proyecto SNS).
  - Ofrece la información clínica del paciente (recopilada en cualquier punto asistencial de la Región), determinada como esencial por los grupos de trabajo convocados y por el proyecto ministerial, al/los profesionales que puedan necesitarla para atender al paciente. Está integrada en el proyecto Historia Electrónica del Ministerio.
- OMI-LAB.
  - Implantado en 10 centros dependientes de H. S. M. Rosell. En fase de expansión.
- Radiología digital.
  - Incorporado a RISS y PAC.
  - Visores de radiología digital en AP implantados en el 60% de las consultas.
  - En el último concurso de pruebas de imagen concertadas, se ha incorporado como condición que instalen sistemas de radiología digital compatible con los del SMS y envíen los informes y las imágenes a los bancos de datos corporativos, con objeto de que queden incorporados a la historia digital del paciente y, por lo tanto, disponibles en formato digital homologado tanto en Hospitales como en Atención Primaria.
- Plan de formación. Curso on-line de OMI (cierre 2007, con más de 200 inscritos).
- Rediseño del sistema de información y evaluación:
  - Desarrollados los indicadores de Cartera de Servicios en los diferentes grupos de trabajo.
  - Desarrollados los programas de descarga de los mismos.
    - En fase de pruebas.
    - Probable evaluación integra de Cartera de Servicios en 2009 desde OMI.
- Introducción de los ACG (primaria y áreas).
  - Vinculados al proyecto de financiación capitativa por áreas de salud.
  - Elemento de análisis de eficiencia en el proceso de atención al paciente en atención primaria y, junto con el CMBD, en el área de salud.

### Otras estrategias a implantar en Atención Primaria

No se presenta una evaluación específica de estas áreas, por estar sujetas a un conjunto de programas regionales de los que no disponemos de evaluación actualizada.

#### ANEXO II - RELACIÓN DE ABREVIATURAS UTILIZADAS

- **AAS:** Ácido Acetilsalicílico.
- **ACC:** Área de Atención al Cliente.
- **ACG:** Ambulatory Care Groups.
- **ACSA:** Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
- **ADIBA:** Asociación de Personas con Diabetes de les Illes Balears.
- **ADVP:** Adictos a drogas por vía parenteral.
- **AE:** Atención Especializada.
- **AINES:** Antiinflamatorios no esteroideos.
- **AP:** Atención Primaria.
- **APS:** Atención Primaria de Salud

- APAP: Asociación de Pediatras de Atención Primaria.
- ASANEC: Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria.
- CA: Comunidad Autónoma.
- CLM: Castilla-La Mancha.
- CAIB: Comunitat Autònoma de les Illes Balears.
- CAIBER: Centro de Investigación Biomédica en Red.
- CAPV: Comunidad Autónoma País Vasco.
- CCAA: Comunidades Autónomas.
- CDC: Cardiovascular, Diabetes, Cáncer.
- CEDT: Centros de Especialidades de Diagnóstico y Tratamiento.
- CI: Cardiopatía isquémica.
- CIAP: Clasificación Internacional de Atención Primaria.
- CIE-9: Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª revisión.
- CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos.
- CIN: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- COF: Centros de Orientación Familiar.
- CEDEX: Centros de Drogodependencias Extremeños.
- CS: Centro de Salud.
- DEPRECAM: Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama.
- DG: Dirección General.
- DHD: Dosis diaria definidas por 1.000 habitantes y día.
- DM: Diabetes Mellitus.
- DOE: Denominación Oficial Española.
- DTP: Difteria, tétanos y tosferina
- DUE: Diplomado Universitario en Enfermería.
- EAP: Equipo de Atención Primaria.
- ECOE: Evaluación de la Competencia Objetiva y Estructurada.
- ECV: Enfermedad Cardiovascular.
- EDO: Enfermedades de Declaración Obligatoria.
- EFG: Especialidad Farmacéutica Genérica.
- EFQM: European Foundation for Quality Management.
- EGSP: Estadística del gasto sanitario público.
- EMCA-OMS: Evaluación y Mejora de la Calidad Asistencial-Organización Mundial de la Salud.
- ENEAS: Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos.
- ENSE: Encuesta Nacional de Salud.
- EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
- ERGE: Enfermedad por Reflujo Gastro-esofágico.
- ESSCAN: Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias.
- ESUAP: Encuesta de Satisfacción de Usuarios de AP.
- FISCAM: Fundación para la Investigación Sanitaria de Castilla-La Mancha.
- FPP: Fecha probable de parto.
- FR: Factor de riesgo.
- GAIAP: Grupo Aragonés de Investigación en Atención Primaria.
- GPC: Guías de práctica clínica.
- GTS: Gobiernos Territoriales de Salud
- GUIM-SNS: Grupo de Investigación en Utilización de Medicamentos en el Sistema Nacional de Salud.
- Hab: Habitantes.
- Hb: Hemoglobina.
- HC: Historia clínica.
- HCE: Historia clínica electrónica.
- HTA: Hipertensión arterial.
- I+D: Investigación + Desarrollo.
- I+D+i: Investigación + Desarrollo + Innovación tecnológica.
- IAAP: Instituto Asturiano de Administración Pública.
- IAM: Infarto agudo de miocardio.
- IBP: Inhibidores de la bomba de protones.
- IC: Intervalo de confianza.
- ICAP: Investigación clínica en Atención Primaria.
- IDIAP: Institut d'Investigació en Atenció Primària.
- IECA: Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina.
- IIS: Instituto de Información Sanitaria.
- IB: Illes Balears.
- IMC: Índice de masa corporal.
- INACEPS: Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias.

- INE: Instituto Nacional de Estadística.
- INR: Ratio Internacional Normalizada.
- ISCI: Instituto de Salud Carlos III.
- ISO: International Standardization Organization.
- ISRS: Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina
- IT: Incapacidad Temporal.
- IVE: Interrupción voluntaria del embarazo.
- JCI: Joint Commission International.
- MBE: Medicina Basada en la Evidencia.
- MF / MFC / MFyC: Medicina de Familia / Medicina de Familia y Comunitaria.
- MIR: Médico Interno Residente.
- MSPS: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- NAOS. Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- PA: Protocolo de Actividad.
- PAC: Punto de Atención Continuada.
- PAG: Plan anual de gestión.
- PASAR: Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductora.
- PCAI: Programas Claves de Atención Interdisciplinar.
- PED: Pediatra.
- PIB: Producto Interior Bruto.
- PGP: Programas de Gestión Propia.
- POE: Protocolos de Objetivos Estratégicos.
- RCV: Riesgo cardiovascular.
- RD: Real Decreto.
- RETICS: Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud.
- SACAD: Sistema automático de consulta y ayuda al diagnóstico.
- SAMFYC: Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.
- SAP/UAP: Servicio de Atención al Paciente/Unidad de Atención al Paciente.
- SEDAP: Sociedad Española de Directivos de AP.
- semFyC: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.
- SIAP: Sistema de Información de Atención Primaria.
- SIM: Sistema de Información Microbiológica.
- SNS: Sistema Nacional de Salud.
- SSPE: Sistema Sanitario Público de Extremadura.
- TAO: Tratamiento Anticoagulante Oral.
- TDA-H: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.
- TIC: Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.
- TSI: Tarjeta Sanitaria Individual.
- UA: Unidades de Admisión.
- UAP: Unidad de Atención al Paciente.
- UAU: Unidades de Atención al Usuario.
- UFA: Unidades Funcionales Asistenciales.
- UGC: Unidad de Gestión Clínica.
- URM: Uso Racional del Medicamento.
- USBD: Unidad de salud buco-dental.
- ZBS: Zona Básica de salud.

### ANEXO III - FUENTES DE DATOS E INFORMACIÓN UTILIZADAS PARA LOS INDICADORES

- **Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP)**  
Instituto de Información Sanitaria. DG de la Agencia de Calidad del SNS.  
Ministerio de Sanidad y Política Social
- **Estadística del gasto sanitario público (EGSP)**  
SDG de Análisis Económico y Fondo de Cohesión. DG de Ordenación Profesional, Cohesión del SNS y Alta Inspección.  
Ministerio de Sanidad y Política Social.
- **Barómetro Sanitario**  
Instituto de Información Sanitaria. DG de la Agencia de Calidad del SNS.  
Ministerio de Sanidad y Política Social.
- **Encuesta Nacional de Salud (ENSE)**  
Instituto de Información Sanitaria. DG de la Agencia de Calidad del SNS (e Instituto Nacional de Estadística).



- Ministerio de Sanidad y Política Social y Ministerio de Economía y Hacienda.
- **Estadísticas de vacunación**  
SDG de Promoción de la Salud y Epidemiología. DG de Salud Pública y Sanidad Exterior.  
Ministerio de Sanidad y Política Social.
- **Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)**  
Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.  
Ministerio de Ciencia e Innovación.
- **Registro de altas de hospitalización (Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria - CMBD)**  
Instituto de Información Sanitaria. DG de la Agencia de Calidad del SNS.  
Ministerio de Sanidad y Política Social.
- **Estadísticas de Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE)**  
SDG de Promoción de la Salud y Epidemiología. DG de Salud Pública y Sanidad Exterior.  
Ministerio de Sanidad y Política Social.
- **Defunciones según causa de muerte**  
Instituto Nacional de Estadística (e Instituto de Información Sanitaria. Agencia de Calidad del SNS)  
Ministerio de Economía y Hacienda y Ministerio de Sanidad y Política Social.
- **Datos del Proyecto "Sanidad en Línea"**  
Entidad Pública Red.es  
Ministerio de Industria, Turismo y Comercio.
- **Información Sobre Organización general de la atención primaria, Oferta de servicios y atención a la urgencia**  
Comunidades autónomas e Instituto de Información Sanitaria. DG de la Agencia de Calidad del SNS.  
Ministerio de Sanidad y Política Social.