

DOCUMENTO BASE
**ESTRATEGIA PARA
LA ATENCIÓN PRIMARIA
EN EUSKADI**



Edición

1ª, marzo 2018

Tirada

300 ejemplares

©

Departamento de Salud

Osakidetza

Internet

www.euskadi.net

Edita

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
C/ Donostia-San Sebastián 1, 01010 Vitoria-Gasteiz

Diseño y Maquetación

Susana Aguilera

Dirección, coordinación y elaboración

Departamento de Salud, Gobierno Vasco

Impresión

Gráficas Irala

Depósito Legal

VI - 285/18

ÍNDICE

PRÓLOGO	PÁG.6
<hr/>	
EL PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SISTEMA SANITARIO DE EUSKADI	PÁG.8
<hr/>	
NECESIDADES DE MÉDICOS DE FAMILIA	PÁG.12
<hr/>	
PUNTO DE PARTIDA PARA LA DEFINICIÓN DE LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y DE OSAKIDETZA PARA FORTALECER LA ATENCIÓN PRIMARIA	PÁG.14
<hr/>	
LÍNEAS ESTRATÉGICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA	PÁG.20
<hr/>	
BIBLIOGRAFÍA	PÁG.46

PRÓLOGO

El presente documento “Estrategia para la Atención Primaria en Euskadi” es un documento de trabajo, cuyo objetivo es establecer el debate del modelo de Atención Primaria que precisamos en el contexto actual y en el futuro próximo. Este escenario está marcado por una proporción cada vez más alta de personas mayores, que se refleja en un incremento de enfermedades crónicas y de dependencia, por la organización del Sistema sanitario público bajo el nuevo modelo de Atención Integrada, por un recambio generacional muy importante de profesionales en los próximos años, especialmente entre los y las médicos de familia, y también por la situación actual de pleno empleo en Euskadi entre los y las profesionales de la medicina.

Se ha concebido como documento base para el debate con equipos directivos, profesionales, organizaciones sindicales, sociedades científicas, etc. con el propósito de definir y desplegar aquellas políticas y acciones que permitan mantener a Osakidetza como un servicio público, referente por la innovación de su modelo de organización, por la calidad de sus prestaciones y por la excelencia y el compromiso de sus profesionales.

El derecho fundamental a la salud de toda persona se corresponde de forma inseparable con el compromiso y deber de los gobiernos de proteger y cuidar la salud de la ciudadanía. Este derecho lo salvaguardamos a través de un “sistema integral de salud, entendido, como servicio público, universal y equitativo” (Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi) en el cual, la Atención Primaria constituye sin duda alguna, un nivel asistencial esencial. En concreto, la Organización Mundial de la Salud define la Atención Primaria como “el núcleo del sistema de salud del país”, que “forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad”, con sus atributos de accesibilidad, coordinación, integralidad, continuidad asistencial y longitudinalidad.

Los procesos de reflexión y adaptación a los cambios que vive la dinámica sociedad a la que damos servicio, han sido una constante desde la creación de Osakidetza en 1983 y, por supuesto, han incidido en el modelo organizativo y de gestión de nuestro sistema de salud con el fin de prestar, en cada momento, la mejor atención posible en base a los principios en que se fundamenta nuestra labor.

La Atención Primaria no es ajena a este permanente proceso de reflexión y adaptación de toda la organización en su conjunto para poder así reforzar su capacidad de respuesta a los nuevos retos que como sociedad hemos tenido que afrontar. La apuesta por la potenciación de la Atención Primaria en Euskadi ha sido una constante en los 35 años de vida de Osakidetza. Y también lo es en este momento en el que la evolución demográfica, la cronicidad, la dependencia y, asimismo cuestiones y necesidades en materia de personal, nos sitúan en un escenario complicado y a su vez, también motivador. Un nuevo escenario donde esperamos contar con la máxima implicación y participación de quienes trabajamos en el sistema público de salud y, muy especialmente, de las y los profesionales de la Atención Primaria.

Entendemos esta apuesta por el refuerzo y la potenciación de la Atención Primaria como una apuesta firme por las personas que trabajan en este servicio público primordial, en sus distintas actividades de atención a las personas, promoción, prevención y educación sanitaria, asistencia sanitaria y trabajo comunitario. Lo que supone, sin duda, una apuesta por la salud integral de las personas y por una asistencia sanitaria de calidad.

Jon Darpón Sierra

Consejero de Salud del Gobierno Vasco

EL PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SISTEMA SANITARIO DE EUSKADI

La Atención Primaria (AP) es el nivel asistencial que, basándose en la longitudinalidad de la asistencia, la polivalencia de sus profesionales, el trabajo en equipo y la accesibilidad, presta una asistencia encaminada a resolver la mayoría de los problemas de salud de las personas y su comunidad, en coordinación con el nivel hospitalario, con la red de salud mental, con los servicios sociales y con la red de salud pública.

La Atención Primaria tiene una gran potencialidad para guiar a los sistemas de salud a la consecución de buenos resultados, de forma equitativa y a un coste razonable y sostenible.

Desde el inicio de su reforma en la década de los 80, la Atención Primaria ha jugado un papel fundamental en el sistema sanitario vasco, y ha desarrollado funciones imprescindibles para proporcionar a todas las personas que viven en Euskadi una asistencia sanitaria de calidad.

Entre estas funciones cabe destacar las siguientes:

- La Atención Primaria es el principal actor del sistema en provisión de servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- La función de puerta de entrada, que ha permitido consolidar la figura del y la médico de familia como referente del y la paciente, capaz de atenderle directamente o bien orientarle hacia el recurso sanitario que mejor se adecúa a sus necesidades; cabe destacar, en este sentido, la capacidad de resolución con que cuenta la Atención Primaria.
- La continuidad asistencial, básica para el control adecuado de los problemas crónicos.
- La longitudinalidad asistencial, como característica distintiva del nivel de Atención Primaria frente a cualquier otro dispositivo asistencial del sistema.

Funciones todas ellas que, sin duda, hacen de la Atención Primaria un eslabón fundamental del sistema sanitario. El sistema público de salud, articulado en dos niveles asistenciales: Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH), ha sido capaz de proporcionar una asistencia sanitaria de calidad a la ciudadanía gracias a que, a pesar de una evidente fragmentación del sistema, cada uno de los dos niveles ha complementado al otro ofreciendo en su conjunto una respuesta suficiente a las necesidades de la población vasca.

Sin embargo, el cambio demográfico que ha venido derivado de un aumento progresivo de la esperanza de vida y de una bajada notable en las tasas de fecundidad está transformando nuestra sociedad hacia un envejecimiento progresivo y por ello modificando el patrón epidemiológico al que el sistema sanitario debe dar respuesta. Se destacan de esta forma nuevos retos asistenciales a los que dar respuesta; básicamente cuatro:

1. La complejidad de los problemas crónicos con una mayor prevalencia de la comorbilidad y la complejidad en las personas mayores.

2. La fragilidad y la dependencia que acompañan al envejecimiento y por tanto una necesidad cada vez mayor de una respuesta coordinada de los dispositivos asistenciales sanitarios y sociales.
3. La sostenibilidad de un sistema sanitario que tiene que dar una respuesta adecuada a una sociedad cada vez más envejecida y más empoderada en cuestiones de salud. Teniendo en cuenta, además, que el desarrollo tecnológico tiene respuestas diagnósticas y terapéuticas cuya introducción en la cartera de servicios debe ser adecuadamente equilibrada (en riesgos, costes y beneficios), para no poner en riesgo la capacidad del sistema sanitario.
4. La medicalización de muchas situaciones para las que la sociedad y el sector profesional han definido respuestas sanitarias que podrían haberse encauzado de otra manera y que supone además un desafío, añadido al tecnológico y al epidemiológico, para la sostenibilidad a la que se hacía referencia en el punto anterior.

En este contexto, es evidente la necesidad de adaptar la organización y la respuesta del sistema a un escenario epidemiológico y social que avanza en la dirección indicada. En este sentido, las líneas estratégicas del Departamento de Salud para el periodo 2017-2020 se proponen articular los diferentes dispositivos asistenciales para proporcionar especialmente a los y las pacientes con problemas crónicos una atención lo más cercana a su domicilio y en coordinación con los servicios sociales. El nivel de Atención Primaria y la coordinación sociosanitaria son las dos piezas clave sobre las que debe basarse la adaptación del sistema.

Pero además, es evidente que la fragmentación en el sistema sanitario antes mencionada en dos niveles hace muy difícil el manejo precisamente de los problemas crónicos en las interfases entre niveles, de manera que avanzar hacia una Atención Integrada es una necesidad estratégica para conseguir que el sistema responda de forma coordinada a las necesidades de las y los pacientes.

El proceso de integración estructural recientemente finalizado ha definido un sistema asistencial en el que la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria se integran en una única organización con una orientación estratégica caracterizada por:

- Un enfoque poblacional que pone de relieve las necesidades de salud de la población de referencia y la salud comunitaria como una estrategia adicional para aprovechar y establecer sinergias con los activos en salud del medio local. De la misma forma, un enfoque de salud pública se hace cada vez más necesario en el contexto de las nuevas Organizaciones Sanitarias Integradas – OSIs.
- La colaboración entre profesionales como medio para desplegar una Atención Clínica Integrada adaptada a las necesidades de las y los pacientes, sobre todo con patologías crónicas. Esto implica avanzar en el cambio de paradigma sobre el papel que juega la Atención Primaria en el proceso asistencial. De un rol preventivo como elemento más definitorio de la Atención Primaria a un rol más activo en el proceso asistencial (manteniendo obviamente el rol preventivo y comunitario), con responsabilidad en situaciones hasta ahora sólo imputadas al nivel hospitalario: ingresos por Condiciones Sensibles a los Cuidados Ambulatorios o reingresos, por ejemplo.

- Una gestión orientada a facilitar la Integración Clínica y el enfoque poblacional mediante un sistema de gobernanza rediseñado para apoyar a las anteriores. Este sistema de gobernanza debe de hacer posible que las y los pacientes, sobre todo las personas con problemas complejos, sean atendidas por el nivel más adecuado a su nivel de necesidad asistencial. Es decir, la Atención Primaria es la base sobre la que articular el proceso asistencial y el objetivo debe ser hacer posible una Atención Primaria fuerte y capaz de conducir el proceso asistencial.

Fortalecer la Atención Primaria en el contexto de cada OSI, ha sido por tanto una prioridad para el Departamento de Salud en la adaptación necesaria a los cambios demográficos y epidemiológicos.

Una prioridad que se enfrenta además a otros retos añadidos, específicos de la Atención Primaria:

- El importante recambio generacional originado por el incremento del número de profesionales en Atención Primaria en la década de los 80, que en la actualidad están finalizando su vida laboral.
- El sentimiento de pérdida de prestigio de la Atención Primaria y en especial del y la médico de familia que está presente en todos los sistemas sanitarios de las Comunidades Autónomas del Estado
- La necesidad de reorientar la labor de enfermería de manera que las capacidades de sus profesionales tengan su expresión en el valor que pueden aportar al proceso asistencial.
- El valor que aporta a la Atención Primaria mantener la atención pediátrica a través de especialistas en pediatría y por tanto la necesidad de garantizar la disponibilidad de especialistas en pediatría.

NECESIDADES DE MÉDICOS DE FAMILIA

Estas necesidades vienen determinadas por la dimensión del cupo de pacientes asignado a cada médico. En Atención Primaria trabajan entre PAC y UAP, alrededor de 1.585 profesionales de medicina de familia. De ellos, 1.385 trabajan en Unidades de Atención Primaria, lo que proporciona un cupo medio de unas 1.450 TISes por médico, y 200 trabajan en Puntos de Atención Continuada (PAC).

La plantilla estructural tiene además necesidades de sustitución derivadas de vacaciones, permisos y reducciones de jornada reconocidas por el actual convenio, así como de ausencias por enfermedad.

Estas necesidades y la relación entre jubilaciones previstas e incorporaciones de médicos de familia al sistema dan un balance negativo para los próximos años. La situación de escasez de profesionales se va a agravar previsiblemente hasta 2024-25, momento en el que se revertirá el déficit entre jubilaciones y formación de nuevos y nuevas especialistas.

**PUNTO DE
PARTIDA PARA
LA DEFINICIÓN
DE LAS LÍNEAS
ESTRATÉGICAS
DEL
DEPARTAMENTO
DE SALUD Y DE
OSAKIDETZA PARA
FORTALECER
LA ATENCIÓN
PRIMARIA**

Desde la consideración de la salud como derecho fundamental, es firme nuestra apuesta por consolidar un sistema de salud público, universal, equitativo y de calidad que contribuya a garantizar la salud y el bienestar de las personas. Para dar una adecuada respuesta a las nuevas necesidades que han surgido en la sociedad vasca en materia de salud, consideramos imprescindible una atención integrada que garantice un servicio público de calidad y eficaz y que además lo haga de una forma sostenible, para garantizar la pervivencia de su carácter público y universal. Para ello, el nivel asistencial de la Atención Primaria es un elemento clave.

El envejecimiento progresivo de la población exige avanzar en un modelo integrado, orientado hacia el tratamiento continuado de las enfermedades crónicas.

Para conseguir que las y los pacientes con problemas crónicos sean atendidos en el medio comunitario, en su domicilio, como una alternativa más eficiente, sostenible y sobre todo más cercana a los deseos de las personas con necesidades asistenciales, es imprescindible que el proceso asistencial pivote alrededor de una Atención Primaria sólida y efectiva.

Por estos motivos, se hace necesario fijar la posición del Departamento de Salud y Osakidetza en relación con la Atención Primaria, en especial con la dirección en la que desea conducir a un nivel asistencial que es la clave para una Atención Integrada efectiva que haga sostenible al sistema vasco de salud.

Por otra parte, frente a opiniones en diferentes foros en el conjunto de las Comunidades Autónomas que plantean un hipotético agotamiento del modelo de Atención Primaria, el Departamento de Salud se manifiesta de forma clara afirmando que no estamos ante una crisis del modelo de Atención Primaria que tan buenos resultados ha dado hasta la fecha en la mejora de la situación de salud de la población vasca.

Así, se observa una percepción de crisis del modelo como un sentimiento latente que subyace en muchos de los foros y reflexiones que se vienen realizando en torno a la situación de la Atención Primaria en todo el Estado. Paradójicamente, el diagnóstico de “crisis del modelo” no se acompaña sin embargo de ninguna propuesta de cambio de modelo sino, más bien, de propuestas que en todo caso refuerzan el modelo actual: más financiación o más médicos por ejemplo.

Esta “crisis del modelo” en términos causales se expresa como:

1. Percepción de pérdida de prestigio de la Atención Primaria; percepción que supone que, lejos de convertirse en la piedra angular del sistema, no se mejoran las condiciones en las que se desarrolla el proceso asistencial poniendo a la Atención Primaria como conductora del mismo ni se traduce en una mayor inyección de recursos económicos. Parece haber calado el discurso: “si de verdad creemos que la Atención Primaria es importante que se traduzca en mayores presupuestos”.
2. Una mayor burocratización que se acompaña además de una mayor carga asistencial derivada de nuevas tareas “cada vez se responsabiliza de más cosas a la Atención Primaria”... Aunque aparentemente haya una contradicción entre pérdida de prestigio y el que “cada vez se responsabiliza de más cosas”, no lo es tanto si se tiene en cuenta que en muchas ocasiones se solicita desde diversas instancias validaciones o acciones equivalentes.
3. Una necesidad de educar a la población para que no acuda a unas consultas, ya de por sí sobrecargadas, por problemas banales.

En definitiva, no parece tratarse de una crisis de modelo sino más bien de aspectos de gestión y organización de la Atención Primaria. De hecho no se pone en cuestión:

1. El modelo de financiación o los valores y principios subyacentes a la Atención Primaria.
2. La organización de la Atención Primaria en torno a una población definida para cada médico y para el conjunto de la Atención Primaria.
3. Los perfiles profesionales que trabajan en Atención Primaria.

Por todo es necesario poner en valor el modelo de Atención Primaria. Es el mejor modelo al menos por cuatro cuestiones básicas que en su conjunto permiten caracterizar un modelo asistencial:

1. Es universal, y no sólo porque esta sea una característica de nuestro sistema sanitario sino porque la Atención Primaria es el nivel donde la universalidad se manifiesta en toda su extensión.
2. El pago por salario a las y los profesionales define valores fundamentales del modelo más allá de que evite los inconvenientes/problemas del pago por acto. No hay voces en este sentido que reclamen cambios en un aspecto tan importante como éste.
3. El papel de la Atención Primaria, caracterizada por:
 - Una alta capacidad de resolución.
 - La longitudinalidad de la asistencia al tener cada paciente un o una médico de familia asignado y profundo conocedor de su situación personal y familiar. Un conocimiento que permite a la Atención Primaria ejercer una función fundamental, la de “gate-keeper” o, si se prefiere, de agente informado capaz de orientar al o la paciente en el sistema sanitario en función de las necesidades del o la paciente.
4. Los perfiles profesionales que conforman el nivel de Atención Primaria: médicos de familia, pediatras, enfermeras y enfermeros, y administrativos. No hay discusión alrededor de los perfiles nucleares de la Atención Primaria.

Al margen de estos elementos que definen las características más importantes del actual modelo de Atención Primaria, cabe señalar otras fortalezas, y también algunas debilidades, del modelo de Atención Primaria en Euskadi. Entre sus fortalezas cabe citar las siguientes:

1. Está constituido por profesionales bien formados. La formación MIR y el cambio en los modelos de formación en enfermería han sido capaces de dotar al sistema sanitario de profesionales clínicos capaces de afrontar los retos asistenciales con una alta capacidad de resolución.

2. La mayor parte de la plantilla estructural de Atención Primaria es fija. Cabe destacar que el 87% de los médicos de familia, el 71% de las y los pediatras, el 92% de las enfermeras y enfermeros, y el 82% de las personas de las Áreas de Atención al Cliente (AAC) serán personal fijo con la resolución de la OPE actualmente convocada. Esta estabilidad en la plantilla es una fortaleza diferencial de la Atención Primaria.
3. El despliegue de estructuras organizativas integradas en OSIs permite un potencial de cambio en algunos elementos tradicionalmente críticos del sistema, como son por ejemplo la coordinación asistencial entre niveles o el acceso a pruebas complementarias. Estos aspectos ya han experimentado avances importantes en algunas organizaciones, lo que refuerza el carácter facilitador que pueden tener las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) en Atención Integrada.
4. Los sistemas de información son una fortaleza indiscutible en Osakidetza.
5. Poblaciones asignadas a las y los facultativos médicos de familia y pediatras que a priori deben permitir un buen equilibrio asistencial con otro tipo de actividades propias de la medicina de familia y la pediatría.
6. Una gran accesibilidad en horario de mañana y tarde como valor para las personas usuarias.

También conviene recordar algunas de las debilidades de la Atención Primaria en Euskadi:

1. El nivel de Atención Primaria en comparación con la Atención Hospitalaria ha tenido en los años de la crisis un menor crecimiento en materia de personal.
2. El desarrollo del modelo de equipo de Atención Primaria se ha efectuado sin una distribución colaborativa de funciones de manera que existe un sentir de fracaso del EAP, que se agudiza con la falta de sustituciones. No hay profesionales para sustituciones y no hay un equipo que compense esta situación, lo cual dificulta que:
 - el AAC apoye con un triage adecuado la distribución equilibrada de las demandas de asistencia,
 - o bien que se haya hecho posible el despliegue de la enfermera como profesional capaz de resolver muchos tipos de demanda asistencial.
3. Determinados elementos clave como una adecuada colaboración en términos “win win” entre profesionales de los dos niveles no han alcanzado un nivel suficiente de desarrollo o se han planteado en otros términos.
4. Desequilibrio en el caso de la enfermería entre las y los profesionales dedicados a la atención pediátrica y la de adultos.

5. Un sistema de sustituciones tradicional basado en una “bolsa” de profesionales disponibles para sustituir ausencias. Un sistema, en algunos aspectos, poco planificado y equilibrado.
6. La existencia de jornada fija de tarde ha conllevado una mayor movilidad con un efecto negativo en la longitudinalidad de la atención.

Obviamente se pueden enumerar otras fortalezas y debilidades de la Atención Primaria en Euskadi, pero no es la pretensión ser exhaustivos en esta relación, sino poner de relieve algunos de los aspectos más destacables en el proceso de reflexión previo a la definición de estas líneas estratégicas.

Tenemos, en definitiva, un buen modelo de Atención Primaria. Un modelo mejorable, fortaleciendo, desarrollando y valorizando el papel de Atención Primaria, para lo cual el Departamento de Salud y Osakidetza presentan este Plan de acción que incluye líneas estratégicas dirigidas a:

1. Aspectos para avanzar en una estructura mejor y más eficiente.
2. Mejorar elementos de organización y de gestión del modelo de Atención Primaria.
3. Y finalmente, líneas estratégicas específicas para poner en valor y prestigiar la atención prestada a las personas por las y los profesionales de Atención Primaria.

Unas líneas de actuación para la Atención Primaria, que incluyen elementos operativos que hagan posible el despliegue de la intención estratégica de afianzar el nivel de la Atención Primaria como elemento central y primordial del proceso asistencial. En esta línea la Estrategia tiene como objetivos:

- Reforzar la Atención Primaria en el conjunto del Sistema de salud.
- Modificar los elementos organizativos que favorezcan la visibilidad de la Atención Primaria en el contexto de una Atención Integrada.
- Modificar los elementos organizativos que aportan poco valor al proceso asistencial.
- Abordar el despliegue efectivo de las funciones de enfermería que aportan valor al trabajo en Atención Primaria. Despliegue de las líneas estratégicas de enfermería.
- En el marco del desarrollo del Equipo de Atención Primaria, abordar las funciones del AAC en el apoyo colaborativo a profesionales de la medicina y enfermería.
- Desarrollar un modelo de cobertura de las ausencias de profesionales médicos y de apoyo asistencial que dé respuesta a los problemas observados actualmente evitando además situaciones de plantillas poco ajustadas a las necesidades reales.
- Consolidar el modelo de Atención Pediátrica en Atención Primaria.

Para el desarrollo de estos objetivos se plantea el despliegue de 7 líneas estratégicas:

1. Optimizar aspectos de organización y gestión en el contexto de los equipos de Atención Primaria.
2. Afianzar un modelo de trabajo en equipo en el que cada perfil profesional despliega sus capacidades para complementar las funciones del resto de perfiles profesionales.
3. Revalorizar la función y el papel de la Atención Primaria.
4. Mejorar el atractivo de la Atención Primaria para las y los médicos de familia recién formados.
5. Consolidar para la Atención Primaria un modelo de refuerzo asistencial eficaz y sostenible.
6. Pediatría en Atención Primaria.
7. Aplicación en Atención Primaria de los Planes de Normalización Lingüística y de Igualdad.

Desde nuestro compromiso con los y las profesionales de la salud como principal activo y de fortalecer el Sistema público vasco de salud, estas líneas estratégicas se dirigen en su conjunto a reforzar el papel de la Atención Primaria. Situar al paciente en el centro del sistema pasa por tener profesionales competentes y comprometidos, especialistas en la persona en su integridad y en un contexto de longitudinalidad de la atención a lo largo del ciclo vital de la persona. La esencia de los valores de la Atención Primaria en un sistema de atención universal.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

LÍNEA ESTRATÉGICA 1.- OPTIMIZAR ASPECTOS DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN EN EL CONTEXTO DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

1.1 RECONSIDERACIÓN DE TAREAS ADMINISTRATIVAS EN EL CONTEXTO DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Una de las cuestiones más recurrentes al hablar de Atención Primaria es la relativa a la burocratización de las consultas médicas. Es preciso analizar cada tarea y el valor que aporta al proceso asistencial para plantear su redistribución:

- De manera que las tareas administrativas, en base a la entidad de las mismas, recaigan en el personal más adecuado; es decir, en el que tenga competencias y habilidades para gestionarlas.
- Y de manera también que se evite su gestión en el contexto de la Atención Primaria cuando, o bien no es éste el nivel asistencial que debe gestionarlas, o dicha gestión pueda ser realizada o resuelta en un ámbito no asistencial. En este sentido, es necesario asegurar de forma explícita el cumplimiento de las Instrucciones de Osakidetza que definen y organizan la responsabilidad del despliegue de tareas administrativas.

Para ello, en el seno del futuro Consejo Asesor para la Atención Primaria, cuya creación se plantea en la línea estratégica 3, será necesario conformar un grupo de trabajo que analice esta cuestión y que emita un informe acerca de las medidas de redistribución a tomar en cada una de las tareas administrativas identificadas.

1.2 AGENDAS DE CITACIÓN

Consideramos necesario analizar las características que debe tener la agenda de citas en primaria para facilitar el trabajo del personal médico de familia y de enfermería en la atención a los diferentes tipos de consultas (presenciales, telefónicas, administrativas) y especialmente al o la paciente indomorable. Ello implica también plantear este aspecto al Consejo Asesor para la Atención Primaria y en este contexto, conformar un grupo de trabajo con la misión de analizar la actual situación de las agendas y plantear las recomendaciones oportunas.

1.3 MODELO DE GESTIÓN

Modificar el modelo de gestión actual de Atención Primaria implica que también en el contexto del Consejo Asesor se aborden dos aspectos relacionados con la gestión clínica y con el discurso de gestión en general:

1.3 a) Traslación del contrato-programa a un contrato de gestión clínica tipo para la Atención Primaria. El contrato de gestión clínica facilita la discusión clínica del equipo de Atención Primaria en el desempeño de su misión asistencial. El significativo cambio en el modelo de contrato-programa realizado en 2014 no se acompañó de la oportuna modificación de una herramienta de gestión, el contrato de gestión clínica que con sus aciertos y errores conseguía orientar la actividad y la gestión de los EAP.

En este sentido, definir un nuevo contrato de gestión clínica puede servir como una de las bases sobre las que fortalecer la posición de la Atención Primaria.

1.3 b) Revisar la Oferta Preferente, eliminando los elementos que pueden no aportar demasiado valor o que están incluidos en aspectos asistenciales ya abordados en otros aspectos del Contrato Programa (CP). Implica crear un grupo de trabajo en el contexto del Consejo Asesor, liderado por agentes externos al sistema, para que lo actualice. En cualquier caso rebajar la trascendencia de la Oferta Preferente en relación a otras responsabilidades de la Atención Primaria es una tarea que debería ser potenciada. En ese sentido, supone insistir en la traslación del Contrato Programa a los Contratos de Gestión Clínica (CGC).

1.3 c) Reorganizar la actividad en Pediatría de acuerdo con las líneas de actuación definidas más adelante. Se trata de líneas de actuación que persiguen reforzar el papel de la pediatría en Atención Primaria priorizando la cobertura de las plazas en este ámbito frente a la de otros niveles asistenciales.

ACCIONES

Orden del Consejero de creación del Consejo Asesor para la Atención Primaria (CAAP)
– en trámite

Discusión de líneas estratégicas y conformación de grupos de trabajo en el seno del CAAP

Despliegue de propuestas

LÍNEA ESTRATÉGICA 2.- AFIANZAR UN MODELO DE TRABAJO EN EQUIPO EN EL QUE CADA PERFIL PROFESIONAL DESPLIEGA SUS CAPACIDADES PARA COMPLEMENTAR LAS FUNCIONES DEL RESTO DE PERFILES PROFESIONALES

2.1 DEFINICIÓN DE PERFIL FUNCIONAL DE LAS PERSONAS DEL ÁREA DE ATENCIÓN AL CLIENTE

En lo relativo a las AAC, es necesario redefinir los elementos funcionales de estas áreas, analizando el valor que aportan realmente al trabajo conjunto y colaborativo en el contexto de equipos de Atención Primaria, donde cada perfil profesional debe desempeñar las funciones para las que está capacitado. Es preciso avanzar más allá de la actual distribución de funciones que en ocasiones se traducen en conflictos de competencias que pueden obstaculizar o impedir el trabajo colaborativo.

La difusión y despliegue de un procedimiento corporativo que defina el triage en la solicitud de demanda asistencial y las opciones de asignación de consulta enfermera o médica puede favorecer el despliegue de estas funciones en las AAC.

ACCIONES

Definición competencias y funciones del personal administrativo en el AAC

Despliegue de procedimiento corporativo

2.2 DESARROLLO DE LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE ENFERMERÍA

Se avanza en la consolidación de la figura de enfermera referente así como de la consulta de enfermería para procesos autolimitados leves.

LÍNEA ESTRATÉGICA 2.2.A Enfermeras referentes y asignación poblacional

En la actualidad, una serie de circunstancias dificultan apreciar el valor añadido de la Enfermería de Atención Primaria, el desarrollo de un enfoque poblacional de la actividad de Enfermería y la evaluación de la misma. Entre estas circunstancias cabe destacar:

- El fraccionamiento en tareas en las que en ocasiones se organiza el trabajo enfermero que no se articula de acuerdo a una atención integral a los y las receptores de la misma.
- La evaluación de los resultados de una UAP asociada a cupos médicos y dificultada además porque en muchos casos la enfermera o el enfermero trabaja en colaboración con 1-2 cupos de médicos de familia o pediatras.

En este escenario, la asignación de un/a enfermera/o –Enfermera/o de Referencia– a cada una de las personas atendidas por una UAP ofrece ventajas incuestionables a la hora de avanzar en colaboración y corresponsabilidad entre profesionales. Se trata de adoptar el mismo enfoque con el que el sistema organiza la atención médica facilitando la elección del o la profesional de Enfermería por parte de la ciudadanía. La/os y los enfermera/os y médicos de familia forman así un equipo asistencial con la responsabilidad de atender las necesidades de salud de la ciudadanía. En este contexto, la colaboración entre profesionales va a favorecer la complementariedad de funciones y con ello una utilización más eficiente de los recursos sanitarios.

La Enfermería se organiza, con carácter general, en dos categorías de acuerdo al grupo poblacional al que ofrece cuidados:

- Enfermera/o Referente de Pediatría, que ofrece cuidados a una población conocida de entre 0 y 13 años.
- Enfermera/o Referente de Adultos, que ofrece cuidados a una población conocida mayor a 14 años.

En el caso de la población adulta, parece conveniente desagregar a aquellas personas identificadas como pacientes pluripatológicos (PPP) en los procedimientos de estratificación, de forma que esta subpoblación de pacientes estaría asignada a una figura denominada Enfermera/o Referente de PPP (ERPPP). Esta organización permite a la ERPPP adquirir mayor habilidad en el manejo de estos pacientes al mismo tiempo que se facilita la interacción con los/as trabajadore/as sociales, por un lado, y con los y las médicos internistas de referencia, por otro. Permite, además, un enfoque proactivo hacia el cuidado de pacientes complejos de fácil descompensación.

A través de esta forma de organización no se crea un perfil funcional diferente, sino que un EFC asume como población de referencia de entre 80 y 100 PPP, contribuyendo a las actividades comunes del CS como el resto de personal de la misma categoría profesional.

Esta ERPPP es una alternativa que conviene explorar en todas las OSIs, especialmente en las eventuales incorporaciones de una nueva plaza a los CS como consecuencia de la adaptación interna en las OSIs, como por ejemplo con el desplazamiento de una enfermera de Consultas Externas (CCEE), como se expone más adelante.

La implementación de esta línea estratégica persigue, más allá de aspectos organizativos de la actividad enfermera, la mejora de la calidad asistencial, así como avanzar en la capacidad resolutoria de la EFC. Se persigue un modelo asistencial en Atención Primaria en el que Enfermería familiar y comunitaria, Medicina de familia y Pediatría dan respuesta a las necesidades de la población de forma interdisciplinar, en base a sus competencias profesionales, a través de la gestión de la demanda y evaluando los resultados de la actividad de cada profesional tanto de forma individual como en su conjunto.

De esta forma, se establece la base de la asignación poblacional a Enfermería en Osakidetza para garantizar:

- La mejora en la calidad de los cuidados prestados.
- Una mayor accesibilidad de la ciudadanía a los servicios y profesionales de Atención Primaria.
- La evaluación de las intervenciones y resultados de Enfermería de forma individualizada a cada profesional.
- La libre elección, tanto de médico como de enfermera/o en Atención Primaria como indicador de excelencia en la prestación de servicios.

Teniendo en cuenta el número actual de profesionales de Enfermería en Osakidetza y el número de TISes asignadas a cada OSI, se observa una media de 1.561 TISes por enfermera de adultos, con un rango entre 1406 en el caso de OSI Goierri-Alto Urola y 1.739 en el caso de OSI Donostialdea. En el caso de la Pediatría la media es de 1.152 niñas/os por enfermera/o, con un rango que oscila entre 894 en el caso de Araba y 1.474 en Donostialdea.

Por otra parte, en función del turno de los y las profesionales, se aprecia una amplia heterogeneidad que deberá corregirse de forma progresiva (Tabla 1).

Tabla 1. Medias de TISes por profesionales de Enfermería en Osakidetza

	POBLACIÓN	MEDIA
TOTAL OSI	Adulta	1.561
	Pediatría	1.152
TURNO MAÑANA	Adulta	1.400
	Pediatría	1.172
TURNO TARDE	Adulta	1.990
	Pediatría	1.222 (9 OSIs)

Esta heterogeneidad requiere una respuesta progresiva en dos fases:

- Fase 1: Adscripción inicial de la población a la enfermera que actualmente está identificada en cada UAP como la de referencia, la que el sistema tiene identificada para ofertar citas en la web.
- Fase 2: balance de cargas de trabajo de acuerdo con los cambios efectuados por las personas adscritas y con las variaciones de plantilla que puedan ir generándose en el conjunto de la OSI. En esta línea se adecuarán las plantillas de cada UAP de Enfermería de tarde/mañana de acuerdo, con carácter general, al estándar de que la plantilla de profesionales de tarde sea entre un 25 y un 40% inferior a la de mañanas. Del análisis de cargas en cada UAP, es posible que surjan necesidades de recursos a las que de forma progresiva Osakidetza deberá dar respuesta planificada de acuerdo con las variaciones de plantilla que se vayan produciendo.

La definición de la población adscrita y la libre elección de profesional no se acompañarán de un cambio en el modelo retributivo ni de funciones de trabajo. Se trata de una estrategia para mejorar la colaboración entre profesionales y, por tanto, la eficiencia del trabajo de Enfermería, de manera que pueda medirse su contribución a los resultados en salud y, en definitiva, que aumente su visibilidad.

En este sentido, el/la coordinadora de Enfermería debe gestionar y liderar el equipo de Enfermería para dar a la población la mejor atención, y, en el caso de su población asignada, asegurar el equilibrio de cargas de trabajo teniendo en cuenta aspectos individuales como la participación en actividades comunitarias o la participación desigual en tareas comunes en función del turno etc., en definitiva, impulsando una gestión participativa por objetivos. La existencia por ejemplo, de un mayor número de TISes por enfermera/o en el turno de tarde se acompaña de una menor dedicación de estas/os profesionales a las tareas comunes de la UAP (extracciones, electrocardiogramas, domicilios extracciones), lo que incrementa la carga asistencial en turno de mañana.

La reorganización propuesta tampoco debe de acompañarse de una organización de la actividad enfermera 1 a 1 con el o la correspondiente médico de familia o pediatra. No hay ningún argumento sólido sobre el que basar este modelo de asignación de profesionales y, por otra parte, la libre elección de profesional puede hacer que un/a enfermero/a trabaje con varios/as médicos de familia. Este último extremo, que puede acompañarse de variabilidad en la práctica clínica, puede minimizarse con guías de práctica clínica y estándares de atención bien definidos, que deberán tener su reflejo en la evaluación del Contrato-Programa y los correspondientes contratos de gestión clínica.

El Decreto de libre elección de profesional de medicina o enfermería, cuya Orden de inicio se encuentra actualmente en trámite, facilitará la consolidación de esta figura. Este proyecto implica un cambio organizativo importante desde un sistema de trabajo por tareas a una orientación poblacional del trabajo de enfermería sin perjuicio de que determinadas tareas -como extracciones, curas o pruebas complementarias por ejemplo-, mantengan una organización de asignación por tareas.

ACCIONES

Decreto de libre elección enfermera
– en trámite

Ajustes de sistema de información TIS y Osabide

LÍNEA ESTRATÉGICA 2.2.B Impulso de la coordinación interniveles y socio-sanitaria desplegando la figura de la enfermera referente de pacientes pluripatológicos

Los cambios en la gestión de los y las pacientes, las estancias hospitalarias más cortas, las características de una población cada vez más envejecida con el consiguiente incremento en la prevalencia de patologías crónicas, el avance en las nuevas tecnologías de comunicación, los cambios organizativos hacia la integración asistencial y los nuevos convenios de colaboración, entre otros, dibujan una realidad sobre la que es preciso perfilar la comunicación para asegurar la continuidad asistencial. La responsabilidad de esta colaboración y coordinación recae sobre las y los profesionales de la salud, que precisan de herramientas que les ayuden en este proceso dentro de un sistema complejo, como es el sanitario.

Las Líneas Estratégicas del Departamento de Salud 2013-2016 incluyeron los nuevos roles de Enfermería, a través de los cuales las/os enfermeras/os adoptan un nuevo rol en el que desarrollar competencias avanzadas, y asumen un mayor protagonismo en la asistencia sanitaria del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza. El despliegue de estos roles se concentró en dos figuras concretas, la Enfermera de Enlace Hospitalario (EEH) y la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA), con el objetivo básico de mejorar la calidad de la atención sanitaria a través de la coordinación asistencial, especialmente en las personas identificadas como PPP. En cualquier caso, es preciso especificar que la coordinación no se circunscribe únicamente a estos nuevos roles, sino que resulta un aspecto transversal en toda interacción de la práctica asistencial.

Tras la perspectiva que ofrece la experiencia recorrida en estos años, la presente Línea estratégica 2.2.B, Impulso de la coordinación interniveles y sociosanitaria, perfila las competencias de estos roles y dibuja el contexto sobre el que perfeccionar la coordinación entre profesionales, entre niveles de atención y con el entorno sociosanitario.

La Continuidad de los Cuidados se refiere a la coordinación de la asistencia prestada por los y las profesionales con los que entra en contacto la persona en las interfases en el sistema sanitario y con el social. La continuidad asistencial es un elemento fundamental para obtener los mejores resultados en salud y requiere definir estándares asistenciales bien definidos así como escalas de valoración del riesgo/complejidad para el inicio y/o mantenimiento de los diferentes planes de cuidados. Obviamente, la continuidad asistencial va más allá de la participación de estas enfermera/os con nuevos roles. Requiere, como no podía ser de otra forma, de la participación de toda/os la/os enfermera/os de Atención Primaria. Para reforzar la continuidad y optimizar su efecto, conviene, entre otros aspectos, identificar a la personas ingresadas con alto riesgo de reingreso tras el alta hospitalaria. La administración de instrumentos de valoración del riesgo de reingreso como el índice LACE puede identificar a las personas con mayor riesgo y programar al alta, la

intervención de la enfermera de Atención Primaria para el desarrollo de un plan de continuidad de cuidados individualizado que minimice el riesgo de reingreso.

Por lo que se refiere al despliegue de la EEH y de la EPA, se ha realizado de forma heterogénea en las diferentes OSIs de Osakidetza. La misma figura, por ejemplo, recibe diferentes denominaciones de acuerdo a la OSI a la que pertenece. Esto genera confusión y precisa iniciar un cambio y unificación de denominación hacia la siguiente:

- La EEH, es decir, aquellas que facilitan la continuidad de cuidados de las y los pacientes hospitalizados que requieren de la coordinación de diferentes profesionales del entorno hospitalario y comunitario, tanto al ingreso como al alta, pasará a denominarse Enfermera de Enlace (EE).
- La ERPPP, enfermera referente para pacientes pluripatológicos que sustituye a las denominaciones EPA, Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas (EGCA) o Enfermera de Competencias Avanzadas (ECA). Es la enfermera que desarrolla una intervención específica y más coordinada con pacientes complejos, en su domicilio, fundamentalmente, pero también en otros ámbitos, y facilita la interacción con los servicios sociales de base para estos y estas pacientes.

El papel que juega la EE es clave para asegurar la continuidad asistencial, especialmente desde el medio hospitalario hacia el comunitario. Este/a profesional desarrollará su actividad en las diferentes OSIs, en base a las especificaciones generales y universales.

En relación a la ERPPP. Tras el análisis de las diferentes OSIs en relación a esta figura, se aprecian 3 modelos diferentes de despliegue de la misma, lo que añade complejidad a las diferentes denominaciones que ha adquirido este perfil en las diferentes OSIs en las que se ha pilotado esta figura.

1. La ECA se establece con un cupo concreto de personas identificadas como PPP. A estas personas las atiende a lo largo de todo su proceso de vida dentro del “continuum asistencial”.
2. La ECA se constituye como un servicio a personas identificadas como PPP que presentan un alto riesgo o se encuentran en descompensación de sus patologías crónicas. Esta/os profesionales atienden a estas personas hasta compensar sus patologías y las devuelven a la EAP.
3. Las funciones de las ECA están integradas en cada una de las/os enfermeras/os de Atención Primaria, de forma que ofrece cuidados al PPP en todo el “continuum asistencial” junto con la población del cupo que atiende.

La lógica sobre la que se plantea este perfil se relaciona con la necesidad de evitar la descompensación de pacientes con problemas crónicos complejos (PPP). Para ello es necesario mantener una actitud preventiva y de cuidados proactiva, por lo que el perfil 2, sin dudar de su importancia, no responde al planteamiento sobre el que se plantea este rol.

Un análisis de los resultados con los y las pacientes PPP relacionados con la presencia de las ECA en las diferentes OSIs, sugiere que OSI Bidasoa obtiene mejores

resultados en tasas de frecuentación a urgencias, razón de tasas de ingresos, de reingresos, estancia media, citas en CCEE y visitas a domicilios para las personas identificadas como PPP.

Este hecho, unido a la lógica que subyace al perfil de Enfermera de Competencias Avanzadas (ECA), sugiere que el modelo 1 es el que debe desarrollarse en Osakidetza. El rechazo observado a este perfil parece relacionarse con el propio nombre de “competencias avanzadas”, que sugiere un cierto grado de especialización y un perfil funcional diferente al de la enfermera de Atención Primaria trabajando en Atención Primaria. Por ello, parece conveniente situar este perfil dentro del de Enfermera de Atención Primaria (único puesto funcional de enfermería en Atención Primaria), con una dedicación diferenciada en cuanto a población a atender, en la misma línea en la que se plantean las funciones de la Enfermera Referente de Pediatría.

Desde una perspectiva generalista y no solo centrado en la enfermedad, se puede decir que el papel que juega el ERPPP es clave para asegurar la permanencia en el medio comunitario de las personas con una situación de salud compleja.

El despliegue debe ser progresivo y bajo los estándares contenidos en el contrato programa con las OSIs. Puede fortalecer el proceso para ajustar o reasignar determinadas plazas de enfermería del contexto hospitalario, que pueden aportar más valor en otros niveles asistenciales, por ejemplo mediante su conversión en plazas de enfermera referente para pacientes complejos.

ACCIONES

Despliegue progresivo de acuerdo al Contrato Programa

Evaluación anual del impacto de este perfil de enfermera

LÍNEA ESTRATÉGICA 2.2.C Despliegue de la consulta en domicilio para la continuidad asistencial

Por lo que se refiere a las personas en situación de fragilidad que no tienen una o más condiciones crónicas complejas, es necesario también desplegar acciones que permitan atender a estas personas en su domicilio siempre que sea necesario. Se trata de recuperar la atención enfermera a domicilio para personas en situación de fragilidad intensificando la acción coordinada con las y los trabajadores sociales de base, una función esencial de la enfermería de Atención Primaria, máxime cuando se sitúa como una o un profesional referente para estas personas en situación de fragilidad.

En la línea de los contenidos del contrato programa con las OSIs, todas y todos los pacientes debe ser valorados por la enfermera de enlace, entre otros aspectos en lo que se refiere a la probabilidad de reingreso. Para ello, debe utilizarse el índice LACE o en su defecto aquél que la OSI considere más adecuado. Las personas con alta probabilidad de reingreso deben ser evaluadas y seguidas en su domicilio por la enfermera referente del paciente.

ACCIONES

Incorporación al Contrato-Programa de las OSIs

LÍNEA ESTRATÉGICA 2.2.D Despliegue del seguimiento de pacientes frágiles y/o complejos en su domicilio

Los y las pacientes frágiles y/o complejos (paciente crónico domiciliario si se prefiere) deben ser objeto de seguimiento cercano en su medio domiciliario. El contrato-programa incorpora como en el caso anterior, este servicio de enfermería porque aporta valor al proceso asistencial. El despliegue de esta línea debe ser paralelo al despliegue de la anterior en lo que se refiere a la Atención Primaria.

ACCIONES

Incorporación al Contrato-Programa de las OSIs

LÍNEA ESTRATÉGICA 2.2.E Despliegue de la consulta de enfermería

En diferentes OSIs se aprecian proyectos de Consultas a Procesos Autolimitados, de Atención a Procesos Leves o de triage enfermero que parece conveniente caracterizar de forma estándar y extender al conjunto de las UAP. La atención por enfermería en consulta debe permitir desarrollar dos aspectos claves de la práctica enfermera.

1. La educación sanitaria en procesos autolimitados o leves con el objetivo de desmedicalizar una serie de procesos que no requieren intervención de un o una profesional sanitario.
2. La resolución de procesos asistenciales que no requieren la intervención de un o una profesional médico más allá de una prescripción o trámite administrativo. En este sentido cabe desarrollar protocolos y/o guías de práctica consensuados entre el personal médico y de enfermería que puedan ser validados o acreditados por el órgano competente previsto en el Real Decreto de prescripción enfermera.

Con una denominación homogénea en todas las Unidades de Atención Primaria (UAP) la consulta de enfermería de atención a la demanda debe desplegarse tanto en atención a personas adultas como en pediatría para resolver problemas de salud que profesionales con este perfil es capaz de resolver y/o controlar y para apoyar al conjunto de actividades del área asistencial en Atención Primaria.

Como en el caso del personal de las AAC, el despliegue de algoritmos para procesos que el personal de enfermería puede resolver facilitará el despliegue y consolidación de esta consulta. Consulta que no se perfila como una consulta de triage, sino como parte de la actividad enfermera, capaz de resolver determinados problemas y, en su caso, dirigir al o la paciente hacia la consulta médica.

ACCIONES

Definición de tipología de consulta de manera uniforme y corporativa (implica consolidación de protocolos, criterios de agenda ...)

Despliegue de consulta de enfermería – incorporada al Contrato-Programa y conformación de grupo de seguimiento del despliegue para su evaluación y ajustes

LÍNEA ESTRATÉGICA 2.2.F Despliegue de la figura de enfermera comunitaria

El enfoque poblacional es una de las características distintivas de la Integración estructural en OSIs. Por ello, para potenciar el despliegue de intervenciones comunitarias que aprovechen los activos locales en salud se procederá a desplegar progresivamente esta figura de enfermería con el perfil de enfermera especialista en enfermería familiar y comunitaria. Esta figura, inicialmente desplegada para apoyar a varias UAP en estas funciones deberá ser objeto de evaluación previa a un despliegue en profundidad en todas las OSIs.

ACCIONES

Creación de plazas de enfermería para dotar a cada OSI de un perfil de estas características incorporado a una o más UAP

Evaluación y ajuste

LÍNEA ESTRATÉGICA 2.2.G Liderazgo de Enfermería ante los nuevos retos. La figura del o de la Coordinadora de Enfermería

El perfil competencial de la enfermera ha contenido siempre el papel gestor, tanto de cuidados como de recursos humanos y materiales, y se considera una pieza clave en la gestión de las organizaciones sanitarias. Este hecho, junto con los cambios introducidos recientemente en nuestro sistema sanitario (integración de las organizaciones sanitarias, nuevos roles de Enfermería...) sumado a la implicación activa de las y los profesionales de Enfermería de Atención Primaria en los proyectos puestos en marcha y a los nuevos retos (especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, prescripción enfermera...), hacen más necesaria que nunca una figura enfermera dentro de los EAP que lidere el necesario proceso de adaptación de estos profesionales.

El liderazgo de Enfermería ante los nuevos retos, busca determinar el mapa de competencias necesarias para desempeñar el puesto de responsable o coordinadora de enfermería y definir unos criterios objetivos que permitan implementar la figura de CE en los EAP de forma responsable y eficiente.

La situación actual en Osakidetza respecto a la instauración de la figura del responsable/coordinadora de enfermería en todos los centros es heterogénea y por tanto la definición explícita de esta figura y su implantación generalizada y homogénea en los CS de las distintas organizaciones, permitirían potenciar la gestión de los propios centros y facilitar la adaptación de estos a los nuevos retos.

La incorporación del o la responsable/coordinadora de enfermería en la estructura directiva de la UAP se ha producido de facto en muchas UAP, asumiendo estos profesionales las funciones del JUAP relativas al personal enfermero trabajando de forma coordinada con este.

El puesto de responsable/coordinadora de enfermería debe de considerarse como un mando intermedio similar al de una supervisión de un centro hospitalario y por tanto ser convocado y cubierto mediante el mismo procedimiento y criterios por los que se nombra una supervisión.

Cabe precisar que como el JUAP, la función de gestión del o la responsable/coordinadora de enfermería debe compaginarse con sus funciones asistenciales, estableciéndose criterios similares a los del JUAP para facilitar el desarrollo de las doble

función gestora y asistencial.

Si bien con carácter general todas las UAP contarán con un o una responsable/coordinadora de enfermería, cabe considerar algunas excepciones como en aquellas UAP en las que el JUAP sea enfermera salvo que la complejidad de la UAP aconseje de manera excepcional la coexistencia de los dos puestos cubiertos por profesionales de enfermería. A este respecto, cabe señalar que el 20% de las UAPs de Osakidetza cuentan con un JUAP enfermero (29 UAPs), y de ellas el 52% (15 UAPs) cuentan también con responsable/coordinadora de enfermería.

La naturaleza del trabajo y la misión de una UAP aconsejan que el o la responsable/coordinadora de enfermería tenga dependencia funcional y jerárquica del JUAP. El o la responsable/coordinadora de enfermería trabaja en equipo con el JUAP acordando los objetivos y metas de la UAP y los relacionados con el Contrato de gestión clínica que desarrolla el Contrato Programa de la OSI.

El o la responsable/coordinadora de enfermería se encarga de gestionar los recursos enfermeros, es decir, profesionales de Enfermería, auxiliares de Enfermería, matronas en su caso, y ERPPP con ubicación física en la UAP que coordina.

ACCIONES

Desarrollo del perfil de responsable de enfermería en equivalencia al de supervisora en el ámbito hospitalario

Convocatoria y cobertura de puestos

LÍNEA ESTRATÉGICA 3.- REVALORIZAR LA FUNCIÓN Y EL PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

3.1 CREACIÓN DEL CONSEJO ASESOR PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA

Entre los Consejos Asesores del Departamento de Salud sólo hay uno, el de Salud Mental, que se dirige a un elemento estructural del sistema sanitario. Esto fue así para fortalecer el papel de la Salud Mental en el conjunto del sistema sanitaria reconociendo a esta área una prioridad de desarrollo que entre otras acciones se significó con la creación de un Consejo Asesor consultivo para la Salud Mental.

Los argumentos para la creación del consejo asesor para la Atención Primaria son los mismos. La Atención Primaria es un nivel asistencial de cuya fortaleza depende la fortaleza del sistema sanitario en su conjunto.

Dada la importancia para el sistema de salud, y la dimensión de las medidas planteadas en esta estrategia, el Consejo Asesor para la Atención Primaria se crea con la vocación de servir de foro de análisis de los diferentes aspectos que pueden fortalecer el nivel de Atención Primaria. Tendrá también como misión el análisis e informe de las iniciativas que se trasladan a la Atención Primaria de forma corporativa. Su constitución, regulada por Orden del Consejero, incorporará a personas de las diferentes sociedades científicas, así como a expertos en Atención Primaria del Departamento, de Osakidetza e independientes.

3.2 DESARROLLAR UNA SISTEMÁTICA A NIVEL DE CADA OSI PARA EL DESPLIEGUE DE PROTOCOLOS Y/O ACUERDOS ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN HOSPITALARIA DE FORMA CONSENSUADA

Otra de las cuestiones recurrentes al hablar con los y las profesionales está relacionada con la percepción de sobrecarga asistencial que en ocasiones es secundaria a decisiones que se toman en atención hospitalaria sin el conveniente consenso con la Atención Primaria, como actor competente e implicado. Por ello, es imprescindible desarrollar una sistemática que exija el consenso previo entre las y los profesionales para el despliegue de cualquier iniciativa, venga de un nivel asistencial o de otro. En esta línea, se revisarán los procedimientos de despliegue de cambios asistenciales y se modificarán para asegurar un consenso suficiente y una comunicación adecuada de los cambios en los procesos y procedimientos asistenciales adecuados.

ACCIONES

Definición en todas las OSIs del proceso de elaboración y despliegue de protocolos y rutas asistenciales

Definición en cada OSI del proceso de puesta en marcha de consultas no presenciales

3.3 ACTUALIZAR LA CARTERA DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS QUE SE PUEDEN SOLICITAR CON CARÁCTER GENERAL POR PARTE DE LAS Y LOS MÉDICOS DE FAMILIA

Por medio de la Instrucción 7/2003 de la Dirección general de Osakidetza, posteriormente modificada en 2008, se definió una cartera de pruebas complementarias accesibles a la solicitud de Atención Primaria. Es necesario valorar e informar sobre la situación actual, actualizar esta cartera y hacer realidad el acceso a las pruebas que deben estar accesibles a la solicitud del o la médico de familia.

ACCIONES

Análisis situación actual de acceso a PC

Actualización y ajuste normativo de acuerdo con el análisis de la situación actual y necesidades de ajuste

3.4 ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN PONIENDO EN VALOR A LA ATENCIÓN PRIMARIA Y EN ESPECIAL EL TRABAJO DE SUS PROFESIONALES

La figura del o la médico de familia es apreciada y valorada positivamente de forma generalizada por la ciudadanía vasca. El y la médico de familia se han convertido en un referente para la población a la que atienden y ésto, en un contexto de medicalización de muchos problemas que no necesariamente requieren una respuesta médica, es parte del problema de sobrecarga asistencial. Por ello se plantea la necesidad de campañas informativas para que la ciudadanía haga un uso adecuado de los recursos sanitarios y, además, insistir en que en el ámbito de un equipo de Atención Primaria cada profesional tiene su papel. Para ello, se incidirá en dos mensajes básicos:

El valor del o la profesional médico de familia o pediatría en la atención sanitaria, insistiendo en la relevancia de la atención longitudinal a lo largo de la vida o de la infancia, de su papel en la atención a las personas sanas, a los y las pacientes con múltiples patologías crónicas y en la atención domiciliaria.

El rol de la o el profesional de enfermería, que puede valorar en muchas ocasiones la necesidad de consulta médica, así como resolver directamente muchas situaciones que no requieren asistencia médica, empoderando a los y las pacientes para que puedan adquirir control sobre su propia salud o sobre su problema crónico, la atención domiciliaria y la salud comunitaria.

La labor del o la profesional administrativo facilitando trámites administrativos e información, y consultar al o la paciente acerca de las causas por las que necesita asistencia para de esta forma poderle dirigir en tiempo y forma, bien a la consulta de enfermería, bien a la consulta médica.

ACCIONES

Definición y despliegue de estrategia de Comunicación

3.5 DESARROLLO DE UNA CÁTEDRA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA EHU/UPV

La introducción de la Medicina de familia en el pregrado es uno de los elementos que acercarán el conocimiento de este nivel a las y los estudiantes de medicina, así como el conocimiento del papel que desempeña la Atención Primaria dentro del Sistema sanitario.

No cabe duda de que esta área de desarrollo de la medicina de familia y de la Atención Primaria contribuirán al prestigio y por tanto al fortalecimiento de la Atención Primaria.

ACCIONES

Desarrollo y firma de convenio de colaboración consensuado con la Facultad de Medicina

Implementación y seguimiento del convenio

3.6 DESARROLLO DE UN MODELO DE CONTABILIDAD ANALÍTICA

Valoración del posible desarrollo de un modelo de contabilidad analítica, que tenga en cuenta las derivadas de las decisiones clínicas en Atención Primaria.

Con demasiada frecuencia se hace referencia a la necesidad de demostrar que la Atención Primaria es un eslabón fundamental del sistema sanitario, asignando mayores presupuestos para la Atención Primaria. Este discurso tiene ciertamente debilidades, de las que cabe destacar tres:

1. En la Euskadi, el proceso de Atención Integrada se ha acompañado de importantes cambios en las estructuras de dirección y de gestión de las antiguas comarcas de Atención Primaria, con lo que el análisis de las tendencias de gasto de personal en el País Vasco adolecen de un sesgo no documentado.
2. La incorporación de tecnologías es la que condiciona en países de nuestro entorno el crecimiento del gasto sanitario. La tecnología de la Atención Primaria son precisamente los y las profesionales y su estructura está ligada al tamaño de la población que permanece estable.
3. Se asume en este discurso que el aumento del gasto sanitario derivado de la incorporación de tecnologías es consecuencia de la actividad de la atención hospitalaria cuando éste, evidentemente, no es así.

Independientemente de que algunas de las líneas estratégicas puedan suponer un incremento del gasto sanitario, es necesario redefinir la contabilidad analítica para identificar en la misma, el gasto sanitario ocasionado por la actividad y la petición de pruebas complementarias, de consultas con especialidades hospitalarias y de farmacia.

ACCIONES

Conformación de un grupo de trabajo para valorar y reformular la contabilidad analítica en Atención Primaria para la elaboración y definición de criterios de análisis y de imputación

Trabajo de campo en las OSIs

Validación por parte del Consejo Asesor

LÍNEA ESTRATÉGICA 4.- MEJORAR EL ATRACTIVO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA PARA LAS Y LOS MÉDICOS DE FAMILIA RECIÉN FORMADOS

4.1 FAVORECIENDO EL DESPLIEGUE PROGRESIVO DE JORNADAS DE TRABAJO QUE PERMITAN ALTERNAR TURNOS DE MAÑANA Y TARDE

La apertura de las UAP en horario de mañana y tarde es una medida que garantiza la accesibilidad de los y las pacientes, lo cual constituye uno de los principios de la Atención Primaria.

La rotación de turnos de mañana y tarde favorece la conciliación de la vida laboral y familiar y fortalece además la cohesión de los equipos de Atención Primaria. Frente al riesgo de originar equipos diferenciados de mañana y de tarde, esta medida favorece la organización asistencial, aumenta la cohesión y hace más atractiva la labor profesional de las y los profesionales de Atención Primaria. Aunque se trata de una medida cuyo despliegue pueda plantearse en otras categorías profesionales, en el corto plazo el objeto de esta medida es la turnicidad progresiva entre las y los médicos de Atención Primaria.

ACCIONES

Definición del procedimiento de transformación de turnos fijos a rotatorios en una UAP

Despliegue progresivo

4.2 OPES

Se priorizará la oferta de plazas en Atención Primaria, incluidas las de las UAP sin población asignada frente a otros perfiles funcionales a los que se orienta el o la profesional de medicina de familia y de pediatría. Aunque es importante tener presente la importante estabilidad de empleo actual en la Atención Primaria de Osakidetza, donde con respecto a la plantilla estructural más del 90% del personal de todas las categorías es fijo.

4.3 OPTIMIZACIÓN DE PERFILES PROFESIONALES

En la misma línea que el planteamiento anterior se sitúa el aprovechamiento de otras especialidades médicas, como neumología, neurología, geriatría, medicina interna etc., para servicios en los que no se requiere una especialidad determinada (urgencias, hospitalización a domicilio...), de forma que se favorezca el despliegue del perfil de medicina de familia en Atención Primaria de forma prioritaria.

5. LÍNEA ESTRATÉGICA 5.- CONSOLIDAR PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA UN MODELO DE REFUERZO ASISTENCIAL PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA EFICAZ Y SOSTENIBLE

Es necesario consolidar un modelo de refuerzo asistencial que evite en el futuro próximo la generación de bolsas de médicos de familia con baja empleabilidad como modelo de gestión de sustituciones. Aunque pueda resultar cómodo para gestionar y para la conciliación de la vida familiar y laboral, es un modelo poco equitativo. Por ello es necesario avanzar hacia un modelo diferente a través de 2 líneas de trabajo:

- La planificación de periodos críticos en cada UAP.
- El equilibrio complementario de refuerzos estables estructurales (profesionales de refuerzo en la estructura de las OSIs) con ajuste de jornada del personal que permanece en la UAP para hacer posible la conciliación sin generar para ello profesionales con baja empleabilidad.

5.1 DEFINICIÓN EN CADA OSI DE UN PLAN INDIVIDUALIZADO DE CONTINGENCIAS A NIVEL DE UAP PARA PERIODOS CRÍTICOS: VACACIONES Y AUSENCIAS PROLONGADAS

5.2 CREACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE UAP SIN POBLACIONAL ASIGNADA EN CADA OSI

Se creará en cada una de las OSIs una nueva UAP “de forma estructural”. Una UAP sin población asignada y estructuralmente integrada (UAP de OSI) con la misión de apoyar en el ámbito asistencial exclusivamente al resto de UAPs de la OSI. La exclusividad se refiere a que en ningún caso reforzará otros servicios de la OSI como urgencias hospitalarias u hospitalización a domicilio. Se trata de una UAP estructuralmente ligada a la Atención Primaria. Esta UAP de OSI contará con una estructura de profesionales con contratación estable que haga posible que las plazas a ella asignadas puedan cubrirse por OPE.

Se trata en definitiva de una fórmula estructural para construir un modelo de sustitución de profesionales médicos sostenible. Obviamente, esta fórmula requiere que a nivel de cada OSI se defina con la suficiente planificación el trabajo a desarrollar por estos profesionales.

ACCIONES

Incorporación al decreto de Estructura de este tipo de UAP
– en trámite

Organización del apoyo a nivel de una o más UAP

Cobertura de estas plazas por OPE

5.3 AJUSTE DE ASIGNACIÓN POBLACIONAL PARA LAS UAP

Una vez consolidadas las UAPs sin población asignada a nivel de cada OSI, cabe realizar el habitual ejercicio de compensación de las cargas asistenciales de las UAPs. Es decir:

- Refuerzo de UAPs en las que los cupos mantengan altas presiones asistenciales.
- Ajuste de otras UAPs en las que las cargas asistenciales sean menores (como estándar promedio de TISes menores de 1.500).

En este sentido, el fortalecimiento de UAP en las que pueda haber una sobrecarga asistencial mayor que en el resto es una opción alternativa (de hecho, la que se reclama en muchas ocasiones y la que “siempre ha tomado el sistema”). Pero, según el mismo razonamiento, es posible también que la reducción de TISes sea una medida a plantear en algunas UAP después de la creación de las UAP de apoyo con las debidas cautelas, porque es la respuesta habitual a problemas asistenciales de Atención Primaria que no han dado los resultados esperados.

5.4 SISTEMÁTICA EN LA PLANIFICACIÓN DE LA FORMACIÓN MIR EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

En el corto plazo y al menos hasta el 2025 es necesario realizar un esfuerzo en la formación de MIRes en la especialidad de Medicina de Familia. Para ello se acreditarán 14 plazas más para la formación de especialistas y se solicitará al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad un procedimiento excepcional de acreditación responsable como alternativa para agilizar el proceso de acreditación de plazas docentes.

ACCIONES

Solicitud de acreditación al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
– efectuada

Incremento de plazas MIR para Médicos de Familia

Será imperativo ajustar las necesidades de MIR de Familia a las necesidades del sistema teniendo en cuenta que una vez producido el relevo generacional, las necesidades de recambio de profesionales van a ser muy bajas. Este ajuste podrá ser mejor valorado a partir de 2022-23, pero hasta entonces es necesario hacer un esfuerzo en la formación de médicos de familia. Debe evitarse la vuelta a situaciones anteriores en las que se podía sustituir las ausencias de la mayor parte de profesionales. Esta situación no parece aceptable y genera frustración profesional. De ahí la importancia de definir un modelo de cobertura de ausencias socialmente aceptable y en clave de sostenibilidad.

5.5 DESARROLLO DE UN SISTEMA DE COMPENSACIÓN DE AUSENCIAS POR AMPLIACIÓN RETRIBUIDA DE JORNADA COMO ESTRATEGIA COMPLEMENTARIA A LA CREACIÓN DE “UAP DE OSI” COMO PARTE DE UN MODELO DE SUSTITUCIONES SOSTENIBLE

El desarrollo de UAP sin población asignada contribuirá a apoyar asistencialmente a las UAPs en periodos de cobertura de ausencias. No obstante va a ser necesario complementar este apoyo con profesionales de la propia unidad. Este apoyo debe contextualizarse en forma de ampliación de jornada retribuida.

No parece la fórmula más adecuada el apoyo bajo la forma de pago por acto durante la jornada habitual (la llamada ampliagenda). Los riesgos y sesgos de esta fórmula de financiación son bien conocidos y no forman parte del modelo de Atención Primaria.

LÍNEA ESTRATÉGICA 6.- PEDIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

De forma específica se abordan las líneas relacionadas con la Pediatría estableciéndose cuatro categorías de actuaciones en función del objetivo de las mismas:

- Relativas al modelo asistencial
- Relativas a la contratación de nuevos especialistas en pediatría
- Relativas al propio modelo de organización y en especial a las consultas monográficas de las subespecialidades pediátricas
- Relativas a la accesibilidad a los servicios de pediatría de Atención Primaria.

EN RELACIÓN AL MODELO ASISTENCIAL

LÍNEA ESTRATÉGICA 6.1.- Mantener el modelo de atención pediátrica aumentando además, de forma progresiva, los recursos de enfermería pediátrica de forma paralela al desarrollo de la consulta de enfermería pediátrica, que debe tener como contenidos el control del niño/a sano/a, la educación sanitaria y la resolución de determinados problemas que no requieran intervención médica

Esta línea de actuación se completa con la creación de listas específicas para la contratación de Enfermería de Pediatría.

Esta reorganización con enfermeras referentes de pediatría necesita acondicionar espacios específicos para que puedan realizarse estas funciones y el consenso en los protocolos entre las y los profesionales implicadas/os. Esto implica el desarrollo y despliegue de un protocolo asistencial promovido desde la Dirección de Asistencia Sanitaria, que ordene la atención y el seguimiento del plan de salud infantil.

ACCIONES

Desarrollo de listas específicas de enfermería para atención pediátrica

Creación y dotación de plazas de enfermería pediátrica en Atención Primaria (inicialmente 10)

Definición corporativa de consulta de enfermería pediátrica y despliegue progresivo

EN RELACIÓN A LA CONTRATACIÓN

Previsiblemente, a medio y largo plazo, la proporción entre oferta y demanda va a permitir dotar a la totalidad de las plazas de atención pediátrica en Atención Primaria de pediatras, llegando a sustituir a los y las especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria (MFyC) que actualmente ocupan las plazas y reponiendo las vacantes que se vayan produciendo. En este sentido, el balance es favorable entre la capacidad de formación de pediatras frente a las jubilaciones previstas. Apoya también esta hipótesis el hecho de que no se va a producir un aumento de la demanda por la menor tasa de nacimientos (a priori, todo lo contrario), y que actualmente contamos con una plantilla joven en los hospitales, con contratos temporales.

A corto plazo, sin embargo, aunque los y las nuevo/as pediatras superan al número de jubilaciones, la cifra de plazas ocupadas por médicos de familia se ha mantenido más o menos estable, de manera que deben desplegarse las siguientes líneas de actuación:

LÍNEA ESTRATÉGICA 6.2.- Garantizar la permanencia a estos MFyC que ocupan las plazas de Atención Primaria en Pediatría por unos años, reconociendo tanto el tiempo trabajado como las condiciones de una plaza de Pediatría

La contratación de MFyC para atención pediátrica sigue siendo necesaria a día de hoy, si bien el objetivo debe ser ir reduciendo estas situaciones en la medida de lo posible y al mismo tiempo facilitar que las y los médicos de familia desempeñen estas funciones durante un horizonte temporal más o menos prolongado. Para ello se plantean las siguientes actuaciones:

- Reconocimiento, a todos los efectos (OPE, carrera profesional, etc.), del tiempo prestado en Pediatría, en las mismas condiciones que el reconocimiento prestado en Atención Primaria de personas adultas.
- Garantizar la correspondencia de condiciones al puesto efectivamente desempeñado.
- Garantizar en su caso un tiempo de reciclaje en función del tiempo de trabajo en medicina infantil, cuando el o la médico de familia vuelve a incorporarse a un cupo de medicina de personas adultas.

ACCIONES

Contratación del médico de familia en cupo de pediatría en las UAP de OSI con asignación permanente a la asistencia al cupo pediátrico

Desarrollo de los ajustes necesarios en baremos

Acuerdo del Consejo de Administración de Osakidetza para la regulación del tiempo de reciclaje

LÍNEA ESTRATÉGICA 6.3.- Dirigir a los nuevos y a las nuevas pediatras a las plazas de Atención Primaria vacantes, de forma corporativa, con una única lista de contratación centralizada en los Servicios Centrales de Osakidetza (SSCC)

Aun así, en este corto plazo (hasta 2025, aproximadamente), la atención pediátrica va a verse influida por el relevo generacional que va a producirse entre las y los médicos de familia, lo que va a originar dificultades en la sustitución por ausencias de los pediatras de Atención Primaria. Este problema se aborda en el capítulo de recomendaciones relativas al modelo organizativo.

La cobertura de las plazas de pediatras para Atención Primaria es una prioridad para Osakidetza. Por este motivo, con carácter general, deben mantenerse estables y sin crecimiento las plantillas de Pediatría hospitalaria existentes en cada uno de los hospitales de Osakidetza. Éste debe ser un mensaje inequívocamente asumido por todas las Organizaciones de Servicios, para las que la dotación de especialistas de pediatría en Atención Primaria debe ser una prioridad compartida.

Como señalan algunas fuentes, buena parte de los y las profesionales en formación tiene mayor interés en trabajar en el medio hospitalario en el que se ha formado que en Atención Primaria, pero la prioridad de Osakidetza se sitúa en contratar en Atención Primaria a los y las pediatras que se formen, y es imperativo mantener la actual estructura hospitalaria. Por ello, debe hacerse una lista de contratación única gestionada por los SSCC de Osakidetza. Este cambio en el procedimiento debe evaluarse anualmente introduciéndose las modificaciones oportunas.

ACCIONES

Centralización corporativa de la contratación en Pediatría

LÍNEA ESTRATÉGICA 6.4.- Todo planteamiento de incremento de plantillas en la Pediatría hospitalaria, por aumento de demanda, enfermedades emergentes, etc., previamente a su aprobación, debe ser analizado por la Dirección de Asistencia Sanitaria y abordado conjuntamente con la Dirección de Planificación, Evaluación y Ordenación Sanitaria del Departamento de Salud

En el caso de considerarse necesaria una ampliación de la cartera de servicios en alguna OSI o en Osakidetza en su conjunto, ésta debe ir precedida de la solicitud justificativa y el oportuno estudio de pertinencia, y también de una respuesta favorable por parte de la Dirección de Planificación, Evaluación y Ordenación Sanitaria del Departamento de Salud.

La contratación de las y los residentes que terminan su formación (habitualmente en el mes de mayo), para ser acorde con la prioridad de cobertura de Atención Primaria especialmente en el periodo vacacional, debe tener como norma general la cobertura de las vacantes de hospital sólo en los casos de jubilación o de baja laboral previsiblemente prolongada por más de tres meses que se vayan a producir en el periodo mayo-septiembre. La cobertura de estas plazas, a igualdad de méritos en la lista de contratación, debería efectuarse teniendo en cuenta el lugar de formación de los y las residentes.

Lo/as nuevo/as especialistas que no tengan cabida en hospitales según los criterios previos sólo pueden ser contratados en el nivel de Atención Primaria de Osakidetza, como reflejo de la prioridad de contratación en este nivel, aunque ello suponga asumir el riesgo de que el o la especialista se encamine hacia otro servicio de salud.

ACCIONES

Definición de procedimiento para la contratación de plazas de pediatría, descentralizando únicamente la reposición de plantilla por jubilación

EN RELACIÓN AL MODELO DE ORGANIZACIÓN

LÍNEA ESTRATÉGICA 6.5 Acercar las estructuras de gestión de los dos niveles asistenciales

Una gestión de la pediatría hospitalaria más cercana a la gestión de la pediatría de Atención Primaria puede favorecer la atención pediátrica en su conjunto y una planificación de servicios de mayor solidez. En este sentido, la línea de actuación 6.5 se dirige a acercar las estructuras de gestión de los dos niveles asistenciales en la siguiente dirección:

- En OSIs con un hospital comarcal que tiene servicio de Pediatría, la/el jefa/e de servicio de Pediatría debería asumir la gestión de toda la Pediatría de la OSI. La/el jefa/e de servicio de Pediatría debe asumir la coordinación de la atención pediátrica, participando de la organización funcional de la Pediatría de Atención Primaria, de acuerdo con la Dirección Médica. Se favorecería así que los y las pediatras de hospitales comarcales pudiesen desarrollar y apoyar actividades en Atención Primaria, y que pudiesen también formar parte de las subespecialidades desarrolladas en los hospitales universitarios.
- Para las OSIs que se enmarcan en los hospitales universitarios, por su tamaño y nivel de complejidad, es más complicado asumir la gestión

de la Atención Primaria. Para lograr el objetivo propuesto, la Jefatura de Servicio será reforzada con un técnico de gestión que apoye en la función administrativa relativa al servicio. La dependencia de esta jefatura de la Dirección de Integración Asistencial como una Jefatura de Gestión Clínica de Pediatría del conjunto de la OSI facilitará la coordinación e integración asistencial interniveles, así como, en su caso, una optimización de los recursos de Pediatría del conjunto de la OSI.

- En las OSIs sin servicio de Pediatría hospitalario, debe de conformarse una Unidad de Gestión Clínica de Pediatría para la organización de la Atención Pediátrica, de acuerdo con las directrices de su Dirección Médica. Estas Unidades de Gestión en Pediatría se coordinarán con el servicio de Pediatría del hospital de referencia, y promoverán con aquél el desarrollo de protocolos que garanticen la continuidad asistencial al alta de los ingresos o las pautas de seguimiento si el o la paciente presenta una patología crónica compleja.

Es recomendable también facilitar que pediatras de Atención Primaria que quieran hacer guardias en hospitales puedan hacerlo adaptando su calendario de guardias a las necesidades de la consulta de Atención Primaria.

La promoción del trabajo en red, la formación y la comunicación entre las y los profesionales de Pediatría, tanto de Atención Primaria, de hospitales comarcales, como de referencia, realizando sesiones clínicas compartidas por teleconferencia, puede incentivar a los y las profesionales y mejorar la coordinación.

ACCIONES

Creación en las OSIs de las correspondientes UGC según lo dispuesto por el Acuerdo del Consejo de Administración de Osakidetza de 2011

Dotación a las OSIs universitarias del apoyo de técnico de gestión administrativa a las UGC de Pediatría

CONSULTAS MONOGRÁFICAS DE SUBESPECIALIDADES

El sistema de organización de la atención pediátrica en los hospitales comarcales que cuentan con maternidad y atención pediátrica orienta a las OSIs al despliegue de consultas monográficas. No cabe duda de que es necesario disponer de centros de referencia para consultas monográficas de subespecialidades de Pediatría, pero la prevalencia de estas patologías y el volumen de actividad no justifican su despliegue a nivel comarcal. El despliegue de estas unidades de subespecialidades pediátricas no debe estar en relación con la disponibilidad de recursos profesionales (por necesidad de mantener ruedas de guardias al tener maternidad), sino que se deben corresponder con necesidades asistenciales, identificándose el centro de referencia que aporte más valor a la asistencia al niño o la niña.

Por otra parte, los y las pediatras de hospitales comarcales con dedicación a subespecialidades pueden aportar valor al conjunto de la organización, reforzando a los dos hospitales de referencia implicados (HUA y HUD), en las consultas específicas pediátricas. Esta medida refuerza además la relacionada con la estabilización en su situación actual de la plantilla de pediatría en los hospitales comarcales.

LÍNEA ESTRATÉGICA 6.6.- La Dirección de Planificación, Evaluación y Ordenación Sanitaria, en coordinación con la Dirección de Asistencia Sanitaria, valorará las necesidades asistenciales para las especialidades pediátricas, elaborando un informe que las dimensiona en cuanto al número de profesionales dedicados a ellas en el conjunto de la red

ACCIONES

Realización del estudio de planificación de necesidades y ajuste posterior incluyendo en su caso, el correspondiente Acuerdo de gestión que facilite la incorporación de pediatras de OSIs comarcales a consultas monográficas en H. Universitarios y/o refuerzo de la pediatría de Atención Primaria

ACCESIBILIDAD DE LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA

Aunque muchos profesionales se muestran favorables a la concentración de pediatras en determinados centros (sobre todo en zonas urbanas), hay una serie de elementos que la desaconsejan:

- Una de las características básicas más importantes de la Atención Primaria y mejor valorada por la ciudadanía es la accesibilidad y cercanía de este nivel asistencial.
- En la actual red asistencial, la concentración de servicios pediátricos precisaría de la reordenación no sólo de profesionales, sino también de espacios, soporte administrativo, etc.
- Para muchas personas, disminuir los puntos de atención pediátrica supondría establecer una situación de desigualdad en el acceso. Esto sería especialmente relevante en zonas rurales y periféricas, precisamente donde las desigualdades entre la población son mayores y hay mayores dificultades para la contratación de pediatras.

Por consiguiente, no deben de desplegarse movimientos de concentración de pediatras en situaciones de normalidad asistencial.

LÍNEA ESTRATÉGICA 6.7.- Ampliación de la jornada asistencial para cobertura de ausencias

En periodos de vacaciones, casos de ausencias prolongadas y demás situaciones extraordinarias, de acuerdo con los/las profesionales interesado/as, la acción de preferencia es la ampliación de la jornada asistencial de uno o más de los pediatras interesados/as de acuerdo con el sistema retributivo establecido por la Dirección General para la actividad extraordinaria.

Si esto no es posible o resulta insuficiente, con carácter general, es preferible modificar y concentrar los horarios de atención que la disminución de puntos de atención pediátrica. Aunque el cambio de horario hacia una atención de mañana también impacta en la accesibilidad, este impacto es considerablemente menor.

LÍNEA ESTRATÉGICA 6.8.- Derivado de los cambios demográficos previstos, análisis en cada caso a nivel de UAP de la posible conveniencia de generación de cupos de mayor tamaño, siempre llevando a cabo los ajustes retributivos necesarios

LÍNEA ESTRATÉGICA 7.- APLICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LOS PLANES DE NORMALIZACIÓN LINGÜÍSTICA Y DE IGUALDAD

En el ámbito de la salud se despliega una actividad de gran trascendencia humana y social, por ello la comunicación y la empatía con el paciente son elementos claves de la calidad del servicio.

Situar al o la paciente en el centro del sistema y ofrecer una atención de calidad implica, entre otros aspectos, garantizar la atención en el idioma en el que el o la paciente se expresa y por el que libremente opte. Del mismo modo, todo y toda profesional tiene derecho a trabajar en su lengua oficial de preferencia. Por estos motivos, basados en los derechos lingüísticos legalmente reconocidos, es imprescindible avanzar en la normalización del uso del euskera en el sistema público vasco de salud. Este aspecto es especialmente importante en Atención Primaria, que constituye un elemento primordial y esencial en la atención sanitaria, centrado en las personas y el más cercano a la ciudadanía.

Tal y como indica el II Plan de Normalización del uso del Euskera de Osakidetza, es preciso avanzar en líneas como la ampliación de la oferta de servicios bilingües en los centros de Atención Primaria, la extensión del sistema de identificación de servicios, unidades y profesionales bilingües, las medidas de capacitación idiomática del personal, o la presencia progresivamente mayor del euskera en la documentación clínica y en los documentos de información.

Por otra parte, salvaguardar la equidad en salud implica, entre otras cuestiones, el fomento de la consideración de la perspectiva de género en todas las actuaciones que se desarrollan en el sistema de salud en su conjunto y también, por supuesto, en la Atención Primaria. En cuanto a las personas que trabajan en Atención Primaria, es reseñable el nivel de feminización de su personal, que es superior al de otros ámbitos asistenciales. Aunque en el sector público sanitario se han conseguido avances importantes en términos de igualdad, se mantienen situaciones que es necesario superar. Si se analiza quiénes integran los mandos intermedios, se observa que existen todavía desequilibrios y desigualdades en materia de género, lo que constituye sin duda un ejemplo de situaciones en las que hay que continuar incidiendo y avanzando.

Así, para impulsar la igualdad efectiva entre hombres y mujeres profesionales de Atención Primaria y para integrar la perspectiva de género en todos los ámbitos de este nivel asistencial, es necesario seguir desarrollando en las organizaciones los planes de igualdad vigentes en nuestra Administración y en el Ente público Osakidetza.

ACCIONES

Incorporación explícita en el Decreto de Estructura de la responsabilidad de los cargos directivos de las OSI en materia de desarrollo de los Planes de igualdad y de Normalización Lingüística

Monitorización en Atención Primaria de la consideración de la perspectiva de género en el nombramiento de mandos intermedios (JUAPs, coordinadores de enfermería...)

BIBLIOGRAFÍA

1. Naylor C, Imison C, Addicott R, et al. Transforming our health care system. The Kings Fund 2015. En https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/10PrioritiesFinal2.pdf
2. Towards a National Primary. Health Care Strategy. A Discussion Paper from the Australian Government. 2008.
3. Estrategias para la renovación de la Atención Primaria. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud 2017. En http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../contenidos/renovacion_ap/Renovac_AP_v10.1.pdf
4. NHS Five year forward view. En <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/5yfv-web.pdf>
5. Next steps on the NHS five year forward view 2017. En <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/03/NEXT-STEPS-ON-THE-NHS-FIVE-YEAR-FORWARD-VIEW.pdf>
6. Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of Public Health*, Volume 37, Issue 4, 1 December 2015, Pages 716–727. En <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdu102>
7. Lambert TW, Smith F, Goldacre MJ.: Trends in attractiveness of general practice as a career: surveys of views of UK-trained doctor. En <http://bjgp.org/content/bjgp/67/657/e238.full.pdf>
8. Baird B, Charles A, Honeyman M, Maguire D, Das P. Understanding pressures in general practice. En https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/Understanding-GP-pressures-Kings-Fund-May-2016.pdf
9. Taylor L, Hinsch M. Deloitte Centre for Health Solutions. Primary care today and tomorrow Adapting to survive. November 2016.
10. The Kings Fund. What are the priorities for health and social care?. En <https://www.kingsfund.org.uk/publications/what-are-priorities-health-and-social-care#conclusion>
11. Kringos D, Boerma W, Hutchinson A, Saltman R. Building primary care in a changing Europe. En http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf

