



Plan de
MEJORA *de*
ATENCIÓN PRIMARIA
de la Comunidad de Madrid
2006-2009



***PLAN DE MEJORA DE
ATENCIÓN PRIMARIA
DE LA COMUNIDAD DE
MADRID
2006-2009***



Título: PLAN DE MEJORA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2006-2009

Tirada: 200 ejemplares.

Edición: Febrero 2006.

Edita: CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO

Depósito legal: M-6050-2006.

Imprime: CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO
Secretaría General Técnica
Servicio de Asuntos Generales
Centro Digital de Reprografía.

INDICE

Presentación	i
Metodología de elaboración del Plan	ii
I.- Introducción	1
II.- Análisis de la situación	5
III.- Objetivos del Plan	12
IV.- Líneas estratégicas	14
IV. 1. Orientadas a los ciudadanos	14
IV. 2. Orientadas a los profesionales	19
IV. 3. Orientadas a la organización y gestión de los servicios	23
V.- Cronograma de actuaciones	32
VI.- Costes del Plan	34
VII.- Seguimiento y Evaluación	36
VIII.- Instituciones y Sociedades que han colaborado en la elaboración del Plan	37
IX.- Bibliografía	38

PRESENTACIÓN

Es sobradamente reconocida la trascendencia que tiene la Atención Primaria de Salud en el Sistema Sanitario por ser el nivel asistencial más próximo, frecuentado y valorado por todos los ciudadanos, donde se da respuesta a la inmensa mayoría de los problemas de salud. Por este motivo desde el inicio de esta Legislatura, la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid ha tenido entre sus objetivos prioritarios la modernización y mejora de este ámbito asistencial. Un compromiso que se vio reforzado por el Acuerdo que aprobó la Asamblea de Madrid por unanimidad, por el que se fijaban las metas y objetivos para modernizar, reordenar y potenciar la Atención Primaria. Ahora hemos ido un paso más allá para dar cumplimiento a ese mandato.

Para analizar la situación y definir las áreas de actuación y sus líneas estratégicas era imprescindible contar con los profesionales de Atención Primaria, a través de las Sociedades Científicas y los Colegios Profesionales, con los directivos de las Áreas Sanitarias y con los técnicos de las Direcciones Generales de la Consejería de Sanidad y Consumo implicadas. Y eso es precisamente lo que hemos hecho.

El Plan de Mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid que me satisface presentar con estas líneas, es fruto de las aportaciones de todos ellos y de un amplísimo consenso, por lo que está llamado a ser el marco de referencia indiscutible para la política sanitaria en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid en los próximos años.

Quiero expresar mi agradecimiento a todos los profesionales que han integrado los grupos de trabajo, a las Sociedades Científicas y a los Colegios Profesionales por su magnífica colaboración. Todos ellos, con sus conocimientos, experiencia y espíritu crítico han hecho posible este plan que, estamos convencidos, tiene las bases necesarias para impulsar una Atención Primaria cada vez de mayor calidad.

Ahora esperamos seguir contando con la colaboración de todos para que la puesta en marcha y desarrollo de este Plan de Mejora de Atención Primaria, alcance sus fines, que no pueden ser otros, que los ciudadanos estén cada día más satisfechos con la atención sanitaria que reciben.

Manuel Lamela Fernández
Consejero de Sanidad y Consumo

METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL PLAN

La Consejería de Sanidad y Consumo con el fin de dar correcto cumplimiento al mandato de la Asamblea de Madrid, inició un **Plan de trabajo**. En noviembre de 2004 se constituyó un **Grupo de Trabajo** presidido por el Consejero de Sanidad y Consumo, con la participación de los Colegios profesionales de Médicos y de Enfermería, las Sociedades Científicas de Atención Primaria, Direcciones Generales de la Consejería de Sanidad y Consumo y una representación de equipos directivos de Atención Primaria.

Dependiendo de este grupo se constituyeron **cuatro subgrupos de trabajo**, compuestos a su vez por profesionales expertos y de gran experiencia de las Sociedades Científicas de Atención Primaria, Colegios Profesionales de Médicos y de Enfermería, y equipos directivos de Atención Primaria, y las Direcciones Generales con implicación en el Plan (se relacionan en el apartado VIII), para abordar la consecución de los diferentes objetivos.

Los Subgrupos de trabajo fueron:

- Modernización
- Reordenación
- Potenciación
- Profesionalización.

Dentro de cada Subgrupo se dividieron los temas a tratar y se formaron equipos de trabajo que elaboraron las distintas propuestas. Cada propuesta se basó en un análisis de la situación, con posterior valoración de posibles áreas de mejora y definición de posibles actuaciones.

Se celebraron más de 40 reuniones de trabajo y cada subgrupo aprobó los contenidos de su documento que fueron presentados a todos los componentes en una jornada de trabajo, para recibir las aportaciones y sugerencias del resto de los grupos y así consensuar el documento definitivo.

Se elaboraron nueve documentos de trabajo, que analizan la situación actual, identifican las áreas de mejora e incluyen propuestas de actuación. Los contenidos de trabajo de los diferentes subgrupos fueron los siguientes:

1. Modernización

Analizó la situación de los centros de atención primaria y realizó las propuestas de mejora correspondientes en relación con:

1.1. Accesibilidad

- Análisis de la zonificación sanitaria, identificación de necesidades de nuevos centros y los criterios para su priorización, así como actuaciones con otras Consejerías y Corporaciones municipales.

1.2. Infraestructuras, equipamiento y tecnologías

- Estudio de la situación de los centros de atención primaria, en cuanto a funcionalidad y cumplimiento de criterios de autorización y necesidades estructurales para mejorar la asistencia sanitaria.
- Análisis del equipamiento sanitario de los Centros.

1.3. Organización

- Valoración de la situación organizativa y propuestas de mejora en relación con:
 - racionalización del tiempo asistencial
 - adecuación de las agendas
 - incremento de la capacidad resolutoria de los equipos de atención primaria.

2. Reordenación

Estudió los cupos poblacionales y de criterios de asignación de recursos, realizando las propuestas de mejora correspondientes en relación con:

2.1. Cupos poblacionales y criterios de asignación de recursos

Evaluación de la situación actual y propuesta de un modelo de adecuación de cupos teniendo en cuenta no solo criterios poblacionales sino de utilización de los servicios. Para ello, se estudiaron los factores que influyen en la frecuentación y su posible corrección, con el fin de obtener los criterios técnicos de asignación de recursos.

3. Potenciación

Revisó la situación y las relaciones de atención primaria con otros niveles, departamentos e Instituciones, analizó la oferta de servicios y los sistemas de información y realizó las propuestas de mejora correspondientes en cuanto a:

3.1. Relaciones de Atención Primaria: Atención Especializada, Salud Pública, Atención Sociosanitaria

Se valoró las relaciones con Atención Especializada, Salud Pública y Atención Sociosanitaria; se estudiaron los circuitos existentes y se realizaron propuestas para mejorar la coordinación.

3.2. Oferta de servicios

Se analizó la situación actual de la cartera de servicios, que se encuentra en proceso de revisión para actualizar las prestaciones adaptándolas a las nuevas necesidades y demandas de la población.

De igual manera, se revisó el Catálogo de Pruebas Diagnósticas disponibles, con el fin de dotar a Atención Primaria de una mayor capacidad resolutive.

3.3. Sistemas de información

Se estudió la situación de los sistemas de información: Historia Clínica compatible entre Atención Primaria y Atención Especializada (consultas externas, laboratorio, estudios por imagen, urgencias), así como la mejora de la explotación de datos, el diseño de indicadores útiles y ágiles, y el desarrollo de la conexión informática.

4. Profesionalización

Valoró la actual situación respecto a la profesionalización de los equipos directivos y su desarrollo profesional.

4.1. Profesionalización de los equipos directivos

Se analizó la situación de los directivos de los Equipos de Atención Primaria y de las Gerencias en relación con su perfil y competencias.

4.2. Desarrollo y Formación

- Se valoró la situación de la formación continuada de los profesionales y equipos directivos, así como la necesidad de adoptar medidas destinadas a mejorar la capacitación, motivación y reconocimiento de los profesionales de atención primaria: formación, ayuda y fomento de la investigación.
- Se analizaron los mecanismos de incentivación profesional y factores de motivación.

Una vez consensuados los contenidos de los distintos documentos de trabajo, se mantuvo una Jornada de reflexión con todos los implicados en el Plan que tuvo lugar en El Espinar los días 16 y 17 de mayo de 2005. Como consecuencia de esta jornada, se constituyó un comité de redacción compuesto por una persona por cada Sociedad Científica y Colegio Profesional, que junto a los técnicos de las Direcciones Generales de Recursos Humanos y Servicio Madrileño de Salud redactaron el primer borrador del Plan de Mejora de la Atención Primaria.

Posteriormente se distribuyó a las Sociedades, Asociaciones y Colegios Profesionales así como a los equipos directivos de atención primaria para que realizaran sus aportaciones y sugerencias. Como consecuencia de este proceso, se definieron los objetivos y las líneas estratégicas del Plan, y se procedió a la priorización de las mismas.

La metodología empleada en esta priorización fue:

- Definición de los criterios para la priorización por parte de la Subdirección General de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud. Los criterios establecidos fueron:
 - Dimensión: este criterio aprecia la magnitud, el alcance y la extensión que el desarrollo de cada línea estratégica puede suponer para los ciudadanos, los profesionales y la organización de los servicios de atención primaria. Valoración de 1 a 5.
 - Trascendencia: es la importancia que el desarrollo de cada línea puede tener para los ciudadanos, los profesionales y la organización de los servicios de atención primaria. Valoración de 1 a 10.
 - Dificultad: Evalúa el grado de complejidad que supone alcanzar o desarrollar cada línea, tomando en consideración factores como factibilidad económica, implicación de otras instituciones, disponibilidad de recursos, legalidad y aceptabilidad. Valoración de 1 a 5.

- La fórmula utilizada para la priorización ha sido:

Dimensión x Trascendencia

√Dificultad

- Se envió el cuestionario con las 44 líneas estratégicas a los equipos directivos de las once áreas sanitarias y a los colegios de profesionales y sociedades científicas que habían participado en la elaboración del Plan con el fin de que remitieran su priorización. La tasa de contestación ha sido del 100%.

Las líneas priorizadas han sido la base para establecer el cronograma de actuaciones a lo largo del periodo 2006 a 2009. Con el cronograma definido, se han estimado los costes anuales del Plan.

I. INTRODUCCIÓN

Según la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud en su artículo 12.1, define la atención primaria como “el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social”.

La oferta de servicios de Atención Primaria es amplia. Además de la actividad asistencial a demanda y concertada en centro y domicilio, se oferta una Cartera de Servicios orientada a la atención del niño, la mujer y el adulto-anciano en la cual predominan actividades de promoción de la salud, actividades preventivas, atención a crónicos y atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y terminales. Cada servicio de la Cartera está definido por un indicador de cobertura y unos criterios de calidad, lo que le da un valor inestimable a la oferta asistencial.

Asimismo, la Atención Primaria tiene una larga experiencia en el desarrollo de “Programas de Mejora Continua de la Calidad”, fundamentalmente en aspectos de calidad asistencial, calidad de prescripción y calidad percibida entre otros. Estos programas de mejora de la calidad han originado una “cultura de evaluación”, bien mediante auditorias de historias clínicas o de seguimiento de indicadores de prescripción, bien mediante encuestas de satisfacción de los ciudadanos.

Desde las transferencias a la Comunidad de Madrid, se ha realizado la auditoria de más de diez mil historias clínicas que han puesto de manifiesto la buena calidad asistencial, detectándose aquellos aspectos que tienen margen de mejora y sus correspondientes medidas correctoras.

La calidad de la prescripción ha sido una línea de trabajo constante, con resultados muy buenos. Así, la monitorización sobre medicamentos de utilidad terapéutica baja que se ha llevado a cabo durante años, ha originado un descenso importante pero, sigue existiendo un margen de mejora. En cuanto a la potenciación de prescripción de

especialidades farmacéuticas genéricas, el incremento ha sido espectacular, estando en un 20,83% en agosto de 2005.

Para la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid resulta esencial conocer tanto el grado de satisfacción de los ciudadanos, con los servicios que presta, como las expectativas que en ella se han depositado. Después de las transferencias, en los años 2002 y 2004, se realizaron sendas encuestas de satisfacción de los ciudadanos con los Servicios de Atención Primaria. En ambos casos se entrevistaron más de 3.800 ciudadanos, explorándose distintas dimensiones de la calidad percibida, como son: accesibilidad, trato recibido y valoración de los profesionales, estado del centro (limpieza y confort), atención a domicilio y atención urgente.

De ellas se deduce que la aceptación social de la Atención Primaria de Salud es muy elevada. Buena prueba de ello es que el 86% de los usuarios de los servicios del primer nivel asistencial se sienten satisfechos con la atención general recibida, siendo los aspectos mejor valorados por los ciudadanos aquellos que tienen que ver con la atención prestada directamente por el médico, donde se alcanzan índices de satisfacción superiores al 90%, y la atención prestada por la enfermera, con porcentajes de satisfacción similares.

En la definición, monitorización y evaluación de los criterios de calidad, siempre se ha contado con la participación de los profesionales de atención primaria a través de las Sociedades Científicas y de los propios gestores de las Áreas Sanitarias. La participación de los profesionales en éstos y otros temas ha sido pieza fundamental en la implantación y desarrollo de Atención Primaria.

Otro de los aspectos de sumo interés ha sido la accesibilidad de la población al primer nivel asistencial. Aproximar los servicios a los ciudadanos, tanto desde el punto de vista geográfico y de apertura horaria de los centros como desde el punto de vista de acceso a las prestaciones, ha sido una línea estratégica desde hace años. De hecho, se ha realizado una gran inversión tanto en la construcción de centros de salud y consultorios como en la remodelación de los ya existentes. Asimismo, existe una gran disponibilidad horaria desde las 8.00 hasta las 21.00 horas en todos los centros de salud urbanos y algunos rurales. Además en las zonas básicas de salud rurales se oferta atención continuada desde el cierre de los centros hasta la apertura de los mismos.

El Programa de Mejora de la Accesibilidad a los Servicios Sanitarios que se viene desarrollando con gran éxito, tiene como finalidad facilitar el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de los servicios sanitarios, como la citación en Atención Primaria y Atención Especializada, información de la oferta asistencial y de la organización de los servicios sanitarios, gestión de prestaciones, gestión de quejas y reclamaciones y gestión de la libre elección de facultativo.

No obstante, existen aspectos previstos desde las fases iniciales de la reforma de la atención primaria que han tenido un menor grado de desarrollo de lo que cabría esperar. Entre estos se podrían mencionar la adecuada continuidad asistencial entre Atención Primaria y Atención Especializada y la capacidad de resolución de problemas de salud.

Por otra parte nos encontramos con circunstancias que con el paso del tiempo han ido adquiriendo gran relevancia. Así, se ha visto cada vez más pertinente implantar estrategias que potencien la autorresponsabilidad y autocuidado de su salud por parte de la población. Esto, unido a una población que es cada vez más protagonista de su salud, está mejor informada, dispone de mayor capacidad de comparación y por consiguiente de elección, conlleva un cambio en la relación médico-paciente y una mayor exigencia de los ciudadanos, elevando sus expectativas en torno a los servicios disponibles.

Asimismo, en los últimos años han ido surgiendo otros problemas a los que es necesario dar la respuesta adecuada:

- El crecimiento poblacional experimentado por la Comunidad de Madrid desde el año 2002 (5.510.780 habitantes) presenta incrementos interanuales que oscilan del 3,6 al 4,6%, siendo a 31 de diciembre de 2005 la población adscrita al Servicio Madrileño de Salud de 6.034.452 habitantes. Esta tendencia demográfica está originada por dos factores:
 - El aumento de la esperanza de vida, por lo que existe un mayor porcentaje de población mayor de 65 años cuya tendencia ascendente continuará en el futuro.
 - El crecimiento de población inmigrante.

Por lo tanto, las estrategias para el futuro pasan por dar contestación a una población autóctona más envejecida, con mayores necesidades y demanda de servicios sanitarios y de una población inmigrante joven con mayor tasa de natalidad.

- El ritmo de crecimiento poblacional conlleva una sobrecarga de trabajo de los profesionales que repercute en la organización interna de los Equipos de Atención Primaria y, en parte, influye en la falta de la satisfacción de los profesionales. Se debe potenciar el trabajo en equipo, para mantener unos conceptos actuales de relación entre profesionales, así mismo, se debe de ampliar la dedicación a las intervenciones de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades.

Aunque en los últimos años se ha realizado un gran esfuerzo en el incremento de recursos humanos, éste no ha sido proporcional al aumento de la población. Ello conlleva la adaptación de edificios, ampliación de los centros de salud existentes o la creación de nuevos centros, cuyo ritmo es más lento.

Con el fin de analizar los factores y problemas que existen en la actualidad en el primer nivel asistencial y establecer medidas de mejora, se elabora este Plan que se llevará a cabo en el periodo 2006 – 2009. A continuación se realiza un análisis de situación que dará lugar a los objetivos y líneas estratégicas de cada objetivo.

II. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

En la actualidad, la Atención Primaria de la Comunidad de Madrid está organizada en once Áreas Sanitarias con 247 Zonas Básicas de Salud. Cuenta con 246 Centros de Salud y 160 consultorios de atención primaria donde la atención es llevada a cabo por 295 Equipos de Atención Primaria y 324 Unidades de Apoyo (Salud Bucodental, Psicoprofilaxis Obstétrica, Fisioterapia, Trabajo Social, Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria, Atención a la Mujer y Salud Mental). (Datos a 31 de diciembre, 2004).

La estructura de la población en la Comunidad de Madrid es similar a la de los países desarrollados de nuestro entorno.

El crecimiento poblacional en los últimos años ha sido muy significativo. Los porcentajes de crecimiento interanuales en el período 2002-2004 han oscilado desde el 3,68% de 2003 hasta el 4,61 de 2004. (Gráficos 1 y 2).

Gráfico 1. Crecimiento de la población total 2002 – 2004

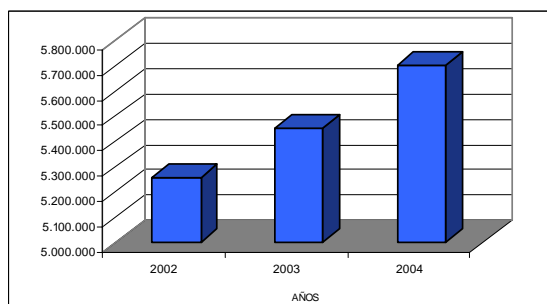
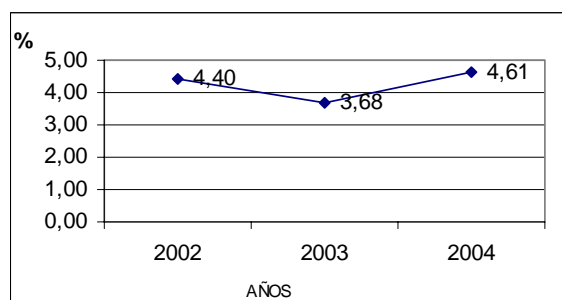
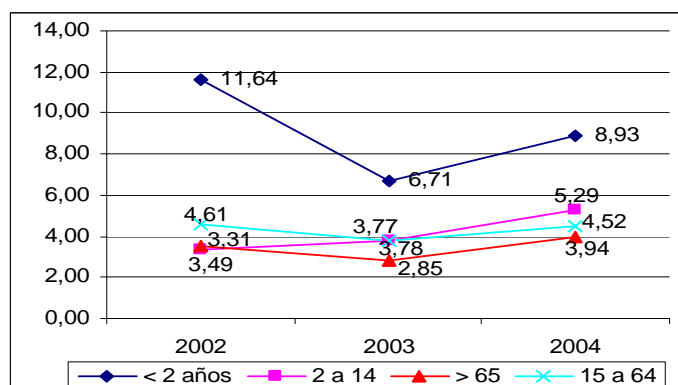


Gráfico 2. Crecimientos interanuales 2002 – 2004



Si observamos estos incrementos por grupos etarios apreciamos aumentos en todos ellos con una fuerte oscilación de los menores de 2 años, suponemos vinculada a movimientos migratorios como se refleja en el gráfico 3.

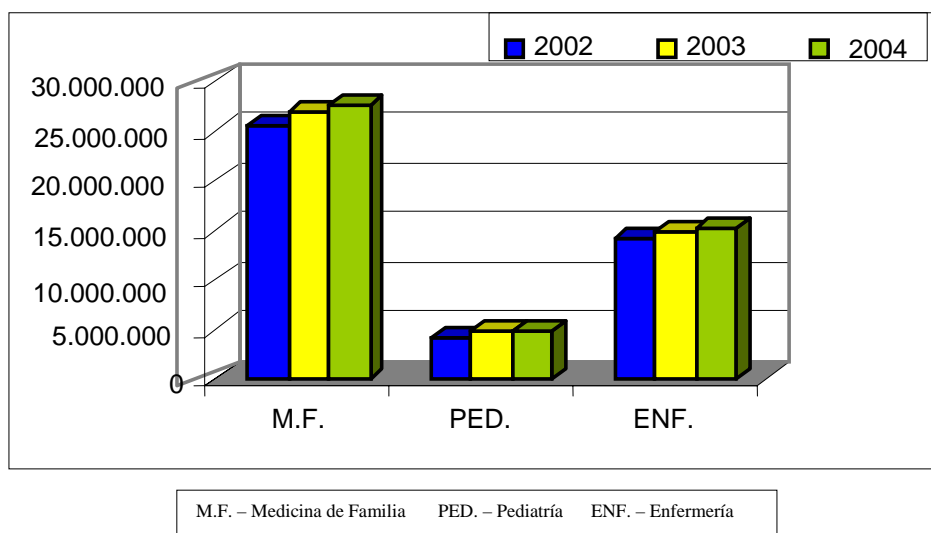
Gráfico 3. Crecimiento de población por tramos de edad. 2002 - 2004



Teniendo en cuenta el crecimiento vegetativo y los movimientos migratorios que se han producido en los últimos años en nuestra Comunidad Autónoma, hay que suponer que, salvo modificación brusca de la situación socioeconómica, este incremento poblacional va a seguir en los próximos años.

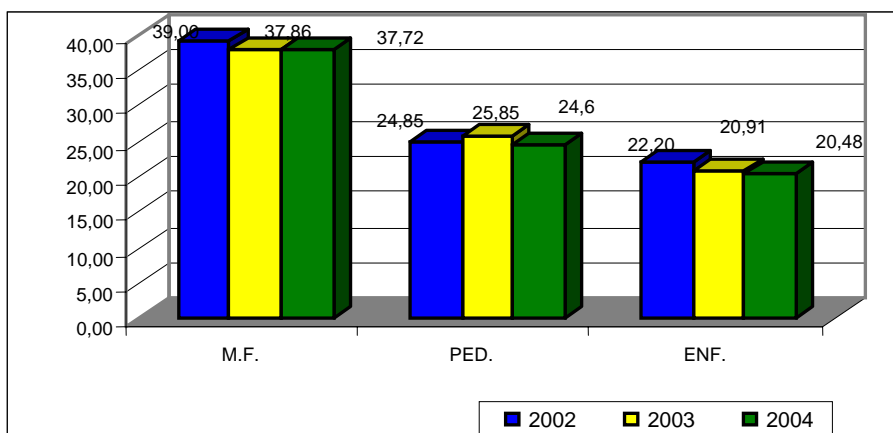
Estos crecimientos de la población han incidido, como es lógico, en el consumo de las consultas de Atención Primaria, como se aprecia en el Gráfico 4, que ha supuesto un total de 47.381.393 consultas en 2004, y han repercutido en los indicadores de uso de los servicios.

Gráfico 4. Nº total de consultas por estamento profesional. 2002 - 2004



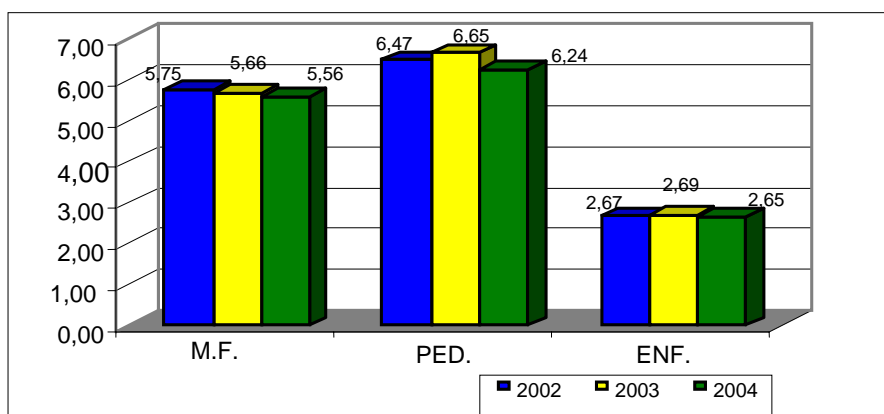
Así, la presión asistencial en las consultas de medicina de familia y pediatría se mantiene en niveles muy elevados aunque con una ligera tendencia a la baja, sobre todo en el último año, posiblemente motivada por el crecimiento de plantillas de los dos últimos ejercicios. En cuanto a la frecuentación de consultas se aprecia un ligero decremento en las tres categorías profesionales. La representación de la presión asistencial y frecuentación se reflejan en los gráficos 5 y 6, respectivamente.

Gráfico 5. Presión Asistencial por estamento profesional. 2002 - 2004



M.F. – Medicina de Familia PED. – Pediatría ENF. – Enfermería

Gráfico 6. Frecuentación por estamento profesional. 2002 - 2004



M.F. – Medicina de Familia PED. – Pediatría ENF. – Enfermería

Se hace pues evidente la existencia de una sobrecarga de trabajo de los médicos de familia y en el caso de los pediatras de una presión asistencial que debería mantenerse. Reflejo de ello es el tiempo de atención en las consultas de medicina de familia a demanda que sigue presentando un amplio margen de mejora, aunque en los últimos años haya tenido una evolución favorable. En 2002 había 6,7 minutos de media en consulta y se ha pasado a 7,1 en 2004, apreciándose como el porcentaje de usuarios con más de 6 minutos de permanencia en la consulta ha subido notablemente. En pediatría se mantiene un buen nivel con 9,8 minutos de media en la actualidad y un porcentaje de niños que disponen de más de 10 minutos de consulta que supera el 30%. (Gráficos 7 y 8)

Gráfico 7. Porcentajes de usuarios y sus tiempos de atención en consultas a demanda de Medicina de Familia. 2002 - 2004

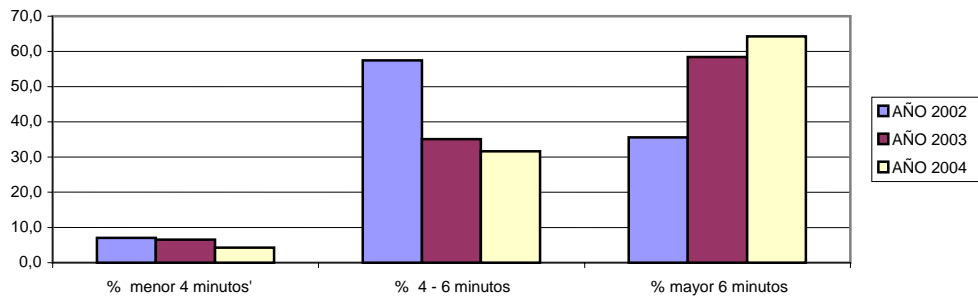
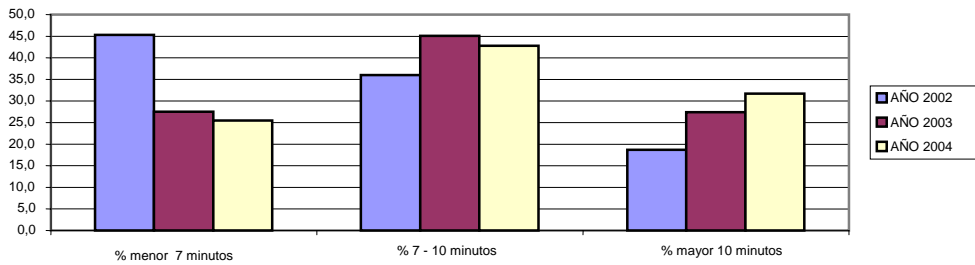
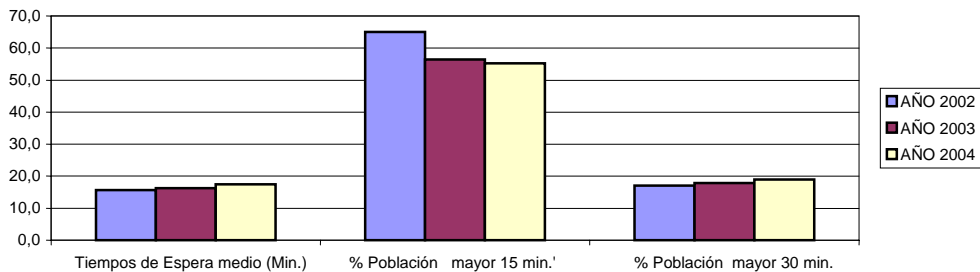


Gráfico 8. Porcentajes de usuarios y sus tiempos de atención en consultas a demanda de Pediatría. 2002 - 2004



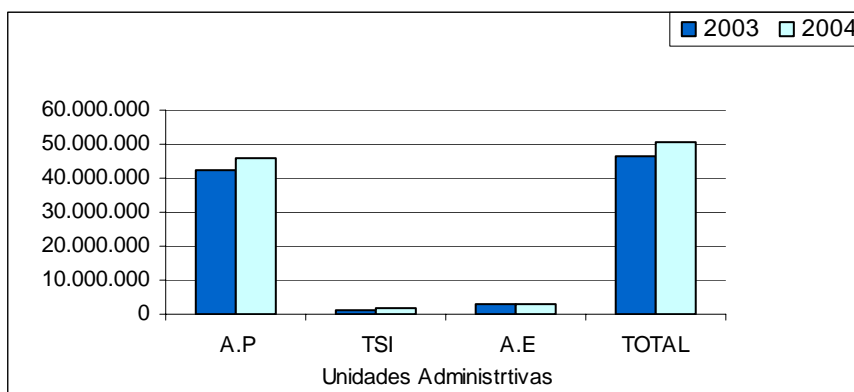
Por otro lado, el tiempo de espera para entrar en consulta ha aumentado paulatinamente en los últimos años. (Gráfico 9)

Gráfico 9. Tiempo de espera para entrar en consulta. 2002 - 2004



Asimismo, la sobrecarga asistencial tiene una relación directa con el incremento de la actividad administrativa. De hecho, las Unidades Administrativas han visto crecer de manera considerable su carga de trabajo. Entre las muchas actividades que se realizan, el sistema de información mensual monitoriza las citaciones en atención primaria, las tramitaciones de Tarjeta Sanitaria Individual y las citas tramitadas a atención especializada, que se recogen en el Gráfico 10.

Gráfico 10. Actividad Unidades Administrativas. 2003 - 2004



La Cartera de Servicios tiene un gran valor, por cuanto obedece al catálogo básico de prestaciones dirigidas a los ciudadanos en función de los problemas de salud y necesidades sentidas por la población, priorizando actuaciones preventivas y de promoción de la salud, y la atención a los problemas de salud de alta prevalencia y susceptibles de ser atendidos en el primer nivel asistencial. Además, ha obtenido importantes logros como son:

- Homogeneizar la oferta de servicios en las Áreas.
- Desarrollar una cultura de evaluación.
- Establecer criterios de calidad de atención consensuados con los profesionales de Atención Primaria.

Sin embargo, también presenta aspectos mejorables:

- Poco dinámica para adaptarse a las demandas de la población.
- No refleja toda la actividad asistencial que se realiza en Atención Primaria.
- No puede medir resultados en salud.
- Hasta hace poco una excesiva carga de trabajo en el proceso de evaluación.

El catálogo de pruebas diagnósticas no se ha revisado desde hace años para adaptarlo a las necesidades de los ciudadanos, estando vigente el catálogo aprobado

por el extinto INSALUD en 1998, por lo que no se han incrementado los procedimientos y técnicas en Atención Primaria para que pueda desarrollar mayor capacidad de resolución de los problemas de salud, existiendo en el momento actual una disparidad marcada en la oferta de servicios entre las diferentes Áreas Sanitarias.

Otro aspecto importante con poco éxito en su desarrollo es la continuidad asistencial con Atención Especializada. En su momento, el pacto de oferta – demanda supuso un paso importante en la coordinación entre niveles. Además, ha habido experiencias concretas muy positivas como la elaboración e implantación de protocolos únicos para el abordaje de ciertas enfermedades, sesiones clínicas conjuntas,...pero no se ha llegado a establecer líneas de actuación que hayan demostrado buenos resultados para la continuidad asistencial.

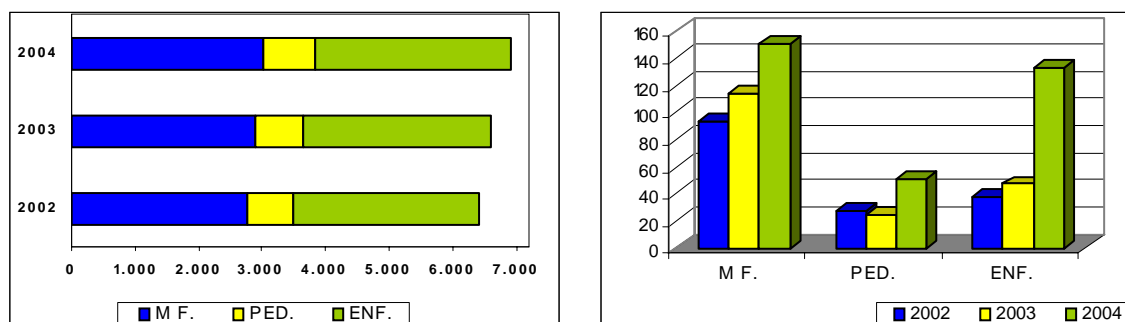
A pesar de lo anterior, la percepción de los ciudadanos con el primer nivel asistencial es bastante satisfactoria en las encuestas realizadas. Si bien entre los resultados más relevantes con oportunidad de mejora en la Encuesta de 2004 se encuentran los siguientes:

- El 40,8% de los usuarios acude más de ocho veces al año a la consulta del médico. La frecuentación se eleva considerablemente a partir de los 65 años y especialmente en las mujeres.
- Es destacable que casi la mitad de los usuarios que han tenido una alta frecuentación de las consultas médicas en el último año (más de ocho visitas) no han sido atendidos ninguna vez por el personal de enfermería en dicho periodo.
- El nivel de satisfacción con el personal administrativo se sitúa en un nivel aceptable aunque algo alejado de los valores relacionados con los médicos y enfermeras.
- El aspecto peor valorado es, con mucha diferencia, el tiempo de espera para entrar a la consulta desde la hora de la cita. Sólo el 32,6% de los entrevistados opina que ha esperado poco tiempo.
- Otra dimensión con un amplio margen de mejora es la accesibilidad telefónica para obtener cita previa. Actualmente, sólo el 38,8% de los usuarios obtiene cita realizando 1 ó 2 llamadas.

Por último, se ha ido originando una desmotivación de los profesionales de Atención Primaria. A ello contribuyen diversos factores tales como:

- Ausencia de un programa formativo específico adaptado a las necesidades de los profesionales.
- Dificultades de acceso a los programas formativos actuales por carencia de suplencias.
- Carencia de un sistema de incentiación que permita reconocer los esfuerzos individuales.
- Falta de avance para una mayor capacidad de resolución.
- Grado de implantación y desarrollo lento de las nuevas tecnologías, especialmente la informatización, etc.
- Sobrecarga asistencial debido al crecimiento de la población aunque haya habido un incremento de recursos en los últimos años como se puede ver en el gráfico 11.

Gráfico 11. Crecimientos de Recursos Humanos. 2002 - 2004



Asimismo, a nivel de los equipos directivos en Atención Primaria deben redefinirse los perfiles y competencias de los puestos directivos, creando una estructura de gestión sanitaria ágil y próxima a los profesionales sanitarios que atienden a nuestra población. Para ello debemos fomentar de forma considerable la formación específica en temas de gestión, a la vez que se busca el reconocimiento profesional y retributivo de los mismos.

Por tanto, todos estos problemas han sido analizados en los distintos grupos y se han estudiado sus posibles alternativas que una vez valoradas, se reflejan en las líneas estratégicas de este Plan.

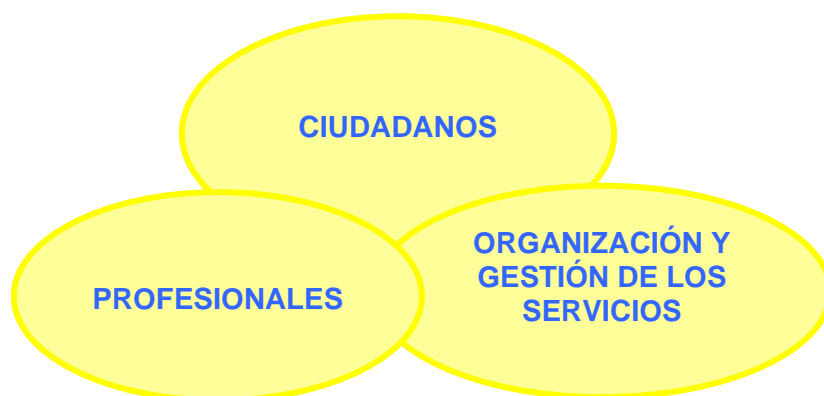
III. OBJETIVOS DEL PLAN

OBJETIVO GENERAL

Modernizar, reordenar y potenciar la Atención Primaria de Salud, para adecuar la oferta de servicios a las necesidades, demandas y expectativas de la población de la Comunidad de Madrid, a través de una intervención integral que comprenda mejoras en la accesibilidad, capacidad de resolución de problemas, organización de los servicios y gestión de los recursos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos específicos están orientados a los ciudadanos, a los profesionales y a la organización y gestión de los servicios. Algunos de los objetivos se interrelacionan entre sí, como se refleja en la siguiente figura.



1. Orientados a los Ciudadanos

- 1.1. Actualizar la oferta asistencial a las demandas y necesidades de la población.
- 1.2. Mejorar la accesibilidad a los centros de salud.

2. Orientados a los Profesionales

- 2.1. Mejorar la dotación de Recursos Humanos.
- 2.2. Mejorar el desarrollo profesional en Atención Primaria.

3. Orientados a la organización y gestión de los servicios

- 3.1. Aumentar la capacidad de resolución en el primer nivel asistencial.
- 3.2. Mejorar la organización interna entre los distintos profesionales de los equipos de atención primaria que permitan una atención ágil y eficaz a los ciudadanos.
- 3.3. Potenciar la continuidad asistencial con Atención Especializada y SUMMA 112, facilitando una buena comunicación entre niveles asistenciales.
- 3.4. Mejorar los mecanismos de coordinación con Salud Pública.
- 3.5. Impulsar la coordinación con Servicios Sociales.
- 3.6. Mejorar el Sistema de Información.
- 3.7. Adecuación de las infraestructuras a las necesidades asistenciales.
- 3.8. Impulsar la descentralización de la gestión.

IV. LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Las líneas estratégicas que a continuación se exponen van en consonancia para alcanzar cada uno de los objetivos específicos.

1. ORIENTADAS A LOS CIUDADANOS

1.1. Actualizar la oferta asistencial a las demandas y necesidades de la población

Con el fin de flexibilizar y agilizar la Cartera de Servicios para que se adapte a las demandas y necesidades de los ciudadanos, y que el proceso de definición, implantación, seguimiento y evaluación no suponga una sobrecarga importante a los profesionales, se establecen las siguientes líneas estratégicas:

- **Impulso de la revisión y actualización de la Cartera de Servicios**
 - Tanto en la estructura de la oferta de servicios como en el componente de cada uno de ellos (cobertura y criterios de buena atención).
 - Definición de estándares de calidad en coberturas y criterios de buena atención, utilizándose tanto para la acreditación de servicios como de centros.
 - Continuidad del desarrollo de la aplicación informática relacionando historia clínica con Cartera de Servicios, especialmente en los aspectos relacionados con el seguimiento y evaluación.

- **Análisis de costes de la Cartera de Servicios**
 - Que permita relacionar la actividad de Cartera de Servicios con costes y valorar este factor como un criterio de financiación.

1.2. Mejorar la accesibilidad a los centros de salud

Para mejorar la accesibilidad de los centros de salud y consultas, es preciso orientar claramente nuestras actividades hacia el ciudadano. En primer lugar garantizando una información actualizada y entendible sobre el funcionamiento y organización de los servicios, estudiando fórmulas que propicien la participación de los ciudadanos. En segundo término adecuando la oferta horaria a las expectativas de la población, racionalizando el tiempo tanto de gestiones administrativas como asistencial, minimizando ciertos procedimientos administrativos y adecuando las agendas de los distintos profesionales del centro. En tercer lugar, mejorar la accesibilidad geográfica de los ciudadanos, estudiando los tiempos de desplazamiento y crecimientos de la población. Por tanto se establecen las siguientes líneas de actuación:

- **Garantía tanto de acceso a la información y documentación clínica por parte del ciudadano**, de acuerdo a la Ley 41/2002 de 14 de noviembre reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, como de **establecimiento de la Carta de Servicios en todas las Áreas Sanitarias**.
- **Potenciación de las Unidades Administrativas (UNAD) como centros de información de la organización y acceso a los servicios sanitarios**.
- **Estudios sobre expectativas y percepción de los Servicios de Atención Primaria por parte de los ciudadanos**.
 - Diseño e implantación de encuestas a la población que permitan conocer las expectativas de los ciudadanos con los Servicios Sanitarios en general y de Atención Primaria en particular.
 - Mantener las encuestas de satisfacción con los Servicios de Atención Primaria, adaptándolas a las necesidades y demandas de la población y a las modificaciones que se vayan realizando en la organización de los servicios.

- **Garantía de la seguridad y confidencialidad de los datos del ciudadano,** de acuerdo a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- **Estudio de fórmulas que promuevan la participación de los ciudadanos tanto a nivel local como Institucional.**
- **Mejora en la accesibilidad a las Unidades Administrativas (UNAD)**
 - Flexibilizar los horarios para la gestión de tareas administrativas.
 - Dotar de la mayor versatilidad posible a los profesionales de las unidades administrativas, evitando que una tarea sea llevada exclusivamente por una persona.
- **Mejora en la Accesibilidad telefónica, analizando diferentes alternativas para la obtención de cita.**
- **Racionalización del tiempo asistencial**
 - **Tramitación de la Prestación de Incapacidad Temporal**
 - Instar la modificación de la normativa con el fin de adecuar la renovación de los partes de confirmación de la incapacidad temporal (IT) a criterios clínicos de consenso frente a los actuales criterios administrativos.
 - Mayor implicación de los facultativos de Atención Especializada en el proceso de IT y mayor coordinación con la Inspección Sanitaria.
 - Implantación, según los criterios que se establezcan, del circuito de IT para su entrega programada por la UNAD.
 - **Tramitación de la Prestación Farmacéutica**
 - Puesta en marcha de la receta electrónica.
 - Diseño de circuito de entrega de recetas para enfermedades crónicas, mejora de la coordinación médico-enfermera para minimizar consultas y normalización del uso en consultas externas hospitalarias.
 - Estudio de la prescripción de apósitos en determinados procesos por parte del personal de enfermería.

- Agilización del circuito de visado de recetas y adaptación de su procedimiento a las características de los medicamentos y productos sanitarios y a la duración de los tratamientos.
- **Análisis y Manejo de la hiperfrecuentación**
 - Abordaje clínico, con medidas como: correcta entrevista clínica, nunca debe salir de la consulta sin una próxima cita concertada, solucionar todas las necesidades del paciente en una sola visita: recetas, citas, analíticas, pruebas complementarias, informes....., mayor dedicación a la educación sanitaria, que permita un mayor grado de autonomía a los pacientes, favorecer el acceso a las pruebas diagnósticas, intentando disminuir los tiempos de espera para la realización de las mismas y trabajar planes de autocuidado.
- **Adecuación de las agendas de los profesionales**
 - **Impulso del aumento de la citación concertada**
 - Fomento del hábito de concertación de las próximas consultas desde la propia consulta, para poder elevar la calidad asistencial y la organización interna del equipo.
 - **Agendas flexibles adaptadas a horarios de consultas**
 - Confeccionar la agenda de citación de cada profesional en función de las oscilaciones de la demanda, y las ausencias de compañeros previstas.
 - Mejorar la Accesibilidad a Agendas Médicos y Enfermería:
 - La agenda debe reunir criterios de calidad, flexibilidad y versatilidad.
 - Las agendas de facultativos y enfermeros que atienden a la misma población han de ser lo más simultáneas posible.
 - Cada profesional debe confeccionar su agenda de acuerdo a los criterios de calidad establecidos bajo la supervisión del Coordinador.
 - Mejora de la organización interna de los equipos para la atención urgente a los pacientes “sin cita”.

➤ **Actualización de la Zonificación**

- Publicación del Decreto sobre Zonificación Sanitaria.
- Creación del Comité de Ordenación Sanitaria, cuya finalidad será la revisión con carácter anual del mapa sanitario y la adopción de decisiones relativas a ordenación territorial.

2. ORIENTADAS A LOS PROFESIONALES

2.1. Adecuar la dotación de Recursos Humanos

La adecuación de las plantillas debe sustentarse tanto en el incremento poblacional como en los factores que condicionan la utilización de los servicios por parte de los ciudadanos. Asimismo, debe tenerse en cuenta las situaciones de los Equipos de Atención Primaria y Unidades de Apoyo para la contratación de suplentes. Se propone las siguientes líneas estratégicas:

➤ **Adecuación en la asignación de recursos**

Para la adecuación en la asignación de recursos de Medicina de Familia, Pediatría y Enfermería de los Equipos de Atención Primaria se ha construido un modelo cuyo desarrollo ha llevado los siguientes pasos:

- Estudio de regresión cuya variable dependiente es el número de consultas esperadas de Medicina de Familia, Pediatría y Enfermería en cada Zona de Salud y las variables independientes que se analizan son el patrón demográfico, la renta disponible bruta per cápita, la dispersión geográfica y la razón estandarizada de mortalidad. Posteriormente se realiza una agregación en cada Área Sanitaria.
 - Una vez estimado el número de consultas se infiere el número de profesionales necesario para atenderlas, estimando que de la jornada efectiva debe dedicarse el 70% del tiempo para atender dichas consultas y el 30% restante orientarse a actividades de formación, docencia, investigación, organización, actividades comunitarias y descansos intermedios.
- #### ➤ **Realización de estudios para establecer modelos de asignación de recursos humanos en auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos y celadores de los EAP y personal de Unidades de Apoyo.**
- #### ➤ **Establecimiento de criterios objetivos y homogéneos en todas las áreas, para la contratación de personal suplente tanto en las situaciones de incapacidad temporal como en los casos de licencias reglamentarias y permisos de formación.**

2.2. Mejorar el desarrollo profesional en Atención Primaria

El desarrollo profesional en Atención Primaria conlleva realizar una serie de intervenciones encaminadas a mejorar la capacitación y competencias de los profesionales, articulando la carrera profesional, promoviendo una adecuada política de formación continuada e investigación, potenciando el sistema de evaluación del desempeño y, consecutivamente, fortaleciendo el sistema de incentivos vinculado a la consecución de objetivos. Asimismo, es necesario trabajar en una política de directivos para Atención Primaria. Para alcanzar este ambicioso objetivo se presentan las líneas de actuación siguientes:

- **Implantación y desarrollo de la Carrera Profesional y la Promoción Profesional de la Comunidad de Madrid, con su adaptación específica al ámbito de la Atención Primaria**
- **Elaboración de un programa específico de formación**
 - Adaptado a las necesidades de los profesionales en función de sus categorías profesionales, nivel de prestación de servicios y a las líneas estratégicas de este Plan. Para ello es fundamental contar con la opinión de los propios profesionales.
 - Facilitar el acceso a la formación continuada de todos los profesionales mediante:
 - El aprovechamiento de las nuevas tecnologías para acercar la oferta docente.
 - La definición de criterios homogéneos comunes que regulen el reciclaje de los profesionales.
 - En los casos pertinentes, habilitar un reciclaje posterior a los concursos de traslados.
 - Diseño de una formación específica para los profesionales de las unidades administrativas.

- Rotación por ambos niveles asistenciales y SUMMA 112 de los profesionales en periodo de formación postgrado de las especialidades que se determine.
- Formación de los profesionales sociosanitarios para mejorar el abordaje de las situaciones de alto riesgo.
- **Elaboración y desarrollo de un plan de investigación en Atención Primaria**
 - Definición de las áreas de interés y fomento de las iniciativas individuales.
 - Fomento de líneas de investigación sobre efectividad clínica e investigación evaluativa, especialmente en resultados en salud.
 - Propiciar la creación de una Fundación de Investigación en Atención Primaria que aglutine a todas las gerencias de atención primaria de la Comunidad de Madrid.
- **Desarrollo del plan de prevención de situaciones conflictivas en todas las áreas de atención primaria.**
- **Definición del marco de competencias de los profesionales de Atención Primaria**, estableciendo las funciones y roles compartidos del EAP y de las Unidades de Apoyo.
- **Diseño de un nuevo sistema de evaluación de las actividades de los profesionales**, basado en la definición de competencias y en la evaluación del desempeño, definiendo indicadores y un circuito de información de los resultados de la evaluación a los propios profesionales.
- **Elaboración de un nuevo sistema de incentivación**, con la participación de los profesionales, basado en la evaluación del desempeño, que permita medir resultados individuales, niveles de responsabilidad y que establezca unas cuantías económicas motivadoras.

- **Implantación de medidas que faciliten la identificación de los profesionales con los objetivos de la organización**
 - Implantación de encuestas sobre clima laboral, que permitan conocer las motivaciones y expectativas de los profesionales de la organización.

- **Definición de una estructura directiva adecuada a las necesidades actuales de Atención Primaria**
 - Redefinición y adecuación de la estructura directiva de las gerencias de atención primaria.

 - Análisis de las figuras de Coordinador de Equipos y de Responsables de Equipos en Atención Primaria, estableciendo su perfil competencial, nivel de responsabilidad y retribución económica.

 - Potenciación de los puestos de Coordinador Médico, Responsable de Enfermería y Jefe de Grupo de los Equipos de Atención Primaria, dotándolos del adecuado nivel competencial y autonomía de decisión, armonizando sus cargas laborales y estableciendo unas retribuciones económicas acordes.

 - Valoración de la figura de Director de Centro / Equipo de Atención Primaria.

 - Definición de la figura de Coordinador en todas las Unidades de Apoyo, estableciendo sus niveles de responsabilidad y sus dependencias funcionales con los Coordinadores de Equipo de Atención Primaria.

3. ORIENTADAS A LA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LOS SERVICIOS

3.1. Aumentar la capacidad de resolución en el primer nivel asistencial

Para poder realizar una atención de calidad a los ciudadanos, es necesario poder disponer de accesos ágiles y eficaces a las pruebas diagnósticas y de información compartida entre ambos niveles asistenciales. Cualquier técnica básica, que permita resolver la situación clínica al paciente en el primer nivel asistencial, debería estar disponible en Atención Primaria. Con el fin de aumentar la capacidad resolutoria, se establecen las siguientes líneas estratégicas:

- **Revisión y actualización del Catálogo de Pruebas Diagnósticas**
 - Adaptación del Catálogo a aquellas patologías o demandas en salud más prevalentes y que son susceptibles de resolverse en Atención Primaria.
 - Homogeneización del Catálogo de Pruebas Diagnósticas en todas las Áreas.
 - Establecimiento de actividades formativas orientadas tanto al aprendizaje de determinadas técnicas diagnósticas, cuyo uso sea pertinente en atención primaria, como a la mejora de la facultad de interpretación de los medios diagnósticos.

- **Acceso compartido (A. Primaria y A. Especializada) a la historia clínica y a pruebas diagnósticas.**
 - Definición de circuitos que permitan recibir de una manera rápida y ágil las pruebas diagnósticas solicitadas.
 - Adecuación y explotación de los soportes informáticos para la recepción de resultados.

3.2. Mejorar la organización interna entre los distintos profesionales de los equipos de atención primaria que permitan una atención ágil y eficaz a los ciudadanos

Para conseguir una atención ágil y eficaz a los ciudadanos desde que el usuario entra al centro hasta su atención, es necesario mejorar la organización interna entre los distintos profesionales de los equipos de atención primaria que recupere el trabajo en equipo, estableciendo medidas encaminadas a la gestión de los procesos, al papel de la enfermería - elemento fundamental en el fomento del autocuidado (especialmente importante ante los nuevos patrones de comorbilidad y prevalencia de patologías crónicas) y de la educación para la salud de los ciudadanos, debiendo tener una mayor autonomía profesional en estos aspectos. Esto generará unos nuevos cauces y canales de relación, que precisarán la redefinición de las funciones y roles compartidos del EAP, tanto en la consulta como en la atención domiciliaria. Por tanto se establecen las siguientes líneas de actuación:

➤ **Implantación de la Gestión por Procesos**

- Actualización del Reglamento de Régimen Interno con al menos los siguientes contenidos: Funciones del Equipo, Organización Interna, Manual de procedimientos y circuitos.
- Diseño e implantación de “mapa de procesos” de las diferentes intervenciones más relevantes que efectúa el personal del EAP.
- Incorporación de “Guías de Práctica Clínica” de los problemas de salud más prevalentes, revisión y actualización de los vigentes con una periodicidad determinada.

➤ **Impulso del papel de enfermería**

- Fomento de la valoración en una primera consulta de nuevos ciudadanos adscritos al EAP, por parte de enfermería.
- Potenciación del autocuidado mediante la Promoción de la Salud en general, y de la Educación para la Salud en particular.

- Acceso a la solicitud de pruebas diagnósticas por parte de los profesionales de enfermería mediante protocolo.
 - Desarrollo de una experiencia piloto sobre libre elección de enfermera en un Área Sanitaria con el fin de estudiar su repercusión en la organización interna de los equipos de atención primaria.
- **Potenciación de la atención domiciliaria**
- Revisión de los actuales planes de actuación de la atención domiciliaria con especial atención al cuidador principal e impulso del profesional de enfermería como Gestor de Casos.
 - Potenciación de los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) como Unidades de Apoyo a los Equipos de Atención Primaria, de acuerdo al Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid.

3.3. Potenciar la continuidad asistencial con Atención Especializada y SUMMA 112, facilitando una buena comunicación entre niveles asistenciales

Para potenciar la continuidad asistencial entre niveles, se deben consensuar objetivos comunes así como cauces que permitan una comunicación fluida tanto desde el punto de vista clínico como organizativo. Por ello, las líneas estratégicas que se proponen son:

- **Planificación estratégica coordinada entre Atención Primaria y Atención Especializada**
- Programa de Objetivos Asistenciales Vinculantes de Área.
Fijar objetivos implicando a todos los niveles asistenciales y unidades de apoyo, definiendo actividades de seguimiento y evaluación, uniendo la consecución de objetivos a incentivos.
 - Implantación de una política farmacoterapéutica conjunta acorde a criterios de Uso Racional del Medicamento (URM).

➤ **Continuidad asistencial**

- Aplicación del conocimiento y la evidencia científico-técnica entre profesionales y niveles asistenciales para avanzar en la disminución de la variabilidad en la práctica clínica:
 - Elaboración conjunta de protocolos y guías clínicas a nivel de la Comunidad en los procesos mas frecuentes de derivación (Guías y Protocolos Marco)
 - Adecuación y adaptación de los anteriores en cada área sanitaria.
 - Creación de espacios de comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada.
 - Valoración de la figura del Especialista-Consultor de referencia en determinadas especialidades.

- Implantación de circuitos con el SUMMA 112 para la atención urgente con el fin de minimizar las interrupciones en las consultas. Revisión periódica y conjunta de planes de actuación entre Atención Primaria y SUMMA 112.

- Implantación de guías de atención conjunta con SUMMA 112 y Atención Especializada.

- Adecuación de la comunicación clínica:
 - Implementación de formatos electrónicos de los partes interconsultas y pruebas complementarias con carácter bidireccional y recepción de resultados integrada en la Historia Clínica.
 - Remisión sistemática de informes de alta hospitalaria y recomendaciones de continuidad asistencial.
 - Potenciación del informe de continuidad de cuidados al alta hospitalaria.

- Mejora de la accesibilidad de los usuarios a los servicios:
 - Establecimiento de medios que faciliten en cada acto asistencial la documentación que necesite el paciente, evitando nuevas citaciones con otro nivel asistencial y garantizando el transporte necesario cuando sea preciso.
 - Garantía por parte de los servicios de urgencias hospitalarias, de la medicación suficiente para al menos 72 horas tras el alta.

- Implantación de telecita en el 100% de especialistas y agendas con acceso sin restricciones desde Atención Primaria.
- o Garantía en la coordinación a nivel de Área de las anteriores líneas, constituyéndose formalmente una o varias comisiones que sirvan de foro de encuentro y enlace entre profesionales y gestores de ambos niveles asistenciales.

3.4. Mejorar los mecanismos de coordinación con Salud Pública

La coordinación con Salud Pública es esencial dado su importante papel en la priorización de los problemas de salud. Asimismo tienen un papel importante en todas las actividades de promoción de la salud y preventivas. También tiene que haber una gran coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios de Salud Pública para todos los procesos que son subsidiarios de una vigilancia epidemiológica. Por tanto, las líneas estratégicas que se establecen, son las siguientes:

- **Elaboración e implantación de planes y programas integrales**
 - o Creación de un Grupo mixto Salud Pública y Servicio Madrileño de Salud para la elaboración de los siguientes planes integrales de la Comunidad de Madrid:
 - Prevención y Control del Tabaquismo
 - Atención Sanitaria a la Sexualidad Juvenil
 - Actuaciones en VIH/SIDA
 - Cáncer
 - Diabetes
 - Enfermedades Cardiovasculares
 - Asma
 - Violencia de Género
 - Tuberculosis.
 - o Optimización de la coordinación en Promoción de la salud a través fundamentalmente de la Educación para la Salud (EpS), en la Prevención de la enfermedad, y en actividades comunitarias.

- Programa de Vacunas:
 - Diseño, en colaboración con Salud Pública, de las estrategias necesarias para la intervención en campañas de vacunación y en la implantación de las modificaciones del calendario de vacunas del niño y del adulto.
- **Mejora de la vigilancia epidemiológica**
 - Fomento de la utilización del Sistema de Alerta rápida en Salud Pública.
 - Mejora de los protocolos de coordinación en situaciones de Alerta en Salud Pública por área y difusión a los profesionales sanitarios.

3.5. Impulsar la coordinación con Servicios Sociales

Muchos de los problemas que se atienden en el primer nivel asistencial no son únicamente de salud sino que se interrelacionan con problemas sociales. Por tanto, es necesario establecer líneas de coordinación con la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, Consejería de Inmigración y con los Servicios Sociales de los distintos Ayuntamientos. Las líneas estratégicas son las siguientes:

- **Implantación de canales activos y fluidos de coordinación con los servicios sociales**, tanto para la atención en Instituciones Cerradas (residencias) como en el domicilio.
- **Detección de las situaciones de alto riesgo socio-sanitario**
 - Diseño e implantación de un Protocolo de detección de situaciones de alto riesgo social y coordinación de actuaciones socio-sanitarias de la Comunidad de Madrid.
 - Valoración de la constitución de una Comisión Socio-Sanitaria en cada área de salud en la que intervengan las distintas Administraciones con competencia en materia sanitaria y social. Estarán constituidas por profesionales sanitarios y sociales de A. Primaria, A. Especializada, Consejería de Familia y Asuntos Sociales y Servicios Sociales Municipales.

- **Elaboración e Implantación del Plan de Actuación de Trabajo Social en Atención Primaria**, en la que se defina la figura del trabajador social de Atención Primaria.

3.6. Mejorar los Sistemas de Información

Desarrollo de un sistema de información homogéneo para toda la organización con capacidad de integración de los distintos niveles y componentes, que permita obtener información desagregada, con capacidad de ser auditada para retroalimentar la mejora de la calidad de los registros, que permita obtener indicadores para poder comparar resultados y que sea versátil para poder adaptarse en tiempo y forma a las necesidades que vayan surgiendo en el proceso asistencial. Las líneas estratégicas para este objetivo específico son:

- **Homogeneización de la nomenclatura**
 - Identificación unívoca del usuario, en torno a lo cual se deben implementar las diferentes aplicaciones informáticas.
 - Identificación inequívoca de pacientes, actividades, profesionales y técnicas.
 - Establecimiento de herramientas que mejoren la calidad de los registros.

- **Historia Clínica Informatizada**
 - Desarrollo de la historia clínica informatizada en una plataforma integrada, que permita el acceso a determinados conjuntos de datos de la historia clínica del paciente desde Unidades de Apoyo, Servicios de Urgencias / Emergencias y Atención Especializada.
 - Homogeneizar los registros en todas las Áreas Sanitarias e incorporación de módulos de explotación de datos que permitan en cada nivel de decisión (profesional, equipo de atención primaria, gerencia, servicios centrales del Servicio Madrileño de Salud) el acceso a la información:

- Perfiles de pacientes que consultan
 - Frecuentación real
 - Actividad de Equipo de Atención Primaria según estamentos de profesionales (médico de familia, pediatra, enfermera, auxiliar administrativo)
 - Actividad de las Unidades de Apoyo
 - Morbilidad atendida
 - Cartera de servicios
 - Receta electrónica
 - Perfiles farmacoeconómicos
 - Incapacidad temporal
 - Coste por episodio.
- **Integración de la información (actividad, calidad y consumo de recursos) según niveles de la organización.**

3.7. Adecuación de las infraestructuras a las necesidades asistenciales

La adecuación de las infraestructuras viene determinada por las necesidades asistenciales, la zonificación sanitaria y el crecimiento de la población. Por lo tanto se establecen dos líneas estratégicas:

- **Construcción de nuevos centros de atención primaria**
 - Construcción de nuevos centros de acuerdo a los incrementos de población y con el fin de mejorar la accesibilidad geográfica a los ciudadanos.
 - Desarrollo de una Guía de Programación y Diseño de Centros de Salud de la Comunidad de Madrid que permita ser un instrumento para dar cumplida respuesta arquitectónica a las necesidades y expectativas en el ámbito de Atención Primaria.
- **Adecuación de las infraestructuras ya existentes en virtud de la normativa actual y con criterios de accesibilidad y confort.**

- Adecuación de los edificios existentes a las previsiones de crecimiento de población y su adaptación a las actualizaciones que se vayan realizando en la oferta asistencial.
- Mejorar la accesibilidad de las consultas y servicios, así como mejorar la confortabilidad de las instalaciones.
- Homogeneización de equipamientos de centros de salud y consultorios locales.

3.8. Impulsar la descentralización de la gestión

Aunque en los últimos diez años se han dado pasos para la descentralización de la gestión en las Áreas Sanitarias (Gerencias) y en las Zonas Básicas de Salud (Equipo de Atención Primaria), mediante el establecimiento de objetivos y compromisos fundamentalmente de actividad, calidad y financiación, existen márgenes de mejora que permitirán una gestión más ágil de los recursos. Para ello, es necesario desarrollar las herramientas que faciliten la disponibilidad de un sistema de información de calidad y estudiar la revisión de los criterios de financiación. Asimismo, se valorarán otras fórmulas de gestión. Con este fin, se establecen tres líneas estratégicas:

- **Desarrollo de un sistema de información de calidad referente a la integración de la información (actividad, calidad y consumo de recursos) según niveles de la organización (comentado en el apartado 3.6).**
- **Estudio de criterios de financiación para Atención Primaria**
 - Estudios capitativos ajustados a tramos de edad y sexo con ponderaciones según utilización de servicios.
 - Análisis de costes de Cartera de Servicios, actividad – consumo de recursos, ...
- **Estudios para la valoración de otras fórmulas de gestión.**

V.- CRONOGRAMA DE ACTUACIONES

OBJETIVOS Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS	CRONOGRAMA			
	2006	2007	2008	2009
ORIENTADOS A LOS CIUDADANOS				
• Impulso de la revisión y actualización de la Cartera de Servicios	■			
• Análisis de costes de la Cartera de Servicios			■	
• Garantía tanto de acceso a la información y documentación clínica por parte del ciudadano	■			
• Potenciación de las Unidades Administrativas (UNAD) como centros de información de la organización y acceso a los servicios	■			
• Estudios sobre expectativas y percepción de los Servicios de Atención Primaria por parte de los ciudadanos	■	■	■	■
• Garantía de la seguridad y confidencialidad de los datos del ciudadano	■	■	■	■
• Estudio de fórmulas que promuevan la participación de los ciudadanos tanto a nivel local como Institucional			■	■
• Mejora en la accesibilidad a las Unidades Administrativas (UNAD)	■			
• Mejora en la Accesibilidad telefónica	■	■		
• Racionalización del tiempo asistencial	■	■	■	■
• Adecuación de las agendas de los profesionales	■	■	■	■
• Actualización de la Zonificación	■			
ORIENTADOS A LOS PROFESIONALES				
• Adecuación en la asignación de recursos	■	■	■	■
• Estudios para establecer modelos de asignación de recursos humanos en auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos y celadores de los EAP y personal de Unidades de Apoyo	■			
• Establecimiento de criterios objetivos y homogéneos en todas las áreas, para la contratación de personal suplente tanto en las situaciones de incapacidad temporal como en los casos de licencias reglamentarias y permisos de formación	■			
• Implantación de la Carrera Profesional	■	■	■	■
• Elaboración de un programa específico de formación	■	■	■	■
• Elaboración y desarrollo de un plan de investigación			■	■
• Desarrollo del plan de prevención de situaciones conflictivas	■	■	■	■
• Definición del marco de competencias de los profesionales		■	■	
• Diseño de un nuevo sistema de evaluación de las actividades de los profesionales		■	■	
• Elaboración de un nuevo sistema de incentiviación	■			
• Implantación de medidas que faciliten la identificación de los profesionales con los objetivos de la organización		■	■	
• Definición de una estructura directiva adecuada a las necesidades actuales de Atención Primaria		■	■	

OBJETIVOS Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS	CRONOGRAMA			
	2006	2007	2008	2009
ORIENTADOS A LA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LOS SERVICIOS				
• <i>Revisión y actualización del Catálogo de Pruebas Diagnósticas</i>	[Barra de 2006 a inicio de 2007]			
• <i>Acceso compartido (A. Primaria y A. Especializada) a la historia clínica y a pruebas diagnósticas</i>	[Barra de inicio de 2006 a inicio de 2008]			
• <i>Implantación de la Gestión por Procesos</i>	[Barra de inicio de 2007 a inicio de 2008]			
• <i>Impulso del papel de enfermería</i>	[Barra de inicio de 2006 a inicio de 2009]			
• <i>Potenciación de la atención domiciliaria</i>	[Barra de inicio de 2006 a inicio de 2008]			
• <i>Planificación estratégica coordinada</i>	[Barra de inicio de 2007 a inicio de 2008]			
• <i>Continuidad asistencial</i>	[Barra de inicio de 2006 a inicio de 2009]			
• <i>Elaboración e implantación de planes y programas integrales</i>	[Barra de inicio de 2006 a inicio de 2009]			
• <i>Mejora de la vigilancia epidemiológica</i>	[Barra de inicio de 2006 a inicio de 2009]			
• <i>Implantación de canales activos y fluidos de coordinación con los servicios sociales</i>	[Barra de inicio de 2006 a inicio de 2009]			
• <i>Detección de las situaciones de alto riesgo socio-sanitario</i>	[Barra de inicio de 2008 a inicio de 2009]			
• <i>Elaboración e Implantación del Plan de Actuación de Trabajo Social en Atención Primaria</i>	[Barra de inicio de 2008 a inicio de 2009]			
• <i>Homogeneización de la nomenclatura</i>	[Barra de inicio de 2006 a inicio de 2008]			
• <i>Historia Clínica Informatizada</i>	[Barra de inicio de 2006 a inicio de 2007]			
• <i>Integración de la información (actividad, calidad y consumo de recursos) según niveles de la organización</i>	[Barra de inicio de 2007 a inicio de 2008]			
• <i>Construcción de nuevos centros</i>	[Barra de inicio de 2006 a inicio de 2009]			
• <i>Adecuación de las infraestructuras ya existentes en virtud de la normativa actual y con criterios de accesibilidad y confort</i>	[Barra de inicio de 2006 a inicio de 2009]			
• <i>Desarrollo de un sistema de información de calidad</i>	[Barra de inicio de 2006 a inicio de 2008]			
• <i>Estudio de criterios de financiación para Atención Primaria</i>	[Barra de inicio de 2008 a inicio de 2009]			
• <i>Estudios para la valoración de otras fórmulas de gestión</i>	[Barra de inicio de 2008 a inicio de 2009]			

VI. COSTES DEL PLAN

A continuación se estiman los costes agrupando las líneas estratégicas que tienen un desarrollo común. Parte de los costes estimados para 2006 se encuentra reflejados ya en el proyecto presupuestario de dicho ejercicio.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	AÑO			
	2006	2007	2008	2009
Realización de encuestas de opinión:				
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Estudios sobre expectativas de los Servicios de Atención Primaria por parte de los ciudadanos</i> • <i>Estudios sobre percepción de los Servicios de Atención Primaria por parte de los ciudadanos</i> • <i>Estudios sobre Clima Laboral</i> 	63.000	30.600 161.280 58.905	66.836	68.841
Mejora en la Accesibilidad telefónica		Pendiente de valoración del Plan Estratégico de Simplificación Administrativa de la Consejería de Presidencia: Área de Cita Previa Extendida		
Infraestructuras:				
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Construcción de nuevos centros</i> • <i>Adecuación de las infraestructuras ya existentes en virtud de la normativa actual y con criterios de accesibilidad y confort</i> 	119.827.657 12.163.981	119.548.254 13.597.456	122.895.605 12.172.766	126.336.682 11.672.766
Recursos Humanos:				
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Dotación de nuevos recurso:</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Medicina de Familia, Pediatría y Enfermería:</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Nuevas Acciones</i> ▪ <i>Consolidaciones</i> ○ <i>Otro personal de Equipo de Atención Primaria y Unidades de Apoyo</i> • <i>Dotación de suplentes</i> • <i>Implantación de la Carrera Profesional y Promoción Profesional</i> • <i>Estructura directiva adecuada a las necesidades actuales de Atención Primaria</i> • <i>Nuevo sistema de incentivación</i> 	15.060.186 -	15.434.058 15.481.871	15.785.141 31.781.575	16.227.125 48.898.584
				Pendiente de la realización del estudio del modelo de asignación de recursos, que se realizará en 2006
				Pendiente de definición de criterios y posterior acuerdo, que se realizará en 2006
				Pendiente de consenso en junio 2006, según el Acuerdo de 18 de noviembre de 2005 de la Comisión de Seguimiento del Acuerdo Marco sobre Criterios Generales del Modelo de Carrera Profesional y del Acuerdo de 21 de noviembre de 2005 sobre Criterios Generales de Promoción Profesional
				Pendiente del estudio que se realizará en 2007
				Pendiente de la definición del nuevo sistema de incentivación
Programa de formación	7.950.000	8.210.594	8.440.490	8.676.824
Plan de investigación			2.813.497	2.892.275
Desarrollo del plan de prevención de situaciones conflictivas	1.100.000	1.133.000	1.166.990	1.201.999
Informática y Sistemas de Información:				
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Plataforma de integración</i> • <i>Plan de Seguridad Integral</i> • <i>Receta electrónica</i> • <i>IT-Win</i> • <i>Tarjeta Sanitaria y firma electrónica</i> 	4.500.000 1.500.000 2.000.000 100.000 500.000	1.500.000 800.000 500.000 100.000 200.000	500.000 800.000 500.000 100.000 200.000	Pendiente Valoración

CUADRO RESUMEN DE COSTES

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	AÑO				TOTAL LÍNEAS
	2006	2007	2008	2009	
Realización de encuestas de opinión	63.000	250.785	66.836	68.841	449.462
Mejora en la Accesibilidad telefónica	Pendiente de valoración del Plan Estratégico de Simplificación Administrativa de la Consejería de Presidencia: Área de Cita Previa Extendida				
Infraestructuras	131.991.638	133.145.710	135.068.371	138.009.448	538.215.167
Recursos Humanos	15.060.186	30.915.929	47.566.716	65.125.709	158.668.540
Programa de formación	7.950.000	8.210.594	8.440.490	8.676.824	33.277.908
Plan de investigación			2.813.497	2.892.275	5.705.772
Desarrollo del plan de prevención de situaciones conflictivas	1.100.000	1.133.000	1.166.990	1.201.999	4.601.989
Informática y Sistemas de Información	8.600.000	3.100.000	2.100.000	Pendiente Valoración	13.800.000
TOTAL AÑO	164.764.824	176.756.018	197.222.910	215.975.096	754.718.848

VII. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Para el seguimiento y evaluación del Plan de Mejora de la Atención Primaria se constituirá la Comisión de Atención Primaria cuyas funciones serán:

- Seguimiento permanente de la implantación y desarrollo del Plan.
- Difundir el contenido del Plan entre los equipos de atención primaria, e impulsar su desarrollo.
- Proponer los acuerdos necesarios para mejorar la coordinación de las actividades del Plan.
- Realizar el seguimiento de su ejecución.
- Diseñar el sistema de evaluación del Plan, en base a los criterios e indicadores establecidos en el mismo.
- Efectuar la evaluación anual del cumplimiento de los objetivos del Plan y proponer las actuaciones correctoras correspondientes, en su caso.
- Realizar la evaluación final del Plan.

La Comisión contará con el asesoramiento y apoyo de una Comisión Científico-Técnica de Atención Primaria, en la que estarán representados los Colegios Profesionales y las sociedades y asociaciones científicas de atención primaria.

La Dirección General del Servicio Madrileño de Salud impulsará el desarrollo de este plan, ejercerá la coordinación general de las distintas acciones que en él se contemplan y lo difundirá convenientemente en la organización.

VIII. INSTITUCIONES Y SOCIEDADES QUE HAN COLABORADO EN LA ELABORACIÓN DEL PLAN

- D.G. del Servicio Madrileño de Salud
- D.G. de Recursos Humanos
- D.G. de la Red Única de Utilización Pública
- D.G. de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección
- D.G. de Informática, Comunicaciones e Innovación Tecnológica
- D.G. de Salud Pública y Alimentación
- Asociación de Enfermería de Atención Primaria
- Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria
- Colegio Oficial de Enfermería de Madrid
- Colegio Oficial de Médicos de Madrid
- Sociedad Española de Medicina General
- Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista
- Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria
- Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 12/2001 de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (BOCM nº 306 de 26 de diciembre de 2001).
2. Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE nº 128 de 29 de mayo de 2003).
3. Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298 de 14 de diciembre de 1999).
4. Ley 41/2002 reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (BOE nº 274 de 15 de noviembre de 2002).
5. Instituto Nacional de la Salud. Los Equipos de Atención Primaria. Propuestas de mejora. INSALUD, 2001.
6. Instituto Madrileño de la Salud. Cartera de Servicios de Atención Primaria (documento interno). IMSALUD, 2003.
7. Instituto Nacional de la Salud. Atención Primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia. INSALUD, 2002.
8. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Estudio de determinación de los niveles de accesibilidad y cobertura de las redes de transporte público y asistencia sanitaria de la Comunidad de Madrid. Servicio de Planificación Sanitaria de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2001.
9. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid. Ordenación Territorial de la Atención Primaria en la Comunidad de Madrid. Propuesta de Zonas Básicas de Salud (documento interno). Dirección General de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid, 2004.
10. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid. Propuesta de priorización de inversiones en RRHH e infraestructuras en las Zonas Básicas de Salud de la Propuesta 2004 (documento interno). Dirección General de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid, 2004.
11. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid. Sistema de Información de Atención Primaria. Dirección General de Informática, Comunicación e Innovación Tecnológica. Consejería de Sanidad y Consumo, 2002, 2003 y 2004.
12. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid. Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2005-2008. Consejería de Sanidad y Consumo, Comunidad de Madrid, 2005.

13. Instituto Madrileño de la Salud. Programa de Actuación Sanitaria 2003. IMSALUD, 2003.
14. Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria. Atención Sanitaria a la Infancia y Adolescencia en la Comunidad de Madrid. Situación actual y propuesta de mejora. Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria, 2002
15. Ruiz-Giménez JL, Bermejo JL. Guía de Promoción de la Salud para agentes de salud comunitarios. IMSALUD Área 1 de Madrid.
16. Necesidades de Médicos de Familia y Pediatras en la Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Documento de consenso de Sociedades Científicas de Atención Primaria, 2004.
17. Servicio Madrileño de Salud. Encuesta de Satisfacción 2004. Servicio Madrileño de Salud, 2005.



La Suma de Todos

 **Comunidad de Madrid**