



Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria (SEMAP)

## 2003

### **Noviembre.**

"LOPS, Estatuto Marco, Especialidades y la reforma de la Formación Universitaria.

Repercusiones para las Enfermeras y Enfermeros de Atención Primaria"

JORNADA DE DEBATE ORGANIZADA POR SOCIEDAD DE ENFERMERÍA MADRILEÑA DE ATENCIÓN PRIMARIA (semap)

Sábado, 22 de noviembre de 2003

Salón de Actos del Colegio de Enfermería de Madrid  
Av, Menéndez Pelayo, 93  
28007 Madrid

### **Mayo.**

**CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA.**

"MEJORANDO LOS CUIDADOS ENFERMEROS".  
I Congreso FAECAP III Congreso ASANEC .

Torremolinos, 8, 9 Y 10 de Mayo de 2003

Enviado por los compañeros de la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC)

### **CONCLUSIONES**

Como inicio de estas conclusiones hay que resaltar en el Acto Inaugural, la apertura del Congreso por parte del Excmo. Sr. Consejero de Salud de la Junta de Andalucía, D. Francisco Vallejo Serrano que junto con la Presidenta del Comité Organizador, D<sup>a</sup> María Isabel Oliva Puertas; Presidente de la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC), D. Eugenio Contreras Fernández; Presidente de la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP), D. Juan Miguel Jiménez



Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria (SEMAP)

Carrasco y el Alcalde del Excmo. Ayuntamiento de Benalmádena Ilmo. Sr. D. Enrique Bolín Pérez-Argemí, expresó el fuerte respaldo institucional que existe para la enfermería en Andalucía en estos momentos y la llamada a asumir nuestra responsabilidad en el liderazgo de los cuidados, concretamente en la Atención Domiciliaria. "En el terreno de los cuidados es donde la enfermería tiene su razón de ser".

De igual forma en el Acto de Clausura, la presencia del Defensor del Pueblo Andaluz, Excmo. Sr. D. José Chamizo de la Rubia, que junto al Director del Distrito Costa del Sol, D. Santos lo Agrela Torres, Presidente de la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP), la Coordinadora Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados D<sup>a</sup> Rosa María Pérez Hernández, en representación del Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud, D. Juan Carlos Castro Álvarez; el Presidente del Consejo General de Enfermería, D. Máximo González Jurado y el Delegado Provincial del de Salud de Málaga, D. José Luis Marcos Medina destacaron el desarrollo y aportaciones científicas del Congreso.

Se han reunido, a más de 900 Enfermeras en Torremolinos (Málaga), marcando un punto histórico en la trayectoria del desarrollo científico de nuestra disciplina. Hemos tenido la oportunidad de encontrarnos con profesionales con una larga, dilatada y como no fructífera vida profesional, que al reunirse con nosotros en su calidad de ponentes nos han puesto en evidencia! el desarrollo de nuestra disciplina, sus experiencias, sus implicaciones, y nos han abierto las puertas a la discusión, la reflexión, permitiéndonos una vez más al igual que en otras experiencias similares, enriquecemos, salir fortalecidos para la continuidad de nuestra práctica profesional.

Todos los ponentes han coincidido en que los distintos servicios sanitarios tanto a nivel internacional como dentro de nuestro propio país están propiciando el mayor y mejor desarrollo de la atención domiciliaria. Desarrollo que viene en parte alentado por el envejecimiento de la población y la merma de la calidad de vida en parte de ella; por circunstancias de edad, de entorno social.. creando situaciones y sentimientos de desasosiego, desadaptación, desatención y soledad, todo esto unido al hecho de la incorporación de la mujer al mundo laboral de una forma más intensa y continuada, provocando



Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria (SEMAP)

cambios en la dinámica familiar, que exigen las intervenciones de la sociedad y de todos los profesionales que la integran.

En la primera Mesa Introdutoria " LA ATENCIÓN DOMICILIARIA HOY", se expuso:

El Modelo de Atención Domiciliaria en Canadá -Ontario- modelo de gestora de casos, evaluación de servicios, y la provisión pública o privada de los servicios - con igual evaluación de la calidad para ambos proveedores-.

La transición demográfica en España, disminución de las cuidadoras informales y baja intensidad de visitas profesionales, desarrollo y necesidad de tecnologías transportables, llevar el hospital a casa y la progresiva especialización de los profesionales.

El desarrollo de la Atención Domiciliaria en Andalucía a través del Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas.

El desarrollo histórico de la Atención Domiciliaria en España, y su tendencia futura.

En la conferencia inaugural "EL FUTURO QUE DEMANDA LA SOCIEDAD" hemos sido informados sobre el modelo de Atención Domiciliaria en el Reino Unido, en el que son objetivos entre otros:

promover la salud entre desfavorecidos y eliminar las diferencias sanitarias.

Se hizo hincapié en la importancia que este modelo da a la actuación en la prevención además de la actuación ante la enfermedad. Mención especial también al sistema de las consultas telefónicas con "enfermeras accesibles 24", un nuevo campo abierto a la enfermería como disciplina

El viernes, se abrió el turno a las mesas de Comunicaciones Orales (39 comunicaciones repartidas en 11 mesas en total), donde se desarrolló:

"METODOLOGÍA ENFERMERA" Y "CONTINUIDAD DE CUIDADOS", pudimos enriquecer con las experiencias y propuestas planteadas por compañeros que provenían en esta y en todas las mesas de comunicaciones, de toda la geografía Española.

En la continuación con la mesa "LOS RECEPTORES DE LOS CUIDADOS DOMICILIARIOS" escuchamos a los receptores de las unidades



domiciliarias, los cuales nos expusieron las expectativas de los mayores con respecto a la enfermera: comprensión, paciencia y calidez de la enfermería.

Nos llamó la atención que las asociaciones de familiares, Alzheimer o Paliativos CUDECA-, hayan recurrido a circuitos paralelos al sanitario con fondos propios para cubrir servicios, en especial los referidos al apoyo psicológico y social de las cuidadoras. Servicios con expectativas de ser cubiertos por las enfermeras.

Es una conclusión a extraer, la necesidad "prioritaria" de identificación de nuestro campo de actuación profesional, en todos los ámbitos del mismo.

"Sólo si la población identifica correctamente nuestro campo de actuación, seremos reclamados para llevarlo a cabo".

Seguidamente pasamos a escuchar nuevas comunicaciones orales en tres mesas que versaban sobre "CUIDADORAS", "ATENCIÓN DOMICILIARIA" Y "ACTUACIÓN DE LA ENFERMERA COMUNITARIA DE ENLACE", una nueva figura del Sistema Sanitario Público Andaluz, que viene como propuesta de mejora en la Atención Domiciliaria reforzando a los equipos de Atención Primaria y contribuyendo con su gestión de casos y coordinación interdisciplinaria a la mejora de la calidad en la prestación de cuidados en Atención Domiciliaria.

Al mismo tiempo, se iban organizando el impresionante número de posters que se han presentado a este Congreso (83 en total) para así ser expuestos y defendidos ante el Comité Científico. En los mismos se han vertido experiencias, propuestas, resultados de estudios de investigación... que demuestran lo ya evidente, el ritmo creciente de la investigación enfermera.

En la mesa "OTRAS EXPERIENCIAS EN LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA" vimos la experiencia canaria de la Enfermera Comunitaria de Enlace y cómo la investigación en estos servicios ayuda a la toma de decisiones sobre los mismos, con la potenciación del uso de la metodología enfermera y la disminución de costes.

La agencia de cuidadores como marco interdisciplinario donde una de sus debilidades, es el hecho de que el mayor peso recae en la actualidad sobre las necesidades sociales frente a las sanitarias, por



Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria (SEMAP)

ello se reclama mayor participación enfermera en la gestión, coordinación y formación. Se hecha de menos, una ley que regule la prestación de los servicios sociales, y que asegure la cobertura universal y pública de estos servicios. Asimismo se debe garantizar la suspensión y evaluación de la calidad de las empresas privadas.

Desde los Servicios Sociales, se nos hizo un análisis sobre las necesidades de la población dependiente grave, la cuantificación y el coste de los servicios de cobertura de esas necesidades, se nos puso por ejemplo a modo informativo en un estudio comparativo Europeo, como en una de esas necesidades "ayuda domiciliaria" la cobertura a mayores de 65 años en España es del 2%, siendo del 24% en otro país Europeo, Dinamarca.

"La situación creciente de personas con dependencia requiere una respuesta integral, por parte de la sociedad y de las Administraciones Públicas" "La magnitud del problema va a requerir un esfuerzo de previsión y perfeccionamiento de los sistemas de protección social que exige desarrollos organizativos y financieros importantes por parte de la Administraciones Públicas y de la sociedad civil".,

Desde el voluntariado se nos alertó sobre el hecho de que hay cada vez mas personas para quienes las calles son su domicilio, es decir los sin hogar, sólo en la comunidad de Madrid existen de 6 a 8 mil personas en esta situación,

"Los que realizan el acompañamiento son los vigías, intérpretes de voz de la realidad que se encuentran".

Continuando con las mesas de Comunicaciones Orales, se presentaron en la

tarde del Viernes, una sobre "ATENCIÓN DOMICILIARIA" Y otras dos de "COMUNICACIONES LIBRES" en las que se ponía de manifiesto de nuevo el amplio campo de actuación profesional que tienen las Enfermeras, Enfermeras a las que no les falta la creatividad, la imaginación, el voluntarismo, además del conocimiento y capacidad,

A lo largo de la mañana del Sábado vimos en un principio con las mesas de Comunicaciones Orales sobre "INFORMACIÓN" Y "CTA. ENFERMERA A DEMANDA" las distintas experiencias y propuestas que desde la Enfermería se hacen con nuevos sistemas de información, registro, evaluación, protocolos, y modelos de planificación,



Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria (SEMAP)

En la mesa "LA ORGANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA" las distintas maneras de implantar la gestión por procesos, y su aplicación; desde la experiencia del Instituto Madrileño de la Salud (IMSALUD) hasta la del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Y por último en la Ponencia de Clausura "LA ENFERMERA DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA" se nos describe el perfil y los contenidos de la especialidad de -Enfermera de Salud Familiar y Comunitaria-, desde la representante del ministerio de Sanidad y Consumo en el grupo de expertos para la elaboración del programa de dicha especialidad.

Por otro lado se dieron a conocer los PREMIOS ESPECIALES DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA que la FAECAP ha instaurado este año por primera vez, los cuales van a premiar a aquellos profesionales o grupo de profesionales que se han distinguido en el desarrollo de la Enfermería Comunitaria a lo largo de toda una trayectoria profesional y que han recaído en las siguientes personas:

Carmen Granda (a título póstumo), segunda presidenta de FAECAP.

Ángel Abad Bassols (de SEMAP: Madrid)

Juan Carlos Morilla Herrera (de ASANEC: Málaga)

Grupo de Metodología Enfermera de SEAPA (Asturias)

Grupo de Expertos que desarrollaron el programa de formación de la especialidad de Enfermería de Salud Familiar y Comunitaria. (se incluyen enfermeras representantes del Ministerio de Sanidad, del Ministerio de Educación y de las Sociedades Científicas, recoge el premio D<sup>a</sup> Rosa Amal).

Toda la producción Científica del Congreso se vio representada en la lectura por parte del Presidente del Comité Científico de las conclusiones que este Comité elaboro in situ y en la entrega por parte de representantes de los Comités Científico y Organizador así como de otras Asociaciones, hicieron de los PREMIOS CIENTÍFICOS DEL CONGRESO, que fueron tres en modalidad de Comunicación Oral y tres en modalidad Póster; los cuales recayeron en las siguientes Comunicaciones y Autores:

**Octubre.**

**GRUPO CLÍNICO ASESOR DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID**  
**Junta Directiva SEMAP**



Por Resolución de 16 de octubre de 2002 de la Dirección General del Instituto Madrileño de la Salud (IMSALUD), se ha constituido el Grupo Clínico Asesor de Atención Primaria de Madrid. La resolución con el reglamento de funcionamiento del Grupo Clínico Asesor se publicó en el B.O.C.M. el día 28 de noviembre de 2002. En dicha Resolución se especifica el objetivo, funciones, régimen de funcionamiento y composición del Grupo Clínico Asesor.

## INDICE

### INTRODUCCIÓN

INFORME DE LA MEDICIÓN DE LA ACTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA  
RESOLUCIÓN DE LA CONSEJERIA DE SANIDAD PARA CONSTITUIR EL  
GRUPO CLÍNICO ASESOR DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID

### INTRODUCCIÓN

La SEMAP fue invitada en septiembre de 2002, junto a otras Sociedades Científicas de facultativos del ámbito de Atención Primaria, a participar en el Grupo Clínico Asesor de Atención Primaria de Madrid creado por el Instituto Madrileño de la Salud (IMSALUD). Una vez constituido el grupo los responsables del IMSALUD enviaron el borrador del Reglamento de funcionamiento a cada una de las Sociedades Científicas para su valoración. La SEMAP, a través de su Presidenta y una vez valorado su contenido por la Junta Directiva reenvió a la Dirección General del Instituto Madrileño de la Salud, las observaciones y propuestas de modificación que a continuación se especifican:

En relación a la "Composición" del Grupo Clínico Asesor:

La SEMAP considera que teniendo en cuenta que la propuesta solamente contemplaba la existencia de 2 vocales enfermeros asistenciales entre un total de 12 vocales (6 propuestos por las Sociedades Científicas y 6 designados por el Consejo de Gerentes y la Dirección General del IMSALUD), éste número es llamativamente insuficiente en relación con el número de profesionales y el peso específico que actualmente y de cara al futuro tiene la aportación del trabajo de Enfermería respecto a la calidad de los servicios, elaboración y desarrollo de los programas asistenciales y guías



Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria (SEMAP)

clínicas, así como en la formación e investigación de la gestión, prestación y coordinación de los cuidados enfermeros.

SEMAP propone, que para fomentar la coordinación y la participación interdisciplinar con criterios de equidad se incorporen como vocales asistenciales:

Otra enfermera representante de FAECAP en la Comunidad de Madrid (NO FUE ACEPTADO POR LA DIRECCIÓN GENERAL DEL IMSALUD)

De los dos vocales que debía proponer el Consejo de Gerentes, al menos, uno fuese responsable de la Gestión de los Servicios Enfermeros en alguna de las Áreas de Atención Primaria (SI FUE ACEPTADO).

Relacionado con los "temas prioritarios a abordar", la SEMAP propuso que se deberían priorizar por el Grupo Clínico Asesor los siguientes:

Adscripción de población por enfermera de forma individualizada teniendo en cuenta la dispersión geográfica, personas mayores de 75 años y niveles de dependencia sociosanitaria, tratando de respetar siempre que sea posible la adscripción de unidades familiares.

Adaptación de los sistemas de información, añadiendo en la tarjeta sanitaria el nombre del profesional de Enfermería y del centro de salud correspondiente, para facilitar la gestión de los cuidados y su continuidad entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria, así como el reconocimiento de su enfermera por cada usuario. La adscripción de la población por familias / enfermero como unidad de cuidados generadora de conductas, sería una tendencia a seguir.

Definir indicadores que permitan, tras su evaluación, determinar la utilización y necesidad real de los recursos de enfermería. Creando estándares e indicadores para medir la calidad de los procesos enfermeros que permita rediseñarlos en función de las necesidades y expectativas de los ciudadanos.

Reforzar la figura social de la enfermera en Atención Primaria como "gestor de casos" capaz de coordinar al equipo interdisciplinar necesario para realizar la atención domiciliaria y determinar el grado de dependencia, garantizando la adecuada utilización de todos los recursos sanitarios y sociales disponibles.

Generalizar y mejorar los registros informáticos que faciliten la planificación y continuidad de cuidados, reflejando adecuadamente el trabajo enfermero tanto cualitativo como cuantitativo mediante el uso de la metodología enfermera en la historia clínica tanto en soporte en papel como informático.



Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria (SEMAP)

Creación de servicios de Enfermería que potencien la coordinación y la continuidad de los cuidados a través de los informes de alta hospitalaria e informe de ingreso programado desde A.P., unificando y evaluando criterios de cumplimentación y de envío.

Potenciar la responsabilidad de la Dirección de Enfermería y Coordinador/Responsable de Enfermería de los Centros de Salud, en la toma de decisiones relacionada con recursos, procesos y calidad del trabajo enfermero. Incorporación de enfermeras a puestos de responsabilidad tanto técnicos como de gestión estratégica en los distintos niveles de la Administración Sanitaria del Instituto Madrileño de Salud, utilizando criterios de capacitación y profesionalidad con el fin de planificar y gestionar una adecuada atención a las crecientes demandas de cuidados enfermeros de la población.

Potenciar la figura de la enfermera en Atención Primaria para coordinar la planificación y ejecución de los proyectos educativos orientados a la promoción de la salud y el fomento del autocuidado.

PRIMERA REUNIÓN celebrada el 6 de noviembre de 2002

Se procede a constituir formalmente el Grupo Clínico Asesor de Atención Primaria y se entrega a cada uno de los miembros su nombramiento por parte de la Directora General del Instituto Madrileño de la Salud.

A continuación se efectúa una lectura de las propuestas de temas de trabajo aportadas por las Sociedades Científicas, agrupadas en cuatro grandes bloques: temas de carácter asistencial, relativos a recursos, relacionados con aspectos organizativos y de carácter docente e investigador.

Las propuestas se consideran como marco general de referencia de trabajo, si bien se decide identificar en la reunión los temas prioritarios a abordar en los próximos meses.

Acuerdos:

Considerando las posibilidades de intervención a corto plazo y la especificidad de los temas de Atención Primaria en relación con los cometidos y competencias de la Dirección General del IMSALUD, se acuerdan las siguientes intervenciones:



Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria (SEMAP)

Constitución de un grupo de trabajo para desarrollar: La MEDICIÓN DE LA ACTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Componentes del Grupo de trabajo:

Pedro Javier Cañones Garzón  
Yolanda González Martín  
M<sup>a</sup> Inés Hidalgo Vicario  
Angel Lizcano Alvarez (Enfermero representante SEMAP)  
Elena Martín Robledo  
Belén Ubach Badía

RESULTADO DEL TRABAJO del GRUPO CLÍNICO ASESOR RESPECTO A LA MEDICIÓN DE LA ACTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

Madrid, Octubre 2003

.- INTRODUCCIÓN

La meta del Sistema Nacional de Salud es elevar el nivel de Salud de la Población, con una práctica profesional basada en la evidencia y a unos costes acordes con la realidad asistencial y los recursos existentes. Por esto es necesario medir no solo cuánto se hace, sino cómo se hace, qué resultados de proceso atendido se obtienen y a qué coste. En Atención Primaria, los registros existentes son dispersos, heterogéneos y en su mayoría recogidos por los propios profesionales sin consenso previo y mediante métodos dispares. Esto da lugar a datos y registros de calidad relativa cuya eficiencia es difícilmente calculable debido a la dificultad de establecer no sólo su coste sino la efectividad de los mismos

La medición de la actividad sanitaria en su vertiente asistencial, se aborda en la literatura en múltiples ocasiones. Entre los trabajos publicados, abundan más aquellos que abordan el tema desde el punto de vista de la gestión, que los que lo hacen desde el punto de vista del profesional asistencial.

La utilización de "case-mix" para valorar isoconsumos, ha sido objeto de una línea de investigación, que ha culminado en la aplicación del



Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria (SEMAP)

Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), agrupados en Grupos de Diagnóstico Relacionados (GDRs) en la atención hospitalaria.

Los trabajos que estudian la aplicabilidad de este tipo de medición a la Atención ambulatoria y en concreto a la Atención Primaria son casi anecdóticos.

El volumen de procesos atendidos en Atención Primaria y las características de la misma, en cuanto que se trata de una atención centrada en la persona desde una perspectiva integral, integrada y longitudinal, que soporta un alto grado de incertidumbre, dificultan sobremanera aplicar estos sistemas de medición tal y como fueron concebidos para los hospitales.

Los objetivos de un sistema de información serían entre otros:

Conocer los problemas y necesidades de salud y los factores que los condicionan.

Conocer las actividades que se realizan para prestar los cuidados (cantidad, características, calidad) a la población, permitiendo conocer los rendimientos de los recursos existentes y su utilización.

Conocer la disposición y la distribución de recursos humanos y materiales en base a las necesidades de la población y de los servicios sanitarios prestados.

Cualquier sistema de medición que se pretenda poner en marcha debe tener como base una alianza entre el nivel gestor y el nivel asistencial, de tal forma que sea aceptado tanto por uno como por otros. Para cumplir esta premisa el Sistema de Medición debiera:

Ser capaz de aportar información y no solo datos, que interesen tanto a uno como a otro nivel y que sirvan para tomar decisiones.

Aportar una información que permita la comparabilidad entre profesionales, es decir ha de ser capaz de estandarizar por una serie de características de la población (edad, sexo, nivel socioeconómico, dispersión geográfica...).

Evitar la máxima del "dime lo que me mides y te diré como me comporto", por lo que debe ser capaz de medir todos los procesos asistenciales ( de promoción y recuperación de la salud, de prevención de la enfermedad, y de rehabilitación ) que se realicen en cualquier entorno (centro de salud, domicilios, comunidad, etc. ), así como las actividades docentes e investigadoras.



Ser diseñado, compartido y conocido en profundidad por todos los profesionales del Sistema Sanitario.

Conocer el terreno de juego: debe existir una claridad meridiana en cuanto a las repercusiones que estas mediciones puedan tener en la asignación de recursos, en una futura carrera profesional etc...

Conseguir un compromiso de todos por la Gestión de Calidad a través de diseños estratégicos a distintos niveles (pasar de "medir igual a evaluar" a la situación de "medir para mejorar").

Garantizar la confidencialidad de los datos del ciudadano desarrollando su papel como elemento activo y central de los mismos.

Ser aplicable, eficiente y adaptable, con un sistema de registro fiable sin que suponga una carga adicional al profesional

Es decir, en Atención Primaria se debería cualificar y cuantificar las actuaciones de facultativos (médicos de familia y pediatras), enfermeros, trabajadores sociales, matronas, fisioterapeutas, personal administrativos, etc, justificando ante el ciudadano y la sociedad los recursos asignados a tal fin.

Además se ha de conseguir una complicidad de los profesionales motivados por la gestión de calidad, que conozcan bien el sistema de información, la aplicabilidad a su práctica diaria y que sepan las aplicaciones que pueda tener la medición con antelación, para que de esta forma se logre un sistema de registro fiable.

Por lo tanto, los sistemas de medición deben aportar una información lo más fiel posible a la realidad de la actividad a efectos de contabilidad, estimación de costes y definición de eficiencia del sistema. Simultáneamente debiera ser capaz de cubrir otras necesidades igualmente legítimas y perentorias, como que cada profesional sea capaz de conocer la realidad cotidiana de su ejercicio desde el punto de vista demográfico, epidemiológico y clínico, lo que le puede permitir reorganizar su actividad de manera que pueda responder a esa realidad y a las necesidades de la población.

## II. ANALISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

En este momento se manejan dos herramientas de integración de los sistemas de información: el "Anexo I" y la "Cartera de Servicios".



Ambos se apoyan en fuentes de información manuales o informatizadas, generales o específicas.

#### A.- FUENTES DE INFORMACIÓN

- Manuales: Ficheros de edad y sexo, Historias clínicas, Registros específicos, Hojas de cita previa, etc.
- Informatizados: SIAP, TAIR, OMI, etc

#### B.- HERRAMIENTAS DE INTEGRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

##### B.1 ANEXO I

Recoge información global de cada equipo de Atención Primaria (E.A.P., Modelo Tradicional, Unidades de Apoyo, U.N.A.D., Atención Continuada) sin desglosar por profesionales. La actividad se mide globalmente sin tener en cuenta los días reales que cada profesional ha prestado atención directa al usuario. Se trata de información meramente administrativa y cuantitativa sin contacto con aspectos clínicos o epidemiológicos. Los parámetros de información mensual son diversos y variados dependiendo del profesional, del lugar y del tipo de actividad que realice. En ciertos registros de actividad hay exceso de subpartados que traen confusión a la hora de registrar.

La recogida de los datos es realizada por los propios profesionales y, en algunos casos informáticamente, lo que se traduce en una gran heterogeneidad y variabilidad en la recogida de datos y de lo que resulta una pobre fiabilidad de los datos obtenidos. En algunos casos suponen una sobrecarga laboral para los propios integrantes del equipo. (Modelo Anexo I).

##### B.2 CARTERA DE SERVICIOS

Es un conjunto de actividades asistenciales llevadas a cabo o fomentadas por los profesionales de EAP dirigidas a la promoción de la salud, la detección precoz de problemas de salud o el tratamiento de patologías crónicas.

La información generada de ella se concreta en:



Cálculo de la cobertura: proporción de población que ha sido objeto de un servicio determinado en relación con la población diana establecida. Se trata de una determinación exclusivamente cuantitativa.

Normas Técnicas: actividades mínimas a realizar sobre la población cubierta para considerar cierto nivel de calidad en la prestación de un determinado servicio. Evidentemente con ello se pretende una valoración cualitativa.

En parte la evaluación de las NT de los Servicios de Cartera nos permite saber cómo estamos realizando el proceso de algunos de nuestros "qué", pero es ya insuficiente.

El desarrollo de la Cartera no es homogéneo, pues depende, entre otras cosas, del tipo y número de unidades de apoyo disponible en las Áreas Sanitarias. El peso fundamental de la información recogida en ella recae sobre todo en la actividad asistencial realizada por los facultativos y profesionales de enfermería con el apoyo en distinto grado de otros profesionales de Atención Primaria.

Al tratarse de un documento dinámico requiere una actualización constante. Frecuentemente el ritmo de esta actualización no se realiza tan rápido como fuera deseable, si consideramos la celeridad con la que se producen los cambios demográficos y científicos en nuestro medio.

En resumen, la situación actual relativa a la medición de la actividad clínica realizada en Atención Primaria se sintetiza en los siguientes puntos:

Se mide CANTIDAD de actividad asistencial, pero sólo de forma cuantitativa, sin saber en ese "CUANTO", "QUÉ" se atiende. Medimos nº de consultas (programadas y a demanda, en centro y domicilio...) pero no sabemos QUÉ se atiende en esas consultas.

Se mide "QUÉ" hacemos y "COMO" lo hacemos, de forma indirecta y parcial, al medir las coberturas de Cartera de Servicios y las Normas Técnicas anualmente. Sólo mide proceso, pero no resultados.

Por lo tanto, nos encontramos con la existencia de una:

Situación heterogénea.

Variabilidad en la fuente de los datos, en el sistema de registro

Escasa fiabilidad de la información elaborada

### III. SITUACIÓN DESEABLE



La Situación deseable se sintetizaría en medir:

Lo que hacemos

Cuánto hacemos

Cómo lo hacemos

Medir el producto Sanitario no es excluyente de mantener un Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) o la evaluación de la Cartera de Servicios como en la actualidad.

- QUÉ HACEMOS

Tenemos que poder medir qué estamos haciendo de todo lo que debemos hacer. Y lo que debemos hacer ha de estar definido en nuestra Oferta de Servicios, tanto en el Centro de Salud como en domicilio: actividades asistenciales (de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad, Atención en Patologías Aguda y Crónica, Atención a los problemas de autocuidados...), actividades docentes e investigadoras.

- CUÁNTO HACEMOS

De cada servicio que damos, ¿cuántas veces lo damos? ¿A cuantas personas se lo damos? (Cuántas revisiones anuales de hipertensos, cuantas actividades de promoción y prevención, cuántas ITUS hemos atendido, cuántas intervenciones y actividades enfermera, cuántas sesiones impartimos o escuchamos...).

- CÓMO LO HACEMOS

Además de saber “qué” hacemos y en “cuánta” cantidad, hay que saber “cómo” lo hacemos: las consultas que nos lleva, las derivaciones que supone, el gasto farmacéutico, el gasto en IT...

Pero saber cómo se hace cada servicio que se da no es suficiente. Hay que saber si esa es la mejor manera de hacerlo: definir para los tipos de actividad más frecuentemente realizados en nuestras consultas unos estándares de proceso, resultado y recursos consumidos (permitiría COMPARAR nuestras actuaciones con las de los demás).

Sería interesante recoger información sobre el grado de adecuación de la actividad realizada a las guías establecidas, así como de los



resultados obtenidos en el proceso atendido (trazadores de eficacia de proceso) y su repercusión en la práctica de cada profesional.

## INFORMACIÓN NECESARIA EN UN SISTEMA DE MEDICION DE ACTIVIDAD

### VARIABLES DE ESTANDARIZACION DE LOS INDICADORES

Información socio- demográfica

- % población por sexo
- Pirámide poblacional: % > 65 años, % > 75 años....
- Nivel Socio- económico
- % inmigrantes

Indicadores de recursos

- Ratios de población ajustada por profesional
- % ausencias no sustituidas....

### INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Indicadores del "¿CUÁNTO?"

Presión asistencial:

- media y rango
- % de días con más de 35

Consultas:

- centro y domicilio
- % demanda y % concertada

Frecuentación (mensual, acumulada)

- % población atendida
- % de población que acude más de 20 veces al año

Nº Episodios atendidos (CIAP, NANDA ...)

- Totales
- % de episodios nuevos

Nº Episodios de patología aguda ( y por tipo)

Nº Episodios patología crónica (y por tipo)

Nº Episodios actividades preventivas ( y por tipo)



## Nº de Diagnósticos de Enfermería por patrones funcionales

### Tiempos de Atención

- Para resolución o cierre de procesos agudos
- Para el control de procesos crónicos
- Tiempo de espera para entrar en consulta

### Cobertura poblacional de los Servicios de Cartera

### Utilización de Pruebas complementarias:

- Rx (desagregar por tipo): Nº absoluto, tasa/1000 hab. Ajustado, % por consultas
- Laboratorio: Nº absoluto, tasa/1000 hab. Ajustado, % por consultas

### Interconsultas a At. Especializada:

- Total: Nº absoluto, tasa/1000 hab. Ajustado, % por consultas
- Por especialidad: Nº absoluto, tasa/1000 hab. Ajustado, % por consultas

### Indicadores del "¿CÓMO?"

#### Nº visitas / episodio

#### Tiempo / episodio

#### Pruebas diagnósticas (Rx, laboratorio) / episodio

#### Interconsultas / episodio

#### Nº recetas/episodio (¿tipo de prescripción según episodio? ¿gasto?)

Estos indicadores se podrían obtener por episodios totales, por episodios agudos y crónicos; por episodios más prevalentes (agudos y crónicos)

#### Criterios de calidad : Normas Técnicas

- Para los servicios preventivos
- Para los servicios de patología aguda
- Para los servicios de patología crónica
- Para las actividades/diagnósticos de enfermería

#### Indicadores de I.T.

- Prevalencia de bajas
- Duración media de la baja por asegurado
- Duración por patologías...

#### Episodios resueltos: definir criterios de "resuelto"

#### Resultados intermedios: para patologías crónicas (HTA, DM...)

#### Indicadores de costes



Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria (SEMAP)

Coste / episodio

Coste / tipo de episodio

- ¿Qué costes incluir?: IT, farmacia, capítulo I, capítulo II, pruebas diagnósticas, interconsultas...

- ¿Agrupar episodios? ¿Calcular UCAs? ¿Coste/UCA? : ¿CONTABILIDAD ANALÍTICA?

INDICADORES DE ACTIVIDAD DOCENTE

Número de sesiones dadas en el equipo

Número de horas lectivas impartidas en el área

Número de horas lectivas impartidas fuera del área

Días solicitados para docencia con sustituto/sin sustituto

Número de horas lectivas recibidas

Tutorización de MIR/ alumnos de enfermería

INDICADORES DE ACTIVIDAD INVESTIGADORA

Comunicaciones presentadas a congresos

- Internacionales

- Nacionales

- Autonómicos

- Área

Trabajos de investigación en los que se figure como investigador principal

Publicaciones en revistas

- Originales

- Editoriales

- Cartas al director

Capítulos de libros

NIVELES DE DESAGREGACIÓN / AGREGACIÓN

- Área

- Distrito

- Unidad Funcional : turno de mañana y tarde

- Grupo Profesional (médicos de familia, pediatría, enfermería, fisioterapeutas...)

- Profesional

Para obtener información de la actividad de todos los profesionales, se precisa que la herramienta informática OMI y su sistema de explotación incorporen, además de la CIAP, taxonomías diagnósticas y clasificaciones como la Clasificación de Resultados de Enfermería



Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria (SEMAP)

(N.O.C.) y la Clasificación de Intervención de Enfermería (N.I.C.) que hagan avanzar en la explotación de indicadores construidos para desarrollar las necesidades de información que precisa el gestor y el profesional asistencial, debiendo existir un buen S.I.S. que, como hemos dicho antes, cuente con la confianza del profesional asistencial porque se sienta bien medido y que no le añada trabajo a su quehacer diario, siendo capaz de dar información a diferentes niveles de agregación.

**CONSIDERACIONES DEL GRUPO QUE LA DIRECTORA GENERAL DEL IMSALUD NO COMPARTE:**

En resumen, como grupo que reúne a los profesionales que más cerca de la Atención Primaria se encuentran tanto en la gestión, como en el día a día asistencial, entendemos que las peculiaridades de la asistencia sanitaria prestada en Atención Primaria, impiden la medición a través de sistemas con amplia trayectoria en Atención Especializada.

Este documento debe servir de base a los gestores responsables de los sistemas de información y de la evaluación de la actividad en Atención Primaria, para conocer el punto de vista de los principales protagonistas de ésta, ya que cualquier avance en este sentido ha de contar con el máximo número de aliados.

Sería pertinente que el Grupo Clínico Asesor de Atención Primaria del Instituto Madrileño de la Salud fuera consultado en el proceso de elección de la herramienta que se emplee en un futuro para analizar su capacidad de realizar una evaluación con las premisas establecidas en este documento y de valorar la viabilidad de su aplicación a la realidad gerencial y asistencial de Atención Primaria.

**NORMATIVA FUNCIONAMIENTO GRUPO ASESOR**

JUEVES 28 DE NOVIEMBRE DE 2002 B.O.CM. Núm. 283

Consejería de Sanidad  
INSTITUTO MADRILEÑO DE LA SALUD



4530 RESOLUCIÓN de 16 de octubre de 2002, de la Dirección General del Instituto Madrileño de la Salud, por la que se procede a constituir el Grupo Clínico Asesor de Atención Primaria de Madrid.

El Instituto Madrileño de la Salud tiene como fines fundamentales la organización integral de las funciones de promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad, la asistencia sanitaria y la rehabilitación. Con carácter general es responsable de la definición, coordinación, establecimiento y evaluación de la política asistencial de los centros del Instituto Madrileño de la Salud, formulando las propuestas de actuación en este ámbito. En el marco de mejora y desarrollo de estos cometidos,

#### RESUELVO

##### Primero

Crear el Grupo Clínico Asesor de Atención Primaria de Madrid como órgano asesor y consultivo de la Dirección General del Instituto Madrileño de la Salud.

##### Segundo

El Grupo Clínico Asesor dependerá de la Dirección General del Instituto Madrileño de la Salud. '.

##### Tercero

Serán funciones del Grupo Clínico Asesor de Atención Primaria, informar y asesorar en los siguientes temas:

- a) Calidad asistencial.
- b) Mejoras en el proceso asistencial, formación e investigación en atención primaria. .
- c) Actualización y metodología de evaluación de Cartera de Servicios.
- d) Elaboración, actualización y homogeneización de los programas asistenciales y guías clínicas .en el ámbito de atención primaria. .
- e) Elaboración de propuestas de mejora de la continuidad asistencial, especialmente en las áreas de atención integrada de procesos clínico-preventivos y sistemas conjuntos de información.
- f) Aquellos otros temas de interés clínico que la Dirección General considere oportuno.

##### Cuarto



Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria (SEMAP)

El Grupo Clínico Asesor de Atención Primaria se constituye como órgano consultivo y sus propuestas e informes serán planteados en el Consejo de Gerentes de Atención Primaria para su valoración y deliberación, siendo posteriormente elevadas a la Dirección General del Instituto Madrileño de Salud para su aprobación.

#### Quinto

La Dirección General del Instituto Madrileño de la Salud facilitará los medios humanos y materiales que resulten necesarios para el desarrollo correcto de las funciones atribuidas al Grupo Clínico Asesor de Atención Primaria.

#### Sexto

El Grupo Clínico Asesor de Atención Primaria estará constituido por los siguientes miembros designados por la Directora General del Instituto Madrileño de la Salud:

- Presidente: Un miembro de la Dirección General del Instituto Madrileño de la Salud.
- Vicepresidente: Un miembro de la Dirección General del Instituto Madrileño de la Salud que asumirá las funciones del Presidente en ausencia de éste.. .
- Dos miembros de la Dirección General del Instituto Madrileño de la Salud, de los cuales uno asumirá las funciones de secretario.
- Vocales:
  - Tres, a propuesta de la Dirección General del Instituto Madrileño de la Salud en representación del ámbito asistencial de Atención Primaria: Pediatría, Medicina de Familia y Enfermería.
  - Tres, a propuesta del Consejo de Gerentes en representación de los Equipos Directivos de Atención Primaria.
  - Uno, a propuesta de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria.
  - Uno, a propuesta de la Sociedad Española de Medicina General.
  - Uno, a propuesta de la Sociedad Española de Médicos Rurales y Generalistas.
  - Uno, a propuesta de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria.
  - Uno, a propuesta de la Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria.
  - Uno, a propuesta de la Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria.



Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria (SEMAP)

#### Séptimo

Los miembros del Grupo Clínico Asesor de Atención Primaria serán nombrados por un período de cuatro años. El cese se producirá por la Directora General del Instituto Madrileño de la Salud, a petición propia o a propuesta de la Sociedad Científica o colectivo al que representen.

#### Octavo

El Grupo Clínico Asesor de Atención Primaria se reunirá como mínimo una vez al trimestre.

#### Noveno

Dependiendo del grado de desarrollo de las actividades que se establezcan y de la naturaleza de los temas a tratar se podrán constituir comisiones que permitan la participación de expertos de otras especialidades médicas que, sin tener la consideración de miembros permanentes, colaboren en orden a garantizar la continuidad de los cuidados y la atención integral a los pacientes. En todo caso, actuarán según las directrices marcadas por el Grupo Asesor de Atención Primaria.

Madrid, a 16 de octubre de 2002.-La Directora General del Instituto Madrileño de la Salud.