



CISAPYC 2022

Conferencia Internacional Sobre  
Atención Primaria Y Comunitaria

# El valor de la Atención Primaria en los Sistemas Sanitarios



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD

# ÍNDICE

1. MESA 1: PONIENDO EN VALOR EL TRABAJO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA	03
. Comunidad Valenciana: Plan de difusión marco estratégico y plan de acción (PRI)	04
. Castilla-La Mancha: Erasmus rural	07
. Comunidad Foral de Navarra: Enfermería de práctica avanzada	08
. Principado de Asturias: Cadena de favores	11
2. MESA 2: CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA	14
. Galicia: Telemonitorización en AP. Una experiencia de 5 años de implantación	15
. Andalucía: Seguimiento proactivo de pacientes crónicos en situación de complejidad	17
. Ceuta: Monitorización continua de la glucemia en pacientes con diabetes tipo 2	19
. Islas Canarias: Retisalud	21
3. MESA 3: EL TRABAJO MULTIDISCIPLINAR EN ATENCIÓN PRIMARIA	25
. Cantabria: Indicación enfermera en receta electrónica: Una integración a nivel de pacientes es posible	26
. Cataluña: Gestión enfermera de la demandada (GID)	27
. Islas Baleares: Infosalut Connecta	29
. La Rioja: Plan contractual y retención de talento para perfil enfermero: Desde la universidad hasta el sistema nacional de salud	31
4. MESA 4: ORIENTACIÓN COMUNITARIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA	32
. Aragón: Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón	33
. Extremadura: Del proyecto progreso a la estrategia de Salud Comunitaria de Extremadura	36
. Castilla y León: Plan de formación en Atención Comunitaria de Castilla y León	37
. Madrid: Estrategia de Salud Comunitaria de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud	41

## MESA 1

# Poniendo en valor el trabajo de la Atención Primaria



## COMUNIDAD VALENCIANA

### PLAN DE DIFUSIÓN MARCO ESTRATÉGICO Y PLAN DE ACCIÓN (PRI)

María José Lloria

#### Objetivo

Dar a conocer los cambios en el modelo de Atención Primaria y Comunitaria en la Comunidad Valenciana

#### Método

Cuando comenzamos a trabajar en el diseño del Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria de la Comunidad Valenciana, tuvimos clara la importancia de facilitar tanto la participación de los profesionales y de la ciudadanía, así como de la difusión de la estrategia. Lo más difícil para extender un nuevo modelo de Atención Primaria, es la GESTIÓN DEL CAMBIO y dentro de esta gestión del cambio, la implementación de este.

Los instrumentos con los que contamos para iniciar este cambio de modelo fueron:

- El IV plan de salud de la CV.
- Revisión de todas las iniciativas que tenían que ver con el cambio de modelo en AP.
- Análisis de la situación de la CV.
- Aportaciones de profesionales, instituciones y ciudadanía

Teniendo en cuenta estos aspectos nos planteamos el abordaje de un cambio en el modelo de AP, por lo que se constituyó en servicios centrales un grupo de trabajo de expertos en AP que comenzó a trabajar en el Marco estratégico para la reforma de la APyC de la CV.

Al realizar el análisis de la situación de la Comunitat Valenciana nos encontramos con que los ejes que la marcan son: el progresivo envejecimiento poblacional y sus consecuencias sobre la cronicidad dependencia y demanda de atención sanitaria, y la escasez de recursos para dar respuesta a estas necesidades.

Posteriormente realizamos un DAFO para poder identificar y clasificar las limitaciones, y las potencialidades de la organización, así como analizar todas las capacidades y recursos necesarios para diseñar las estrategias operativas de futuro.

Hay 5 líneas estratégicas que definen el cambio:

- La atención primaria como eje vertebrador del sistema de salud
- Atención centrada en las personas
- Fortalecimiento de la atención primaria
- Potenciar el uso de las TICS
- Docencia, innovación e investigación

Con 5 acciones claves para conseguirlo:

- Financiación: 326,714 millones €
- Recursos humanos: 1.613 plazas estructurales para APyC.
- Nuevas tecnologías: 8 millones €
- Ámbito asistencial | 15 grupos de trabajo
- Modelo de gestión

#### ESTRATEGIA DE DIFUSIÓN

Para empezar con la difusión lo primero que hicimos fue un calendario de reuniones que comenzó en enero

de este año, con la presentación del Marco Estratégico a la que convocamos a todas las sociedades científicas que tiene relación con la Atención Primaria, Medicina de familia, enfermeras, pediatría, colegios profesionales, sindicatos, asociaciones vecinales, a los equipos directivos y gerentes de los 24 departamentos de la comunidad valenciana etc

En abril presentamos el PRI, y comenzamos a trabajar con los coordinadores de los grupos de trabajo que necesitábamos crear.

En junio presentamos el PRI y los grupos de trabajo a los gerentes de los departamentos y equipos directivos, y les informamos que recibirían un correo solicitando la participación en los grupos de trabajo. Establecimos que resultados esperábamos de ellos, que documentación deberían consultar, marcamos un plazo para comenzar a tener resultados, son grupos con autonomía pero con todo el apoyo administrativo de la Conselleria.

FECHA	ACTIVIDAD	DIRIGIDO
28/01/2022	PRESENTACIÓN MARCO ESTRATÉGICO APyC 2022-2023	Departamentos de salud. Sociedades científicas. Representantes ciudadanía. Colegios profesionales. Instituto médico.
12/04/2022	PRESENTACIÓN PLAN DE ACCIÓN (PRI)	Departamentos de salud. Sociedades científicas. Representantes ciudadanía. Colegios profesionales. Instituto médico.
31/05/2022	Reunión coordinadores para poner en marcha la estrategia de cambio de modelo.	Coordinadores grupos.
22/06/2022	Reunión coordinadores para poner en marcha la estrategia de cambio de modelo.	Coordinadores grupos.
28/06/2022	PRESENTACIÓN PLAN DE ACCIÓN (PRI) Y GRUPOS DE TRABAJO.	Gerentes y equipos directivos de AP Departamentales.
29/06/2022	Envío correo solicitando participantes en grupos de trabajo.	Departamentos de salud. Sociedades científicas. Representantes ciudadanía. Colegios profesionales. Instituto médico valenciano etc.
15/09/2022	Información a los líderes de los grupos de trabajo de los objetivos de dichos grupos.	Líderes grupos de trabajo.
Desde JULIO 2022	Difusión del modelo y grupos de trabajo.	Jefes de Zona básica. Coordinadoras de enfermería. Jefes de equipo administrativo.

Enviamos esta solicitud de participación a todas las entidades que tienen que ver con la AP, más de 700 personas se han ofrecido para participar, lo que nos ha permitido crear grupos heterogéneos, contando también en ello con la ciudadanía.

Hemos dividido las acciones que queremos llevar a cabo en 15 grupos de trabajo que a su vez se pueden dividir en subgrupos, liderados por 30 profesionales.

## Resultados

Presentación del Plan de acción con la asistencia del máximo representante de la Conselleria, el Conseller de Sanidad, el subdirector general de actividad asistencial integrada y Atención Primaria y Comunitaria y la Comisionada de Atención Primaria y Comunitaria a los Departamentos Jefes de Zona Básica, Coordinadoras enfermeras, jefes de equipo administrativo.

En este momento hemos realizado 18 reuniones a las que han acudido 600 profesionales y quedan pendientes 3 para terminar con todo el territorio de la Comunidad Valenciana.

700 personas se han ofrecido como participantes para los grupos de trabajo de los que se han creado 15 grupos, liderados por 30 profesionales

## Enlaces de interés

[https://www.san.gva.es/web/comunicacion/forum-pla-de-salut;jsessionid=D1D0A2B07620F26267E8FF4EB616C873.appli7\\_node2](https://www.san.gva.es/web/comunicacion/forum-pla-de-salut;jsessionid=D1D0A2B07620F26267E8FF4EB616C873.appli7_node2)

[https://www.san.gva.es/web\\_estatica/index\\_va.html](https://www.san.gva.es/web_estatica/index_va.html)



## CASTILLA - LA MANCHA

### ERASMUS RURAL

Íñigo Cortázar

## Contexto

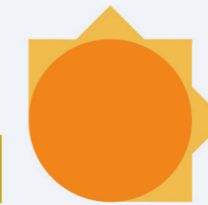
Despoblación. Dificultad fidelizar talento. Visión global trayectoria profesional

- El 50 % de los municipios tienen menos de 500 habitantes y solo 12 más de 30.000.
- Ley 2/2021 y Estrategia Regional contra la despoblación que contemplan medidas específicas en formación.
- 200 plazas MIR FyC sin cubrir.
- Desarrollo profesional visto como proceso y desde el principio. Desde la Universidad.
- Clima de cooperación con UCLM.

## Descripción

¿Qué es y en qué consiste UCLM Rural?

UCLM **rural**



- Iniciativa para acercar a los jóvenes el mundo rural, promover el empleo y combatir la despoblación.
- Vocación de permanencia -dos convocatorias (2021 y 2022)- y transversalidad.
- Prácticas en municipios de menos de 5.000 habitantes durante junio, julio y agosto.
- Medicina, enfermería y fisioterapia.

## Valoración y expectativas de futuro

¿Y ahora qué?

- Muy buena acogida en los estudiantes y en la comunidad sanitaria.
- Apuesta a largo plazo, sostenible y alineada con estrategias clave políticas públicas.
- Tiene que tener continuidad en Universidad (programas) y SESCAM (FSE y contratos).



Acto de presentación de resultados de 'UCLM Rural: Universitarios ante la despoblación'

REGIÓN / DESPOBLACIÓN

**"Éxito" del Erasmus Rural de la UCLM: aumentará su oferta de prácticas en la próxima edición**



**COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA**  
**REINVENCIÓN DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA**  
 Yolanda Martínez

**Objetivo**

Trabajo de Equipo.

- Mejora de la accesibilidad y presencialidad, asegurando la atención a los pacientes de colectivos vulnerables.
- Reimpulsar el programa de atención al paciente crónico y pluripatológico.
- Potenciar el autocuidado, a través de la educación las acciones comunitarias. Empoderar al paciente.
- Maximizar las competencias de los componentes del EAP, potenciando la coordinación, mejorando la interacción con otros niveles asistenciales.
- Equipo multidisciplinar. Nuevas incorporaciones.
- Fidelización de profesionales: entrevistas personales a MIR que finalizan periodo de residencia.

**Método**

Replantear rol de cada miembro del equipo.

1º **Administrativos.** Formación para adecuación de la demanda. Ratio 1/2500 habitantes.

2ª **Enfermería. Practica avanzada.**

Año 2022: programa de incorporación de 110 enfermeras sobre plantilla en tres etapas. En cada etapa se prevé un desarrollo competencial diferente.

La incorporación se engloba en el Marco del Reto de AP, construido sobre las líneas definidas por el Marco Estratégico estatal y la Estrategia de Navarra para AP.

**Primera etapa (marzo 2022):** Consulta de práctica avanzada en atención a procesos agudos.

**Segunda etapa (diciembre 2022):** Enfermera de práctica avanzada en la gestión de la cronicidad.

**Tercera etapa (marzo 2023):** Enfermera impulsora de la Acción comunitaria.

Resultados valoración 1º fase (Indicador: episodios de procesos agudos predefinidos abiertos por enfermería respecto al total.)

23.7% (feb- 20) - 38.4% (oct-22)

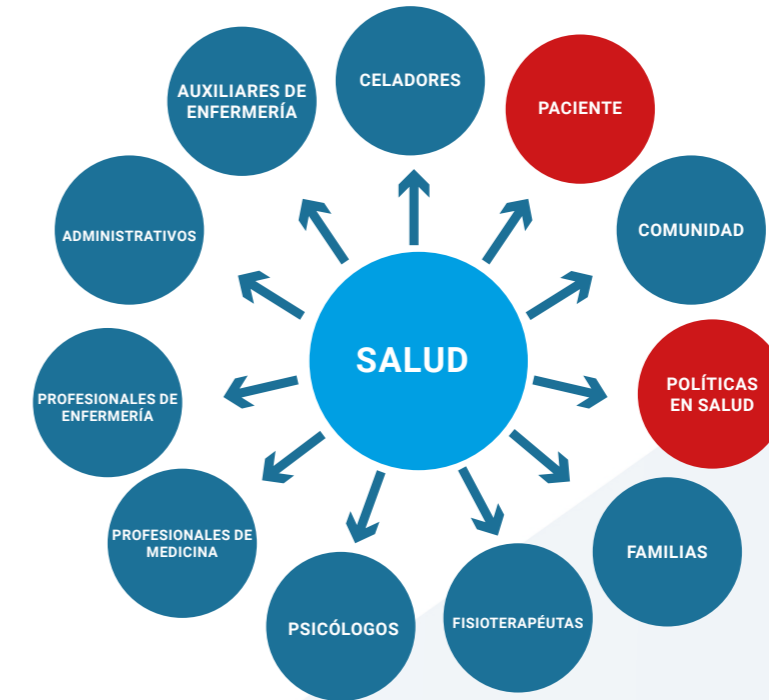
3º **Medicina.** Resolutividad. Cirugía menor, ecografía, dermatología, crónicos, paliativos...

4º **Auxiliares de enfermería.** Labores organizativas, apoyo al equipo.

5º **Trabajo social.** Atención integral. Necesidades sociales. Intervención Comunitaria

6º **Psicólogos.** Programa colaborativo con Salud Mental. Orientación grupal y comunitaria.

7º **Fisioterapeutas.** Derivación directa desde Atención Primaria . Buenas expectativas.



REFLEXIONES SOBRE EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

**1. Primera etapa (marzo 2022):**

**Consulta de práctica avanzada en atención a procesos agudos(respiratorios, digestivos, piel...).**

**Objetivos**

- Mejorar la accesibilidad.
- Aumentar la capacidad resolutive.
- Fomentar la educación en autocuidados.

**Funciones**

- Atención de los pacientes en consulta.
- Referente e impulsora de modelo dentro del equipo.

**Monitorización**

- Indicadores pacto de gestión, accesibilidad, adecuación, resolutividad.

**Corresponsabilizar y empoderar a los y las pacientes en el cuidado de su salud.**

**Uso eficiente de recursos públicos ofreciendo el servicio más adecuado a cada necesidad.**

**2. Segunda etapa (diciembre 2022):**

**Enfermera de práctica avanzada en la gestión de la cronicidad.**

**Objetivos**

- Impulsar y garantizar atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos.
- Proporcionar atención a las personas con cuidados complejos, dependencia y fragilidad, colaborando con todos y todas las profesionales que intervienen en el proceso.

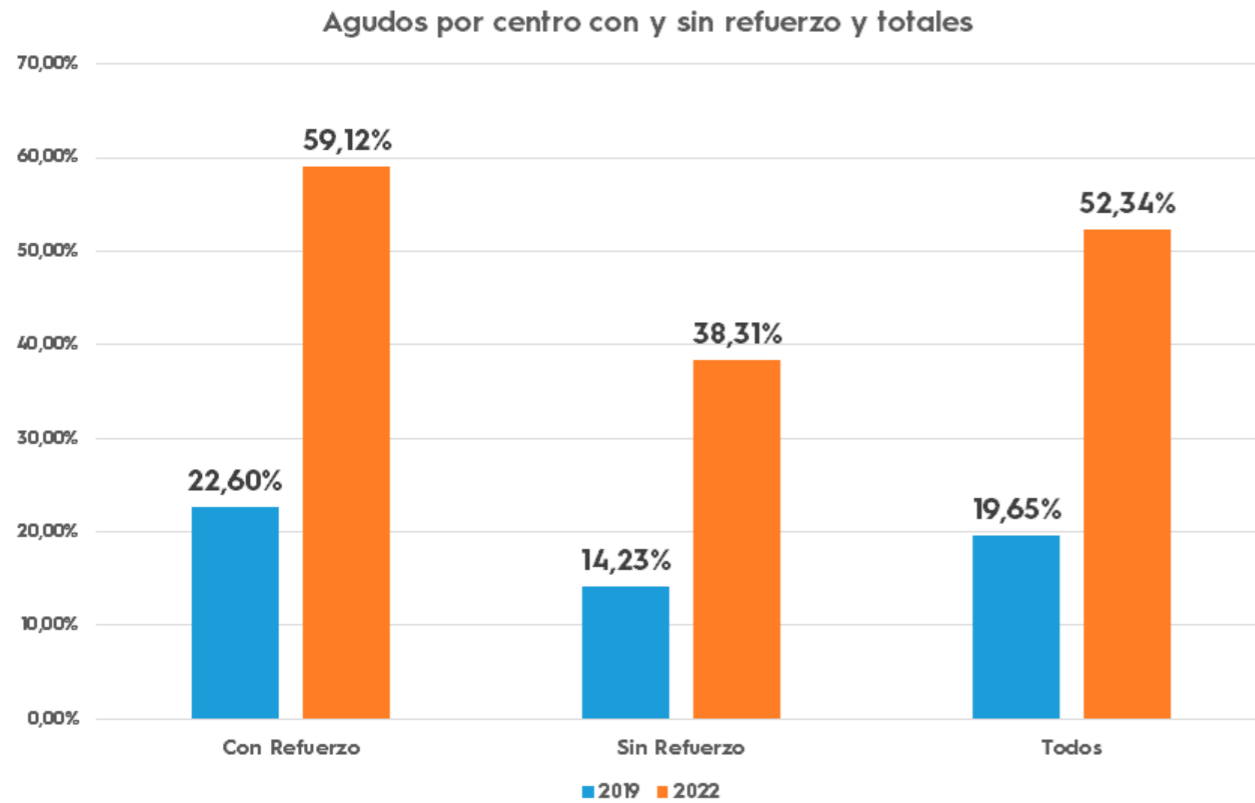
**Funciones**

- Garantizar la coordinación y la continuidad asistencial.
- Asesorar y colaborar con el resto de profesionales.
- Actividad asistencial (casos más complejos).
- Supervisar, junto con el equipo directivo, el desarrollo de la Estrategia

3. Tercera etapa (marzo 2023): enfermera impulsora de la Acción comunitaria.

Objetivos

- Impulsar la intervención comunitaria como proceso participativo y de transformación.



Datos de procesos agudos atendidos por enfermería. Comparativa de centros con profesional sobre plantilla y sin profesional. (En ambos se ha iniciado esta primera fase).

Habiendo solo iniciado una sola fase los datos son muy esperanzadores.



PRINCIPADO DE ASTURIAS

CADENA DE FAVORES

Natalia Izquierdo

Buenos días. Gracias por la invitación a participar en esta jornada y compartir esta mesa. Gracias a todos los que estáis aquí.

“Cadena de favores” es un programa formativo diseñado por la Unidad Docente (UD) Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria (FYC) de Asturias. Esta película, que lleva su nombre, sirvió de inspiración para este proyecto.

Un profesor reta a sus alumnos a encontrar una solución para mejorar el mundo. Un alumno idea un sistema que motiva la felicidad colectiva: cada persona debe hacer un favor a tres personas con la condición de que estas, a su vez, ayuden a otras tres y así sucesivamente.

Justificación

Nosotras aunque somos ambiciosas no pretendíamos tanto. Buscábamos... Antes de eso, queremos contaros quiénes somos y de dónde venimos:

Asturias, muchos la conoceréis. Contaros que su extensión, de punta a punta, puede llevar tres horas en coche, con una población de alrededor de un millón de habitantes. En su camino, encontraréis tres núcleos urbanos donde se concentra la mayor parte de la población y una zona rural donde la geografía impone una importante diversidad y dispersión en los pueblos y aldeas y, como os podéis imaginar, se hace extensible, también, a los servicios sanitarios.

La Unidad Docente Multiprofesional de Atención FyC es la única en toda la Comunidad. Somos 281 residentes, más de 300 tutores y casi 1000 colaboradores docentes. La estructura orgánica está formada por 6 administrativas. Una técnica de salud y médica de familia, Tatiana González Rebollar. Una coordinadora de enfermería, Ana González Fernández, enfermera de familia y una jefa de Estudios y médica de familia, que en este caso, soy yo.

De dónde partimos: El covid puso de manifiesto una realidad que ya existía previamente: desánimo y cansancio de algunos profesionales; pérdida de ilusión y cierto desprestigio. Se añade, unas partidas presupuestarias en los últimos años insuficientes para AP y poco representativas si las comparamos con la atención hospitalaria.

El covid provocó que, durante un tiempo, estuviéramos sin relacionarnos, trabajando de forma individual, disgregados, sin equipo. Nos costaba reunirnos, compartir espacios, se dejaron de hacer actividades grupales, comunitarias,...

La docencia se resintió. Se reflejaba en las pocas ganas de tutorizar y formar residentes, que como todos sabéis, es la base de nuestro sistema sanitario.

Objetivos

Conocíamos nuestras necesidades y nuestras debilidades. Teníamos la necesidad de volver a estar conectados, de recuperar ilusiones y sensaciones de todo un colectivo que había quedado agotado física y emocionalmente. Había, además, una obligación de potenciar la figura del tutor en el camino del aprendizaje del Residente y una necesidad real de recuperar sesiones formativas que habían quedado relegadas por dife-

rentes motivos en los centros docentes. Costaba arrancar...y nos preguntábamos, ¿cómo podíamos ayudar? Empezamos a crear un proyecto donde los verbos como construir, crear, compartir, participar o colaborar abandonarían las buenas intenciones en el papel y que se convirtieran en acciones, algo que pudiéramos tocar, oír, y hacerles hablar. Cohesionando esas ideas pudimos plantearnos estos objetivos:

- Fomentar redes de colaboración y participación entre tutores, residentes y equipos docentes en Asturias. Conectar y conectarnos.
- Promover el debate y la reflexión usando sesiones formativas como herramienta de aprendizaje colaborativo en un entorno virtual.

## ■ El proyecto

Creamos un grupo de trabajo formado por cinco personas, tutores de enfermería y medicina FYC. Se elaboró un programa de nueve sesiones las cuales iban a ser impartidas en un espacio virtual, a través de la plataforma TEAMS.

El programa lo estructuramos en cuatro bloques: práctica asistencial, investigación, salud comunitaria y herramientas docentes. Se dibujó un cronograma en el que cada tercera semana del mes y alternando los días de la misma, se exponía una sesión. La duración era de 1h y constaba de dos partes, la primera de exposición y la segunda de debate.

Los ponentes fueron elegidos explícitamente para potenciar determinados centros docentes, tenían que ser binomio tutor de enfermería/ medicina de FYC y residente. Nuestra intención era visibilizar a tutores con menos experiencia y menos conocidos por el resto de compañeros; cada sesión fue preparada y expuesta por cada una de las ocho áreas de salud del Principado. Se les pidió que, sin perjuicio de su visión personal, presentasen sus sesiones y propuestas basándose en las mejores evidencias disponibles teniendo en cuenta, por supuesto la experiencia y maestría individual.

Todos aceptaron con buena acogida. Siempre teniendo nuestro asesoramiento y ayuda ya que las sesiones eran guiadas por nuestro grupo de trabajo y revisadas por parte de la UD.

Además, se solicitó la acreditación de dichas sesiones a la Comisión de Acreditación Formación Continuada de nuestra CCAA de y para ello, se les enviaba a los centros docentes una hoja de firmas y una encuesta de satisfacción que tenían que devolver tras la emisión. Acreditación que, a día de hoy, hemos conseguido con 1,8 créditos.

Nos preocupaba la difusión. Teníamos que llegar a toda la Comunidad, a todos los protagonistas. Lo primero que hicimos fue un pre-estreno con un vídeo promocional. Después para cada sesión se creaba una cartelera que se difundía la semana previa junto con el enlace TEAMS. Además, este enlace se colgaba en la propia página Web de la UD. Se envió correo electrónico a tutores, residentes, Consejerías, a las Gerencias de cada área de salud y a la Gerencia del SESPA.

Tras unos meses, empezamos a contar con el apoyo de Astursalud, el portal de difusión del Principado de Asturias, como parte del Plan de acción de Estrategia de AP.

Siguiendo el toque cinematográfico, cada sesión estaba asociada a una película. El señor Ibrahim y las flores del Corán fue para presentar visión de un tutor de largo recorrido que fue con la que debutamos un 23 de noviembre de 2021. Títulos como una Mente maravillosa nos lanzaba a animarnos a crear un proyecto de investigación a partir de preguntas sencillas que nos hacemos en la consulta. Invictus nos hablaba del trabajo en equipo. Matrix, de herramientas digitales, Up de la fragilidad en el anciano, Malditos vecinos de intervenciones comunitarias, Cadena perpetua de la tan necesaria desprescripción, Tierra hostil de la insuficiencia renal crónica. Cerramos este ciclo con Mujeres al borde de un ataque de nervios en la que dos tutoras, de enfermería y medicina, nos relataban su primer año como tutoras y todo lo que supuso como reto y aventura.

## ■ Resultados

En nuestra primera conexión conseguimos unir a más de 130 profesionales, de todas las áreas, de distintas categorías, de más de 25 centros docentes.

Se han creado redes en los propios centros y estamos viendo que en las bibliotecas/salas de juntas de los centros se unen más compañeros a ver la sesión, participando en dinámicas de equipo. Se han creado lazos entre centros de las mismas áreas con las que se comparten acciones y retos. Interacciones entre distintas áreas, con propuestas de colaboración. En definitiva, se han creado redes entre compañeros, entre distintos profesionales, entre tutores.

Hemos trabajado con un entorno virtual sabiendo destacar sus ventajas para comunicarnos cuando las dificultades de las distancias son grandes, no fáciles de recorrer y limitan esta comunicación. Lo hemos hecho de forma sincrónica, al mismo tiempo todos conectados, pero tiene otra ventaja y es que pueden ver de forma asincrónica. Estas sesiones fueron grabadas y guardadas en un repositorio. Se pueden ver dentro de la plataforma de formación sanitaria de la Consejería, con una clave universal..

¿Creéis que todo ha sido maravilloso?, Pues no....Hemos tenido muchos problemas y hemos identificado áreas de mejora en las que se ha de trabajar: problemas de conexión internet, materiales informáticos defectuosos,.... Los correos electrónicos no son abiertos en tiempo, las agendas están tan sobrecargadas que no hay tiempo para la formación ni para la reflexión.

Lo sabemos por nuestras encuestas de satisfacción y porque así lo ha percibido la UD, mejorando nuestras redes con todos ellos.

Queremos señalar que percibimos en estas sesiones emoción, ganas de compartir, de formar parte de algo, de un equipo, de sentir pertenencia. Pertenencia a la Atención Primaria.

Y eso, es mucho más de lo que habíamos imaginado.

## Conclusiones

Nosotras somos pequeñas y dentro de nuestras posibilidades creemos que las cosas pueden ser distintas y creemos que se pueden cambiar. Para ello, es necesario conectarnos. Conectar a la gente.

Y con esta idea, hemos seguido trabajando y se han generado otras acciones:

Hace 15 días se realizó una Jornada de tutores, más de 100 tutores nos reunimos en una jornada de trabajo, que sirvió para crear más redes, más pertenencia de AP. Las primeras multiprofesionales de esta unidad, después de 14 años sin ellas.

Nos esperan en unos meses las XXXI Jornadas de Residentes y de AP, me atrevo a decir que son las únicas de Primaria en la Comunidad. ¡Llevamos 30 años!

Y lo que hoy nos trae aquí, "Cadena de favores" sigue en la gran pantalla.

Este año, con temas que nos hacen reflexionar sobre nuestra mochila de prejuicios (Dumbo) o salud planetaria (Wall-e).

Queremos agradecer a las personas del Ministerio que han hecho posible que hoy estemos aquí. La semana pasada vivimos y compartimos un momento muy especial.

Queremos agradecer a cada uno de vosotros, que sois Cadena de Favores.

Somos muchos los que seguimos creyendo en la AP.

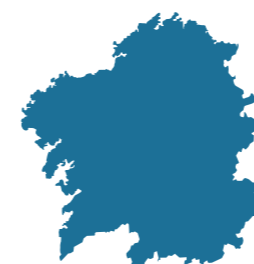
Hoy más que nunca son necesarios espacios para compartir e intercambiar información y experiencias. La docencia en FyC debe ser motor y para ello se necesita apoyo y recursos para hacer atractiva la Especialidad.

Es imprescindible que estemos unidos porque nos jugamos mucho, la salud de la población.

Gracias a todos.

# MESA 2

## Capacidad de resolución de la Atención Primaria



**GALICIA**

**TELEMONITORIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA.  
UNA EXPERIENCIA DE 5 AÑOS DE IMPLANTACIÓN**

*Alfonso Alonso*

### ■ Objetivos

Una de las mayores necesidades que se han detectado en los sistemas sanitarios tras la irrupción de la pandemia por el SARS-CoV 2 ha sido el desarrollo de herramientas que permitan desarrollar una adecuada telemedicina, y que mejoren lo habitualmente utilizado como es el uso del teléfono como herramienta de telemedicina. En ese sentido, en el Servicio Gallego de Salud hemos desarrollado una herramienta de telemonitorización denominada TELEA que se encuentra totalmente extendida para el conjunto del territorio de la Comunidad Autónoma tanto en atención primaria como atención hospitalaria. De esta forma, cualquier profesional sanitario del Servicio Gallego de Salud puede indicar la telemonitorización y la teleasistencia para cualquier paciente de Galicia. El inicio de la implantación de este modelo se produjo en el año 2017, extendiéndose un año después a todo el territorio gallego.

### ■ Método:

TELEA está extendido a la totalidad del territorio gallego, haciéndose extensivo a la totalidad de la población asegurada gallega por el sistema sanitario público gallego. De esta forma, Galicia es una de las pocos sistemas sanitarios públicos con una herramienta de telemonitorización extendida para el total de su población. Permite que en tiempo real cualquier profesional tenga datos clínicos de los pacientes seguidos en telemedicina, que se incluyen en la historia clínica electrónica (lanus), única para toda Galicia.

TELEA ha sido utilizado como plataforma para el seguimiento de pacientes crónicos en atención primaria y posteriormente se ha extendido al ámbito hospitalario. Con la irrupción de la pandemia se ha utilizado tanto en el seguimiento de los pacientes covid positivos como en las personas que han sido contactos estrechos. Esta herramienta funciona sobre calendario, definiendo para cada día las acciones que el paciente debe hacer (medirse la TA, glucemia, temperatura, pulsioximetría, etc.) o el cumplimiento de algún cuestionario que se determine por parte del personal sanitario.

Mediante esta herramienta, es posible seguir a 32 pacientes en una sola pantalla mediante un código de colores (amarillo y rojo) que identifica a aquellas personas que se han desviado del rango establecido de control para cada patología. El código de colores establecido facilita la intervención por parte de los distintos profesionales sanitarios. Así, ante una desviación leve (código amarillo), la enfermería tendrá 7 días para realizar una intervención. Si la desviación es mayor (código rojo), el personal médico es quien deberá actuar en los siguientes 3 días.

TELEA ha permitido que más de 1.200.000 personas hayan sido incluidas en Telea en diferentes grados de seguimiento.

En la actualidad, Telea sigue siendo una herramienta fundamental de telemonitorización ya que permite que el propio paciente introduzca los datos con sus dispositivos o la inclusión automática con dispositivos que envían los resultados a un concentrador de señal, permitiendo que en ese mismo momento el dato esté en la propia historia clínica del paciente.

Un aspecto importante es el que se permite la comunicación entre personal sanitario y pacientes mediante Telea. De esta forma, la utilización de herramientas de telemonitorización mejora la comunicación sincrónica y asíncrona mediante mensajería, llamadas telefónicas y videoconsultas, y todo ello dentro del contenido de la historia clínica electrónica.

A fecha de hoy los perfiles de seguimiento que se dispone para atención primaria son de diabetes, hipertensión, insuficiencia cardíaca, epoc, paciente en centro sociosanitario, covid positivo, contacto estrecho de covid, registro de sensores de glucemia para pacientes diabéticos.



## ■ Resultados:

Durante estos 5 años de implantación, hemos observado en diferentes estudios que para el 85% de los pacientes del grupo control una herramienta como Telea mejora la calidad de vida, que se ha reducido un 8% la sobrecarga del cuidador, que ha reducido en un 17% los contactos con las urgencias de AP, un 31,46% se ha reducido el número de consultas presenciales en AP. En relación a los resultados se ha reducido un 8,56% la frecuencia cardíaca, 11,70% la TAD y un 14,38% la TAS. En análisis de una muestra aleatoria de 50 pacientes se ha detectado porcentaje de reducción media de la TAS (14,38%), TAD (11,70%), frecuencia cardíaca (8,56%), peso (2,24%), tras 2 meses de inclusión en Telea.

Sobre su aplicación al Covid, los estudios realizados en pacientes seguidos con Telea en relación a aquellos que han sido seguidos mediante mecanismos habituales, demuestran que los primeros a pesar de tener una mayor edad (45,9 vs 46,3), acudieron con menos frecuencia a los servicios de urgencias ( $p=0,05$ ), tuvieron menos hospitalizaciones ( $p<0,01$ ), tuvieron estancias hospitalarias más cortas ( $p>0,0001$ ) y una menor tasa de mortalidad en su primera hospitalización ( $p=0,03$ ).

Sobre la percepción de los pacientes, estos indican que la consideran una herramienta fácil de utilizar, destacando la rapidez en responder por parte del sistema sanitario, y se han sentido atendidos y percibiendo el seguimiento de su evolución.

## ■ Evaluación:

Durante estos años de aplicación del desarrollo de Telea son más de 4 millones el número de variables registradas en la historia clínica electrónica de los pacientes. El desarrollo actual de Telea permite que se incluya en ellos los registros de dispositivos médicos como los marcapasos o los sensores de glucemia, de forma que toda la información que se produzca en ellos y sea de interés por parte de los profesionales sanitarios se incluye en la historia clínica electrónica de cada paciente por medio de la utilización de Telea.

TELEA ha sido seleccionada como Best Practice en atención primaria por la Comisión Europea en el año 2021. El Servicio Gallego de Salud, liderará una de las transferencias de Buenas Prácticas en atención primaria a otros países de la Unión Europea interesados en desarrollar la telemonitorización en sus países y por medio de la Joint Action on Transfer of Best Practices in Primary Care (CIRCE-JA), y con fondos europeos, se implementará esta acción conjunta a partir de marzo del año 2023.

Telea ha aportado a los pacientes del Servicio Gallego de Salud un mejor control de su enfermedad, ya que han sido conscientes de su patología. Ha permitido establecer nuevos modelos de gestión de pacientes crónicos y su ampliación a los pacientes agudos (como puede ser el seguimiento del Covid). Además la percepción de los pacientes ha sido muy positiva, sintiéndose más acompañados en su proceso de enfermedad, siendo así que un porcentaje superior al 90% lo volvería a utilizar.

El éxito de una herramienta como Telea se basa en una historia clínica única para todo el sistema sanitario público como el que existe en el Servicio Gallego de Salud, denominada lanus, y que permite que todos los centros sanitarios públicos gallegos de atención primaria y hospitalaria escriban en la misma historia y compartan la misma información.

## ■ Enlaces de interés:

1. Página del Servicio Gallego de Salud con información sobre Telea: <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria?idioma=es&idcat-grupo=11042>
2. Información sobre Telea (InfoTelea): <https://infotelea.com/>
3. Casariego-Vales, E.; Blanco-López, R.; Rosón-Calvo, B.; Suárez-Gil, R.; Santos-Guerra, F.; Dobao-Feijoo, M.J.; Ares-Rico, R.; Bal-Alvaredo, M.; on behalf of the TELEA-COVID Lugo Comanagement Team. Efficacy of Telemedicine and Telemonitoring in At-Home Monitoring of Patients with COVID-19. J. Clin. Med. 2021, 10, 2893. <https://doi.org/10.3390/jcm10132893>
4. Rodríguez Feijóo Ana Belén, Salgado Cotilla Benita, Rivera Rios Concepción, Quintana Jambrina María Isabel, Civeira Pérez Verónica, Rodríguez Araujo Josefa et al. Implantación y gestión de la plataforma "TELEA" en el seguimiento de pacientes Covid-19 positivos. Index Enferm [Internet]. 2020 Dic [citado 2023 Ene 09]; 29(4): 244-248. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962020000300012&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000300012&lng=es). Epub 01-Nov-2021.
5. Lago-Rivero N, Otero-Millán L, Castro-Núñez I, Mantñan-Gil B, Simón-Valero D, Rey-Gómez Serranillos I, et al. Telemedicine informatics application for nutritional support surveillance of institutionalized persons in nursing homes from a hospital pharmacy service. Farm Hosp. 2022



ANDALUCÍA

## SEGUIMIENTO PROACTIVO DE PACIENTES CRÓNICOS EN SITUACIÓN DE COMPLEJIDAD

María Inmaculada Mesa

### ■ Objetivo

- Disminuir ingresos, reingresos y hospitalización prevenibles o evitables.
- Disminuir eventos adversos: caídas, úlceras por presión, problemas relacionados con medicamentos.
- Mejorar los resultados en salud: prevención de desnutrición, heridas, incontinencia, control de infecciones, control de patologías crónicas, retrasar el paso de la fragilidad a la dependencia, seguimiento del deterioro mental-cognitivo, etc.
- Disminuir el uso no adecuado de servicios de urgencias.
- Adecuar el uso de los recursos y servicios sanitarios, incluido la optimización del gasto farmacéutico y de productos sanitarios
- Mejorar de la calidad de vida y de la autopercepción de salud.
- Hacer partícipes a los pacientes/familias en la toma de decisiones y orientar al autocuidado.

### ■ Método

Puesta en marcha de proyecto de seguimiento de pacientes con cronicidad compleja en AP que consiste en la implementación de una serie de medidas que permitan mejorar la accesibilidad a los profesionales de referencia de estos pacientes y sus familiares, el seguimiento programado de sus situaciones clínicas para anticipar problemas de salud, evitando así ingresos innecesarios, gestionar una adecuada adherencia a su medicación, mejorar la calidad de vida y facilitar un mayor apoyo a los cuidadores/as.

Población diana: Pacientes Crónicos complejos (5% de la población, 404.092 pacientes). Se prioriza de inicio la Insuficiencia cardíaca, EPOC, Diabetes concomitante (179.809). Inicio: Diciembre de 2021.

1. El seguimiento proactivo se realiza por los equipos de Atención Primaria de referencia (médico-enfermera). La implantación se Coordina a nivel centralizado, junto a las Direcciones de Centros y una red de Enfermeras Gestoras de Casos, 8 provinciales y 1 por cada Distrito- Área Sanitaria, para 411 Centros de Salud.
2. Instrumentos digitales integrados en la Historia de Salud Digital para el Seguimiento: Valoración Integral Exhaustiva/ Plan Acción Personalizado (Buena práctica. Proyecto CIRCE). Hoja de Seguimiento proactivo (biomarcadores, signos -síntomas.), Hoja de Seguimiento Educativo (Si necesidad de soporte educativo)
3. Aplicación de seguimiento en móvil del paciente
4. Difusión del proyecto a cargos directivos y posterior difusión en los centros. Formación a cargos directivos y a profesionales.
5. Proyecto pilotaje para la continuidad del Seguimiento (24x 365), a través de los servicios de urgencias y emergencias: Sala de coordinación y dispositivos móviles gestionados por enfermeras (en colaboración con referente médico). Tras resultados del piloto, se decide su extensión.

## Resultados

Se puso en marcha el proyecto de Seguimiento Proactivo en todas las Áreas y Distritos Sanitarios de Andalucía. Se identificó a la población diana. Se elaboraron los planes de acción personalizados, consensuados con el paciente. En la actualidad 72.757 personas en seguimiento por enfermeras de AP coordinadas por Enfermeras gestoras de casos y en con el equipo multidisciplinar.

En pilotaje de continuidad del seguimiento, se incluyeron 27.159 personas y se siguió a 1800. Periodo marzo-agosto 2022. Se pilotó la atención 24x365 llamando si lo precisa el paciente a sala de coordinación 061, donde existe enfermera que recibe la llamada y coordina la atención urgente, o por el equipo habitual o por EMCA (Equipo móvil de cuidados avanzados: Ambulancia con técnico de transporte y enfermera) con la colaboración de médico de sala de coordinación si fuese preciso.



## CEUTA

### MONITORIZACIÓN CONTINUA DE LA GLUCEMIA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

María del Carmen Ruiz

#### Objetivo

Valorar la mejora del control metabólico del paciente diabético tipo 2 mediante monitorización continua de la glucemia.

#### Método

Ceuta, ciudad española con régimen de autonomía, situada geográficamente al norte de África, con una población de 85000 habitantes y caracterizada por la multiculturalidad que aporta diferencias en determinantes de salud como puede ser la alimentación, consumo de alcohol, ejercicio físico...

La estructura del sistema sanitario en Ceuta es diferente al resto de las autonomías, porque la transferencia en sanidad solo es parcial, dependiendo por tanto la Salud Pública de la administración local y la Asistencia Sanitaria de la Administración Central, en este caso del Ministerio de Sanidad gestionado a través del INGESA, instituto en el que se convierte el extinto INSALUD al completar las transferencias de competencias. El sistema sanitario de Ceuta dispone de un Hospital de segundo nivel ampliado (por la situación geográfica) y tres centros de Salud con características poblacionales bien diferentes:

- **Centro de Salud Tarajal** (junto a la frontera): atiende al 29% de la población que tiene una pirámide con base ancha y que es de nivel socioeconómico y cultural bajo con mucha problemática social y con poca educación sanitaria que hace que tengan poca conciencia de la prevención y acudan a la sanidad cuando los problemas aparecen.
- **Centro de Salud Otero** (zona de barriadas): población de nivel medio, trabajadora, muy demandante del sistema sanitario público.
- **Centro de Salud Recinto** (en el centro de la ciudad) nivel socioeconómico y cultural medio-alto por lo que usan la sanidad privada además de la pública y con una población muy envejecida.

Características epidemiológicas en Ceuta:

- Una de las tasas más altas a nivel nacional de mortalidad por diabetes.
- Prevalencia alta de diabetes en Ceuta un 9%. La media nacional es de un 5%.
- Esperanza de vida con 3 años menos que la media nacional.

En Atención Primaria de Ceuta tenemos registrados a **6183 PERSONAS (Fuente e-SIAP)** con el diagnóstico de DIABETES, lo que representa un 8.25% de personas diagnosticadas del total de las 74909 (Fuente CIVITAS) con TSI atendidas por INGESA. De estas 1200 personas diabéticas según la aplicación DIGITALIS utilizada por farmacia de AP de Ceuta, están en tratamiento con insulina es decir el 19% de las personas diagnosticadas. Y a todo esto hay que añadir un 6% más de Diabéticos tipo 2 que ya lo saben pero aún no han sido diagnosticados.

Por todo esto y tras la publicación en BOE de las resoluciones de la Dirección General de Cartera Común de

Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por las que se dan a conocer los sucesivos acuerdos de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, para la Monitorización continua mediante Sensor Flash de Diabéticos tipo 1 infantil, Diabéticos tipo 1 adulto y Diabéticos con Hiperglucemias por otras patologías, decidimos realizar un **Pilotaje, liderado por Atención Primaria en Ceuta, para la monitorización continua mediante Sensor Flash de los Diabéticos tipo 2.**

La fecha de inicio fue septiembre de 2021, siendo los primeros en toda España con una iniciativa de este tipo. Se establecieron los criterios de inclusión de pacientes diabéticos tipo 2 para su participación en este estudio:

1. Debut diabético con necesidad de terapia intensiva.
2. Diabéticos tipo 2 con mal control metabólico y en tto con tres antidiabéticos orales o con dos ATD orales más insulina basal o con tratamiento mediante insulina bolo-basal.
3. Por discapacidad funcional importante como Ceguera o patologías motoras de MMSS.

Se ha establecido el procedimiento para proporcionar educación para la salud a los pacientes incluidos en el estudio garantizando un uso adecuado del material.

Se ha realizado la formación adecuada y obligatoria a todo el personal de Atención Primaria, tanto personal médico como de enfermería del área sanitaria de Ceuta. Se cuenta además con **educadoras terapéuticas en diabetes** dentro de los equipos de atención Primaria que son los referentes para los pacientes, para los médicos y el resto de enfermería dentro de cada centro de Salud.

Se han estableciendo en Atención Primaria 3 niveles de abordaje de las personas diabéticas tipo 2:

- Pacientes diabéticos pero estables metabólicamente.
- Pacientes con debut diabético reciente.
- Pacientes que precisan insulinización o cambio en su tratamiento por ser pacientes muy mal controlados con varios antidiabéticos orales y /o insulina basal y/o insulina bolo-basal.

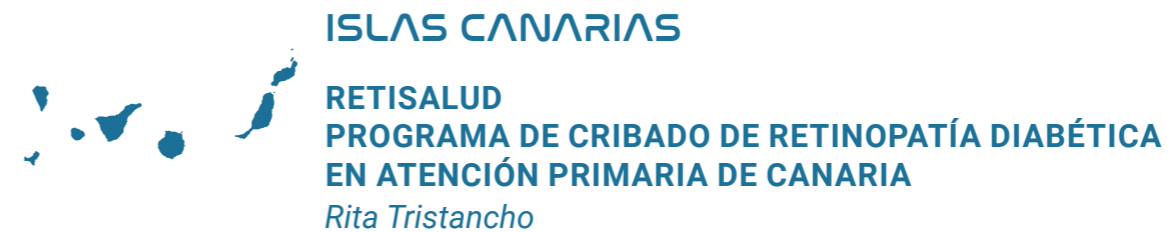
Para cada uno de los grupos hay procedimientos concretos de derivación a distintos profesionales según nivel de complejidad que permiten un mejor control de cada uno de ellos. Paralelamente se ha dotado a los centros con equipos para mediciones de Índice-Tobillo-Brazo (ITB) que permite ver la relación existente entre la presión arterial sistólica de extremidades superiores y la parte distal de las extremidades inferiores. Se está trabajando en un proyecto organizativo que permita la formación de profesionales para la realización de retinografías a pacientes diabéticos en el ámbito de la Atención Primaria.

## Resultado

En el momento actual se está trabajando en las mejoras organizativas que permitan mayor eficiencia en procedimientos y circuitos.

Desde el 1 de septiembre de 2021 hasta la actualidad se han monitorizado 92 pacientes, con mal control metabólico, evolución de más de 10 años y co-morbilidad. Los resultados hasta el momento son excelentes en cuanto a implicación y empoderamiento respecto a su enfermedad y reducción de la HbA1c a niveles entre 7/8. En una muestra de 31 pacientes de los 92, la HbA1c antes del uso del sensor Flash era de 45.16% de los mismos estaba en más de 8 tras el uso de la monitorización continua se consigue que el 48.38% estaba por debajo de 8.

De los cuales el 67.74 tenía un CV (coeficiente de variabilidad) por debajo de 36 y un 54.8% estaban con un TR (tiempo en rango) por encima del 70; con lo cual habían conseguido un mejor control metabólico reduciendo las hiper e hipoglucemias y habían reducido el riesgo cardiovascular y sobre todo microvascular de forma importante en un plazo de tiempo muy corto.



## Objetivo

RETISALUD es un proyecto de Telemedicina que tiene como objetivos:

### Objetivo Principal.

1. La detección precoz de la retinopatía diabética en la población diabéticadiagnosticada en Canarias y en las nuevas que se vayan detectando.
2. Disminución de la incidencia de ceguera por Retinopatía Diabética en la Comunidad.

### Objetivos específicos.

1. Facilitar la accesibilidad a la prueba de retinografía no midriática a todas las personas con diabetes de la Comunidad Autónoma.
2. Coordinar Atención Primaria y Atención Hospitalaria para las lecturas y derivaciones de las pruebas.
3. Mejorar la capacidad resolutoria de Atención Primaria.
4. Capacitar al Médico de Atención Primaria (MAP) para realizar lecturas/interpretación de las imágenes de retinografías.

## Método

La población diana de Retisalud son todos los pacientes mayor o igual a quince años de edad con diagnóstico de Diabetes Mellitus de la Comunidad Autónoma. Retisalud se encuentra implantado en las 7 Áreas de Salud de Canarias y presta atención a una población diana de 132.622 personas (**71.406 hombres y 61.216 mujeres**).

Son criterios de exclusión los pacientes con:

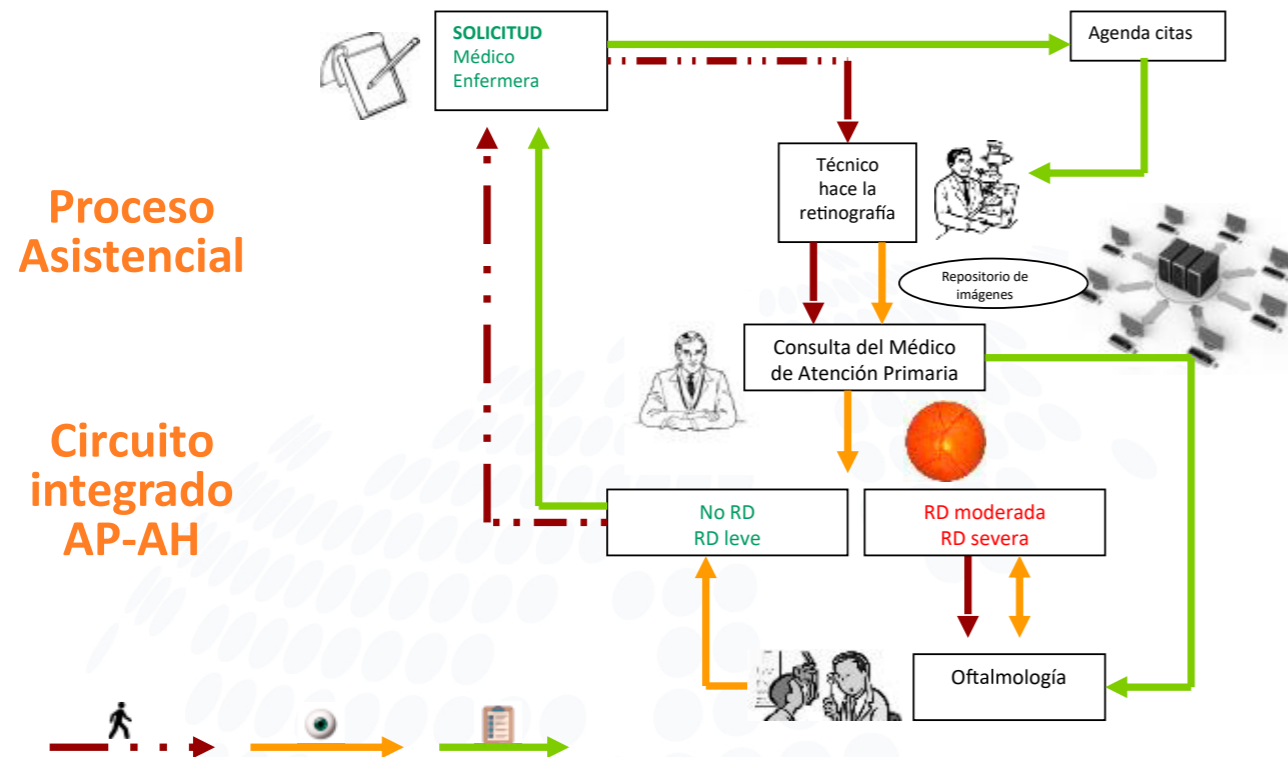
1. Diagnóstico de retinopatía diabética severa, muy severa o proliferativa o edema macular.
2. Paciente inmovilizado con atención en su domicilio o residencia sociosanitaria.
3. Patología ocular irreversible (Ceguera...)
4. Patología ocular pendiente intervención (Catarata...)
5. Patología en seguimiento por Oftalmología (RD...)
6. Desplazado a otra CCAA.
7. Control por oftalmólogo privado.

El parque actual de retinógrafos no midriáticos es de 92 unidades (modelo TOPCON TRCNW200/400) ubicados en los Centros de Salud.

El proceso asistencial de Retisalud, hace uso de las Telecomunicaciones y los sistemas de información sanitarios, para posibilitar la realización de este programa de Telemedicina, donde la prueba de fondo de ojo es valorada por los distintos profesionales sin que el paciente tenga que estar presente.

Consta de dos vertientes:

1. Programa de formación
2. Proceso asistencial



Una vez realizada la retinografía, las imágenes alojadas en la historia clínica electrónica del paciente reciben una primera valoración diagnóstica por el MAP, que establecerá las siguientes valoraciones:

- a. No signos de retinopatía diabética
- b. Signos de retinopatía diabética: Clasificación:
  - i. RD Leve
  - ii. RD Moderada
  - iii. RD Severa
  - iv. RD Muy Severa
  - v. Edema macular

Los pacientes con retinografías sin signos de RD o con RD leve y moderada seguirán los controles establecidos según el protocolo para cada caso, en coordinación con el oftalmólogo, desde Atención Primaria.

El resto de retinografías (patológicas o dudosas) son derivadas telemáticamente desde Atención Primaria para recibir una segunda valoración diagnóstica por el oftalmólogo de referencia. Este proceso está integrado en la actividad asistencial de Atención Primaria y de Atención Hospitalaria, compartiendo la información clínica, lo que permite el seguimiento y la atención longitudinal en los distintos niveles asistenciales.

Retisalud es un módulo específico integrado en la historia de salud electrónica DRAGO-AP, al que también acceden los oftalmólogos para valorar las retinografías derivadas por medicina de familia. El procedimiento de acceso por profesionales de los centros y servicios sanitarios con finalidad asistencial se ajusta a la nor-

mativa vigente al respecto. La aplicación informática permite sacar del circuito a los pacientes diabéticos que no cumplen los criterios lo que permite definir mejor la población diana y recoge la causa de exclusión. Además, se puede solicitar una 2ª opinión si el médico de familia no está de acuerdo con la valoración del oftalmólogo.

El oftalmólogo valorará las retinografías recibidas estableciendo un diagnóstico definitivo, y citará para consulta oftalmológica si el paciente lo precisa.

Todo el circuito dura un máximo de treinta días, desde que se le realiza la retinografía hasta que recibe un diagnóstico definitivo por el MAP o por el oftalmólogo.

### Mejoras Asistenciales

Desde el año 2012, tras detectar que anualmente existía un porcentaje de retinografías “noválidas” importante (dos de cada diez) y como consecuencia había que derivar al paciente a oftalmología a realizarse la prueba, se introdujo la midriasis farmacológica para los casos en los que sin dilatación pupilar las imágenes no tuvieron la calidad necesaria para su interpretación (anexo II). La causa más frecuente detectada de imagen no válida es la miosis senil por lo que tras la instauración de la midriasis con tropicamida el porcentaje de retinografías no válidas descendió. Por este motivo, a la hora de dar la cita, se entrega al paciente un folleto informativo, así cuando acuda a realizarse la retinografía, si fuese preciso la dilatación pupilar, ya está informado y puede prestar su consentimiento verbal, en cumplimiento de la Ley de autonomía del paciente.

### Mejoras Técnicas

#### 1. Mejora del almacenamiento de datos

El almacenamiento de imágenes era muy limitado, era una base de datos y por lo tanto sólo se podía acceder desde una aplicación (no hay servicios web). Se adquirió de un servicio de VNA específico (Vendor Neutral Archive)

#### 2. Migración del repositorio de imágenes:

- Aumentar la capacidad de almacenaje actual.
- Posibilitar la consulta de imágenes de retinografía a terceros:
  - o Otros profesionales del SCS: endocrinos, nefrólogos, etc...
  - o Profesionales externos previo consentimiento informado:
    - o Centros concertados,
    - o Profesionales de residencias sociosanitarias.
- El ciudadano desde el proyecto de MiHistoria.

#### 3. Generar el Informe según RD 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, para Retinografía y subirlo al proyecto de HCDSNS.

#### 4. OCT

En el marco del Plan de Renovación y ampliación del equipamiento tecnológico sanitario 2018-2022 y a cargo de los Fondos de Inversión financieramente sostenibles.

Se concurso la compra de 9 tomógrafos. Ventajas:

- Permite una visión detallada y clara del polo posterior.
- Es capaz de detectar pequeños cambios en la retina que suelen pasar desapercibidos cuando se realizan otro tipo de pruebas, como la retinografía.

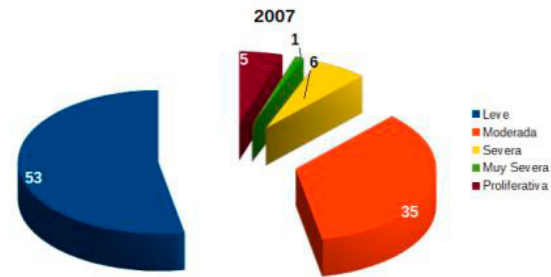
#### 5. Incorporar un Asistente al diagnóstico: Plataforma de ayuda al diagnóstico basado en imagen. Utilización de IA para la detección precoz de la retinopatía diabética.

## Resultados:

El programa RETISALUD fue reconocido en 2007 como Buenas prácticas dentro de la Estrategia en Diabetes del SNS.

El Programa ha demostrado ser eficaz en el cribado de la RD aumentando el porcentaje de diagnósticos en estadios más tempranos de la enfermedad.

Cerca de 600.000 retinografías han sido realizadas desde 2008



De un 53% de leves detectadas en 2007 a un 78% en 2022 y de un 12% en estadios avanzados se ha disminuido a menos de un 2%.

## Análisis 2022

Cerca de 600.000 retinografías realizadas desde 2008



55.107 retinografías realizadas hasta 31/10/2022

## Evaluación

Los indicadores se analizan a través de Oracle Business Intelligence (OBI), utilizando la información registrada en la historia de salud electrónica DRAGO-AP. Se ha elaborado un cuadro de mandos específico para Retisalud que permite de una forma ágil y rápida analizar toda la información. En el se incluyen los siguientes indicadores:

- "Porcentaje de diabéticos susceptibles de inclusión en RETISALUD a los que se ha hecho una retinografía en este sistema en los últimos dos años".
- "Porcentaje de retinografías resueltas en AP".
- "Incremento en el número de retinografías anuales realizadas".
- "Número de Médicos AP inscritos en el curso *"Exploración de fondo de ojo mediante retinógrafo no midriático en Atención Primaria"*".
- "Número de Médicos AP acreditados para valoración de retinografías con el curso".

Además se incluyen indicadores en el Programa de Gestión Convenida anual:

- **Cobertura Retinografías:** Porcentaje de diabéticos susceptibles de inclusión en RETISALUD a los que se ha hecho una retinografía en este sistema en los últimos 2 años.
- **Cobertura Retinografías:** Porcentaje de diabéticos susceptibles de inclusión en RETISALUD a los que nunca se les ha hecho una retinografía.
- **Porcentaje de retinografías valoradas en plazo (< 30 días):** Porcentaje de retinografías valoradas en plazo menor o igual a 30 días, pertenecientes a población RETISALUD frente al total de retinografías realizadas en el año natural.

## MESA 3

# El trabajo multidisciplinar en Atención Primaria



## CANTABRIA

### INDICACIÓN ENFERMERA EN RECETA ELECTRÓNICA: UNA INTEGRACIÓN A NIVEL DE PACIENTE ES POSIBLE

Álvaro Ramos

#### ■ Objetivos

**OBJETIVO PRINCIPAL.** Diseño e implementación en receta electrónica de la indicación enfermera, integrada en una misma hoja de tratamiento del paciente, creando un espacio virtual de trabajo multidisciplinar.

**OBJETIVOS SECUNDARIOS.** Potenciar la coordinación asistencial entre distintos roles profesionales. Reforzar una historia farmacoterapéutica única. Optimizar las actividades de los profesionales de atención primaria.

#### ■ Métodos

**Fase 1.** Grupo multidisciplinar de trabajo.

**Fase 2.** Análisis funcional del sistema de información.

**Fase 3.** Diseño y pruebas en preproducción.

**Fase 4.** Subida a producción con difusión/formación a los/las profesionales.

**Fase 5.** Pilotaje y extensión.

Como premisa se estableció que fuera una integración funcional y tecnológica a nivel de paciente, con un único tapiz de prescripciones/indicaciones. Además, la solución debía contemplar dos niveles de uso: producto farmacéutico con y sin protocolo.

#### ■ Resultados

En noviembre de 2019 comenzó el diseño de la solución tecnológica. En paralelo, la Comunidad Autónoma constituyó un "Comité Institucional para la implementación de la indicación enfermera" con representación de la consejería de sanidad, servicio de salud y colegios profesionales que aprobó la propuesta de integración el 3 de marzo de 2020. Tras un retraso motivado por la pandemia, el desarrollo finalizó y en mayo de 2022 comenzó a pilotarse en la ZBS Altamira junto con el servicio de cirugía del hospital Sierrallana. Tras unos meses de rodaje, en que hubo que resolverse algunas incidencias, está finalizando la última fase de extensión a todas las zonas de Cantabria. La acogida por parte de los profesionales sanitarios ha sido excelente, que consideran que la clave es articular ambas actuaciones (indicación y prescripción) en torno al paciente y no desde la perspectiva de la categoría profesional de cada uno. Se ha mantenido el circuito de renovación de tratamientos crónicos posibilitando la convivencia coordinada de prescripción e indicación, sin pérdida de garantías de seguridad. Por otro lado, la gestión del perfil indicador/prescriptor es muy ágil al realizarse desde el propio nomenclátor farmacéutico y se hace un seguimiento diario de las indicaciones. La llegada de la indicación enfermera es una oportunidad para la mejora en la continuidad asistencial y una solución integrada con la prescripción médica parece la solución más idónea. Sin olvidar la versatilidad que deberá proporcionar en un ámbito creciente de necesidad de cuidados y prestaciones a la población.

#### ■ Evaluación

Hasta la fecha actual, se han realizado un total de 630 indicaciones de enfermería, de las cuales un 43% de las mismas corresponden a absorbentes, 25% corresponden a productos de ostomías, 14% son medias de compresión vascular y un 18% corresponden a otro tipo de productos como material a utilizar en curas o heridas.

#### ■ Enlaces de interés

Servicio Cántabro de Salud: <https://www.scsalud.es/indicacion-enfermera>

Colegio de Enfermería de Cantabria: <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/normativa>



## CATALUÑA

### GESTIÓN ENFERMERA DE LA DEMANDA (GED)

Esther Gil

#### ■ Objetivo

Potenciar el máximo desarrollo de las competencias de enfermería de atención primaria y comunitaria para dar una respuesta asistencial adecuada a las necesidades de salud que la población manifiesta en los distintos ámbitos de actuación: centros de atención primaria, domicilios, residencias, centros penitenciarios, puntos de atención continuada y urgencias.

Valorar el ecosistema de la enfermera, teniendo en cuenta el trabajo multidisciplinar con diferentes profesionales de la salud, trabajando en equipo. Se ha de potenciar el rol de las técnicas auxiliares en curas enfermeras (TCAE) y el administrativo personal de salud. Gestión de la demanda del ciudadano, programando a la persona en el momento, lugar y con el profesional más adecuado a su consulta, para dar una respuesta de calidad

#### ■ Método

**Por parte de enfermería,** potenciar la formación en el programa de armonización de estándares en prestación de curas (ARES) en Atención Primaria, como herramienta que ofrece una evidencia y rigor científico minimizando la variabilidad en la práctica enfermera. Facilita un registro homogéneo de la actividad en este colectivo y ayuda en la toma de decisiones en la gestión de la demanda enfermera. Este programa permite elaborar planes de cuidados estandarizados con un lenguaje propio.

Se realiza una formación teórica y práctica centrada en motivos de consulta agudos en adultos y pediatría, y de una forma centralizada se realiza un acompañamiento y soporte en la familiarización con los planes de curas establecidos, hablamos de gestión enfermera de la demanda espontánea y no espontánea.

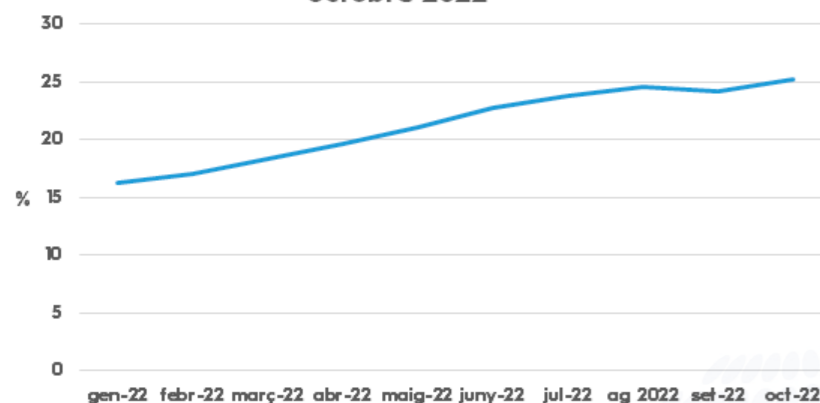
**Por lo que se refiere a las TCAE,** reciben una formación de 2 cursos específicos, sobre temas en los que trabajaran de forma colaborativa con enfermería y medicina de familia. Se ha establecido un documento sobre las competencias propias y las que son delegadas en este colectivo, para que se realicen de forma homogénea en toda la Atención primaria y comunitaria del territorio catalán.

**Por último, relacionado con el administrativo personal de salud,** reciben una formación centrada en programación por motivos de consulta, con el objetivo de gestionar la demanda de forma adecuada y derivar al ciudadano con el profesional más idóneo a su solicitud.

#### ■ Resultados

A partir de aquí los resultados analizados son:

Porcentaje de población atendida con un plan de cuidado dado de alta. Catalunya, enero-octubre 2022



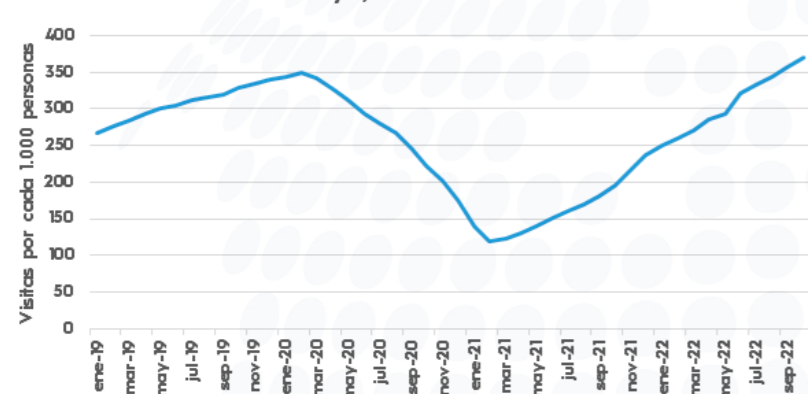
Entre enero y octubre ha aumentado un **54% la proporción de población con un plan de cuidados**.

El **89%** de las personas con un plan de cuidados tienen un **buen control de HTA**.

El **57%** de las personas con un plan de cuidados tienen un **buen control de actividad física**.

El **16% han reducido el peso**.

Evolución de las visitas GED sobre población. Catalunya, 2019-2022



• El **13,7% de las visitas** realizadas por enfermería el mes de octubre de 2022 se **rigen por protocolos estructurados de atención**, con lo que **se han recuperado los niveles previos a la pandemia**.

• **2 de cada 3 visitas GID se resuelve directamente por el mismo profesional de enfermería que le atiende**.

## Evaluación

Con la finalidad de realizar un seguimiento y evaluación en relación a la gestión enfermera de la demanda, se crea un equipo de gobernanza del proyecto y se distribuye en:

**MACRO:** Comisión departamental (DEAPyC) + CatSalut

**MESO:** Regiones sanitarias de CatSalut + proveedores de servicios sanitarios

**MICRO:** Creación de la figura de enfermería clínica territorial (ECT)

- Facilitadoras del programa ARES
- Embajadoras de la GID

En cada EAP, una referente de equipo para el proyecto ARES e impulso GED.

## Enlaces de interés

<https://catsalut.gencat.cat/ca/proveidors-professionals/programacio-per-motius/>

[https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/ambits/OSSC/oigs/bones\\_practiques\\_fitxes/gestio\\_infermera\\_demanda\\_oigs\\_millors\\_practiques2016.pdf](https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/ambits/OSSC/oigs/bones_practiques_fitxes/gestio_infermera_demanda_oigs_millors_practiques2016.pdf)

[https://www.aificc.cat/wp-content/uploads/2018/12/GID\\_Marc-Conceptual.pdf](https://www.aificc.cat/wp-content/uploads/2018/12/GID_Marc-Conceptual.pdf)

## ISLAS BALEARES INFOSALUT CONNECTA María Belén Baquero

### Objetivo

1. Mejora de la accesibilidad y de la calidad de la atención a los usuarios del Servicio de Salud de las Islas Baleares, a través de un servicio multicanal telemático, tramitado por gestores sanitarios especializados.

2. Asegurar una gestión diligente de la demanda asistencial, que reduzca los tiempos de espera desde el primer acceso, facilitando la accesibilidad con una atención experta, que orienta, informa y dirige al usuario-paciente, al mejor recurso para atender su motivo de consulta, en tiempo y forma adecuados, tanto para los usuarios, como para los profesionales, favoreciendo la calidad asistencial.

### Método

La puesta en marcha de este servicio de atención avanzada y experta requería como punto de partida, un **análisis situacional de AP**, que nos permitió decidir qué acciones eran necesarias para desarrollar un plan estratégico, en relación con este servicio.

En esta fase de análisis concluimos que había que hacer **una gestión eficiente de la demanda**. Se creó un grupo de trabajo liderado por la Dirección de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, que incorporó unos proyectos ya iniciados: **Gestión enfermera de la demanda y desburocratización de las consultas de AP**.

**Este equipo multidisciplinar está compuesto por profesionales sanitarios y profesionales no sanitarios**, que además trabajan de manera transversal con los responsables de las distintas unidades de apoyo y con el resto de los profesionales del Equipo de Atención Primaria. Todo esto en coordinación con la dirección de Infosalut Connecta y con la dirección de GAP Mallorca y el Servicio de Salud de las Islas Baleares.

Había que llegar a **consensos y formar**, en este proceso, a todos los profesionales de los Centros de Salud y al propio equipo de Infosalut. Ese conocimiento es decisivo a la hora de establecer sinergias, tener homogeneidad en los procedimientos y seguridad en el desempeño de cada profesional.

Infosalut Connecta es atendido por profesionales cualificados, auxiliares telefónicos tutorizados por técnicos de emergencias sanitarias, que evalúan las demandas del usuario, la importancia clínica de cada consulta y aportan soluciones recomendadas para cada caso. Se ha liberado de toda la demanda telefónica de los centros de salud, redirigiéndola a Infosalut Connecta.

**Se crearon herramientas que consideramos fundamentales: Una fase de pilotaje**, con 10 Centros de Salud, entre abril y junio de 2022 (Un total de 215.364 Tarjetas Sanitarias) y 145.183 llamadas atendidas durante ese periodo.

En esta fase, analizamos datos de actividad y citación, recogimos los motivos de consulta de los usuarios, datos de aceptación o rechazo respecto a la gestión de la demanda, lo que nos llevó a una estimación aproximada que nos ayudaría a definir procesos y procedimientos, estimar recursos y valorar en definitiva la eficacia de la implantación.

Otra gestión fundamental fue **centralizar la atención telefónica en un único número**. Se desviaron todos los teléfonos de cabecera de los centros a la centralita de Infosalut y se puso locución en aquellos que tenían

dificultades técnicas. Se actualizó en la red (web, APP, buscadores) el número único de atención telefónica de Infosalut.

Creamos un **espacio compartido común**, en la actualidad compartido por unas 600 personas, entre personal de Infosalut y administrativos de los Centros de Salud, que genera un **flujo de información constante, información homogénea, actualizada y casi instantánea a disposición de los trabajadores**, donde están recogidos, entre otras cosas **la ruta de citación**, basada en el documento de Gestión de la demanda: una herramienta que guía a la hora de determinar la solución adecuada en función de las necesidades de cada paciente, y el **manual de desburocratización**, proceso implantado y avanzado en AP de Mallorca.

### ■ Resultados

De mayo a octubre 2022: Llamadas atendidas: 1.106.787. Citas gestionadas según protocolo para AP: 610.00 citas. Se ha reducido la gestión de citas presenciales en mostradores de C.S del 80% al 65%. 3.100 citas, que hubiesen sido atendidas por personal médico de Primaria, fueron derivadas a los hospitales (siguiendo el instructivo de desburocratización de las consultas).

### ■ Evaluación

Para la evaluación inicial, se recoge y se comparte el registro de incidencias con el detalle de la incidencia y la solución adecuada, con el fin de detectar áreas de mejora.

En una segunda fase, se evaluará la experiencia del usuario y el impacto del Servicio de Infosalut Connecta, en cuanto a la gestión de la demanda y desburocratización en Atención Primaria.

### ■ Enlaces de interés

<https://www.ibsalut.es/es/info-ciudadania/cita-previa-ibsalut/4059-telefono-ibsalut-connecta-971-220-000>



## LA RIOJA

### PLAN CONTRACTUAL Y RETENCIÓN DE TALENTO PARA PERFIL ENFERMERO: DESDE LA UNIVERSIDAD HASTA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

María Victoria González

#### ■ Objetivo

Desarrollar una propuesta competitiva y sostenible de retención de Recursos Humanos ajustado a las necesidades de Atención Primaria. Cambio del paradigma centrado en los resultados a una gestión centrada en las personas.

#### ■ Método

Las entidades sanitarias afrontan desafíos, a la hora de adaptarse a las actuales preferencias, necesidades y motivaciones de los trabajadores surgidas principalmente desde la crisis sanitaria del Covid-19. Este enfoque considera a las personas como creadoras de valor, potenciales a desarrollar y claves del éxito organizacional. El desafío hoy para el SNS es lograr una eficiente gestión de sus talentos como generador de ventajas competitivas sostenibles. La puesta marcha de herramientas que ayuden a atraer y retener el talento y reforzando el carácter humanista de los RRHH mediante "la sensación de pertenencia, las oportunidades de futuro y la formación". Como charlas en la Universidad de la Rioja a los alumnos de 4ª año de Grado de Enfermería, mejora y ampliación de las dotaciones de uniformidad del personal de enfermería de AP; fidelización y estabilización de empleo con contratos de más de 12 meses; impulso y desarrollo de programas específicos basados en la cartera de servicios propia que incluya la participación de los profesionales como referentes para cada Zona Básica de Salud. Impulso de la investigación mediante la creación de la Unidad de Investigación Multiprofesional de Atención Primaria.

#### ■ Resultados

2022 se ha procedido a la contratación de más de 50 profesionales de enfermería (incremento de plantilla 20%) para reforzar la dotación de las Zonas Básicas de Salud, la captación de 10 enfermeros procedentes de la última promoción de graduados en enfermería de la Universidad de la Rioja, 3 matronas, y 2 especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria.



# MESA 4

## Orientación Comunitaria de la Atención Primaria



ARAGÓN

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN COMUNITARIA DE ARAGÓN

Belén Benedé

### ■ Objetivos

- Descripción proceso implementación de la Estrategia de Atención Comunitaria en Atención Primaria (EACA).
- Descripción resultados en las vías de acción.

### ■ Métodos

La EACA es una iniciativa del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón orientada a mejorar el bienestar de las personas en Aragón y la orientación comunitaria de la Atención Primaria aragonesa. En Atención Primaria (AP), el Servicio de Atención Comunitaria (AC) como servicio básico de la cartera del SNS y presente desde 2006 en la aragonesa, incluye acciones sobre problemas y necesidades de salud de la población de cada zona y la atención de sus desigualdades contando con capacidades, fortalezas y participación. Los Centros de Salud, colaboran e intervienen, con agentes sociales y población estableciendo actuaciones ante los problemas de salud. Para desarrollar la AC es necesario desarrollar la orientación comunitaria de los equipos de AP en todos sus niveles o escenarios de trabajo. La Atención Comunitaria se concreta en los equipos aragoneses en las actividades comunitarias en las que participan o desarrollan, y en los Consejos de Salud. Y es la forma de sumarse a la acción comunitaria que se desarrolla en un territorio para mejorar la salud de la comunidad. La EACA es una de las Acciones del Plan de Salud 2030 (Área 3 Orientación del Sistema Sanitario hacia las personas). El marco de la EACA son los 3 pilares básicos proceso salud-enfermedad: la participación comunitaria, la atención primaria de salud y la acción intersectorial, así como el impacto de lo social en la salud y la equidad. En la estrategia están implicadas las tres Direcciones generales del Departamento de Sanidad: Salud Pública, Transformación Digital, innovación y derechos de los usuarios y Asistencia Sanitaria que es quien la lidera.

La EACA que se inicia en 2016, es una propuesta de innovación y cambio de modelo en la articulación de un servicio sanitario en AP, yendo más allá de ser un mero servicio. Cuenta con gran apoyo institucional con un plan de implementación diferente, que trata de escuchar para avanzar, fomentar la flexibilidad y el trabajo en red y la participación. La estrategia tiene en cuenta que la integración de la orientación comunitaria en los servicios sanitarios es algo que no se puede improvisar. Por ello es importante la formación participativa, intersectorial, a multinivel, multidisciplinar y como un proceso, así como facilitar tiempos, apoyos científico-técnicos, espacio y formación. También realizar transformaciones organizativas que puedan mejorar la orientación comunitaria desde la innovación, la evidencia y/o la investigación. La EACA trata de perfeccionar y mejorar instrumentos, herramientas y/o recursos para hacer fácil el desarrollo del servicio de atención comunitaria en AP. Para ello el apoyo institucional es fundamental, siendo conscientes que imponer un modelo no consolida un cambio. Una estrategia pues, con un plan de implementación diferente, que parece hecho al revés, con un proceso participativo intenso y con trabajo de coordinación interinstitucional. Con una evaluación de la estrategia continua de sus acciones, transparencia, y reforzando la importancia de ligarla a la generación de evidencia, la investigación y la innovación y que reproduzca trabajo en red en todos sus niveles de acción. Los objetivos de la Estrategia de Atención Comunitaria son:

- Potenciar en la prestación de los servicios sanitarios: -la orientación comunitaria y salutogénica basada en activos, -la intersectorialidad y -la participación en salud.
- Reducir el proceso de medicalización, fomentando autonomía de los usuarios y facilitando la recomendación de activos para la salud.
- Generar capacidad organizativa en los servicios sanitarios para responder de forma coherente y sostenida a las necesidades y demandas de los diferentes contextos y grupos de población atendida.
- Facilitar la formación continuada a los profesionales sanitarios y no sanitarios del Servicio Aragonés de

- la Salud que proporcione las habilidades y competencias para una atención comunitaria de calidad.
- Impulsar la colaboración del Departamento de Sanidad y los centros sanitarios del Servicio Aragonés de la Salud para desarrollar políticas saludables, promover la coordinación intersectorial y el trabajo en red entre los servicios sanitarios y los demás servicios públicos presentes en el territorio y apoyar la participación comunitaria en la promoción de la salud.

Las Claves de la EACA (claves que parten del marco conceptual de la salud comunitaria) han sido:

- 1) Aragón como territorio, cultura ha sido una oportunidad: la vertebración como costura.
- 2) Confiar en la sabiduría académica, profesional y experiencial. La EACA ha sido elaborada por un grupo interdisciplinar y territorial de profesionales de Atención Primaria en Aragón y toma como análisis de situación el estudio de investigación «Atención Comunitaria Aragón» y su atlas comunitario 2013-14 que mostró que a pesar de ser un área de trabajo importante para la AP estaba implantada en Aragón de modo desigual, no sistemático, dependiendo del voluntarismo, invisibilizada, con poco apoyo institucional, presentando déficits en metodología, formación y evaluación. Sabiduría de las buenas prácticas aragonesas de las redes de promoción de salud de salud pública, o Consejos de Salud, de técnicos, profesionales y sobre todo de la población;
- 3) Entender que juntas sumamos.
- 4) Que es importante organizar y cuida nuestra casa para poder sumarnos a acciones en salud comunitarias
- 5) Escuchar dentro y fuera.
- 6) Contar con herramientas facilitadoras.
- 7) Crear escenarios para poder trabajar en los EAP.

Para desarrollarla en Aragón planteamos 3 vías de acción y 5 acciones coordinadas. Tres vías de acción que son confluyentes y que plantean una hoja de ruta pero desde el respeto al contexto, realidad y narrativa de los Equipos para que se puedan incorporar a ella. Las vías son:

1. Creación *agenda comunitaria* como herramienta de la orientación comunitaria del equipo y hoja de ruta para desarrollar el servicio de AC.
2. Desarrollo y evaluación *proyectos comunitarios* ligados al acuerdo de gestión del EAP.
3. Atención Comunitaria basada en Activos o el enfoque comunitario basado en activos a través de la *dinamización y la recomendación comunitaria*.

La *Agenda Comunitaria* es una herramienta, una hoja de ruta para establecer el servicio de atención comunitaria de cada EAP, de acuerdo con la trayectoria previa y las características de la Zona Básica de Salud y mejora la orientación comunitaria del centro de salud. Para ello se crea un Grupo de Atención Comunitaria en el equipo en el que la inicia un proceso y elaboración de la agenda comunitaria. Las agendas sirven para visibilizar, reconocer y compartir con la institución, el equipo y la población. Las reflexiones que el EAP se hace son:

- ¿Qué necesidades para el bienestar hay en mi comunidad?
- ¿Qué oportunidades para el bienestar hay en mi comunidad?
- ¿Qué agentes de salud hay en mi comunidad?
- ¿Con quién me relaciono?
- ¿Cómo me organizo internamente y externamente?
- ¿Que propuesta de organización hago en base a mi contexto?
- ¿Qué alianzas vamos a establecer ?

El desarrollo y evaluación de *proyectos comunitarios*, actividades comunitarias ligados al acuerdo de gestión y progreso de la cartera comunitaria del equipo. Y que estos proyectos inicien un proceso de que se aglutinen y se de paso a la oferta de Atención Comunitaria del equipo en los distintos niveles (individual, grupal y/o colectivo) en los que se trabaja (atención individual grupal y/o colectiva). Implican un proceso de reflexión y cambio en la organización de lo EAP para dar una respuesta adecuada las necesidades identificadas en su zona básica de salud. Pueden ser parte de una acción comunitaria en la que participe el Centro de Salud junto a más agentes. Son un proceso y pueden estar ligados al Consejo de Salud de Zona. Las actividades comunitarias que desarrollen los equipos se clasifican en tres grandes grupos: Problemas de Salud, Deter-

minantes de Salud y Transiciones Vitales; e utilizan los instrumentos de salud comunitaria y promoción de salud como la educación para la salud, la comunicación social, la acción social en salud y planes comunitarios o la reorientación comunitaria de los servicios. Los proyectos han de cumplir la definición de actividad comunitaria del Proyecto frAC de Actividades Comunitarias (lo suficientemente amplia como para contemplar la heterogeneidad de la práctica, pero lo suficientemente estricta al contemplar la participación comunitaria y la intersectorialidad). Cuentan con apoyos técnicos concretos de salud pública y de las direcciones de AP para trabajar de otra forma en coproducción en salud a distintos niveles y con perspectiva comunitaria en la atención. El enfoque comunitario basado en activos para la salud *Atención Comunitaria basada en Activos* a través de dos acciones:

- a) **Dinamización Activos para la Salud:** Ver, Reconocer, Participar, Aliarse, Coordinar, Coproducir. Para ello se usa la herramienta Buscador de Activos para la Salud Alianza Salud Comunitaria.
- b) **Recomendación de Activos para la Salud en AP:** Para impulsarla se creó un grupo de trabajo específico multidisciplinar y territorial que elaboró una Guía de recomendación de activos para la salud en Atención Primaria para la creación de esquemas de recomendación de activos. Esta guía presenta un protocolo para la recomendación formal desde los EAP vinculados a la Historia Clínica de cada persona y con enlace al Buscador de Activos para la Salud desde la misma. Además de las vías de acción existen las siguientes *acciones coordinadas*:

1. *Plan formativo:* multidisciplinar, generación equipos, para crear capacidad profesional, con un itinerario, adaptado con formación ligada a la práctica y la acción y potenciando la formación de formadores.
2. *Apoyos Técnicos:* Salud Pública con sus Servicios de Asesoramiento de Promoción de salud, programas, redes de promoción de salud, o su atlas de salud de vigilancia, Los Consejos de Salud o la Escuela de Salud.
3. *Redes Locales de Salud.* Su finalidad es potenciar la coordinación entre los servicios públicos que trabajan en el mismo territorio, dinamizar los activos para la salud de acuerdo con las necesidades detectadas y facilitar la atención comunitaria basada en activos de los equipos de AP, así como las alianzas para el desarrollo de las acciones de SC.
4. *Apoyos científicos:* investigación y grupos científicos.
5. *Difusión:* web-blog para profesionales y transparencia para la población. Ponencias. Colaboración y estudios de evaluación.

La Estrategia tiene unos criterios de evaluación y unos indicadores para evaluar cada vía de acción, así como los niveles macro, meso y micro en los que se implementa.

## ■ Resultados

En este momento 70% de los Equipos de Atención Primaria (EAP) cuentan con agenda comunitaria. La formación impartida se ha demostrado clave. El 80% cuentan con un Proyecto de Atención Comunitaria ligado al AGC. Existe un buscador de activos vinculado a historia clínica de los pacientes con un protocolo de recomendación de activos. El protocolo fue utilizado 2.109 veces realizando 1.482 recomendaciones y 428 seguimientos. La edad fue de 67,9 años, 74,8% mujeres. Los diagnósticos relacionados con problemas sociales y psicológicos fueron los más frecuentes, y la esfera física fue el aspecto más potenciado. Más del 90% de las personas que se pudo llevar control asistieron a los activos recomendados, con un grado de mejoría de 4,3 (0/5). Es preciso continuar generando evidencia para poder adecuar y hacer más eficiente este proceso. Y sobre todo hay que seguir con apoyo institucional, integración en las herramientas de gestión, con evaluación e investigación orientada a generar evidencia y resultados en salud. Y para ello se precisa continuar con el trabajo intersectorial coordinado y cooperativo aunando lenguajes, con los valores de respeto, confianza, horizontalidad y equipo que han sido claves, así como el diálogo, la coproducción y la co-implicación de todos los actores.

Para más información y profundización visitar: [atencioncomunitaria.aragon.es](http://atencioncomunitaria.aragon.es)  
 Contacto: [atencioncomunitaria@aragon.es](mailto:atencioncomunitaria@aragon.es)



## EXTREMADURA

### DEL PROYECTO PROGRESO A LA ESTRATEGIA DE SALUD COMUNITARIA DE EXTREMADURA

Rocío Moreno

#### Objetivo

Promover, por los Equipos de Atención Primaria de Extremadura, la Salud Comunitaria en sus Zonas de Salud.

#### Método

Basado en las experiencias previas, a nivel local (Proyecto Progreso-C.S. El Progreso) y de Área de Salud (Área de Salud de Badajoz), aplicación de la metodología de la intervención comunitaria de Marco Marchioni. A continuación una síntesis de los elementos clave:

- Espacio de coordinación comunitaria de salud: Comisión Comunitaria de Salud.
- Estudio de investigación participativa: Análisis de la Situación de Salud o Diagnóstico de Salud Comunitario.
- Métodos de priorización de necesidades/problemas.
- Programas de actividades/intervenciones comunitarias.
- Evaluación de los resultados.
- Divulgación permanente: socialización de la información.

#### Resultados

Publicación de la Estrategia de Salud Comunitaria de Extremadura como resultado del trabajo grupal de análisis y adaptación de las experiencias previas de éxito, a nivel local y de Área de Salud, al momento y condiciones actuales de la Atención Primaria y Comunitaria.

#### Evaluación

La Estrategia de Salud Comunitaria de Extremadura se ha presentado el 29 de noviembre de 2022, y está pendiente de su implementación.

La evaluación/reflexión del trabajo de las experiencias previas:

**PROYECTO PROGRESO:** 17 años trabajando en comunidad para mejorar el bienestar y las condiciones de vida de la Zona de Salud el Progreso.

#### PROYECTO PARTICIPACIÓN Y SALUD:

- Es imprescindible el apoyo institucional.
- No todos los Equipos de Atención Primaria están en disposición de iniciar un Proceso de Salud Comunitaria.
- La implicación de la Administración Local es necesaria en los Procesos de Salud Comunitaria.
- Hay que poner en valor las actividades comunitarias que ya están haciendo los Equipos de Atención Primaria.
- Es fundamental formar en metodologías comunitarias a los/as profesionales para impulsar acciones comunitarias.

#### Enlaces de interés

<http://proyectoelprogreso.blogspot.com/>

<https://saludextremadura.ses.es/saludcomunitaria>



## CASTILLA Y LEÓN

### PLAN DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN COMUNITARIA DE CASTILLA Y LEÓN

Lydia Salvador

#### Objetivos

- Aumentar la sensibilización, formación e implementación de proyectos de Salud Comunitaria en Castilla y León.
- Motivar y dar herramientas metodológicas a los Equipos de Atención Primaria para el desarrollo de actuaciones con calidad y evidencia científica de educación para la salud e intervenciones comunitarias.

#### Métodos

Para realizar este plan formativo hemos aprovechado las oportunidades que surgieron gracias a los *Fondos Europeos de Recuperación, Transformación y Resiliencia* para formación sanitaria y nuestras experiencias con formaciones en metodologías comunitarias que habíamos ido realizando los años previos. Con todo ello desarrollamos en 2022 un Plan de formación en Atención Comunitaria.

Este plan se desarrolló en 2 líneas formativas:

#### FORMACIÓN EN EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL EN CENTROS EDUCATIVOS:

Difusión del modelo desarrollado en el área de Salamanca desde 2005 con intervención en más del 70% de los centros educativos de secundaria de su área de salud, tanto urbanos como rurales. Programa que sigue las Orientaciones Técnicas Internacionales sobre educación en sexualidad de la UNESCO y OMS (entre otras) y está basado en el programa "Ni Ogros ni Princesas" de la Comunidad Asturiana. Recibió el reconocimiento de Buena Práctica del SNS en actuación sanitaria frente a la Violencia de Género en 2012. Este equipo ha impartido formación en todas las demás áreas de salud de Castilla y León (10 áreas). Se han formado 179 profesionales.

#### FORMACIÓN EN SALUD COMUNITARIA CON METODOLOGÍA PROCC

Procesos Correctores Comunitarios: Objeto de estudio y trabajo los malestares de la vida cotidiana; Promueven una mirada crítica del modo de vida; Favorecen acción participativa de la población en la resolución de sus contradicciones; Mirada de equidad y perspectiva de género.

Experiencias previas (en plena pandemia COVID-19):

- 2020: Favorecer los autocuidados en pacientes con enfermedades crónicas.
- 2021: -Intervención grupal para promoción de la salud con mujeres.  
- Intervención comunitaria en medio rural.

Durante el primer semestre de 2022, se realizaron actividades formativas de diversos tipos para adaptarse a las posibilidades, disponibilidades y circunstancias del contexto de pandemia: breves de sensibilización extensiva y otras más intensivas, con diferentes formatos: presenciales, online en vivo y en diferido.

**PLAN DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN COMUNITARIA CASTILLA Y LEÓN 2022**

- TALLERES DE INTRODUCCIÓN A LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA**  
Online en vivo - 4 hs  
Inicio: 25 de abril \*
- SEMINARIO DIÁLOGOS SOBRE SALUD COMUNITARIA**  
Online en vivo - 8 hs  
Inicio: 7 de junio \*\*
- CURSO LA MIRADA BIOPSICOSOCIAL EN CONSULTA**  
Online en diferido - 8 hs  
Inicio: 15 de junio \*\*
- LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA CON PERSONAS CUIDADORAS**  
Presencial - 60 hs  
Salamanca / Valladolid / Burgos / León  
Inicio: 19 de mayo \*
- IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTOS COMUNITARIOS**  
Mixta - 30 hs  
Inicio: 25 de abril \*\*\*
- EDUCACIÓN AFECTIVO SEXUAL EN CENTROS EDUCATIVOS**  
Presencial- 9 hs  
Inicio: 8 de junio \*\*\*

Desde la Gerencia Regional de Salud se apuesta por apoyar a los y las profesionales de AP en la capacitación en intervención comunitaria. Con este Plan de Formación se pretenden dar los primeros pasos. Todas las actividades cuentan con acreditación sanitaria. Toda la información de las actividades e inscripciones en:  
 \* Responsables de EpS.  
 \*\* Plataforma FOSA.  
 \*\*\* Dirigido a profesionales con formación previa.

Junta de Castilla y León Sacyl

- Introducción a la intervención comunitaria en salud desde AP: 4 horas, 40 talleres ofrecidos a todos los centros de salud.
- Intervención comunitaria con personas cuidadoras: formación e implementación. 60 horas, 4 ediciones.
- Aula virtual la mirada biopsicosocial en consulta: curso on line.
- Seminarios avanzados sobre salud comunitaria con personas expertas: 4 Seminarios: Javier Segura, Rafael Cofiño, Mirtha Cucco y Mercedes Martínez.
- Implementación de proyectos comunitarios: 3 actividades: promoción de salud de mujeres, intervención rural y escuela de madres/padres.

## Resultados

### Cuantitativos:

Desde 2020 hasta este junio de 2022 se habían formado 1.072 profesionales en atención comunitaria. A finales de 2022 esperamos unas 1.400 personas formadas.

ACTIVIDAD	PROFESIONALES FORMADOS
Autocuidados en pacientes con enfermedades crónicas	99
Intervención grupal para promoción de la salud con mujeres	20
Intervención comunitaria en medio rural	25
Introducción a la intervención comunitaria en salud desde AP	332
Intervención comunitaria con personas cuidadoras	94
Aula virtual la mirada biopsicosocial en consulta	137
Seminarios avanzados sobre salud comunitaria con personas expertas	140
Implementación de proyectos comunitarios	46
Educación de proyectos comunitarios	179
TOTAL HASTA PRIMER SEMESTRE 2022	1072

### Nivel de satisfacción del alumnado alto (media 8.45).

#### Cualitativos:

Lo mejor...:

- “Hemos aprendido mucha metodología”,
- “Aprender a reflexionar juntos”,
- “Crear redes de apoyo fuera del centro de salud”,
- “Pasar consulta mirando al barrio, qué pasa en el territorio y a su gente”...

Se han recogido impresiones de **DIFICULTADES** para la implementación de proyectos comunitarios:

- **Falta de tiempo** para la actividad comunitaria (primacía de la tarea asistencial).
- **Falta de herramientas y conocimientos** (qué y cómo).
- Mayoritariamente con **actividades puntuales** e informativas “dar charlas”.
- Dudas y dificultades lograr **participación de la población**.
- **Mucho por hacer** y necesario sostener la continuidad y los procesos.
- Necesario ir incidiendo en los **diferentes niveles implicados**: político / técnico / profesional / poblacional.

#### ...y OPORTUNIDADES:

- Tener formación y valorar el trabajo en comunitaria permite **crear o aprovechar los márgenes de maniobra**: “Se pueden hacer cosas”.
- Abrir el **conocimiento a las dimensiones grupales, comunitarias, de procesos, de participación**, con mayor

incidencia de transformación más estructural.

- Se han creado **redes** de profesionales y también con equipo de las distintas Gerencias de AP y Gerencia Regional Salud.
- Se ha facilitado conocer **buenas prácticas** de cada área de salud en comunitaria.
- Existe **motivación**: “Estamos en el camino”.

*EJEMPLO EXPERIENCIA: Intervención Comunitaria con personas cuidadoras principales.*



*EJEMPLO DE CARTEL DE DIFUSIÓN A LA POBLACIÓN (Valladolid Oeste)*

## Evaluación y Conclusiones

**RESULTADOS GLOBALES CON LA POBLACIÓN:** Sin poder realizar aún una evaluación de proyectos llevados a cabo en la comunidad (las primeras formaciones de implementación acabaron en junio de 2022) sí podemos señalar que:

- Se han realizado **actividades y grupos para personas cuidadoras** en las 4 áreas pilotadas desde AP.
- Este curso escolar ya se están realizando **talleres de Educación Afectivo-Sexual** en nuevos centros educativos.
- Experiencia de **Escuela de madres y padres** de zona rural de Ávila.
- Se están desarrollando **grupos de promoción de la salud de las mujeres** con perspectiva de género (tratando la sobrecarga de los cuidados, corresponsabilidad, igualdad, autocuidados): en actividades de lactancia, abordaje de malestares, soledad en mujeres mayores del medio rural, madres de niños/as con TDAH, prevención de violencia de género...

### EN MARCHA ACTIVIDADES FORMATIVAS SEGUNDO SEMESTRE 2022:

- Trabajar la **Alimentación en Intervenciones Grupales y Orientación Comunitaria**: 26 personas.
- **Formación en Escuela de madres y padres en salud**: 20 personas.
- Curso de Fragilidad con Módulo de **Mapeo de activos envejecimiento activo** para prevención: unas 500 personas.
- Nueva edición de **Aula virtual la mirada biopsicosocial en consulta**: más de 100 personas.

## PERSPECTIVAS DE FUTURO:

- 2023: Seguir con Plan Formativo en Salud Comunitaria (Financiado con cargo a los fondos aprobados en el CISNS de fecha 21/09/2022 como apoyo a la implantación del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria).
  - Intervención con Personas cuidadoras en el resto de 7 áreas: 20-24 por área: 140 participantes
  - Grupos de promoción salud mujeres en todas las áreas: 20-24 área: 220 participantes
  - Pilotaje grupos de hombres con malestares en salud: 24 participantes en un área
  - Nuevo curso biopsicosocial consulta: 100 participantes.
  - Implementación Alimentación: 24 personas
  - Nueva edición Educación Afectivo-sexual en igualdad: 60 personas
  - Consejos de salud y participación ciudadana
  - EPS: "Atención Sanitaria en mi Localidad y en mi ZBS" (Modelo Segovia)
  - Promoción del buen uso de las TIC en la Comunidad desde los servicios sanitarios
  - Formación en Mapeo de activos desde el EAP (Modelo Burgos)
  - Formación de residentes de medicina y enfermería familiar y comunitaria
- En preparación la Estrategia de Salud Comunitaria de Castilla y León.
- Subportal de Salud Comunitaria: información a la ciudadanía, compartir proyectos, mapeo de activos sociales.
- Herramientas de apoyo: Guías de apoyo a la dinamización de consejos de salud, calidad en la elaboración y evaluación de proyectos.
- Organizar Agenda en los EAPS para el desarrollo de proyectos comunitarios.
- Redes con Salud Pública, otras instituciones, entidades, asociaciones, ciudadanía.

### ■ Enlaces de interés:

- Cartera de Servicios de Atención Primaria de Castilla y León: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/catalogo-prestaciones/cartera-servicios/cartera-servicios-atencion-primaria>
- Aula de pacientes SACYL: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es>
- Guía de Incorporación de la perspectiva de Género en la Estrategia de Atención Primaria. SACYL



## MADRID

### ESTRATEGIA DE SALUD COMUNITARIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

Yolanda del Rey

#### ■ Introducción

La Atención Primaria tiene su campo de acción en las personas y en la comunidad en la que viven. La comunidad tiene importancia por su influencia tanto en los estilos de vida de las personas como en el medio ambiente, ambos factores determinantes que contribuyen al estado de salud de las personas. Hasta ahora se han puesto en marcha iniciativas que promueven la actividad comunitaria, como la incorporación de este servicio a la Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria y su seguimiento en la aplicación EpSALUD.

En el nuevo contexto, se hace necesario dotar a nuestra organización de una herramienta para avanzar en esta línea.

Esta primera Estrategia de Salud Comunitaria de Atención Primaria de La Comunidad de Madrid reúne en su análisis interno y externo información de dos años previos a la pandemia (2018 y 2019) y de los años 2020 y 2021, ofreciendo de este modo una visión del comportamiento de la atención ofrecida con enfoque comunitario desde los Centros de Salud previa a la pandemia, tras la reorganización de la asistencia frente a la COVID-19 y sobre la percepción de su labor por la ciudadanía. Toda esta información acumulada y analizada ha sido clave para marcar dos de los ejes de la estrategia: el eje de constitución de una estructura y organización permanente de la Salud Comunitaria, y el eje de activación de la atención individual, personalizada y familiar, grupal y comunitaria que se realiza desde los centros de salud con enfoque comunitario.

#### ■ Marco

Esta primera estrategia de carácter autonómico del Servicio Madrileño de Salud y surge para dar respuesta al Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023, aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 15 de diciembre de 2021, sujeto al Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.

La orientación comunitaria del sistema sanitario plantea la corresponsabilidad por la salud de la comunidad con la que trabaja. Así mismo, conlleva el uso de las ciencias de la Salud Pública (SP) y estrategias basadas en la evidencia, y otros enfoques para empoderar y trabajar con la comunidad, de una manera culturalmente apropiada, para optimizar la salud y la calidad de vida de las personas que viven, trabajan o están en una comunidad.

Se trata de un compromiso autonómico planteado en una estrategia con un horizonte temporal 2022-2026, con el objetivo de potenciar y fortalecer la orientación comunitaria en los tres niveles posibles de la asistencia sanitaria ofrecida desde los centros de salud.

Los destinatarios: todas las personas atendidas desde Atención Primaria del SERMAS.

#### ■ Enfoque comunitario

Esta estrategia tiene un claro enfoque comunitario que se estructura en tres niveles:

##### Nivel 1. Nivel individual y familiar: "pasar consulta mirando a la calle"

El objetivo es que desde las consultas individuales se haga prevención y promoción de la salud integrando la prescripción de activos y aplicar la triple IC.

Para ello es imprescindible que se conozcan, por parte del profesional, los recursos propios que ofrecemos en el SERMAS y del entorno y así poder ofrecérselos a la población, además de prescribir y recomendar activos de salud educativos y comunitarios, de otros sectores. Para eso se precisa integrar las tecnologías y adaptarnos a la actual. La herramienta necesaria sería el Módulo único de Prescripción de activos de salud educativa y comunitaria.

**Nivel 2. Nivel grupal: "educación para la salud grupal trabajando sobre las causas de las causas".**

Dos aspectos son imprescindibles dentro de esta estrategia:

Promover que se trabaje con grupos haciendo talleres educativos dirigidos a la comunidad, teniendo en cuenta las características de esta y las necesidades concretas de cada territorio.

Planificar anualmente los talleres de prevención y promoción de la Salud que hay que ofertar a la ciudadanía y el número de plazas abiertas a preinscripción en función de las necesidades de los informes de Salud Pública y las necesidades de la zona básica. Alcanzar que la oferta de plazas sea visible a distintos niveles y se pueda preinscribir a ciudadanos desde una consulta de neumología o el propio ciudadano pueda inscribirse vía APP.

**Nivel 3. Nivel colectivo: Acción comunitaria en salud, "el centro de salud no es el único centro que da salud".**

El objetivo es trabajar de forma intersectorial en interdisciplinaria, con numerosas entidades y agentes del territorio local que tienen un papel relevante para mejorar el bienestar de la comunidad. Se trata de que alguna/s persona/s del equipo de AP representen al centro de salud en un proceso de acción comunitaria y/o desarrollo comunitario.

**Definición estratégica**

La estrategia se despliega con la base de la triple IC:

Triple I:

- Interdisciplinar
- Intersectorial
- Interoperabilidad

La triple C:

- Coordinación
- Colaboración
- Compromiso de cooperación intersectorial

En el siguiente gráfico se recogen los 9 ejes de la estrategia:



**OBJETIVO DE DESARROLLO EJE 1 DE LA ESC\_AP\_CM:**

Garantizar que el mayor número de personas tengan la información de las metas y conocimiento de los resultados obtenidos tras la implantación y desarrollo de la ESC\_AP\_CM.

**OBJETIVO DE DESARROLLO EJE 2 DE LA ESC\_AP\_CM:**

Emprender una reforma que otorgue a la Gerencia Asistencial de AP la capacidad de gestión en materia de Salud Comunitaria y se garantice la abogacía en salud sobre elementos relacionados con determinantes sociales y el adecuado desarrollo de medidas conforme a lo establecido en la ESC\_AP\_CM

**OBJETIVO DE DESARROLLO EJE 3 DE LA ESC\_AP\_CM:**

Integrar los marcos normativos y colaborativos autonómicos sobre las bases de estrategias de desarrollo a favor de la triple IC99 desde los CS de AP con otros sectores de la comunidad.

**OBJETIVO DE DESARROLLO EJE 4 DE LA ESC\_AP\_CM:**

Garantizar que la población atendida en AP tenga los mismos derechos a recibir prevención y promoción de Vida Saludable en los tres niveles de atención: individual, grupal y comunitaria y en base a los planes, programas y proyectos educativos según establece el punto 3 del marco estratégico de este mismo documento.

**OBJETIVO DE DESARROLLO EJE 5 DE LA ESC\_AP\_CM:**

Crear un ecosistema digital sólido e innovador en materia de prevención y promoción de la salud ofrecido desde el primer nivel asistencial a favor de garantizar la aplicación de la triple IC99 con las personas, grupos y colectivos, y adecuar la atención a las exigencias de la sociedad actual, aplicando desarrollos de innovación orientados a las 5P (Poblacional, Preventiva, Predictiva, Personalizada y Participativa).

**OBJETIVO DE DESARROLLO EJE 6 DE LA ESC\_AP\_CM:**

Garantizar que el mayor número de profesionales estén formados sobre el abordaje biopsicosocial desde la aplicación del enfoque comunitario a nivel individual, grupal y comunitario.

**OBJETIVO DE DESARROLLO EJE 7 DE LA ESC\_AP\_CM:**

Promover la investigación en salud comunitaria desde la atención primaria mediante estudios de investigación con metodologías mixtas que ayuden a mejorar la atención que se ofrece a la ciudadanía incorporando para ello la participación de la Comunidad.

**OBJETIVO DE DESARROLLO EJE 8 DE LA ESC\_AP\_CM:**

Garantizar una vigorosa estrategia financiera donde se pueda dar respuesta a los objetivos de construir una estructura organizativa de Salud Comunitaria en AP, de integrar un nuevo ecosistema digital educativo y comunitario en los centros de salud y poder aplicar el enfoque comunitario a los tres niveles: individual, grupal y colectivo.

**OBJETIVO DE DESARROLLO EJE 9 DE LA ESC\_AP\_CM:**

Garantizar el control, seguimiento, implantación y mejora del desarrollo de todos los ejes de la ESC\_AP\_CM en tiempo y cumpliendo los requerimientos de transparencia del uso de los fondos europeos.



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD