



ESTRATEGIA DE REORGANIZACIÓN Y REFUERZO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN CASTILLA Y LEÓN

27 de septiembre de 2021

1. INTRODUCCIÓN

El Plan estratégico para Atención Primaria se plantea ante la necesidad de dar respuesta a los siguientes retos que el sistema de salud tiene que hacer frente:

- A la dispersión geográfica.
- A la pérdida de población.
- Al envejecimiento de la población.
- Al aumento de enfermedades crónicas.
- A la falta de profesionales.

OBJETIVOS DEL PLAN

- Proporcionar una mayor calidad asistencial.
- Adecuarse a las necesidades sanitarias que tiene la población en la actualidad.
- Organizar, de forma eficiente, la dotación de profesionales.
- Fomentar la promoción de la competencia profesional.
- Garantizar la accesibilidad y la equidad en la prestación sanitaria para la ciudadanía.
- Aumentar la resolutiveidad en el primer nivel asistencial (a través del aumento de la motivación del personal y la actualización de las infraestructuras y de la dotación tecnológica).
- Aumentar la calidad asistencial en los procesos tiempo-dependientes (mediante nuevos recursos).



- Avanzar en la equidad asistencial en el mundo rural (nuevos modelos asistenciales y nuevas tecnologías).
- Optimizar al máximo la falta de eficiencia económica intrínseca a la asistencia urgente y avanzar en la transversalidad entre los distintos niveles asistenciales de urgencias.

NECESIDADES DEL PLAN

Para poder llevar a cabo este plan de reorganización de la Atención Primaria es imprescindible trabajar en los **cambios normativos** necesarios y en el desarrollo teórico y práctico de **un plan de comunicación**. La reorganización de la Atención Primaria es un proceso complejo y ambicioso que implica a muchas personas en factores relevantes de su vida (a los profesionales les afecta en el desempeño de su trabajo, a los pacientes en la asistencia sanitaria y a la sociedad en su conjunto). Por ello requiere de una comunicación cuidada y planificada para que sea bien entendido.

En la reorganización de la Atención Primaria es imprescindible contar con un **plan de recursos humanos** ya que sin profesionales sería inviable. Será necesario incorporar 499 nuevas enfermeras y otros profesionales como TCAE, fisioterapeutas, médicos y personal administrativo, entre otros.



2. ATENCIÓN ORDINARIA

LÍNEAS DE TRABAJO

1. Modificaciones al mapa sanitario (“entrezona”).
2. Redistribución de la población entre los profesionales (“intrazona”).
3. Redistribución de las tareas entre los profesionales del equipo (“intraequipo”).
4. Mejora de la capacidad resolutive, especialmente en el medio rural.
5. Acciones organizativas

Estas líneas de trabajo precisan de los siguientes cambios:

- Modificaciones de la plantilla, con incremento de la misma en algunas categorías.
- Modificaciones normativas.
- Aumento de presupuesto para infraestructuras y dotación.

1. MODIFICACIONES AL MAPA SANITARIO

En los últimos años se ha ido produciendo un incremento de población en determinados núcleos, fundamentalmente urbanos, a costa del progresivo despoblamiento del ámbito rural. Sin embargo este cambio demográfico en muchas ocasiones no ha venido acompañado de modificaciones en las estructuras territoriales básicas en nuestro Sistema Público de Salud, que permanecen sin revisión desde su creación en 1988.

Los cambios demográficos, las mejoras en las infraestructuras y la disponibilidad de transporte tanto público como privado aconsejan una revisión profunda y una redistribución en las diferentes Zonas Básicas de Salud del Servicio de Salud de Castilla para mejorar la eficiencia y la sostenibilidad del sistema sanitario.

En este momento hay algunas necesidades prioritarias, pero se precisa de instrumentos que permitan realizar los cambios necesarios de forma ágil tras la evaluación periódica de las necesidades de los mismos.

Eso pasa por modificaciones normativas (actualmente en marcha).



Los criterios para realizar dichos cambios son:

- La delimitación de las Zonas Básicas de Salud se establecerá atendiendo a criterios geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos, de vías de comunicación, de recursos sanitarios, así como a otros criterios relacionados con la optimización en la ordenación de los recursos y de optimización de la respuesta a las necesidades sanitarias de los ciudadanos.
- La adecuación a la población (evitar zonas con menos de 5000 habitantes).
- Mejora en las isócronas (modificar las zonas que no cumplen los 30 minutos máximos de distancia al Centro de Salud o las localidades que están mejor comunicadas y a menos distancia del centro de salud de otra zona básica).

Tipos de cambios en el mapa sanitario:

- Unificación de Zonas Básicas de Salud.
- Disgregación de Zonas Básicas de Salud existentes.
- Redistribución de municipios o localidades de unas ZBS a otras dentro de la misma Área de Salud.

2. REDISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES

Para proceder a la redistribución de la población entre los profesionales se debe analizar la actual situación de cada Zona Básica de Salud identificando aquellas que puedan necesitar una posible modificación. Se han de tener en cuenta además de los criterios clásicos de isocronas y distribución de tareas entre profesionales, el grado de dependencia, dispersión, cronicidad, existencia de centros residenciales, existencias de oficinas de farmacia o botiquines, centros sociosanitarios y escolares, así como las comunicaciones existentes en dicha zona.

En el medio rural, en general, hay Zonas Básicas de Salud donde se podrían reducir el número de demarcaciones médicas, al tener unos cupos de pacientes tan pequeños que ponen en riesgo el necesario mantenimiento de las competencias profesionales. Por el contrario, la plantilla de enfermeras es inferior a las necesidades para atender a una población envejecida y con enfermedades crónicas.



Estos cambios precisan un cambio normativo que permita hacer evaluaciones periódicas de las necesidades de profesionales. También este cambio normativo está en marcha.

CRITERIOS PARA LAS MODIFICACIONES DE PLANTILLA

- Es necesario definir el cupo mínimo de pacientes por debajo del cual debe plantearse una modificación. Se propone que el cupo de pacientes por médico, no sea inferior a 400 pacientes. Se podrá estudiar la necesidad de que en algún caso esta cifra deba ser modificada.
- Las modificaciones se harán, preferiblemente de forma oportunista, es decir, cuando ocurran cambios en la plantilla por jubilaciones, traslados, etc. En esos momentos se valorará la conveniencia de distribuir los pacientes en cupos más acordes con los estándares recomendados.
- Siempre que se produzca una modificación de un puesto de trabajo, de una categoría, se sustituirá por otra plaza de igual o similar categoría en la misma área/ZBS.
- No se producirá la pérdida de ninguna plaza de ninguna categoría en el área/ZBS.
- Hay algunas categorías profesionales deficitarias, por lo que sería necesaria la creación de nuevas plazas (enfermeras y administrativos fundamentalmente, pero también fisioterapeutas, trabajadores sociales, así como TCAES y celadores).

Todas las áreas valoraran anualmente después de cada concurso de traslado, aquellos cupos que precisen de una redistribución, así como las jubilaciones previstas antes del siguiente concurso de traslados.

3. REDISTRIBUCIÓN DE LAS TAREAS ENTRE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

El incremento de las competencias de los distintos profesionales de los equipos es uno de los principales medios para conseguir el desarrollo de toda la potencialidad de la Atención Primaria.

1ª FASE

Hay dos proyectos en marcha:



- Gestión compartida de la demanda
- Proyecto HADAS

Ambos precisan el aumento de personal, en este caso de enfermería y auxiliares administrativos, así como de la creación de plazas de jefe de grupo para el segundo.

Igualmente, para ambos proyectos es necesario valorar el papel que podrían tener los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, así como dimensionar las necesidades de los mismos.

2ª FASE:

Es necesario el aumento de trabajadores sociales, para el desarrollo de una auténtica atención a las necesidades de la población de nuestra comunidad, y una coordinación real con los servicios sociales.

El modelo de atención en la patología osteoarticular y el abordaje del dolor crónico precisan del incremento de la dotación de fisioterapeutas en los EAP.

4. MEJORA DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA, ESPECIALMENTE EN EL MEDIO RURAL

Es necesario aumentar la dotación de recursos diagnósticos y medios tecnológicos especialmente en el medio rural, como equipos de telepresencia, maletines digitales, ecógrafos portátiles, etc.

5. ACCIONES ORGANIZATIVAS:

a) Presencialidad: Realizar agendas que garanticen la atención tanto presencial como no presencial en los consultorios de la comunidad, conforme a la norma vigente.

b) Extender el sistema de cita previa a toda la comunidad, tanto a los centros de salud como a los consultorios locales.

- Acceso a través de dispositivos App y Portal de Salud.
- Acceso telefónico directo. Se potenciará la atención personalizada para la obtención de la cita telefónica (importancia del desarrollo de las unidades administrativas).

a) Mejorar la accesibilidad de la atención sanitaria a la población, tanto de medicina general como de enfermería. Se llevará a cabo en el Centro de Salud, en los consultorios locales con la frecuencia establecida en la norma, así como en otros consultorios locales donde pasen consulta los profesionales de referencia. En estos **consultorios, elegidos para la atención diaria** prestarán



servicio, tanto el personal médico como de enfermería, todos los días hábiles. Para ello es preciso organizar la asistencia sanitaria de manera que, en los casos en que se considere procedente, se elijan en cada ZBS, aquellos consultorios que por alguna de sus condiciones (tamaño, servicios, equipamiento, etc.), puedan ofrecer atención diaria a toda la población de la Zona Básica de Salud. Y ello sin menoscabo de la consulta médica y de enfermería en el resto de los consultorios.

Para facilitar el desplazamiento de los usuarios tanto a los consultorios de atención diaria como al centro de salud se está trabajando con la Consejería de Fomento y Medio Ambiente y otras administraciones en el desarrollo de un sistema eficaz de transporte concesional a la demanda en el medio rural.

DOCUMENTO INTERNO



3. ATENCIÓN CONTINUADA

LÍNEAS DE TRABAJO PARA REORGANIZAR LA ATENCIÓN CONTINUADA:

1. **PAC en RED:** prestarán asistencia todos los días del año (17 horas los días laborables y 24 horas los fines de semana y festivos), con una estructura de PAC principal y PAC vinculado. Dispondrán de los medios y recursos necesarios para garantizar la asistencia.
 - a. PAC principal: profesionales médico y enfermero en presencia física, dotación de comunicaciones y equipamiento para telepresencia y SVB 24 horas.
 - b. PAC vinculado: profesionales médicos en telepresencia desde el PAC principal, profesionales de enfermería en presencia física (puesto de PAC habitual y puesto de urgencias AP), dotación de comunicaciones y equipamiento para telepresencia y SVB 17 o 24 horas.
2. **Garantía de cobertura de la patología urgente y tiempo – dependiente por la Gerencia de Emergencias Sanitarias:** lo que supone la llegada en menos de 30 minutos de un recurso de la GES (en su mayoría un recurso avanzado). Para ello se aumentarán los recursos de transporte sanitario urgente avanzado (SVAE y helicópteros sanitarios) y básico (SVB en todos los PAC).
3. **Telepresencia:** implementación en todos los PAC, hospitales, centro coordinador de urgencias y recursos avanzados de transporte sanitario urgente.
4. **Trabajo en equipo:** lo que significa que la atención sanitaria y las necesidades de los ciudadanos serán satisfechas por un conjunto de profesionales de manera coordinada, transversal y holística; sin prevalencia de unas categorías sobre otras, de modo que el centro y el eje de la asistencia sea el paciente.
5. **Aumento de la capacidad de resolución de los PAC:** con la dotación de medios y recursos suficientes.
6. **PAC urbanos:** se implementará el triaje y la gestión compartida de la demanda. Se mejorarán las infraestructuras y el equipamiento y se crearán nuevas figuras de profesionales de urgencias de Atención Primaria, desapareciendo el personal de área. Además, se trabajará en la transversalidad y en la mejora de la atención domiciliaria urgente en el medio urbano.
7. **Plan de formación:** con contenidos teóricos, pero sobre todo prácticos, adecuados y adaptados.
8. **Modificación asistencial de los centros de guardia:** se optimizarán dichos centros bajo tres criterios:



- a. Conversión en PAC.
- b. Transformación asistencial conforme a los incrementos de demanda (temporada estival, festivos o fechas de especial relevancia).
- c. Implementación de transporte en casos de especial aislamiento.

Todo ello sin menoscabar la accesibilidad, lo que permite una optimización importante de los recursos médicos. Además, la continuidad de cuidados se garantiza con el apoyo de enfermería, la implementación de recursos nuevos y la posibilidad de PAC móvil en aquellas situaciones o eventos que justifiquen su necesidad.

DOCUMENTO INTERNO