

**Más salud**

**Marco Estratégico de Atención  
Primaria y Comunitaria  
2022-2023**



**GENERALITAT  
VALENCIANA**

Conselleria de Sanidad  
Universal y Salud Pública

**TOTS  
A UNA  
veu**

**+ primaria**

# Índice

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>5</b>
<b>2. MARCO ESTRATÉGICO</b>	<b>7</b>
<b>3. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN</b>	<b>9</b>
<b>4. METODOLOGÍA DE ELABORACION</b>	<b>16</b>
4.1 ELABORACION DE ANALISIS DAFO	<b>17</b>
4.2 Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria 2022/2023	<b>18</b>
4.3 LINEAS ESTRATÉGICAS Y OBJETIVOS	<b>20</b>
Línea estratégica 1: La Atención Primaria como eje vertebrador del sistema de salud	<b>21</b>
Línea estratégica 2: Atención centrada en las personas	<b>24</b>
Línea estratégica 3: Fortalecimiento de la Atención Primaria	<b>30</b>
Línea estratégica 4: Potenciar el uso de las tecnologías de la información y comunicación (TICs).	<b>35</b>
Línea estratégica 5: Docencia, investigación e innovación	<b>37</b>
<b>5. ACCIONES CLAVE</b>	<b>41</b>
<b>6. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b>	<b>45</b>
<b>7. FINANCIACIÓN</b>	<b>46</b>
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO 1: CARTERA DE SERVICIOS	<b>47</b>
ANEXO 2: AGENDAS	<b>48</b>
ANEXO 3: DESBUROCRATIZACIÓN	<b>49</b>
ANEXO 4: RECURSOS ESTRUCTURALES	<b>50</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>52</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

La protección de la salud es un derecho de todas las personas. Para garantizar este derecho es necesario el desarrollo de políticas públicas saludables que fomenten la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y también, disponer de recursos de asistencia sanitaria suficientes y de calidad.

**La Atención Primaria, de ahora en adelante AP, es un pilar fundamental para garantizar una atención integral y continua a lo largo de toda la vida.**

Este modelo de AP definido en la conferencia de Alma Ata<sup>1</sup>, se desarrolló en los años 80 en nuestro país y supuso el cambio de enfoque en la asistencia sanitaria hacia una atención con mayor equidad y calidad. En los últimos años, se viene planteando por profesionales expertos, la necesidad de una reorientación y reorganización del sistema sanitario que permita abordar los principales retos de la sociedad actual en materia de salud, y en especial, de la AP de Salud y que tenga en cuenta los desarrollos científicos y tecnológicos actuales. Esta necesidad de una reorientación del modelo de AP se ha concretado en numerosos documentos, entre ellos los editados por: OMS; Kings International Foundation; HSPA-Health Systems Performance Assessment; Ministerio de Sanidad.

A lo largo del 2021 y con el objetivo de la mejora de la AP, un grupo de trabajo en la Comunitat Valenciana ha analizado la situación, revisado la evidencia científica y consultado con profesionales, representantes de organizaciones sindicales y de la ciudadanía, así como sociedades científicas y otros colectivos cuya opinión es trascendente para esta finalidad.

<sup>1</sup> Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978

El resultado de todo, este trabajo se concreta en este documento que pretende ser el marco para impulsar un cambio de modelo en la AP y Comunitaria, de ahora en adelante, APyC.

Se han definido 5 líneas estratégicas que se concretan en 23 objetivos y 100 acciones específicas. Todo esto con la finalidad de contribuir al fortalecimiento y recuperación de la APyC en la Comunitat Valenciana.



## 2. MARCO ESTRATÉGICO

La protección de la salud está reconocida en el artículo 43 de la Constitución Española. Por su parte, el modelo de AP de nuestro país se basa en los pilares reflejados en la Declaración de Alma-Ata y refrendados en Astaná<sup>2</sup>, considerando que debe ser integral, integrada, continua, accesible, multidisciplinaria, participativa y de alta calidad, representando una herramienta poderosa para la equidad en el país. El Sistema Nacional de Salud se ha dotado de un Marco Estratégico para la AP y Comunitaria<sup>3</sup> y en el seno del Consejo Interterritorial del SNS se aprobó el 15 de diciembre de 2021 el “Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023”.

La Ley 10/2014, de Salud de la Comunitat Valenciana, de 29 de diciembre, modificada por la Ley 8/2018, protege estos derechos.

En su artículo 3. establece que:

**“El sistema valenciano de salud se orienta a la promoción de la salud, a la prevención de las enfermedades y a la asistencia sanitaria y desarrolla todas sus actividades con arreglo a los siguientes principios rectores:**

**1-g- El sistema valenciano de salud promoverá una visión integral de los problemas de salud basada en la atención primaria, impulsando acciones dirigidas a favorecer el trabajo en equipo y el desarrollo de redes asistenciales, en la atención integral a los problemas de salud.”**

2 Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Astaná (Kazajstán). 25 y 26 de octubre de 2018.

3 Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria 10 de Abril de 2019 SANIDAD 2019 MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL.

El artículo 12.3 de la citada ley dispone que:

**“El IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana<sup>4</sup> contempla la evaluación de la situación y necesidades de salud de la población, así como de los recursos existentes, las líneas estratégicas, programas y actuaciones prioritarias a desarrollar, tomando en consideración los diferentes grupos sociales y modalidades de atención sanitaria, los recursos financieros, humanos y materiales necesarios; el calendario general de actuación y los indicadores de evaluación de la aplicación y desarrollo del plan”.**

Por tanto, el IV Plan de Salud es el instrumento estratégico de planificación y programación de las políticas de salud de la Comunitat Valenciana, que tiene como objetivo promover la salud en todas las edades y en todas las políticas, del que emanan 5 líneas estratégicas:

1. Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario para asegurar la máxima calidad y la mejor valoración percibida por los y las pacientes.
2. Orientación hacia la cronicidad y hacia los resultados en salud.
3. Fortalecer la equidad y la igualdad de género reducir las desigualdades en salud y fomentar la participación.
4. Cuidar la salud en todas las etapas de la vida.
5. Promover la salud en todos los entornos de la vida.

El modelo actual de AP ha cosechado grandes éxitos superando todos los obstáculos planteados, consiguiendo una atención y asistencia cercana, accesible y de gran profesionalidad, aportando orden y criterio al sistema sanitario en general. Sin embargo, el análisis de la situación deja claro que se debe establecer unas metas que permitan afrontar los retos futuros y para ello es imprescindible contar con una AP fortalecida.

<sup>4</sup> IV Plan de Salud de la CV: consulta en agosto y septiembre de 2021. [http://www.san.gva.es/documents/157385/6431837/IV\\_PLAN+DE+SALUD\\_CV\\_2016\\_Castellano\\_web.pdf](http://www.san.gva.es/documents/157385/6431837/IV_PLAN+DE+SALUD_CV_2016_Castellano_web.pdf)

### 3. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN:

La Comunitat Valenciana (CV), ha crecido según los datos del padrón en casi un millón de habitantes en los últimos treinta años. En la primera década del siglo XXI, la población experimentó un crecimiento de un 24,1%. En el año 2010, se inició un enlentecimiento del proceso, con un descenso gradual del número de habitantes en algunos departamentos de salud. El porcentaje de variación interanual para el conjunto de la Comunitat fue por primera vez negativo en 2013, con 15.451 habitantes menos que en el año anterior. El descenso poblacional se mantuvo los años siguientes hasta el 2018, donde el saldo vegetativo fue positivo y se ha mantenido en ascenso, situando la población de la CV en enero del 2020 en 5.057.353 habitantes (INE, 2020).

Por otro lado, el saldo migratorio ha aumentado en los últimos años, siendo positivo desde el año 2016. Hay que añadir que este saldo no incluye la población flotante que por motivos de ocio u otros semejantes permanecen en la CV durante largos periodos de tiempo, utilizando así el sistema sanitario. En octubre de 2021, constan en el sistema SIP 5.208.889 de personas empadronadas y desplazadas de más de un mes.

Esta evolución de la población es paralela a la de España y a la de otros países europeos. Así, el incremento en la esperanza de vida que viene dándose desde finales del siglo XX ha provocado un envejecimiento progresivo de la población, pasando de una edad media de 33,38 años en 1975 a 43,16 años en 2018. Por otra parte, este envejecimiento ha hecho que aumenten los grupos de población de mayor edad. En el año 2000, el 16,6% de los habitantes tenía más de 64 años, y de éstos, un 21,3% alcanzaba los 80 años o más. En 2020, estas cifras se situaban en un 19,9% y 28,1% respectivamente.

La unión de dos fenómenos demográficos, por un lado, el mantenimiento de la natalidad en niveles bajos, junto a un aumento progresivo de la esperanza de vida, produce un elevado impacto del índice de envejecimiento sobre la población ge-

neral en la Comunitat Valenciana. En la actualidad existen 134 personas mayores de 65 años por cada 100 menores de 15 años en la provincia de Alicante y 126 mayores de 65 por cada 100 menores de 15 años en las provincias de Castellón y Valencia.

Uno de los problemas derivados de la cronicidad es la mayor necesidad de cuidados y de asistencia sanitaria, que vendrá determinada por los diferentes niveles de cronicidad. Según datos de SCP-CV (Sistema de Clasificación de Pacientes de la Comunitat Valenciana) de octubre del 2021, el 44.46% de la población de la Comunitat Valenciana presenta algún criterio de cronicidad, siendo clasificados como de Nivel 1 (pacientes con factores de riesgo) un 33.34% de ellos, junto a un 11.11% con niveles de cronicidad 2 y 3 (crónicos con complejidad moderada y crónicos de alta complejidad o paliativos respectivamente; Clinical Risk Groups, CRG<sup>5</sup>). En la tabla 1 se muestran estos datos:

*Tabla 1: Población por nivel de cronicidad. Fuente Alumbra*

POBLACIÓN POR NIVEL DE CRONICIDAD			
Total, Estructura Asignada	Nivel Cronicidad	Población asignada al ámbito	
		2021/10	%
Comunitat Valenciana	NCr.Nivel 0 - Paciente sano o agudo	2.893.375	55.54
	NCr.Nivel 1 - Paciente con factores de riesgo	1.736.467	33.34
	NCr.Nivel 2 - Paciente crónico de complejidad moderada	432.469	8.30
	NCr.Nivel 3 - Paciente crónico de alta complejidad o Paliativo	146.578	2.82

*Fuente Alumbra*

La cronicidad es inseparable de la necesidad de atención sanitaria y cuidados. Se calcula que las enfermedades crónicas son la causa del 80% de las consultas de AP. Si consultamos los datos de la encuesta al respecto del uso de servicios sanitarios (Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana 2016)<sup>6</sup>, el 46.2% de las personas mayores de 65 años acudió a una consulta médica en las cuatro semanas previas a la encuesta. Si el dato lo referimos a los últimos 12 meses, el porcentaje aumenta al 84.8%. La tabla 2 muestra los datos de utilización de los servicios sanitarios según la Encuesta de Salud de la CV.

<sup>5</sup> 3M Clinical Risk Groups (CRGs) for Classification of Chronically Ill Children and Adults.

<sup>6</sup> Encuesta de salud de la Comunitat Valenciana 2016. Consulta: octubre de 2021 <https://www.sp.san.gva.es/sscc/opciones4.jsp?CodPunto=3781&Opcion=SANMS50201&Nivel=2&MenuSup=SANMS502>

*Tabla2: Utilización de los servicios sanitarios.*

Grupo edad (años)	% consultas en las últimas 4 semanas	% consultas en los últimos 12 meses
15-24	25,3	47,5
25-44	30,3	61,2
45-64	29,7	73
65-74	42,4	82,9
75-84	50,7	87,9
85 y más	48,6	84,4

*Fuente Encuesta de Salud Comunitat Valenciana, 2016*

Con respecto a la utilización de los servicios de urgencias, el 15,3 % de la población mayor de 14 años, utilizó el servicio de urgencias de AP en los últimos 12 meses (13,6% hombres y 16,7% mujeres), como recoge la Tabla 3:

*Tabla 3: Porcentaje de Uso de urgencias de AP*

Grupo edad (años)	% Uso urgencias AP mayores 14 años
15-24	12,7
25-44	12,9
45-64	16,7
65-74	16,3
75-84	19,8
85 y más	22,7

*Fuente Encuesta de Salud Comunitat Valenciana, 2016*

La problemática de las personas con enfermedades crónicas y polimedicación, con una elevada frecuentación en el sistema sanitario, y mayoritariamente añosas, se agrava con el fenómeno de la soledad. Según la encuesta nacional de hogares, en la CV en el año 2020, 231.900 personas mayores de 64 años viven solas. Su asistencia sanitaria se ve dificultada ante la ausencia de un cuidador principal o de la complejidad de la participación de la familia en sus cuidados.

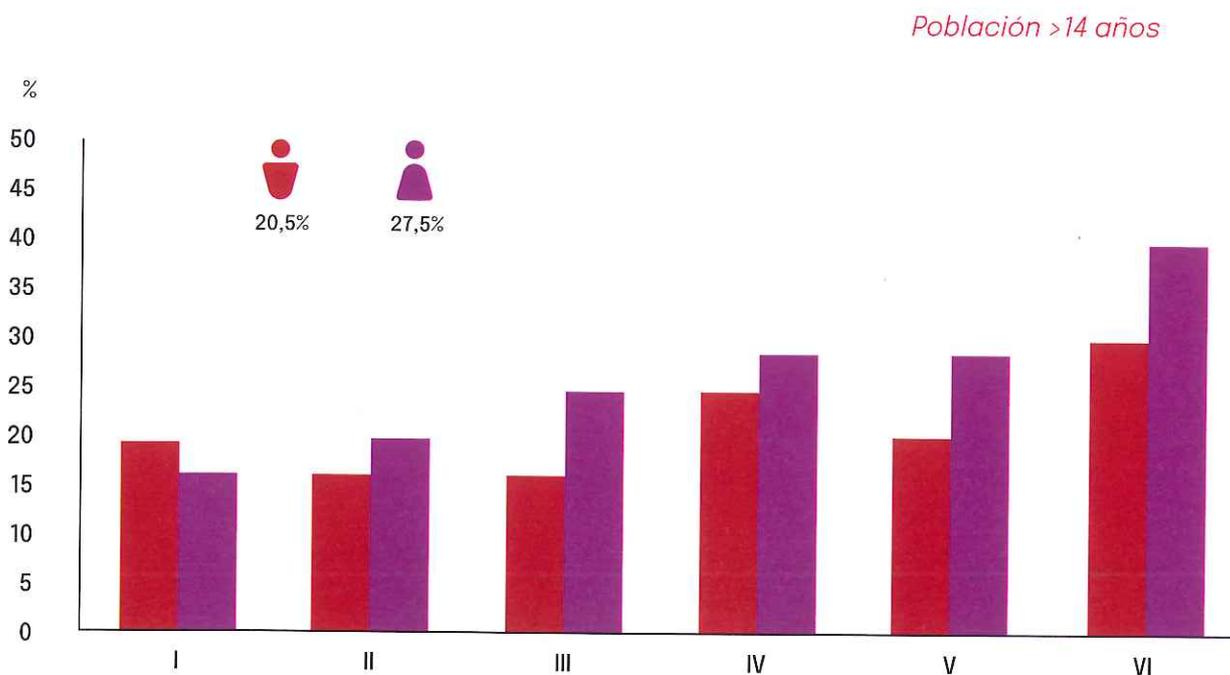
La encuesta revela además, que la cronicidad se asocia con dependencia para el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria, de ahora en adelante, AVD. El 24,1% de la población mayor de 14 años tiene limitaciones para la AVD (20,5% hombres y 27,5% mujeres) y esta situación se incrementa con la edad, tal y como observamos en la tabla 4.

Tabla 4: Porcentaje de limitaciones Actividades Básicas de la Vida Diaria

Grupo edad (años)	% limitaciones AVD
15-24	7,1
25-44	12,8
45-64	25,7
65-74	40
75-84	52,2
85 y más	68,5

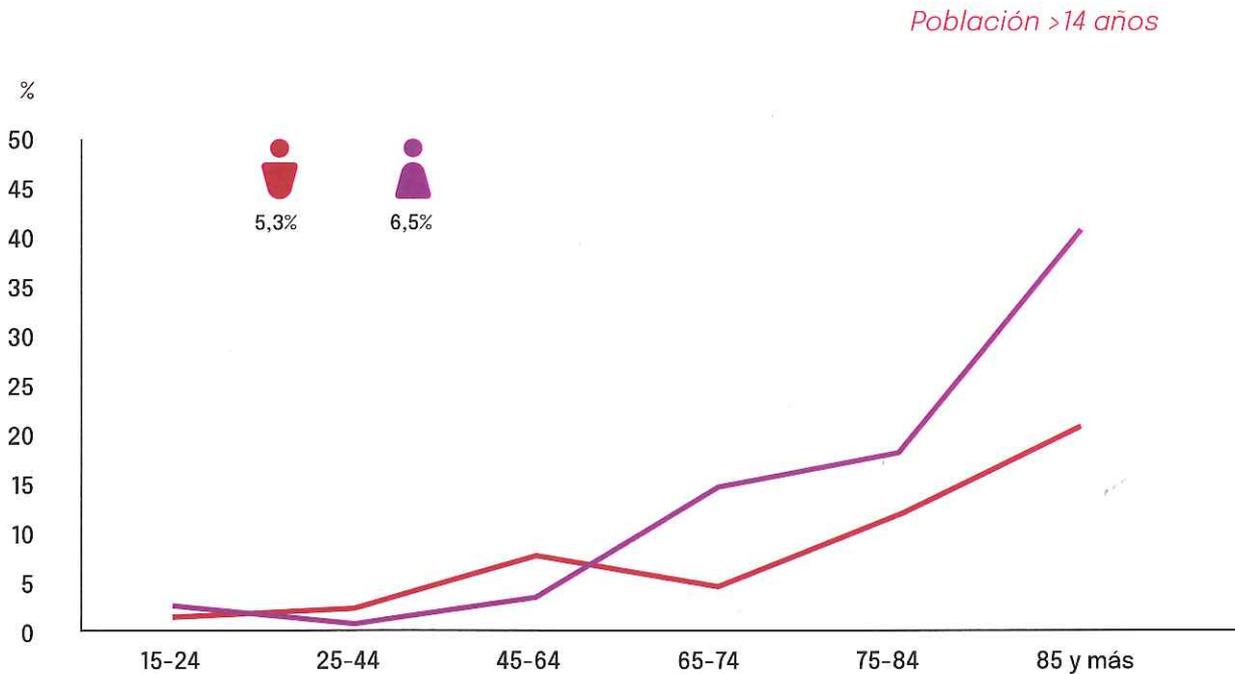
Fuente: Encuesta de Salud Comunitat Valenciana, 2016

Figura 1: Población con limitaciones para las actividades de la vida diaria, según sexo y clase social (I a VI de más alta a más baja)



Fuente Encuesta de Salud Comunitat Valenciana, 2016

Figura 2: Población con limitaciones graves para las actividades de la vida diaria, según sexo y grupo de edad



Fuente Encuesta de Salud Comunitat Valenciana, 2016

Como se puede observar en las Figuras 1 y 2, las limitaciones para las actividades de la vida diaria aumentan considerablemente con la edad, especialmente a partir de los 64 años y con mayor intensidad en las mujeres. Además, cabe señalar la relación inversa con la clase social y el nivel de educación, de manera que, a mayor nivel de estudios y clase social, menor es el impacto de la dependencia funcional.

Otro de los determinantes de la salud de las personas es la llamada alfabetización en salud, que hace referencia al conjunto de conocimientos, habilidades y experiencias en materia de salud que permiten a un individuo conocer de su propio estado de salud y de cómo cuidarse. En nuestra Comunitat, un 18,8% de la población mayor de 14 años tiene un índice de alfabetización en salud inadecuado o problemático que, además, se va incrementando con la edad de modo que el 30,9% de las personas mayores de 65 años (25,3% hombres y 35,4% mujeres) presentan niveles inadecuados o problemáticos de alfabetización en salud, situación que asciende hasta el 37% y 63% en mayores de 75 y 85 años respectivamente, con un mayor impacto entre las mujeres.

Por otro lado, el cambio demográfico ha incidido en la carga asistencial de la AP sin un incremento proporcional de los recursos humanos que requiere para atender todas las funciones que se le suponen. La necesidad de dar respuesta a las consultas por problemas de salud de una población, con una demanda asistencial creciente, hace que el foco nuclear en la prevención, la educación para la salud y la acción comunitaria, herramientas más útiles para la gestión prospectiva de la demanda, haya quedado desdibujado. Es necesario potenciar esta acción preventiva para garantizar la sostenibilidad de todo el sistema en el futuro.

A pesar del incremento de profesionales llevado a cabo en 2019, la presión asistencial dificulta un abordaje adecuado de los problemas de salud del paciente y en el mejor de los casos, provoca ineficiencias en el sistema (hiperfrecuentación o derivaciones evitables) y demoras alargadas.

Según los datos del portal estadístico del Sistema Nacional de Salud<sup>7</sup>, la ratio de población por profesional en el ámbito de la AP para medicina familiar y comunitaria (2020), es inferior a la media española, que se sitúa en 0.62 especialistas por 1000 habitantes, frente a los 0.58 por 1000 habitantes de la Comunitat Valenciana, situándola en la posición 12ª de las 17 Comunidades Autónomas, Ceuta y Melilla. En el caso de la ratio de enfermeras de AP, la media española es de 0.64 enfermeras por 1000 habitantes, frente a 0.59 por 1000 habitantes en nuestra comunidad, lo que nos sitúa en la posición 13ª, de las Comunidades Autónomas.

La Tabla 5, muestra de manera comparativa, la ratio de población por especialista en medicina familiar y comunitaria y por profesionales de la enfermería. (INE-2020).

*Tabla 5: Ratio de población por profesional médico o enfermera y Comunidad Autónoma (INE-2020).*

COMUNIDAD AUTÓNOMA	Enfermeras AP	Ratio Tarjetas Enfermera	Medicina de familia AP	Ratio Tarjetas Asignadas
COMUNITAT VALENCIANA	3009	1603	2931	1418
TOTAL, ESPAÑA	30551	1509	29667	1345

Por otro lado, el pronóstico para la AP es de un mayor déficit de profesionales de la medicina a corto y medio plazo debido a un relevo generacional insuficiente que la oferta vía MIR tanto de pediatría como de medicina familiar y comunitaria no es capaz de suplir.

<sup>7</sup> Portal estadístico del SNS: consulta octubre y noviembre 2021. <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm>

Igualmente, la elevada carga asistencial de las enfermeras provoca una falta de coordinación y de homogeneidad en la continuidad e integración de los cuidados, dificultando que estas profesionales sean promotoras de salud y de estilos de vida saludables de las personas y las familias. Esta situación, sugiere la necesidad de fortalecer los equipos de AP y proporcionar a dicho ámbito, la adaptación organizativa y los recursos materiales y humanos necesarios para desarrollar la coordinación de los procesos, prestar una mayor dedicación a las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención continuada y reorientar el desarrollo integrado de la atención domiciliaria para mejorar el mantenimiento de las personas en su entorno de manera segura, potenciando la actuación del personal de enfermería de AP.

A la vista de los datos anteriores, se puede resumir que los ejes que marcan de manera más significativa la situación de salud de la Comunitat Valenciana son el progresivo envejecimiento poblacional, y sus consecuencias directas sobre la cronicidad, la dependencia y la demanda de atención sanitaria. Ese impacto es especialmente significativo entre las mujeres mayores y se agrava por la inadecuada alfabetización en salud de un gran porcentaje de población y por el progresivo aumento de las situaciones de soledad no deseada.

En los últimos meses la AP ha estado inmersa en la situación de excepción que ha provocado a nivel mundial la pandemia COVID-19. Esto ha supuesto un enorme desafío para el sistema sanitario, revelando a la vez, tanto sus fortalezas como también sus debilidades.

Es necesario que aprendamos de la experiencia vivida. La COVID-19 ha mostrado importantes desigualdades en salud en parte de la ciudadanía, ha generado una elevadísima presión asistencial y ha obligado a incorporar de manera abrupta el uso de la digitalización y las nuevas tecnologías. Esta desfavorable situación ha contado como contrapartida positiva con la enorme implicación de los y las profesionales, pero sin duda revela, la necesidad de mejorar en el abordaje social y comunitario de la salud.

Es imprescindible hacer del ámbito de la AP en la CV un destino laboral deseable, que permita una carga asistencial equilibrada a sus recursos y que ofrezca una mayor estabilidad laboral, es decir que se produzca un viraje de la organización del sistema de salud, hacia el abordaje de la cronicidad y la especial vulnerabilidad de la ciudadanía, asegurando la equidad en la accesibilidad al sistema.

## 4. METODOLOGÍA DE ELABORACION

La elaboración de este documento se basa en el IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana, y sus recomendaciones para la mejora de la AP recogidas en la revisión bibliográfica realizada, en el análisis de la situación, en la consulta efectuada a las instituciones y organizaciones de profesionales y a la ciudadanía usuaria de la AP.

Todo esto ha servido como punto de partida en la identificación de las líneas prioritarias y objetivos para el desarrollo del Plan de acción de la AP.

En el año 2019, se inició un proceso de consulta y participación con diferentes entidades relacionadas con la AP en función del Marco Estratégico del Sistema Nacional de Salud. Partiendo de estos trabajos iniciales, en el año 2020 se estableció un calendario de reuniones en el que participaron representantes de las sociedades científicas de AP, organizaciones sindicales, ciudadanía, colegios profesionales, profesionales sanitarios de los equipos directivos y otros colectivos.

A partir de las aportaciones recibidas, se constituyó un grupo de trabajo que llevó a cabo un proceso de estudio, análisis, reflexión y síntesis de toda la documentación disponible. Se realizó una matriz DAFO para identificar y clasificar las limitaciones (Debilidades y Amenazas) y las potencialidades de la organización (Fortalezas y Oportunidades). Se clasificaron los aspectos de origen interno (Fortalezas y Debilidades) y de origen externo (Oportunidades y Amenazas) que permitieron reflexionar e identificar aspectos de la organización que debían modificarse por ser mejorables, prevenirse por ser un riesgo, mantenerse o reforzarse por ser un logro y analizar todas las capacidades y recursos necesarios para diseñar las estrategias operativas de futuro.

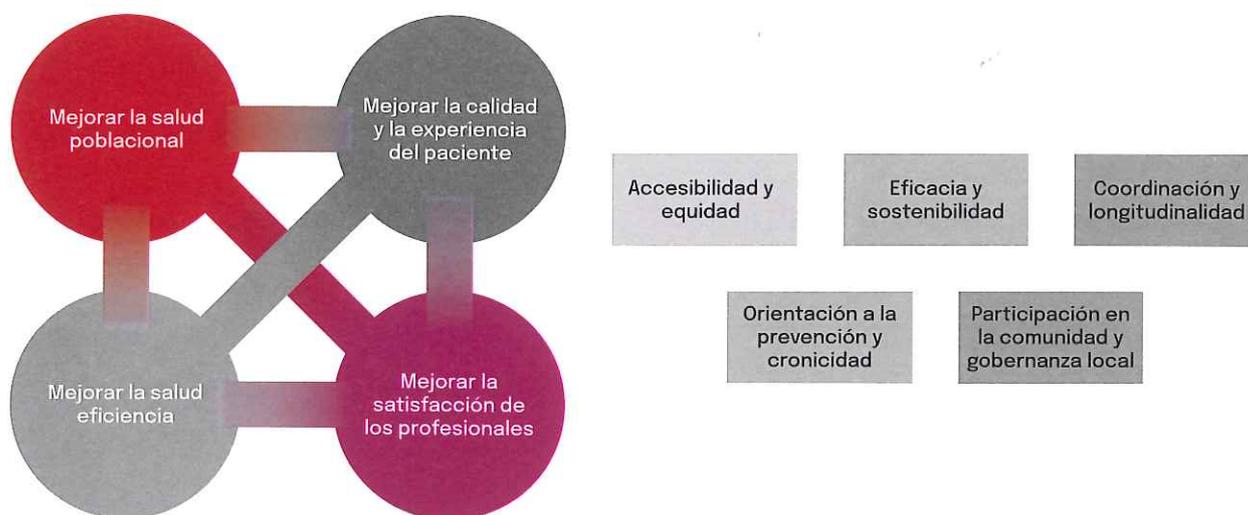
## 4.1. ELABORACION DE ANALISIS DAFO

FACTORES INTERNOS	FACTORES EXTERNOS
DEBILIDADES	AMENAZAS
Presupuesto económico insuficiente	Medicalización de la sociedad
Dimensión inadecuada de las plantillas a las necesidades de la población	Envejecimiento de la población, aumento de enfermedades crónicas
Dificultad en la coordinación entre AP, atención hospitalaria, atención continuada y salud pública.	Aumento de las desigualdades sociales: Mayor deterioro de la salud en grupos vulnerables
Déficits en las infraestructuras	Envejecimiento de las plantillas
Insuficiente desarrollo de las plataformas tecnológicas	
Heterogeneidad en los modelos de desarrollo de la actividad asistencial	Efectos negativos de la pandemia por COVID 19:
No asignación de población en SIP para las enfermeras	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tensión entre las relaciones profesionales y ciudadanía</li> <li>– Dificultades para mantener la longitudinalidad asistencial</li> <li>– Incremento de la demanda asistencial</li> <li>– Necesidad de implantar nuevas formas de atención de manera sobrevenida sin la suficiente experiencia previa</li> </ul>
Déficit en la formación en sistemas de historia clínica (SIA) para el alumnado y profesionales de nueva incorporación	
Ausencia de un proyecto de formación para personal de apoyo	
Sobrecarga de actividades sin valor añadido	
Excesiva rigidez del sistema para adaptarse a las nuevas situaciones de crisis sanitaria	
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
Existencia de una cartera de servicios común	Propuesta de un plan estratégico para la AP por parte del Ministerio de Sanidad, Consumo Bienestar Social
Atención sanitaria con un enfoque integral no fraccionada	Incremento del presupuesto destinado a la AP por parte de la CSUSP
Longitudinalidad en la atención	Plan para la mejora de las infraestructuras sanitarias
Historia de salud única en AP	Plan de innovación tecnológica de la Generalitat Valenciana
Integración parcial de historias de salud electrónica	Atribución legal de nuevas competencias profesionales a las enfermeras
Desarrollo de programas de autocuidados y de salud comunitaria	Percepción social mejorada de la fortaleza del Sistema Sanitario y en especial de la AP
Mejora de la coordinación con salud Pública	Reciente implantación de sistemas de coordinación con otras instituciones sociales
Existencia de indicadores de acuerdos de gestión comunes para todo el departamento	Impulso de la utilización de las TICs por la ciudadanía que puede ser aprovechada para el desarrollo de la actividad sanitaria

## 4.2. VALORES SOBRE LOS QUE SE ARTICULA EL MARCO ESTRATÉGICO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA 2022/2023

La reorientación del nuevo modelo de AP adopta la cuádruple meta<sup>8</sup> que la establece como vertebradora del sistema de salud. La cuarta meta hace referencia a la necesidad social de una mejor atención de la salud que permita mejorar la experiencia de las personas con su atención, mejorar la salud de la población y reducir el costo per cápita, añadiendo además la mejora de la satisfacción de los y las profesionales. Esta estrategia está validada internacionalmente y se alinea con los valores fundamentales de la AP.

Figura 3. Cuádruple Meta (Berwick, Nolan y Whittington) y Valores de la AP



### ACCESIBILIDAD Y EQUITAD

La AP debe garantizar una atención sin demora, accesible y con la dedicación suficiente para asegurar una asistencia de calidad, resolutive, que contemple la equidad en resultados de salud, en el acceso y en el uso de los servicios sanitarios, considerando las perspectivas de género y diversidad.

Asegurar una atención centrada en las personas, la familia y la comunidad, mediante estrategias que garanticen la calidad, accesibilidad, longitudinalidad y la participación de la ciudadanía.

<sup>8</sup> 1. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)*. 2008;27(3):759-769.

## **EFICIENCIA Y SOSTENIBILIDAD**

Lograr la sostenibilidad del ámbito de la AP, y de todo el sistema sanitario, pasa por abordar la cronicidad y el envejecimiento de la población.

Tal como se recoge en el IV Plan de Salud de la CV, la potenciación de alternativas a la hospitalización tradicional incrementa los niveles de satisfacción de las personas y aumentan la eficiencia de los procesos, pilar fundamental para la viabilidad del sistema sanitario.

Se ha de potenciar la corresponsabilidad en la gestión clínica, mediante acuerdos de gestión que contemplen objetivos específicos dirigidos a la mejora de los aspectos particulares identificados en cada centro.

## **COORDINACIÓN Y LONGITUDINALIDAD**

Es necesario incrementar la coordinación entre los diferentes ámbitos asistenciales, así como fomentar la coordinación e integración de la asistencia sanitaria con la salud pública y los sectores sociosanitarios, fomentando los Consejos de Salud, las Comisiones de Salud Comunitaria y las Sociosanitarias.

## **ORIENTACIÓN A LA PREVENCIÓN Y CRONICIDAD**

Hay que garantizar la orientación del sistema de salud hacia la cronicidad, basado en un modelo de continuidad de cuidados asistencial, que garantice el buen uso de la AP.

Por otro lado, la AP debe cambiar su foco, para desarrollar más actividades de prevención y promoción de la salud, de acuerdo con la demografía sanitaria, en coordinación con salud pública y otros sectores implicados, fomentando la educación para la salud con enfoque de determinantes de la salud, así como la educación en autocuidado, tanto de forma individual como colectiva.

## **PARTICIPACIÓN EN LA COMUNIDAD Y GOBERNANZA LOCAL.**

El cambio cultural con respecto a la salud, las nuevas vías de comunicación, la necesidad de incorporar a las personas en sus decisiones sobre la salud y de potenciar las redes de apoyo mutuo, hace necesario el fortalecimiento de la acción comunitaria y el sentido de pertenencia de la ciudadanía, dirigiendo el foco

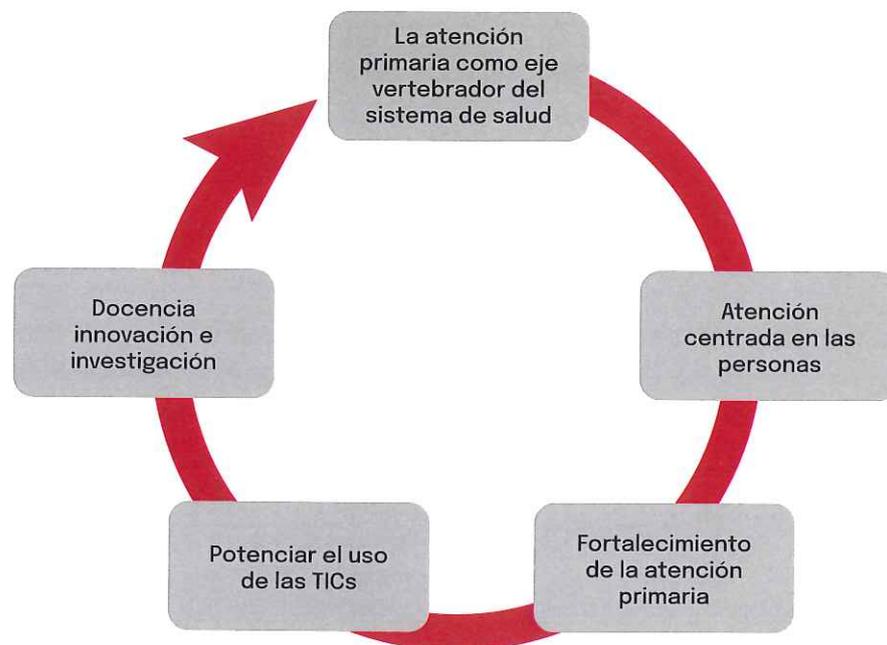
en actividades preventivas y de promoción de la salud diseñadas ad hoc para un colectivo concreto.

Siguiendo los principios de la declaración de Adelaida<sup>9</sup>, que propone el desarrollo y fortalecimiento de la estrategia de integración de la “Salud en Todas las Políticas”, resulta imprescindible fortalecer los vínculos de coordinación con otras Consellerías y administraciones, para poner la salud como el punto central de cualquier política, buscar sinergias y evitar los efectos nocivos para la salud de las políticas fuera del sector de la salud mejorando así la salud de la población y la equidad sanitaria.

La gobernanza de esta coordinación se realizará a nivel autonómico y departamental mediante los consejos de salud en la planificación del abordaje de la salud en la comunidad.

### 4.3. LINEAS ESTRATÉGICAS Y OBJETIVOS

Se han establecido las siguientes líneas estratégicas, para articular los cambios necesarios hacia un modelo de AP basada en los valores propios de la AP:



<sup>9</sup> Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas: hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. © Organización Mundial de la Salud, 2010. Consultado en septiembre y octubre de 2021 [https://www.who.int/social\\_determinants/spanish\\_adelaide\\_statement\\_for\\_web.pdf](https://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf)

## **Línea estratégica 1: La Atención Primaria como eje vertebrador del sistema de salud.**

La AP se ha definido como la puerta de entrada al sistema sanitario, cuando en realidad tiene que ser el eje vertebrador del mismo. La AP es el contexto ideal para garantizar la coordinación entre los diferentes ámbitos asistenciales sanitarios y sociales, comunitarios y locales, alineando de modo integrador a todas aquellas organizaciones y servicios que puedan aportar valor al proceso clínico, preventivo y social en una comunidad y que permitan la continuidad y eficiencia de la atención a la salud, en especial ante problemas como la cronicidad y la dependencia.

### **OBJETIVOS**

1. Fortalecer la orientación comunitaria, la promoción de la salud y prevención en A. P.

### **ACCIONES:**

- 1.1. Reforzar la coordinación entre APS, Salud Pública y otros sectores para impulsar la salud comunitaria, la promoción de la salud y la prevención.
- 1.2. Impulsar la realización del mapa de activos de Salud y potenciar la acción comunitaria
- 1.3. Favorecer el intercambio de programas y experiencias de todos los departamentos, así como la difusión de buenas prácticas en promoción de la salud
- 1.4. Mantener y reforzar las comisiones de Salud Comunitaria y los Consejos de Salud
- 1.5. Capacitar a profesionales y ciudadanía para desarrollar un enfoque de salud positiva y activos para la salud.
- 1.6. Fomentar la educación para la salud tanto de forma individual como grupal o colectiva, con énfasis en la formación (Escuela de Pacientes -Patient Actiu-) como eje de atención a la cronicidad.

## 2. Mejorar la coordinación entre los recursos sanitarios y los recursos sociales

### ACCIONES:

- 2.1. Afianzar y ampliar las funciones de las Comisiones departamentales de control de COVID 19 en centros residenciales.
- 2.2. Aplicar y desarrollar los planes de asistencia sanitaria departamentales en los centros residenciales.
- 2.3. Integrar los sistemas de información de historia de salud y de AP de servicios sociales.

## 3. Actualizar y ampliar la Cartera de Servicios de Atención Primaria de la CSUSP (VER ANEXO 1)

### ACCIONES:

- 3.1. Adaptar la cartera de servicios de AP a las nuevas demandas asistenciales para incrementar su capacidad de resolución proporcionándole un marco normativo.
- 3.2. Incorporar en cartera de servicios, las nuevas modalidades de atención no presencial estableciendo criterios de calidad de cada una de las modalidades.

## 4. Establecer mecanismos para mejorar la coordinación y la integración entre los distintos ámbitos asistenciales.

### ACCIONES:

- 4.1. Fomentar el establecimiento de rutas asistenciales.
- 4.2. Crear circuitos rápidos de atención a problemas graves que permitan mejorar la capacidad de resolución.
- 4.3. Impulsar la participación y conocimiento mutuo de la AP de las redes asistenciales.
- 4.4. Desarrollar de forma protocolizada y bidireccional la realización de interconsultas no presenciales con personal facultativo especialista del segundo nivel de atención.
- 4.5. Incorporar protocolos y guías de actuación clínica de manera consensuada, bidireccional e igualitaria, estableciendo prioridades en las pruebas diagnósticas y consultas a atención hospitalaria.
- 4.6. Garantizar la continuidad de cuidados al alta.

### Línea estratégica 1: La AP como eje vertebrador del sistema de salud.

OBJETIVO	ACCIÓN	PLAN DE SALUD
<p>1. Fortalecer la orientación comunitaria, la promoción de la salud y prevención en AP</p>	<p>1.1. Reforzar la coordinación entre AP y Salud Pública y otros sectores para impulsar la salud comunitaria, la promoción de la salud y la prevención.</p> <p>1.2. Impulsar la realización del mapa de activos de Salud y potenciar la acción comunitaria</p> <p>1.3. Favorecer el intercambio de programas y experiencias de todos los departamentos, así como la difusión de buenas prácticas en promoción de la salud</p> <p>1.4. Mantener y reforzar las comisiones de Salud Comunitaria y los Consejos de Salud</p> <p>1.5. Capacitar a los profesionales y ciudadanía para desarrollar un enfoque de salud positiva y activos para la salud.</p> <p>1.6. Fomentar la educación para la salud tanto de forma individual como grupal o colectiva, con énfasis en la formación (Escuela de Pacientes -Patient Actiu-) como eje de atención a la cronicidad.</p>	<p>Línea 1. Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario para asegurar la máxima claridad y la mejor valoración percibida por los y las pacientes</p> <p>Línea 5. Promover la salud en todos los entornos de la vida</p> <p>Línea 1. Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario para asegurar la máxima claridad y la mejor valoración percibida por los y las pacientes</p> <p>Línea 5. Promover la salud en todos los entornos de la vida</p> <p>Línea 3. Fortalecer la equidad y la igualdad de género, reducir las desigualdades en salud y fomentar la participación</p>
<p>2. Mejorar la coordinación entre los recursos sanitarios y los recursos sociales</p>	<p>2.1. Afianzar y ampliar las funciones de las Comisiones departamentales de control de COVID-19 en centros residenciales.</p> <p>2.2. Aplicar y desarrollar los planes de asistencia sanitaria departamentales en los centros residenciales.</p> <p>2.3. Integrar los sistemas de información de historia de salud y de AP de servicios sociales.</p>	<p>Línea 4. Cuidar la salud en todas las etapas de la vida</p> <p>Línea 1. Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario para asegurar la máxima claridad y la mejor valoración percibida por los y las pacientes</p>
<p>3. Actualizar y ampliar la Cartera de Servicios de AP de la CSUSP</p>	<p>3.1. Adaptar la cartera de servicios de AP a las nuevas demandas asistenciales para incrementar su capacidad de resolución proporcionándole un marco normativo.</p> <p>3.2. Incorporar en cartera de servicios, las nuevas modalidades de atención no presencial estableciendo criterios de calidad de cada una de las modalidades.</p>	<p>Línea 1. Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario para asegurar la máxima claridad y la mejor valoración percibida por los y las pacientes</p>
<p>4. Establecer mecanismos para mejorar la coordinación y la integración entre los distintos niveles asistenciales.</p>	<p>4.1. Fomentar el establecimiento de rutas asistenciales.</p> <p>4.2. Crear circuitos rápidos de atención a problemas graves que permitan mejorar la capacidad de resolución.</p> <p>4.3. Impulsar la participación y conocimiento mutuo de la AP en las redes asistenciales.</p> <p>4.4. Desarrollar de forma protocolizada y bidireccional la realización de interconsultas no presenciales con personal facultativo especialista del segundo nivel de atención.</p> <p>4.5. Incorporar protocolos y guías de actuación clínica de manera consensuada, bidireccional e igualitaria, estableciendo prioridades en las pruebas diagnósticas y consultas a atención hospitalaria.</p> <p>4.6. Garantizar la continuidad de cuidados al alta.</p>	<p>Línea 1. Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario para asegurar la máxima claridad y la mejor valoración percibida por los y las pacientes</p>

## Línea estratégica 2: Atención centrada en las personas.

La ciudadanía valora favorablemente el funcionamiento del sistema sanitario español, y particularmente la AP. No obstante, las encuestas de satisfacción tanto de pacientes como de profesionales muestran la necesidad de introducir cambios. La pandemia por SARS-CoV-2 ha revelado muchas fortalezas del sistema, pero también algunas debilidades que deben ser rápidamente subsanadas. La AP debe mirar más hacia la comunidad y desarrollar una asistencia que permita aproximar la sanidad a la ciudadanía implementando actuaciones que fomenten la atención centrada en la persona y que promuevan la participación de forma más eficiente junto al respeto por la dignidad, la confidencialidad y autonomía de las personas y de las familias para decidir sobre su propia salud.

### OBJETIVOS

#### 1. Mejorar la atención a la cronicidad

##### ACCIONES:

- 1.1. Estratificar según el nivel de cronicidad la atención a las personas en el ámbito más adecuado y por el personal sanitario que mejor pueda dar respuesta a sus necesidades: promoción de salud dirigida a la población sana, prevención en personas con factores de riesgo, garantizar la continuidad de cuidados, la planificación de la atención a las personas con enfermedad crónica compleja y paliativas y de sus personas cuidadoras y educación en autocuidados.
- 1.2. Optimizar la terapia farmacológica en pacientes con tratamientos crónicos, con especial atención a personas polimedicadas.
- 1.3. Impulsar la visita domiciliaria en las personas en situación compleja, clínica o social, liderada por profesionales de la enfermería en colaboración con profesionales de trabajo social.
- 1.4. Fomentar el papel de profesionales de la enfermería de AP en la valoración integral de personas con enfermedades crónicas incluyendo factores familiares y sociales.
- 1.5. Garantizar la continuidad de los cuidados en la atención sanitaria, evitando la duplicidad de intervenciones y facilitando la transición entre ámbitos asistenciales.
- 1.6. Garantizar la atención continuada de las personas cuyas condiciones de salud relacionadas con su cronicidad o dependencia, requieran atención sanitaria y social, impulsando la integración asistencial a nivel estructural y organizativo.

## 2. Mejorar la gestión de la demanda con nuevos modelos organizativos que favorezcan la autogestión de los equipos de AP.

### ACCIONES:

- 2.1. Distribuir los grupos de población entre profesionales de la enfermería atendiendo a las necesidades de salud y a los determinantes de salud comunes.
- 2.2. Asignar profesionales referentes de medicina y de enfermería por grupo poblacional.
- 2.3. Capacitar al personal administrativo para mejorar el acceso y la resolución de las gestiones a la ciudadanía.

## 3. Consolidar el rol de la Enfermera de Familia y Comunitaria en AP

### ACCIONES:

- 3.1. Incorporar paulatina y progresivamente a las enfermeras especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria en los Equipos de AP, reconvirtiendo las vacantes por jubilación de Enfermera de EAP a Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria.
- 3.2. Asignar población en SIP a profesionales de la enfermería para asegurar la referenciabilidad en un ámbito geográfico concreto que favorezca las actividades de prevención y promoción
- 3.3. Asegurar que la gestión de casos se lleva a cabo por las enfermeras y enfermeros en todos los equipos.

## 4. Mejorar la accesibilidad para una atención en tiempo adecuado.

### ACCIONES:

- 4.1. Establecer un modelo de dotación de recursos teniendo en cuenta las características de la población considerando los determinantes y sus necesidades de salud.
- 4.2. Definir zonas y/o puestos de difícil cobertura y fomentar su cobertura mediante los mecanismos que se establezcan
- 4.3. Establecer circuitos que permitan diferenciar entre procesos administrativos y clínicos y priorizar las situaciones no demorables.
- 4.4. Instaurar un sistema de atención central que permita atender y orientar telefónicamente a la ciudadanía en sus necesidades de información sanitaria.

- 4.5. Favorecer la gestión de la demanda mediante la extensión de las consultas no presenciales telefónica y en línea.
- 4.6. Monitorizar la demora a través de los mecanismos establecidos (centinela, acuerdos de gestión)

## 5. Prestar una atención integral e integradora por un equipo multidisciplinar

### ACCIONES:

- 5.1. Asegurar la atención a las personas en función de sus necesidades con perspectiva de equipo multidisciplinar.
- 5.2. Potenciar el intercambio de información entre profesionales del equipo para garantizar que la atención de los procesos se lleva a cabo por el perfil profesional más adecuado.
- 5.3. Garantizar la atención a las personas en el sistema y ámbito más adecuado quienes mejor puedan dar respuesta a sus necesidades, fomentando el trabajo en equipos interdisciplinarios (medicina, enfermería, matrona, pediatría, trabajo social, fisioterapia, TCAEs, personal administrativo y celador) definiendo, de forma flexible y polivalente, sus competencias y responsabilidades.
- 5.4. Reforzar la Atención Pediátrica revisando y actualizando los programas de Atención Infantil
- 5.5. Asegurar que cualquier persona con vulnerabilidad social sea atendida por profesionales de trabajo social como parte de su plan individualizado.

## 6. Reforzar la integración de las unidades de apoyo a la AP para garantizar la continuidad asistencial y la capacidad de resolución

### ACCIONES

- 6.1. Implementar protocolos de continuidad asistencial entre AP y unidades de salud mental.
- 6.2. Potenciar la atención a nuevas adicciones.
- 6.3. Potenciar el desarrollo e integración de la unidad de salud bucodental en la actividad habitual de los CS.
- 6.4. Redefinir la asignación de funciones de la atención a la Salud Sexual y Reproductiva entre los equipos de AP y dichas unidades.
- 6.5. Garantizar que todas las zonas básicas tengan asignada unidades de fisioterapia como unidades de apoyo a la AP en coordinación con el servicio de rehabilitación y potenciar la participación de la fisioterapia en actividades grupales

## 7. Mejorar la atención continuada

### ACCIONES

- 7.1. Homogeneizar el horario de los PAC y PAS de toda la Comunidad Valenciana, debe incluir los fines de semana y festivos a partir de las 15 h. y procurar su extensión a los viernes por la tarde.
- 7.2. Dotar de vehículo apropiado a todos los PAC para garantizar la atención.
- 7.3. Dotar a los profesionales que trabajan en zonas rurales remotas, del equipamiento adecuado y formación en la atención a urgencias vitales y emergencias, así como de todo el material necesario para realizar una atención con la adecuada calidad (REMOT)
- 7.4. Facilitar que los profesionales que ejercen su trabajo en atención continuada sean personal integrado en los EAP, de manera que puedan prestar sus servicios también en los CS si estos fueran requeridos.
- 7.5. Mejorar la coordinación de AP con la sala 112/CICU

<b>Línea estratégica 2: Atención centrada en las personas.</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>ACCIÓN</b>	<b>PLAN DE SALUD</b>
1. Mejorar la atención a la cronicidad	<p>1.1 Estratificar según el nivel de cronicidad la atención a las personas en el ámbito más adecuado y por el personal sanitario que mejor pueda dar respuesta a sus necesidades: promoción de salud dirigida a la población sana, prevención en personas con factores de riesgo, garantizar la continuidad de cuidados, la planificación de la atención a las personas con enfermedad crónica compleja y paliativas y de sus personas cuidadoras y educación en autocuidados.</p> <p>1.2. Optimizar la terapia farmacológica en pacientes con tratamientos crónicos, con especial atención a personas polimedicadas.</p> <p>1.3. Impulsar la visita domiciliaria en las personas en situación compleja, clínica o social, liderada por profesionales de la enfermería en colaboración con profesionales de trabajo social</p> <p>1.4. Fomentar el papel de profesionales de la enfermería de AP en la valoración integral de personas con enfermedades crónicas incluyendo factores familiares y sociales.</p> <p>1.5. Garantizar la continuidad de los cuidados en la atención sanitaria, evitando la duplicidad de intervenciones y facilitando la transición entre ámbitos asistenciales.</p> <p>1.6. Garantizar la atención continuada de las personas cuyas condiciones de salud relacionadas con su cronicidad o dependencia, requieran atención sanitaria y social, impulsando la integración asistencial a nivel estructural y organizativo.</p>	<p>Línea 1. Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario para asegurar la máxima calidad y la mejor valoración percibida por los y las pacientes</p> <p>Línea 4. Cuidar la salud en todas las etapas de la vida</p> <p>Línea 2. Orientación hacia la cronicidad y hacia los resultados en salud para incrementar la esperanza de vida en buena salud</p>
2. Mejorar la gestión de la demanda con nuevos modelos organizativos que favorezcan la autogestión de los equipos de AP	<p>2.1. Distribuir los grupos de población entre profesionales de la enfermería atendiendo a las necesidades de salud y a los determinantes de salud comunes.</p> <p>2.2 Asignar a profesionales referentes de medicina y de enfermería por grupo poblacional.</p> <p>2.3. Capacitar al personal administrativo para mejorar el acceso y la resolución de las gestiones a la ciudadanía</p>	<p>Línea 1. Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario para asegurar la máxima calidad y la mejor valoración percibida por los y las pacientes</p>
3. Consolidar el rol de la Enfermera Familiar y Comunitaria en AP	<p>3.1. Incorporar paulatina y progresivamente a las enfermeras especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria en los Equipos de AP, reconvirtiendo las vacantes por jubilación de Enfermera de EAP a Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria.</p> <p>3.2. Asignar población en SIP a profesionales de la enfermería para asegurar la referenciabilidad en un ámbito geográfico concreto que favorezca las actividades de prevención y promoción</p> <p>3.3. Asegurar que la gestión de casos se lleva a cabo por las enfermeras y enfermeros en todos los equipos.</p>	<p>Línea 1. Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario para asegurar la máxima calidad y la mejor valoración percibida por los y las pacientes</p>
4. Mejorar la accesibilidad para una atención en tiempo adecuado.	<p>4.1. Establecer un modelo de dotación de recursos teniendo en cuenta las características de la población, considerando los determinantes y sus necesidades de salud</p> <p>4.2. Definir zonas y/o puestos de difícil cobertura y fomentar su cobertura mediante los mecanismos que se establezcan.</p> <p>4.3. Establecer circuitos que permitan diferenciar entre procesos administrativos y clínicos y priorizar las situaciones no demorables.</p> <p>4.4. Instaurar un sistema de atención central que permita atender y orientar telefónicamente a la ciudadanía en sus necesidades de información sanitaria.</p> <p>4.5. Favorecer la gestión de la demanda mediante la extensión de las consultas no presenciales telefónica y en línea.</p> <p>4.6. Monitorizar la demora a través de los mecanismos establecidos (centinela, acuerdos de gestión)</p>	<p>Línea 1. Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario para asegurar la máxima calidad y la mejor valoración percibida por los y las pacientes</p>

### Línea estratégica 2: Atención centrada en las personas.

OBJETIVO	ACCIÓN	PLAN DE SALUD
<p>5. Prestar una atención integral e integradora por un equipo multidisciplinar</p>	<p>5.1. Asegurar la atención a las personas en función de sus necesidades con perspectiva de equipo multidisciplinar.</p> <p>5.2. Potenciar el intercambio de información entre profesionales del equipo para garantizar que la atención de los procesos se lleva a cabo por el perfil profesional más adecuado.</p> <p>5.3. Garantizar la atención a las personas en el sistema y ámbito más adecuado quienes mejor puedan dar respuesta a sus necesidades, fomentando el trabajo en equipos interdisciplinarios (medicina, enfermería, matrona, pediatría, trabajo social, fisioterapia, TCAEs, personal administrativo y celador) definiendo, de forma flexible y polivalente, sus competencias y responsabilidades.</p> <p>5.4. Reforzar la Atención Pediátrica revisando y actualizando los programas de Atención Infantil</p> <p>5.5. Asegurar que cualquier persona con vulnerabilidad social sea atendida por profesionales de trabajo social como parte de su plan individualizado.</p>	<p>Línea 1. Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario para asegurar la máxima calidad y la mejor valoración percibida por los y las pacientes</p> <p>Línea 2. Orientación hacia la cronicidad y hacia los resultados en salud para incrementar la esperanza de vida en buena salud</p>
<p>6. Reforzar la integración de las unidades de apoyo a la AP para garantizar la continuidad asistencial y la capacidad de resolución</p>	<p>6.1. Implementar protocolos de continuidad asistencial entre AP y Unidades de Salud Mental.</p> <p>6.2. Potenciar la atención a nuevas adicciones.</p> <p>6.3. Potenciar el desarrollo e integración de la unidad de salud bucodental en la actividad habitual de los CS.</p> <p>6.4. Redefinir la asignación de funciones de la atención a la SSyR entre los equipos de AP y a las USSyR.</p> <p>6.5. Garantizar que todas las zonas básicas dispongan de unidades de fisioterapia como unidades de apoyo a la AP en coordinación con el servicio de rehabilitación y potenciar la participación de los fisioterapeutas en actividades grupales.</p>	<p>Línea 4. Cuidar la salud en todas las etapas de la vida</p>
<p>7. Mejorar la atención continuada</p>	<p>7.1. Homogeneizar el horario de los PAC y PAS de toda la Comunidad Valenciana, debe incluir los fines de semana y festivos a partir de las 15 h. y procurar su extensión a los viernes por la tarde.</p> <p>7.2. Dotar de vehículo apropiado a todos los PAC para garantizar la atención.</p> <p>7.3. Dotar a los profesionales que trabajan en zonas rurales remotas, del equipamiento adecuado y formación en la atención a urgencias vitales y emergencias, así como de todo el material necesario para realizar una atención con la adecuada calidad (REMOT)</p> <p>7.4. Facilitar que los profesionales que ejercen su trabajo en atención continuada sean personal integrado en los EAP, de manera que puedan prestar sus servicios también en los CS si estos fueran requeridos.</p> <p>7.5. Mejorar la coordinación de AP con la sala 112/CICU</p>	<p>Línea 1. Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario para asegurar la máxima calidad y la mejor valoración percibida por los y las pacientes</p>

### Línea estratégica 3: Fortalecimiento de la Atención Primaria.

El fortalecimiento de la AP, con mayores recursos y presupuestos es un instrumento esencial, no sólo para lograr la accesibilidad equitativa a la asistencia sanitaria, sino también para conseguir la equidad en salud, convirtiéndola en el eje de un sistema sanitario con mejores indicadores de salud, menores índices de mortalidad y un menor número de hospitalizaciones. El fortalecimiento de la AP requiere de la innovación, reorganización y transformación del entorno, propiciando mayores dosis de colaboración y trabajo entre los diferentes ámbitos asistenciales. Así mismo es necesario poner en valor el trabajo de todas las personas que conforman la AP rediseñando los roles profesionales.

#### OBJETIVOS

1. Consolidar la inversión en AP en 25% del presupuesto destinado a Sanidad.

#### ACCIONES:

- 1.1. Planificar incrementos anuales, para llegar a el 25% de la inversión del presupuesto sanitario en 4 años entre los capítulos procedentes.
- 1.2. Desarrollar el Plan de infraestructuras Sanitarias<sup>10</sup>.

2. Incrementar el número de profesionales de manera que se posibilite la accesibilidad, longitudinalidad, estabilidad, atracción del talento y reducir la temporalidad por debajo del 8%

#### ACCIONES:

- 2.1. Implementar el numero plazas estructurales.
- 2.2. Garantizar una plantilla adecuada para cumplir con la cartera de servicios.
- 2.3. Aumentar la estabilidad profesional mediante ofertas públicas de empleo anuales, agilizar los procesos selectivos de APS, de modo que progresivamente se alcance, y se mantenga, una tasa de temporalidad inferior al 8%.

<sup>10</sup> Plan de infraestructuras sanitarias 2021-2023. <http://www.san.gva.es/documents/153218/74d-f02ab-704f-43fc-be7d-c0e03c46fa86>

### 3. Modificar la estructura y funciones del personal directivo de los departamentos

#### ACCIONES:

- 3.1. Estudiar los cambios normativos necesarios para que el Equipo de Dirección de AP pueda realizar sus funciones de forma eficiente.

### 4. Crear un modelo organizativo departamental

#### ACCIONES:

- 4.1. Dotar a los equipos directivos de AP de los recursos profesionales suficientes, para llevar a cabo las funciones de gestión y de desarrollo de este modelo.
- 4.2. Disponer a nivel departamental de perfiles profesionales que actúen como consultores de los EAP

### 5. Creación de un Modelo organizativo del centro de salud

#### ACCIONES:

- 5.1. Los centros de salud contarán con la figura de responsable en área médica, enfermería y admisión, una de las dos primeras asumirá las tareas directivas del EAP de la Zona Básica de Salud.
- 5.2. Cambiar el mecanismo de provisión en los puestos de responsabilidad de los EAP, para asegurar el acceso a las personas con mayor preparación, experiencia o méritos, basándose la elección en la capacidad de liderazgo y en proyectos a corto/medio plazo que sean reevaluables y según ello permitan mantenerse o salir del puesto.
- 5.3. Establecer acuerdos de gestión propios del equipo de A. P. (unidad funcional) que contemplen objetivos específicos dirigidos a la mejora de los aspectos particulares identificados en cada centro.

## 6. Aumentar la capacidad resolutive

### ACCIONES:

- 6.1. Consensuar, ampliar y estandarizar la petición de pruebas y exploraciones complementarias que se puedan solicitar en todos los departamentos.
- 6.2. Asegurar la capacidad de petición de determinaciones analíticas y pruebas de imagen para que la AP sea resolutive.
- 6.3. Desarrollar la indicación, uso y dispensación de medicamentos por parte de profesionales de la enfermería, en coherencia con la normativa vigente.
- 6.4. Aumentar el protagonismo de profesionales de la enfermería en el programa de Atención Infantil, potenciando su capacidad de resolución.
- 6.5. Capacitar al personal administrativo para aumentar la calidad de la atención tanto presencial como telefónica, protocolizando la actuación de las unidades de admisión/mostrador y potenciando la formación en habilidades de comunicación
- 6.6. Incorporar la figura de responsable de administración y regular la manera de acceso a cada uno de estos puestos con criterios de capacidad y mérito.

## 7. Fomentar la calidad asistencial y la práctica basada en la evidencia científica

### ACCIONES:

- 7.1. Identificar e implementar recomendaciones de "No hacer" basadas en la evidencia de los procesos asistenciales más frecuentes en AP
- 7.2. Realizar actividades formativas específicas sobre las estrategias de «No hacer»
- 7.3. Impulsar intervenciones de prevención y promoción de la salud con perspectiva comunitaria, en la práctica sanitaria basadas en la evidencia.
- 7.4. Evaluar los resultados en salud de las intervenciones sanitarias.

## 8. Poner en valor el papel de la atención primaria en los resultados en salud

### ACCIONES:

- 8.1. Elaborar un Plan de Comunicación anual específico de AP para acercar este ámbito a la ciudadanía poniendo en valor el papel de la AP, utilizando también los recursos de las webs de los departamentos y de la CSUSP.
- 8.2. Impulsar la difusión de mensajes en redes sociales dirigidos a grupos específicos de población para hacerles partícipes en el cuidado de su salud, y fomentar el uso adecuado de recursos de AP.
- 8.3. Difundir la publicación anual de los datos ajustados más relevantes de actividad de AP (preventiva y de promoción de la salud, asistencial docente e investigadora ) y de las encuestas de satisfacción.

### Línea estratégica 3: Fortalecimiento de la Atención Primaria.

OBJETIVO	ACCIÓN	PLAN DE SALUD
1. Consolidar la inversión en AP en 25% del presupuesto destinado a Sanidad.	1.1. Planificar incrementos anuales, para llegar a el 25% de la inversión del presupuesto sanitario en 4 años entre los capítulos procedentes.  1.2. Desarrollar el Plan de infraestructuras sanitarias 2021-2023.	Línea 1. Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario para asegurar la máxima calidad y la mejor valoración percibida por los y las pacientes
2. Incrementar el nº de profesionales de manera que se posibilite la accesibilidad, longitudinalidad, estabilidad, atracción del talento y reducir la temporalidad por debajo del 8%	2.1. Implementar el número plazas estructurales.  2.2. Garantizar una plantilla adecuada para cumplir con la cartera de servicios.  2.3. Aumentar la estabilidad profesional mediante ofertas públicas de empleo anuales, agilizar los procesos selectivos de APS, de modo que progresivamente se alcance, y se mantenga, una tasa de temporalidad inferior al 8%.	Línea 1. Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario para asegurar la máxima calidad y la mejor valoración percibida por los y las pacientes
3. Modificar la estructura y funciones del personal directivo de los departamentos	3.1. Estudiar los cambios normativos necesarios para que el Equipo de Dirección de AP pueda realizar sus funciones de forma eficiente.	Línea 1. Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario para asegurar la máxima calidad y la mejor valoración percibida por los y las pacientes
4. Crear un modelo organizativo departamental	4.1. Dotar a los equipos directivos de AP de los recursos profesionales suficientes, para llevar a cabo las funciones de gestión y de desarrollo de este modelo.  4.2. Disponer a nivel departamental de perfiles profesionales que actúen como consultores de los EAP	Línea 1. Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario para asegurar la máxima calidad y la mejor valoración percibida por los y las pacientes

<b>Línea estratégica 3: Fortalecimiento de la Atención Primaria.</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>ACCIÓN</b>	<b>PLAN DE SALUD</b>
5. Creación de un Modelo organizativo del centro de salud	<p>5.1. Los centros de salud contarán con la figura de responsable en área médica, enfermería y admisión, una de las dos primeras asumirá las tareas directivas del EAP de la Zona Básica de Salud.</p> <p>5.2. Cambiar el mecanismo de provisión en los puestos de responsabilidad de los EAP, para asegurar el acceso a las personas con mayor preparación, experiencia o méritos, basándose la elección en la capacidad de liderazgo y en proyectos a corto/medio plazo que sean reevaluables y según ello permitan mantenerse o salir del puesto.</p> <p>5.3. Establecer acuerdos de gestión propios del equipo de AP (unidad funcional) que contemplen objetivos específicos dirigidos a la mejora de los aspectos particulares identificados en cada centro.</p>	Línea 1. Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario para asegurar la máxima calidad y la mejor valoración percibida por los y las pacientes
6. Aumentar la capacidad resolutiva	<p>6.1. Consensuar, ampliar y estandarizar la petición de pruebas y exploraciones complementarias que se puedan solicitar en todos los departamentos.</p> <p>6.2. Asegurar la capacidad de petición de determinaciones analíticas y pruebas de imagen para que la AP sea resolutiva.</p> <p>6.3. Desarrollar la indicación, uso y dispensación de medicamentos por parte de profesionales de la enfermería, en coherencia con la normativa vigente.</p> <p>6.4. Aumentar el protagonismo de profesionales de la enfermería en el programa de Atención Infantil, potenciando su capacidad de resolución.</p> <p>6.5. Capacitar al personal administrativo para aumentar la calidad de la atención tanto presencial como telefónica, protocolizando la actuación de las unidades de admisión/mostrador y potenciando la formación en habilidades de comunicación.</p> <p>6.6. Incorporar la figura de responsable de administración y regular la manera de acceso a cada uno de estos puestos con criterios de capacidad y mérito.</p>	Línea 1. Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario para asegurar la máxima calidad y la mejor valoración percibida por los y las pacientes
7. Fomentar la calidad asistencial y la práctica basada en la evidencia científica	<p>7.1. Identificar e implementar recomendaciones de "No hacer" basadas en la evidencia de los procesos asistenciales más frecuentes en AP</p> <p>7.2. Realizar actividades formativas específicas sobre las estrategias de "No hacer"</p> <p>7.3. Impulsar intervenciones de prevención y promoción de la salud con perspectiva comunitaria, en la práctica sanitaria basadas en la evidencia.</p> <p>7.4. Evaluar los resultados en salud de las intervenciones sanitarias.</p>	Línea 1. Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario para asegurar la máxima calidad y la mejor valoración percibida por los y las pacientes
8. Poner en valor el papel de la AP en los resultados en salud	<p>8.1. Elaborar un Plan de Comunicación anual específico de AP para acercar este ámbito a la ciudadanía poniendo en valor el papel de la AP, utilizando también los recursos de las webs de los departamentos y de la CSUSP.</p> <p>8.2. Impulsar la difusión de mensajes en redes sociales dirigidos a grupos específicos de población, para hacerles participes en el cuidado de su salud y fomentar el uso adecuado de recursos de AP.</p> <p>8.3. Difundir la publicación anual de los datos ajustados más relevantes de actividad de AP (preventiva y de promoción de la salud, asistencial, docente e investigadora...) y de las encuestas de satisfacción.</p>	<p>Línea 1. Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario para asegurar la máxima calidad y la mejor valoración percibida por los y las pacientes</p> <p>Línea 3. Fortalecer la equidad y la igualdad de género, reducir las desigualdades en salud y fomentar la participación</p>

## **Línea estratégica 4: Potenciar el uso de las tecnologías de la información y comunicación (TICs).**

Es necesario tener en cuenta la importancia de potenciar las TICs como una herramienta útil y eficaz para el desarrollo de la asistencia y mejora de la accesibilidad de la ciudadanía.

El IV Plan de Salud de la CV, hace referencia en el objetivo 1.4: "Poner la información al servicio de la mejora de la salud", que implica poner el conocimiento sobre la información clínica, resultados en salud, sus determinantes y la oferta de servicios del sistema de salud a disposición de la ciudadanía, pacientes, profesionales, gestión sanitaria y otros agentes adecuando la información al nivel de cada usuario y siguiendo el principio de transparencia.

### **OBJETIVOS**

#### **1. Mejorar el equipamiento tecnológico y los sistemas de información y digitalización**

#### **ACCIONES:**

- 1.1. Impulsar la estrategia de renovación de equipos.
- 1.2. Dotar de infraestructuras necesarias para extender el sistema de llamadas a pacientes en los centros de AP
- 1.3. Adecuar las comunicaciones y dispositivos del puesto de trabajo para dar respuesta a las demandas.
- 1.4. Consolidar la videoconsulta, integrándola en la APP "GVA+Salut"
- 1.5. Potenciar el uso de herramientas de telemonitorización para el control de pacientes desde su propio domicilio.
- 1.6. Aprovechar la capacidad de los sistemas de información para ofrecer un cuadro de mandos que permita el benchmarking<sup>11</sup> entre zonas básicas de salud para indicadores relacionados con toda la actividad desempeñada desde la AP.
- 1.7. Diseñar un gestor de solicitudes interoperable y con capacidad de aprendizaje que mejore la adecuación de las pruebas, prescripciones e interconsultas que evite duplicidades.
- 1.8. Proporcionar sistemas de telemedicina que faciliten la comunicación entre profesionales de diferentes centros asistenciales.

<sup>11</sup> El benchmarking es el proceso de crear, recopilar, comparar y analizar indicadores claves que permitan medir el rendimiento de los procesos y las funciones más importantes.

- 1.9. Poner al alcance de los y las profesionales, la información necesaria para mejorar el desarrollo de sus actividades (informes asistenciales, resultados de las pruebas complementarias de cualquier hospital y en cualquier punto de atención).
- 1.10. Garantizar el acceso a las personas a su información clínica.
- 1.11. Desarrollar la "APP GVA+Salut" para incorporar más funcionalidades incluyendo aquellas que mejoren la accesibilidad, el registro en determinantes de salud, la evaluación y satisfacción de las personas.

<b>Línea estratégica 4: Potenciar el uso de las tecnologías de la información y comunicación (TICs).</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>ACCIÓN</b>	<b>PLAN DE SALUD</b>
1. Mejorar el equipamiento tecnológico y los sistemas de información y digitalización	<p>1.1. Impulsar la estrategia de renovación de equipos.</p> <p>1.2. Dotar de infraestructuras necesarias para extender el sistema de llamadas a pacientes en los centros de AP</p> <p>1.3. Adecuar las comunicaciones y dispositivos del puesto de trabajo para dar respuesta a las demandas</p> <p>1.4. Consolidar la videoconsulta, integrándola en la APP "GVA+Salut"</p> <p>1.5. Potenciar el uso de herramientas de telemonitorización para el control de pacientes desde su propio domicilio</p> <p>1.6. Aprovechar la capacidad de los sistemas de información para ofrecer un cuadro de mandos que permita el benchmarking entre zonas básicas de salud para indicadores relacionados con toda la actividad desempeñada desde la AP.</p> <p>1.7. Diseñar un gestor de solicitudes interoperable y con capacidad de aprendizaje que mejore la adecuación de las pruebas, prescripciones e interconsultas que evite duplicidades</p> <p>1.8. Proporcionar sistemas de telemedicina que faciliten la comunicación entre profesionales de diferentes centros asistenciales.</p> <p>1.9. Poner al alcance de los y las profesionales, la información necesaria para mejorar el desarrollo de sus actividades (informes asistenciales, resultados de las pruebas complementarias de cualquier hospital y en cualquier punto de atención).</p> <p>1.10. Garantizar el acceso a las personas a su información clínica.</p> <p>1.11. Desarrollar la "APP GVA+Salut" para incorporar más funcionalidades incluyendo aquellas que mejoren la accesibilidad, el registro en determinantes de salud, la evaluación y satisfacción de las personas</p>	<p>Línea 1. Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario para asegurar la máxima calidad y la mejor valoración percibida por los y las pacientes</p>

## Línea estratégica 5: Docencia, investigación e innovación.

El centro de salud y el modelo de la AP es el lugar idóneo para que los y las profesionales que se incorporen, obtengan una formación que permita una visión holística del abordaje a la salud. Esa labor docente debe potenciarse a la vez que se consolide un modelo que garantice la adecuada formación y actualización, potenciando la producción de resultados de investigación que permitan encontrar nuevas y mejores soluciones a la actividad asistencial.

### OBJETIVOS

1. Potenciar la investigación en el ámbito de la AP, así como la transferencia de resultados.

### ACCIONES:

- 1.1. Establecer un mapa de situación en I+D en AP (recursos de apoyo metodológico, infraestructuras para I+D en centros de AP, grupos de investigación reconocidos, personas investigadoras con proyectos activos financiados en convocatorias públicas, participación en IIS acreditados, unidades de investigación en gerencias de AP...) con actualización periódica.
- 1.2. Generar un marco organizativo que promueva la cooperación, la asesoría y la colaboración de quienes investigan, con otros grupos y redes de investigación de otros ámbitos asistenciales y otros sectores.
- 1.3. Potenciar la contribución de los grupos de AP en los Institutos y Fundaciones de Investigación de la Comunitat Valenciana.
- 1.4. Establecer convocatorias específicas para AP que favorezcan el inicio de la investigación y tengan apoyo metodológico.
- 1.5. Promover la participación de investigadores e investigadoras, con actividad clínica en AP, promoviendo la investigación relevante centrada en las necesidades de la población y en las lagunas del conocimiento.
- 1.6. Aumentar la inversión en infraestructuras de apoyo y la disponibilidad de registros y de recursos bibliográficos e informáticos que faciliten la labor investigadora.
- 1.7. Proveer incentivos que potencien la actividad investigadora entre profesionales y dotar de ayudas para fomentar la difusión y transferencia de resultados mediante publicaciones científicas.

## 2. Incorporar la docencia como parte habitual al trabajo sanitario

### ACCIONES:

- 2.1. Establecer semanalmente en todos los CS espacios en las agendas para docencia/formación/sesiones clínicas acreditadas incluyendo a personal de atención continuada.
- 2.2. Promover la realización de un Plan de Formación basado en las estrategias clave del sistema sanitario y en la detección de necesidades de los y las profesionales.
- 2.3. Poner en valor las figuras de tutor/a colaborador/a docente con reconocimiento en todos los baremos.
- 2.4. Potenciar el papel de farmacéuticos/as de AP en su labor de formación y apoyo a profesionales en el uso racional eficiente y seguro de los medicamentos, así como la revisión de los tratamientos de las personas institucionalizadas en la Comunidad Valenciana.
- 2.5. Desarrollar el Plan de Inmersión y formación de profesionales tras un traslado o en nuevas incorporaciones.
- 2.6. Dotar de recursos que garanticen el desarrollo de los programas de las Unidades Docentes

## 3. Divulgar el trabajo de la AP entre el resto de especialidades

### ACCIONES:

- 3.1. Favorecer las rotaciones por AP de todas las especialidades y titulaciones de Ciencias de la Salud con presencia en AP.
- 3.2. Garantizar una adecuada formación de los y las profesionales que impacte en la mejora e innovación de la actividad asistencial.

### Línea estratégica 5: Docencia, investigación e innovación.

OBJETIVO	ACCIÓN	PLAN DE SALUD
<p>1. Potenciar la investigación en el ámbito de la AP, así como la transferencia de resultados</p>	<p>1.1. Establecer un mapa de situación en I+D en AP (recursos de apoyo metodológico, infraestructuras para I+D en centros de AP, grupos de investigación reconocidos, personas investigadoras con proyectos activos financiados en convocatorias públicas, participación en IIS acreditados, unidades de investigación en gerencias de AP...) con actualización periódica.</p> <p>1.2. Generar un marco organizativo que promueva la cooperación, la asesoría y la colaboración de los investigadores con otros grupos y redes de investigación de otros ámbitos asistenciales y otros sectores.</p> <p>1.3. Potenciar la contribución de los grupos de AP en los Institutos y Fundaciones de Investigación de la Comunitat Valenciana.</p> <p>1.4. Establecer convocatorias específicas para AP que favorezcan el inicio de la investigación y tengan apoyo metodológico.</p> <p>1.5. Promover la participación de investigadores e investigadoras, con actividad clínica en AP, promoviendo la investigación relevante centrada en las necesidades de la población y en las lagunas del conocimiento.</p> <p>1.6. Aumentar la inversión en infraestructuras de apoyo y la disponibilidad de registros y de recursos bibliográficos e informáticos que faciliten la labor investigadora.</p> <p>1.7. Proveer incentivos que potencien la actividad investigadora entre profesionales y dotar de ayudas para fomentar la difusión y transferencia de resultados mediante publicaciones científicas</p>	<p>Línea 1. Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario para asegurar la máxima calidad y la mejor valoración percibida por los y las pacientes</p>
<p>2. Incorporar la docencia como parte habitual al trabajo del profesional sanitario</p>	<p>2.1. Establecer semanalmente en todos los CS espacios en las agendas para docencia/formación/sesiones clínicas acreditadas, incluyendo a personal de Atención Continuada</p> <p>2.2. Promover la realización de un Plan de Formación basado en las estrategias clave del sistema sanitario y en la detección de necesidades de los y las profesionales.</p> <p>2.3. Poner en valor las figuras de tutor/a colaborador/a docente con reconocimiento en todos los baremos</p> <p>2.4. Potenciar el papel de farmacéuticos/as de AP en su labor de formación y apoyo a profesionales en el uso racional eficiente y seguro de los medicamentos, así como la revisión de los tratamientos de las personas institucionalizadas en la Comunidad Valenciana.</p> <p>2.5. Desarrollar el Plan de Inmersión y formación de profesionales tras un traslado o en nuevas incorporaciones .</p> <p>2.6. Dotar de recursos que garanticen el desarrollo de los programas de las Unidades Docentes</p>	<p>Línea 1. Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario para asegurar la máxima calidad y la mejor valoración percibida por los y las pacientes</p> <p>Línea 2. Orientación hacia la cronicidad y hacia los resultados en salud para incrementar la esperanza de vida en buena salud</p> <p>Línea 1. Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario para asegurar la máxima calidad y la mejor valoración percibida por los y las pacientes</p>

<b>Línea estratégica 5: Docencia, investigación e innovación.</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>ACCIÓN</b>	<b>PLAN DE SALUD</b>
3. Divulgar el trabajo de la AP entre el resto de especialidades	<p>3.1. Favorecer las rotaciones por AP de todas las especialidades y titulaciones de Ciencias de la Salud con presencia en AP.</p> <p>3.2. Garantizar una adecuada formación de los y las profesionales que impacte en la mejora e innovación de la actividad asistencial.</p>	<p>Línea 1. Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario para asegurar la máxima calidad y la mejor valoración percibida por los y las pacientes</p> <p>Línea 2. Orientación hacia la cronicidad y hacia los resultados en salud para incrementar la esperanza de vida en buena salud</p>

## 5. ACCIONES CLAVE

### FINANCIACIÓN

- Planificar incrementos anuales, para llegar a el 25% de la inversión del presupuesto sanitario en 4 años entre los capítulos procedentes.
- Desarrollar el Plan de infraestructuras sanitarias 2021-2023.

### RECURSOS HUMANOS

- Implementar el número de plazas estructurales
- Aumentar la estabilidad profesional mediante ofertas públicas de empleo anuales, agilizar los procesos selectivos de APS, de modo que progresivamente se alcance, y se mantenga, una tasa de temporalidad inferior al 8%. Incorporar la figura de responsable de administración y regular la manera de acceso a cada uno de estos puestos con criterios de capacidad y mérito y a través de procesos transparentes.
- Desarrollar el Plan de Inmersión y formación de profesionales tras un traslado o en nuevas incorporaciones.
- Disponer a nivel departamental de perfiles profesionales que actúen como consultores de los EAP.

## NUEVAS TECNOLOGIAS

- Consolidar la videoconsulta, integrándola en la APP "GVA+Salut"
- Aprovechar la capacidad de los sistemas de información para ofrecer un cuadro de mandos que permita el benchmarking entre zonas básicas de salud para indicadores relacionados con toda la actividad desempeñada desde la AP.
- Potenciar el uso de herramientas de telemonitorización para el control de pacientes desde su propio domicilio.
- Diseñar un gestor de solicitudes interoperable y con capacidad de aprendizaje que mejore la adecuación de las pruebas, prescripciones e interconsultas que evite duplicidades.
- Proporcionar sistemas de telemedicina que faciliten la comunicación entre profesionales de diferentes centros asistenciales.
- Desarrollar la "APP GVA+Salut" para incorporar más funcionalidades incluyendo aquellas que mejoren la accesibilidad, el registro en determinantes de salud, la evaluación y satisfacción del paciente

## AMBITO ASISTENCIAL

- Asignar población en SIP a profesionales de la enfermería para asegurar la referenciabilidad en un ámbito geográfico concreto que favorezca las actividades de prevención y promoción
- Actualizar y ampliar la Cartera de Servicios de AP de la CSUSP.
- Incorporar en cartera de servicios, las nuevas modalidades de atención no presencial estableciendo criterios de calidad de cada una de las modalidades.
- Crear circuitos rápidos de atención rápida a problemas graves que permitan mejorar la capacidad de resolución.
- Desarrollar de forma protocolizada y bidireccional la realización de interconsultas no presenciales con los facultativos especialistas del segundo nivel de atención.
- Capacitar al personal administrativo para mejorar el acceso y la resolución de las gestiones a la ciudadanía.
- Asegurar que cualquier persona con vulnerabilidad social sea atendida por profesionales de trabajo social como parte de su plan individualizado.
- Estratificar según el nivel de cronicidad la atención a las personas en el ámbito más adecuado y por el personal sanitario que mejor pueda dar respuesta a sus necesidades: promoción de salud dirigida a la población sana,

prevención en personas con factores de riesgo, garantizar la continuidad de cuidados, la planificación de la atención a las personas con enfermedad crónica compleja y paliativas y de sus personas cuidadoras y educación en autocuidados

- Impulsar la visita domiciliaria en las personas en situación compleja, clínica o social, liderada por profesionales de la enfermería en colaboración con profesionales de trabajo social.
- Aplicar y desarrollar los planes de asistencia sanitaria departamentales en los centros residenciales.
- Fomentar la educación para la salud tanto de forma individual como grupal o colectiva, con énfasis en la formación de pacientes (Escuela de Pacientes) como eje de atención a la cronicidad.
- Implementar protocolos de continuidad asistencial entre AP y Unidades de Salud Mental.
- Desarrollar la indicación, uso y dispensación de medicamentos por parte de las enfermeras, en coherencia con la normativa vigente.
- Homogeneizar el horario de los PAC y PAS de toda la Comunitat Valenciana, debe incluir los fines de semana y festivos a partir de las 15 h. y procurar su extensión a los viernes por la tarde.
- Dotar a los profesionales que trabajan en zonas rurales remotas, del equipamiento adecuado y formación en la atención a urgencias vitales y emergencias, así como de todo el material necesario para realizar una atención con la adecuada calidad (REMOT)

## MODELO DE GESTION

- Estudiar los cambios normativos necesarios para que el Equipo de Dirección de AP pueda realizar sus funciones de forma eficiente.
- Los centros de salud contarán con un responsable médico, un responsable de enfermería y un responsable de admisión, uno de los dos primeros asumirá las tareas directivas de la Zona Básica de Salud.
- Distribuir los grupos de población entre las profesionales enfermeras atendiendo a las necesidades de salud y a los determinantes de salud comunes.
- Definir zonas y/o puestos de difícil cobertura y fomentar su cobertura mediante los mecanismos que se establezcan.
- Reforzar la coordinación entre AP y Salud Pública y otros sectores para impulsar la salud comunitaria, la promoción de la salud y la prevención.
- Consensuar, ampliar y estandarizar la petición de pruebas y exploraciones complementarias que se puedan solicitar en todos los departamentos.

- Identificar e implementar recomendaciones de “No hacer” basadas en la evidencia de los procesos asistenciales más frecuentes en AP.
- Establecer acuerdos de gestión propios del equipo de AP (unidad funcional) que contemplen objetivos específicos dirigidos a la mejora de los aspectos particulares identificados en cada centro.
- Garantizar que todas las zonas básicas dispongan de unidades de fisioterapia como unidades de apoyo a la AP en coordinación con el servicio de rehabilitación y potenciar la participación de los fisioterapeutas en actividades grupales.
- Facilitar que los profesionales que ejercen su trabajo en atención continuada sean personal integrado en los EAP, de manera que puedan prestar sus servicios también en los CS si estos fueran requeridos.
- Establecer semanalmente en todos los CS espacios en las agendas para docencia/formación/sesiones clínicas acreditadas, incluyendo a personal de Atención Continuada
- Proveer incentivos que potencien la actividad investigadora de los profesionales y dotar de ayudas para fomentar la difusión y transferencia de resultados mediante publicaciones científicas.
- Elaborar un Plan de Comunicación anual específico de AP para acercar este ámbito a la ciudadanía poniendo en valor el papel de la AP, utilizando también los recursos de las webs de los departamentos y de la CSUSP.

## 6. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Para la implantación de este Plan en el 1er trimestre del 2022 se elaborará un mapa de tareas con cronograma específico que servirá como hoja de ruta para su aplicación.

Una parte esencial del plan de acción es establecer mecanismos para el seguimiento de su desarrollo, así como evaluar su implementación a través de indicadores cuantitativos y cualitativos. Para ello, se establecerá un cuadro de mandos que estará disponible para los equipos directivos del departamento, así como para los equipos de AP. Éste les permitirá estudiar la evolución del plan y diseñar acciones específicas para llevarlo a cabo.

Por otra parte, en el ámbito de la Comunitat Valenciana, el seguimiento de este plan se realizará a través de los sistemas de información corporativos y otras fuentes propias del sistema sanitario.

Este seguimiento dará lugar a un informe anual incorporado a la memoria de la Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública, y se presentará al Consejo de Salud de la Comunitat Valenciana, órgano de participación ciudadana.

## 7. FINANCIACIÓN

Este Marco será financiado por los presupuestos anuales y con los planes específicos de desarrollo tecnológico, infraestructuras y recursos humanos que contemplará un apartado específico de AP.

<b>FINANCIACIÓN DEL MARCO</b>	
TOTAL 2022-2023:	326.714.000 €
<b>INVERSIÓN EN RECURSOS HUMANOS</b>	
130.694.000 €	durante 2022 y 2023 para la creación de 1600 plazas estructurales en Atención Primaria
<b>INVERSIÓN EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b>	
8.000.000 €	
<b>INVERSIÓN EN INFRAESTRUCTURAS Y TECNOLOGÍA SANITARIA</b>	
<b>Ejercicio 2022</b>	
42.160.000 €	Construcción de centros de salud.
5.620.000 €	Eficiencia energética centros de salud.
25.770.000 €	Reforma centros de salud.
3.000.000 €	Reformas consultorios municipales (PIAC).
12.000.000 €	Equipamiento para puesta en marcha de centros de salud.
4.000.000 €	Reposición de equipamiento de centros de salud.
14.000.000€	Nuevo equipamiento de Atención Primaria.
<b>TOTAL:</b>	<b>106.550.000 €</b>
<b>Ejercicio 2023</b>	
33.560.000€	Construcción de centros de salud.
2.460.000€	Eficiencia energética centros de salud.
17.950.000€	Reforma centros de salud.
25.000.000€	Equipamiento para puesta en marcha de centros de salud.
2.500.000€	Reposición de equipamiento de centros de salud.
<b>TOTAL:</b>	<b>81.470.000 €</b>
<b>TOTAL 2022-2023:</b>	<b>188.020.000 €</b>

## ANEXO 1: CARTERA DE SERVICIOS

- Población general
  - » Actividades comunitarias
  - » Consulta de adultos (presencia física, telefónica, videoconsulta)
  - » Vacunación de la persona adulta
  - » Prevención, control y seguimiento de HTA, dislipemia, diabetes mellitus, EPOC, obesidad, tabaquismo.
  - » Atención a la cronicidad
  - » Prevención, control y seguimiento de las Enfermedades de Declaración Obligatoria
  - » Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados
  - » Atención a pacientes terminales y acompañamiento al final de la vida.
  - » Prevención y detección de problemas de salud de la persona anciana (frágil o de alto riesgo)
  - » Prevención y detección de problemas de salud mental y adicciones.
  - » Programas especiales
    - Cirugía menor e infiltraciones
    - Ecografías
  - » Captación y valoración de la mujer embarazada
  - » Preparación al parto
  - » Visita en el primer mes postparto
  - » Educación sexual y planificación familiar
  - » Prevención de cáncer de cérvix, mama, endometrio y colo-rectal
  - » Tratamientos psicoterápicos básicos
  - » Educación para la salud
  - » Fisioterapia
  - » Salud bucodental.
  - » Detección y prevención de la violencia de genero
- Población infantil
  - » Consulta de niños
  - » Vacunaciones infantiles
  - » Supervisión de desarrollo infantil
  - » Salud bucodental
  - » Educación para la salud en la escuela
  - » Revisión y actualización del programa de Atención Infantil.

## ANEXO 2: AGENDAS

### Características generales de las agendas

- Características generales/composición general de la agenda de medicina (la duración de cada bloque será consensuada en cada Departamento o CS)
  - » Actividad clínica presencial
  - » Consulta ordinaria
  - » Programas especiales (CM, infiltraciones, ecografía, etc.)
  - » Actividad clínica online y telefónica
  - » Actividad administrativa
  - » Actividad domiciliaria
  - » Actividad comunitaria
  - » Actividad docente (incluye actividades de tutorización a profesionales en periodo de formación)
  
- Características generales/composición general de la agenda de enfermería (la duración de cada bloque será consensuada en cada Departamento o CS)
  - Actividad consulta a demanda
  - Centro, online y telefónica
  - Consulta clínica y técnicas
  - Actividad consulta programada
  - Actividad domiciliaria
  - Actividad comunitaria
  - Actividad docente (incluye actividades de tutorización a profesionales en periodo de formación)
  - Agendas por prestaciones para procesos concretos

## ANEXO 3: DESBUROCRATIZACIÓN

Medidas desburocratización recogidas en el documento de Criterios para la organización asistencial en la nueva normalidad en Atención Primaria y Comunitaria (CSUISP, 28 abril 2021)

- No se devolverán interconsultas a AP basándose en la demora transcurrida desde la realización de la consulta y la fecha actual.
- Nunca se remitirán estos pacientes a AP para ser nuevamente derivados.
- No se indicará al paciente que solicite a AP una nueva interconsulta o propuesta por el mismo proceso asistencial por el que estaba en seguimiento.
- Los servicios de atención hospitalaria que precisen una interconsulta con otra especialidad/servicio, no utilizará la AP como intermediaria.
- Los pacientes atendidos en urgencias que precisen seguimiento por especializada ambulatoria, deben ser dados de alta de urgencias con ese destino al alta. La cita se gestionará en el ámbito correspondiente.
- Cualquier acto médico relacionado con una atención en el hospital o en CCEE deberá ser realizado por el facultativo responsable de esa atención.
- No se realizarán Certificados que no estén contemplados en la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud o en una norma legal que obligue a su realización al Sistema Sanitario público Valenciano.
- No están obligados realizar:
  - » Certificados médicos de aptitudes deportivas, de permisos de conducir, armas, de solicitud de subvenciones, etc.
  - » Certificados de aptitud, capacitación o riesgos laborales, incluidos los de procesos de selección y oposición
  - » Certificados de reconocimientos médicos a la incorporación a la actividad laboral
  - » Certificados a instancias de abogados
  - » Justificantes de ausencia de los alumnos al colegio o instituto
  - » Informes de "fe de vida"
  - » Justificantes de cualquier tipo
  - » El sistema público no tiene la obligación de hacerse cargo de prestaciones derivadas de un acto asistencial realizado en otra entidad del ámbito privado

## ANEXO 4: RECURSOS ESTRUCTURALES

### RECURSOS ESTRUCTURALES

En todos los CS sería recomendable disponer de

- Consulta a tiempo completo para cada profesional sanitario (medicina/enfermería) con disponibilidad para teleconsulta/telemedicina/ consulta telefónica.
- Consulta a tiempo completo para Trabajador/a Social
- Recepción que permita trabajo individualizado que posibilite la privacidad.
- Salas de espera diferenciadas por segmentos de atención.
- Monitores de gestión de colas que preserven el anonimato.
- Sala polivalente para trabajo comunitario.
- Espacio con dotación adecuada para el desarrollo de la actividad de la unidad de apoyo correspondiente.
- Sala de curas/extracciones.
- Sala de cirugía menor y técnicas.
- Sala de vitales (espacio dentro de una de las salas anteriores).
- Espacio matrona (consulta + sala de atención a la mujer).
- Sala de reuniones con dotación para docencia/investigación
  - » Dotación informática con programas adecuados.
  - » Impresora
  - » Cañón proyección
  - » Dispositivo para pase automático de presentaciones

### RECURSOS INFORMATICOS

Material informático con servicio adecuado de mantenimiento y actualización de software y aplicaciones informáticas (SIA, ORION )

- Ordenadores e impresoras
- Videoconsultas
- Videoreuniones
- Telemedicina
- Red Wifi en centros sanitarios
- Teléfonos con auriculares.

## RECURSOS CLINICOS

A valorar, dependiendo del tamaño del CS, el número de cada uno de los siguientes:

- ECG
- Espirómetro
- Dermatoscopio
- Ecografía (programa piloto)
- Tonómetro
- Retinógrafo
- Holter
- Equipos de nebulización.
- Medidor automático de ITB.
- Material de RCP.
- Material para CIR Menor/Infiltraciones
- Material de protección individual
- Material para toma muestras enfermedades infecciosas y pruebas de diagnóstico rápido
  - » Strep A
  - » Pruebas antigénicas rápidas SARS-CoV-2
  - » PCR
  - » Pruebas antigénicas rápidas *Influenza virus*
- dotación de medicación
  - » Dotar a los centros de salud de ciertas medicaciones, actualmente restringidas al uso hospitalario, con las que podrían resolver problemas más complejos
  - » Dotación mínima de medicaciones común a todos los departamentos. Definir y consensuar con Dirección Farmacia.
  - » Dotaciones puntuales en cada departamento que serán solicitadas y valoradas por la comisión de URM del citado departamento

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana. Generalitat Valenciana. «DOGV» núm. 7434, de 31 de diciembre de 2014 «BOE» núm. 35, de 10 de febrero de 2015.
2. IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana (2016-2020). Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana.
3. Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023. Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria. Ministerio de Sanidad.
4. Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. «Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible». Astaná (Kazajstán), 25 y 26 de octubre de 2018.-
5. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
6. Rifkin SB. Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All-from consensus to complexity. *BMJ Glob Health*. 2018; 3(Suppl 3): e001188. doi: 10.1136/bmjgh-2018-001188 Antonovsky A.
7. Navarro-Rubio, Rudd, Rosenfeld, & Arrighi, 2016. Alfabetización en salud. *New Medical Economics*.
8. Disponible en <https://www.newmedicaleconomics.es/enfermeria/alfabetizacion-salud/> Consultado en agosto de 2021.
9. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int.* (1996) vol. 11: 11-18.
10. Documento de Plan de Acción para la transformación del Sistema Nacional de Salud en la Era post-CoVid19. Ponencia de expertos. Documento dinámico. Versión 14/07/2020.
11. Berwick D, Nolan T, Whittington J. The Triple Aim: Care, Health, And Cost. *Health Affairs*. (2008) 27(3): 759-769.
12. Salud con cosas la cuarta meta <https://saludconcosas.es/la-cuarta-meta/> Fecha de consulta: agosto de 2021.
13. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2019.
14. Cartera de Servicios de Atención Primaria. 2000. Conselleria de Sanidad Universal y Salut Pública. Generalitat Valenciana.
15. Documento de «Innovant en l'atenció primaria a Catalunya». Una aproximació a la realitat. 2021.
16. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. «BOE» núm. 222, de 16/09/2006.

17. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica Reguladora de Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. «BOE» núm. 274, de 15/11/2002.
18. Barbara Starfield. Atención Primaria, Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología; (2001) Barcelona. MASSON.
19. Documento estratégico y de gestión Por una atención primaria vertebradora del sistema de salud (2019) Grupo de trabajo SERGAS (Galicia).
20. 30 Mesures per Enfortir el Sistema de Salut; comité d'experts per a la transformació del Sistema Públic de Salut; septiembre 2020.
21. Estrategia para un nuevo enfoque de la Atención Primaria. Conserjería de Sanidad Gobierno del Principado de Asturias. 2018-2021.
22. Hacia la transformación digital del sector de la salud. 10 medidas para su impulso. AMETIC; FENIN; SEIS 2015.
23. Varela J. 5X1. 5 intensidades de provisión para 1 sanidad más valiosa. Gesclinvar Consulting GCV. Gesclinvar Consulting CCV. Barcelona. Enero de 2019.
24. Varela J. Cinco recomendaciones para aumentar el valor de la práctica clínica. Medicina Clínica 2021;156(4):187-190. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.04.020>
25. El camino hacia la renovación: cinco prioridades para la salud y la atención King'sFund. 2021. Disponible en <https://www.kingsfund.org.uk/> Consultado en octubre de 2021.
26. The King'sFund Kit de herramientas de trabajo remoto para consultorios generales y redes de Atención Primaria.2021. Disponible en <https://www.kingsfund.org.uk/> Consultado en octubre de 2021.
27. Explicación de las redes de Atención Primaria. 2020. Disponible en <https://www.kingsfund.org.uk/> Consultado en agosto de 2021.
28. Servicios comunitarios de salud: nuestra posición. 2018. Disponible en <https://www.kingsfund.org.uk/> Consultado en agosto de 2021.
29. Atención integral: nuestra posición. 2019. Disponible en <https://www.kingsfund.org.uk/> Consultado en septiembre de 2021.
30. Estrategia de Atención Comunitaria en el Sistema de Salud de Aragón Atención Primaria. Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad. Revisión de 2020.
31. Sanchez-Amat M, ¿Qué es la Atención Primaria de Salud? Actualización en Medicina de Familia 2021; 17(2):76-84
32. Casajuana Brunet, J. En busca de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer, J Formación Médica Continuada , 2005;12(9):579-81
33. Aibar Remóm C. ¿Nos creemos de verdad la necesidad de la participación del paciente? Revista de Calidad Asistencial. 2009;24(5):183-4.

34. Brugués Brugués, A. Evaluación de la gestión enfermera de la demanda en Atención Primaria. *Atención Primaria*.2016;48(3):159-165
35. Guía de buenas prácticas para la atención sanitaria mediante modalidad no presencial. Dirección general de planificación, eficiencia tecnológica y atención al paciente. Conselleria de Sanitat Universal y Salud Pública. Generalitat Valenciana. Abril, 2021.
36. Problemas de salud. Guía de intervenciones de enfermería. Adults Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària █ CASAP.2012
37. Plan de salud de Castilla-La Mancha. Horizonte 2025. Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Gestión y Servicios, SL. 2021.
38. Problemas de salud. Guía de intervenciones de enfermería. Infants Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària █ CASAP.2014
39. Estrategia para la Atención Primaria en Euskadi. Osakidetza. Gobierno vasco. 2019
40. Casado V. La gestión de la demanda por parte de enfermería. *Atención Primaria*. 2016 Jun-Jul; 48(6): 343-344. doi: 10.1016/j.aprim.2016.05.001
41. IV Plan de salud 2016-2020 Comunitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal y Salud Publica. Generalitat Valenciana. Valencia, 2016
42. INE (instituto nacional de estadística)
43. Encuesta de salud de la Comunitat Valenciana 2016. Generalitat Valenciana.

Gracias a todas y cada una de las personas, profesionales, sociedades científicas, sindicatos, asociaciones ciudadanas, colegios profesionales, que han contribuido con sus aportaciones en la elaboración de este documento.

Gracias por ayudar a construir un futuro mejor para la Atención Primaria.

**Coordinación:**

- García Layunta, M<sup>o</sup> Amparo. Directora General de Asistencia Sanitaria.
- Limón Ramírez, Ramón. FE Medicina Preventiva y Salud Pública. DGAS.
- Lloria Cremades M<sup>o</sup> José. Comisionada Atención Primaria y Comunitaria.