



Estudio sobre la eficiencia en la gestión de la Atención Primaria

Comparativa en el ámbito internacional europeo

Equipo Consultor







Lic. Andrea Barbiero
Dr. Josep Picas

Edición

Barcelona, España
Julio 2021

Diseño

Foto Portada Banc Imatges Infermeres

	Introducción	2
	Metodología	4
	Principios básicos de la atención primaria de la salud	9
	Aprendizajes de la gestión eficiente de la Atención Primaria	15
	Conclusiones Generales	74
	Referencias Bibliográficas	77

1. Introducción

La conceptualización de la Atención Primaria de la Salud (APS) se puede comprender de manera exhaustiva si observamos la trayectoria entre las dos declaraciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que han versado sobre ella: la Declaración de Alma Ata (1978) y la de Astaná (2018).

La Declaración de Alma-Ata de 1978 sentó las bases de la atención primaria de la salud proponiendo un modelo centrado en la comunidad, basado en las prácticas preventivas, curativas y rehabilitadoras y con un fuerte componente de promoción de salud, que debía constituir la base de un sistema de salud que materializa las obligaciones de los gobiernos de velar por la salud de su población. Los progresos realizados desde entonces han sido desiguales, ya que al menos la mitad de la población mundial carece de acceso a los servicios sanitarios básicos, incluida la atención de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, la salud maternoinfantil, la salud mental y la salud sexual y reproductiva. (8)

40 años después se celebró los días 25 y 26 de octubre de 2018 en Astaná (Kazajistán) una nueva Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de la Salud en donde los Estados Miembros de las Naciones Unidas consensuaron unánimemente compromisos en cuatro esferas básicas: 1) tomar decisiones políticas audaces en post de la salud en todos los sectores; 2) establecer una atención primaria de la salud sostenible; 3) empoderar a las personas y las comunidades, y 4) alinear el apoyo de las partes interesadas con las políticas, estrategias y planes nacionales. Estos compromisos son lo que han dado lugar a lo que conocemos hoy como La Declaración de Astaná. (7) (70)

La Declaración de Astaná se inscribe en el creciente impulso mundial para aumentar la inversión en la atención primaria de la salud a fin de alcanzar la cobertura sanitaria universal. Las intervenciones sanitarias se han focalizado de forma mayoritaria en enfermedades concretas en lugar de fortalecer los sistemas de salud con un enfoque más integrador y holístico, una deficiencia que se ha puesto de manifiesto en varias emergencias sanitarias ocurridas en los últimos años.

La nueva coyuntura que nos presenta la pandemia de COVID-19 ha evidenciado con mayor énfasis a nivel mundial una crisis de múltiples factores relacionados con la necesidad de dotación de mayores recursos económicos, de nuevos instrumentos de gestión, nuevos modelos organizativos que incentiven a los gestores, profesionales sanitarios y no sanitarios a fortalecer, permanecer y reforzar su compromiso con el primer nivel asistencial.

Durante el proceso de elaboración de este estudio buscamos evidenciar todas aquellas realidades a las que se enfrentan la atención primaria de la salud de varios países europeos que han sido seleccionados como objeto de este estudio. Para ello hemos entrevistado a más de 20 profesionales líderes pertenecientes a diferentes organizaciones públicas de salud, de diferentes niveles asistenciales, con diferentes

experiencias y trayectorias que nos ha permitido conocer aquellos retos, aprendizajes y propuestas de mejora que permitan impulsar diferentes políticas públicas y de decisión estratégica para mejorar la eficiencia de la atención primaria de salud. Estos aprendizajes serán de valiosa referencia para aquellos países de otros continentes que se encuentren con retos similares, como es el caso que nos convoca, en Chile, como lo han sido para los propios países analizados.

La Comisión Nacional de Productividad (CNP) se encuentra, a solicitud del Gobierno de Chile, elaborando un proceso de análisis introspectivo de la situación y los retos a los que se enfrenta la Atención Primaria de la Salud (APS) de su propio sistema de salud.

Para este cometido la Comisión, con el apoyo de la Fundación Chile (FCH) trabaja con un equipo multidisciplinario de profesionales del área, tanto nacionales como internacionales, los cuales buscan identificar buenas prácticas de la buena gestión en Atención Primaria.

Esta Comisión y la Fundación Chile han confiado en nosotros, el Dr. Josep Picas y la Lic. Andrea Barbiero, como consultores internacionales para llevar a cabo dicha labor en los sistemas sanitarios considerados referentes para efectos de este estudio. Este proceso ha resultado un verdadero placer para nosotros no sólo por la relevancia de la temática sino porque nos ha dado la posibilidad de explorar y aprender de profesionales referentes e inspiradores de la materia de gestión sanitaria del primer nivel de atención en el contexto europeo, además de compartir con el Lic. Jose Conretras de largas y entretenidas conversaciones relacionadas a la temática que nos convoca, la Atención Primaria de la Salud mundial.

2. Metodología

Para la elaboración de este estudio, se ha realizado un completo trabajo de revisión bibliográfica y de campo llevado a cabo por el equipo consultor entre los meses de Marzo y Junio de 2021, que tenía como principal objetivo detectar cuál es la situación actual y los principales retos y aprendizajes en la gestión de la Atención Primaria de la Salud de los países objeto de este estudio: España, Reino Unido, Holanda y Finlandia.

La metodología utilizada para la realización de este estudio se basó en la realización de un análisis exhaustivo de investigación de escritorio y de trabajo de campo.

Investigación de Escritorio



Entrevistas



Estudios de Caso



A. Investigación de Escritorio

Con el fin de comprender mejor los retos en relación a la Atención Primaria de cada uno de los países objeto de este estudio, se han recogido a través de diferentes fuentes información y referencias bibliográficas información sobre la composición y estructuras sobre dichos sistemas de salud, además de diferentes ejemplos de gestión de atención primaria en diferentes de escenarios locales/regionales.

B. Entrevistas

Para su cumplimiento, el equipo consultor identificó una lista de más de 20 líderes en gestión sanitaria, la innovación y la transformación digital, personas procedentes de distintos entornos con diferentes trayectorias que cuentan con diversas experiencias relacionados con la gestión de la Atención Primaria de la Salud los cuales fueron invitados a participar a la realización de un proceso de entrevistas semiestructuradas.

Estas entrevistas se realizaron en base a una guía de 10 preguntas elaboradas por el grupo consultor y validadas por CNP/FCH, la cual ha sido enviada previamente a los

entrevistados. El objeto de dicha guía ha sido la de actuar como guión de conversación cumpliendo con el objetivo de hilo conductor de las diferentes entrevistas.

Durante el proceso se ha dado la oportunidad a los entrevistados a expresarse a través de respuestas abiertas dando así lugar a conversaciones muy nutridas y amenas. La duración media de estas conversaciones ha sido aproximadamente de una hora, vía videoconferencia, en las que se ha intentado captar cuáles son los principales aprendizajes de las experiencias relacionadas con la buena gestión de la Atención Primaria de la Salud (APS) en la que los diferentes líderes encuestados han sido partícipes. Estas entrevistas han sido grabadas, con la previa autorización de los entrevistados, con el único objetivo de su posterior transcripción y análisis.

Además de todo lo anterior el equipo consultor se ha basado en la búsqueda exhaustiva de referencias bibliográficas y documentos suministrados amablemente por los diferentes entrevistados.

Lista de personas entrevistadas (por orden alfabético del primer apellido)

España

1. Ruthy Acosta-Rojas - Médica de Familia CAP EBA Centelles, Vic, Cataluña
2. Manuel Bayona - Médico / Gerente del Área 5 - Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)
3. David Font Ferrer - Médico / Director de Estrategia y Planificación del Hospital Clínic de Barcelona, Cataluña
4. Pere Illa Almirall - Recursos Humanos CAP EBA Centelles, Vic. Cataluña
5. Carolina Lapena Estella - Enfermera Centro de Atención Primaria Sanllehy Institut Català de la Salut. / Investigadora IDIAP Jordi Gol
6. Tino Martí - Economista de la Salud / eHealth Project Manager en European Health Telematics Association (EHTEL)
7. Marisa Merino - Médica de Familia / Directora Gerente de la Organización Sanitaria Integrada Tolosaldea de Osakidetza. / Vicepresidenta de la Fundación Signo
8. Rafael Ruiz Riera - Médico / Director Estratégico de Atención Primaria del Departament de Salut de Cataluña. España
9. Tamara Sancho - Médica de Familia ABS Can Vidalet. Esplugues de Llobregat, Cataluña

10. Mireia Sans - Médica de Familia / Directora Asistencial del CAP Comte Borrell CAPSBE / Presidenta de la sección de e-salud del Colegio de Médicos de Barcelona
11. Sonia Sevilla Guerra - Enfermera / Tècnica de la Gerencia de Procesos Integrado de la Salud Departament de Salut de Catalunya. España
12. Antoni Sisó Almirall - Médico de Familia CAP Les Corts, Barcelona / Presidente del Comité de Investigación CAPSBE / Presidente de la CAMFiC / Presidente de la Fundación de Atención Primaria (FAP)
13. Jordi Varela - Médico de Familia / Vicepresidente de la Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria / Editor del blog "Avances en Gestión Clínica"
14. Josep Vidal-Alaball - Médico de Familia EAP Artés - ICS Catalunya Central / Coordinador de la Unidad de Soporte a la Investigación (USR) de Catalunya Central / Investigador IDIAP Jordi Gol

Finlandia

15. Simo Kokko - Medico de Familia / Profesor de la Universidad de Eastern Finland / Director de Primary Health Care (PHC) development en el Kuopio Hospital y miembro finlandes del PHC-Expert Group

Holanda

16. Bert Vrijhoef - PHD Sociología Médica / Profesor de la Universidad de Maastricht, Vrije Bruselas y Singapur. Editor del Journal of Care Coordination. CEO PANAXEA (consultora en innovación y evaluación tecnología sanitaria)

Reino Unido

17. Michael Bewick - Director IQ4U Consultants / Professor of Digital Health (honorary) at The University of Central Lancashire Medical School, former National Deputy Medical Director of NHS England.
18. Heather Case - Head of Dorset Intelligence and Insights Service (DiiS) - Dorset CCG, NHS England
19. Karen Krikham, General Practitioner y assistant clinical chair Dorset CCG. ICS Clinical lead . NHSE National Clinical Advisor System Development and PHM
20. Philip Walker - NHS England NHS improvements Deputy Director at NHS England National System Transformation Group, NHS England
21. Jacquie White - NHS England's Director of System Development for Primary Care and System Transformation
22. Christine Storry - NHS Dorset Clinical Commissioning Group

23. Janine Ord - Head of Population Health Management for Dorset ICS
24. Paula Ellison - Program Director en el Department of Health and Social Care, UK.

Guión de preguntas soporte para la semiestructuración de las entrevistas

P1- ¿Cómo se estructura el sistema de salud de tu país? ¿Cuál crees que es el papel que juega la Atención Primaria en él?

P2- ¿Cuál es el principal mecanismo de financiación de su sistema de atención primaria? ¿Existen mecanismos de colaboración público-privada?

P3- ¿Cómo describirías la organización de los servicios de AP en tu país? (Integrada, descentralizada, etc...) ¿Consideras que esta organización promueve la eficiencia productiva de la AP?

P4- ¿Cuáles son los principales retos de la AP en vuestro país? Identificar las principales dificultades, oportunidades y desafíos en esta materia

P5- ¿Cuáles son sus recomendaciones para una gestión más eficiente de la AP de acuerdo a vuestra propia experiencia?

P6- ¿Conoces proyectos sistémicos que creas que han ayudado a mejorar la salud de las personas, fortaleciendo la AP? ¿Cuál ha sido el éxito de su implementación? ¿Cuáles son los aprendizajes de este proyecto?

P7- ¿Cuál cree que será el impacto de la COVID-19 en la organización del sistema de salud de su país? ¿Cómo cree que se verá fortalecida/afectada la AP?

P8- ¿Cuáles consideras que son las oportunidades y/o beneficios que puede aportar las nuevas tecnologías a la mejora de la AP?

P9- ¿Cuáles son los facilitadores y las barreras percibidas en la implantación de este tipo de tecnología?

P10- ¿Qué otras experiencias internacionales conoces en relación a la eficiencia de AP?

C. Estudio de Casos

Como producto de los hallazgos de las anteriores fases metodológicas hemos identificado algunos casos representativos y ejemplificadores de los diferentes aprendizajes y recomendaciones que se desplegarán en este documento los cuales se han querido compartir para mayor detalle y consulta.

¿Cuáles han sido las razones por las cuales hemos elegido los países de este estudio?

Para la realización de este estudio se han seleccionado diferentes países europeos de acuerdo a su modelo de sistema de salud: Beveridge o Bismark.

Los sistemas influenciados por la ideas de Beveridge, que propiciaba un sistema estatal y nacional único, están caracterizados por ser un sistema universal, gratuito en el momento de uso y estar principalmente financiados con impuestos generales. Reino Unido, España, Finlandia, entre otros, cuentan con este tipo de sistema. Es importante aclarar que no necesariamente en esos países el proveedor de servicios de salud es el Estado, ya que se cuentan con otros modelos de provisión privados y públicos/privados.

Otros países están influenciados por el modelo de Von Bismarck, y este sistema se basa una propuesta que nace en la Alemania de 1883 como respuesta a la preocupación por la salud de los trabajadores, basándose en un sistema de seguridad social, transformándose en una propuesta más liberal, competitiva, con un fuerte papel de aseguradores privados que sustituyen al Estado en la financiación y provisión de los servicios sanitarios. Son ejemplos de este tipo de modelo, países como Holanda, así como Alemania, Bélgica y Suiza, entre otros.

En Chile existe un modelo mixto de inspiración “Beveridge” a través del papel que cubre Fonasa¹ en el aseguramiento público y uno de influencia “bismarckiana” a través del papel que cubren las Isapres² en aseguramiento privado, es por ello que consideramos importante analizar en mayor/menor medida ambos sistemas.

Por otro lado, considerando que la Atención Primaria en Chile es administrada mayoritariamente por municipios y corporaciones municipales locales hemos considerado oportuno analizar países que contarán con este tipo de modelos de provisión, siendo Finlandia y Holanda ejemplos de este tipo de modelos.

¹ El Fondo Nacional de Salud (Fonasa) es el ente financiero encargado de recaudar, administrar y distribuir el dinero estatal destinado a la salud en Chile siendo una de sus funciones financiar las prestaciones de salud de sus beneficiarios.

² Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) son aseguradoras privadas encargadas de otorgar servicios de financiamientos, beneficios y seguros en materia de salud

3. Principios básicos de la atención primaria de la salud

El concepto de Atención Primaria de la Salud (AP) ha sido reinterpretado y redefinido en múltiples ocasiones en las últimas décadas. El enfoque global, el aspecto asistencial y de suministro de servicios característicos de la Atención Primaria ha dificultado una definición uniforme y aplicable universalmente. Las transiciones demográficas y epidemiológicas; la incorporación de nuevos actores a los contextos institucionales de la planificación de las políticas de salud y de la prestación de atención; los avances en la tecnología sanitaria, denotan grandes cambios a nivel mundial, nacional y local. La AP debe acompañar estos nuevos escenarios y encontrar su mejor versión tanto en los países de ingresos altos como en aquellos de ingresos medios y bajos. (1) (4)

Al referirnos a la Atención Primaria necesitamos por un lado, hacer mención a los valores que la orientan: la justicia social, la equidad, la solidaridad y la participación. Éstos proporcionan la base para establecer las prioridades, y el diseño de políticas y programas que se ajusten a las necesidades de la población teniendo en cuenta los aspectos culturales. El análisis de los valores sociales y la participación de los ciudadanos y tomadores de decisión, resultan indispensables en el proceso en el que se establece la forma como los valores deben ser definidos, articulados y priorizados. (6)

Por otro lado, el concepto implica tanto principios fundamentales y perdurables como también un conjunto variable de actividades básicas, lo que nos permite acercarnos a la misma en entornos cambiantes.

Los aportes de Bárbara Starfield en el cuerpo de conocimiento de la atención primaria (AP) constituyen un hito, un punto de inflexión. A partir de sus contribuciones existe un gran consenso en que el fortalecimiento del primer nivel de atención de salud es la estrategia a nivel mundial con mejores resultados. La evidencia sugiere que los países que invierten más en una Atención Primaria sólida, son más costo-efectivos y tienen mejores niveles de salud poblacional. (10) (11) (4)

El componente de AP en los sistemas sanitarios es determinante, y este marco conceptual constituye un aporte al conectar evidencias de evaluación de resultados en salud, la eficiencia, y los niveles de equidad, entendiendo este último punto como la reducción de las desigualdades de salud. (2) (10)

En este sentido, las reformas llevadas adelante en las últimas décadas y los retos que actualmente se presentan, nos llevan a revisar los valores, principios y atributos que rigen el desarrollo de sistemas de salud basados en la atención primaria. (5) Éstos forman los cimientos para las políticas de salud, la legislación, los criterios de evaluación, la asignación de los recursos, así como aspectos operativos del sistema de salud. Los mismos sirven de puente entre los valores y los aspectos estructurales y funcionales del conjunto del sistema de salud.

A continuación se propone profundizar sobre los principios básicos o atributos, para luego abordar un análisis basado en la gestión de aspectos centrales en todo proyecto de reformulación o adaptación de la estrategia de atención primaria en el marco de un enfoque sistémico. (9)

3.1. Accesibilidad y puerta de entrada

Una de las características que la hacen tan importante para el éxito de los sistemas sanitarios es que la Atención Primaria está orientada a la persona, no a la enfermedad. La relación entre la función de atención a los pacientes y la función de salud pública constituye uno de sus principales rasgos.

La accesibilidad es la garantía de la equidad y la base del funcionamiento del sistema sanitario público. La atención primaria debe servir como puerta de entrada principal al sistema de servicios sociales y de salud para la consulta de todos aquellos nuevos problemas de salud de la comunidad y el lugar donde la mayoría de ellos deben ser resueltos.(6)

Toda persona que entra en contacto con el sistema es atendida sea cual sea el motivo garantizando este atributo esencial.

El acceso adecuado y filtro de los pacientes en Atención Primaria conlleva al rápido diagnóstico y tratamiento pertinente; a su vez disminuye la derivación a los especialistas impactando en el tiempo de tratamiento y reduciendo las hospitalizaciones evitables.(8) Por otro lado, aquellos pacientes que sí necesitan evaluación especializada llegan más rápido a dicha consulta, colaborando así al uso eficiente de los recursos al identificar la necesidad de pruebas diagnósticas.

3.2. Longitudinalidad

La longitudinalidad es definitoria de la AP y constituye uno de sus atributos esenciales. Son las personas (en ocasiones pacientes) las que permanecen y los problemas de salud los que cambian a lo largo del tiempo.

La longitudinalidad es la relación personal que se establece entre el/la médico/a y los/las pacientes de manera sostenida. Este conocimiento mutuo genera satisfacción y confianza, reduce la incertidumbre, mejora los resultados de la atención y alarga la vida.(11) (4)

La continuidad asistencial y la longitudinalidad son dos aspectos de la atención necesarios y complementarios, pero diferentes entre sí y no intercambiables. La longitudinalidad, de hecho, favorece la continuidad asistencial en situaciones críticas para la seguridad del paciente. Esta dimensión de continuidad clínica, funcional y profesional refiere al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud, son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo.

Si bien la historia clínica, sea esta en formato analógico y/o digital, facilita la continuidad asistencial, el flujo de información que provee una relación duradera entre profesional y paciente no se ve reflejada totalmente en la misma ni puede ser codificada en toda su amplitud.

Es un trabajo extraordinariamente complejo: la entrevista clínica en AP no es lineal ni predecible. La historia clínica electrónica, como elemento integrador, presenta un gran desafío y puede aportar a la mejora de la eficiencia. Para ellos debe incorporar en su diseño y desarrollo a los profesionales de la salud, a los pacientes y sus cuidadores para facilitar el registro y flujos de trabajo. La riqueza en el conocimiento del paciente, sus cuidadores y su entorno que proporciona la longitudinalidad, es también un conocimiento basado en la comunicación verbal y no verbal, fruto de numerosos contactos en la consulta y en el domicilio, a lo largo de las diferentes fases de la vida.(8)

La longitudinalidad se centra en la persona en lugar de hacerlo en la enfermedad. Esto permite una atención más personalizada, de mejor calidad y más segura. Al mismo tiempo que es coste-efectiva favoreciendo una atención eficiente que repercute en todo el sistema. (66)

La precariedad laboral de los profesionales, su rotación, el uso ineficiente de recursos (urgencias), la falta de estrategias de atención a la cronicidad en el primer nivel de atención, entre otros factores, atentan contra la longitudinalidad y sus beneficios.

Invertir en AP para asegurar la longitudinalidad es invertir en sus beneficiosos resultados, tanto sobre los pacientes como sobre el sistema sanitario. (8)

Por tanto, la longitudinalidad...

- ...permite que la relación médico-paciente sostenida en el tiempo favorezca una relación más estrecha, basada en la confianza y en el conocimiento mutuo.
- ...es uno de los atributos esenciales de la Atención Primaria que también puede darse en otros ámbitos.
- ...presenta beneficios para el paciente, para el profesional, para el sistema sanitario y para la comunidad.
- ...es coste-eficiente, y aporta eficiencia, calidad y seguridad en la atención.

3.3. Integralidad y visión generalista

La integralidad se refiere por un lado, a la identificación de las necesidades de salud de la población desde una perspectiva multidimensional de los problemas en salud (determinantes sociales) y por otro, a la respuesta del sistema de salud a dichos problemas y necesidades. Esta aproximación biopsicosocial, espiritual y cultural centrada en la persona tiene en cuenta tanto el sistema de creencias y los

significados que las personas le atribuyen a los problemas de salud, como así también las terapias socialmente aceptables.

Según el contexto pueden existir varios factores que obstaculicen la integralidad, como la escasa formación de los profesionales médicos para la atención de primer nivel, la falta de recursos humanos asignados y la escasa asignación de recursos económicos, la sobrecarga de población asignada por profesional, entre otros.

Por lo tanto, si bien la Atención Primaria debe poder ofrecer una cartera de servicios disponibles para solucionar los problemas frecuentes que varían según la comunidad en la que está inserta.

La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. (1)

La integralidad...

- ... favorece que la cartera de servicios se ajuste a las necesidades de salud de la población.
- ... contribuye a la disminución de la incidencia de enfermedades en la comunidad
- ... permite un mejor entendimiento y respuesta a las necesidades de salud.

3.4. Coordinación

La coordinación permite conciliar los diferentes servicios de atención a la salud, independientemente del momento y lugar en que se realicen, de forma que, a partir del conocimiento que el profesional del primer nivel acumula, se disponga en busca de un objetivo común evitando posibles conflictos. (8)

La esencia de este atributo es disponer de la información acerca de todos los problemas del paciente y los servicios utilizados por el mismo, coordinar con otros niveles asistenciales y permitir así que las necesidades de salud pueden estar mejor cubiertas fuera del entorno de la Atención Primaria, sin dejar de ser responsable por la persona y garantizando la continuidad de la asistencia.

El sistema de salud debe ayudar a mejorar la atención compartida entre los profesionales del primer nivel y los profesionales especialistas. Un factor fundamental para el cumplimiento de este atributo es el desarrollo e implementación de sistemas de información y comunicación que faciliten la interconexión y compartición del conocimiento entre ellos. La disponibilidad de instrumentos de registro de la información y de incorporación de esa información al plan de atención de la persona, así como el desarrollo e implementación de un plan apropiado de identificación y gestión de necesidades de la población, favorece un manejo adecuado y mejora las respuestas por parte del sistema de salud.

En el contexto de los sistemas de salud basados en APS, un sistema de información sanitaria puede definirse como un esfuerzo integrado de almacenamiento, procesamiento, comunicación y uso de información y conocimientos sanitarios con objeto de influir en la formulación de políticas públicas de salud, la acción programática y las investigaciones.

Este atributo resalta la importancia del conocimiento de todos los problemas de salud de las personas ya que este influirá en la elección del manejo adecuado de los problemas, los cuales pueden requerir de diferentes recursos y actores del sistema sanitario para ser resueltos.

En la búsqueda de oportunidades de mejora en la coordinación entre niveles asistenciales surge la necesidad de la investigación evaluativa dirigida a las tecnologías sanitarias. El uso y la regulación del acceso a la tecnología, como ser la telemedicina o tecnologías diagnósticas, ha de basarse en criterios de eficiencia y utilidad. El acceso directo a la misma desde atención primaria puede cumplir estos criterios, sobre todo en contextos de ruralidad y extensión territorial.

Por tanto podríamos resumir que la coordinación:

- Facilita la adecuada identificación de los problemas del paciente y el seguimiento adecuado.
- Permite una atención compartida y coordinada que impacta directamente en el uso eficiente de los recursos.
- Facilita el monitoreo y la evaluación de resultados en salud.

3.5. Participación y empoderamiento de los ciudadanos

La participación favorece que las personas tengan un rol activo en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, la definición de las prioridades y de los procesos de rendición de cuentas.

A nivel individual **las personas deben ser capaces de tomar decisiones libres e informadas en pos de mejorar su salud y la de su familia en un espíritu de autodeterminación y confianza**. A nivel social, la participación en salud es una expresión de la participación ciudadana que permite que el sistema de salud refleje los valores sociales. También es medio para el control social de las acciones públicas y privadas que impactan, de alguna manera, en la sociedad en su conjunto.

Desde este atributo de la APS se trabaja para que los individuos, sus familias y las comunidades en las que están insertas, puedan hacerse cargo de una manera efectiva y equitativa de los cuidados de su salud dentro de un marco de corresponsabilidad.

3.6. Abordaje de los determinantes sociales e intersectorialidad

La intersectorialidad en salud significa que el sistema de salud debe trabajar con diferentes sectores y actores que le permitan impactar los determinantes de la salud, contribuir con las actividades de desarrollo humano y lograr su potencial de equidad. (1)(6)(8)

Este atributo hace referencia a la **necesidad de involucrar la acción de sectores diversos que influyen en los factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que condicionan el estado de salud de los individuos o las poblaciones.**

El grado en el cual el sector de la salud sea responsable de las acciones intersectoriales dependerá del nivel de desarrollo del país dado y de los recursos disponibles en la APS y en otros sectores.

4. Aprendizajes de la gestión eficiente de la Atención Primaria

Analizados y numerados los principales principios básicos de la AP, los cuales hemos querido refrescar y recordar con el fin de ser utilizados como guía a lo largo de este apartado en el que buscamos compilar todos aquellos aprendizajes recabados en las diferentes entrevistas semiestructuradas a líderes referentes de AP y del análisis de casos y referencias bibliográficas.

A partir de estos aprendizajes buscamos identificar aquellas palancas de cambio que permitan identificar las principales recomendaciones que sirvan de inspiración para la transformación y consolidación de la Atención Primaria de la Salud no sólo dentro del sistema de salud de Chile, sino del resto de los sistemas de salud de los países foco de este estudio, los cuales también se encuentran enfrentando sus propias transformaciones.

La pandemia de la Covid-19 ha sometido a todos estos sistemas sanitarios, en mayor o menor medida, a pruebas de esfuerzo como nunca antes, que han evidenciado las fortalezas y carencias de cada uno de sus niveles asistenciales. Este contexto ha requerido a todos los profesionales de la sanidad realizar esfuerzos tanto personales como profesionales como nunca antes, obligándoles en algunos casos a tomar decisiones rápidas y con poco espacio de análisis exhaustivo de las implicaciones que estas pudiesen tener, convirtiéndose en un espacio vivo de prueba y error, donde cada error significaba vidas y cada acierto un triunfo frente a la lucha contra el virus.

Al mismo tiempo este contexto fue el espacio propicio para ejecutar transformaciones que muchos de ellos llevaban tratando de impulsar desde décadas: la falta de presencialidad dió lugar al teletrabajo que de la mano trajo el despliegue indiscutido de la salud digital, la tan deseada y necesaria mayor coordinación entre niveles asistenciales, la capacidad de adaptación y agilidad en la toma de decisiones y en la ejecución de los procesos asistenciales, son sólo algunas de los temas que se dieron espacio en los últimos 18 meses y que enumeramos y desarrollaremos a continuación.

4.1. Una buena gestión de la demanda, garantiza la accesibilidad

Gestionar la demanda asistencial en APS, es uno de los principales retos, que los diferentes servicios de salud y de los propios profesionales que lo componen, buscan darle solución, estableciendo medidas organizativas donde debe de primar la colaboración de todos los diferentes perfiles profesionales que componen un equipo de salud así como la reordenación de tareas y recursos tanto puertas adentro de los diferentes centros de atención primaria así como puertas afuera en la relación con otros niveles asistenciales y con el resto de la comunidad. (5) (9)

Una buena gestión de la demanda garantiza la accesibilidad al sistema, la cual:

- permitirá una atención adecuada que disminuya la mortalidad y morbilidad.
- conduce a una mejor identificación y resolución de los problemas de salud de la comunidad.
- promueve la mejor continuidad asistencial, al favorecer la relación médico-paciente.
- favorece el uso adecuado de los recursos, logrando un menor uso de pruebas diagnósticas.
- reduce las hospitalizaciones evitables.

Conocer la demanda y equilibrar la oferta favorecen la cobertura

La base de una mejor accesibilidad es hacer coincidir la oferta y la demanda de atención no sólo a corto si no que a largo plazo. El primer paso es conocer la demanda media de todos los profesionales del equipo y ofrecer las citas necesarias para evitar la lista de espera, realizando un análisis exhaustivo de las variaciones de la demanda para equilibrar la distribución de la oferta en función de una previsión de la demanda. Para ello es necesario desarrollar planes de contingencia para abordar las variaciones diarias y estacionales de la oferta y la demanda. (12)

España: En el caso específico de los ciudadanos españoles cuentan con un sistema nacional de salud cuya cobertura universal incluye la asistencia sanitaria gratuita así como el acceso a los medicamentos, quedando fuera de cobertura solamente la atención dental.

Los tiempos de espera para consultas médicas e intervenciones quirúrgicas programadas suelen ser el talón de aquiles del sistema sanitario español en general y en algunas comunidades autónomas en particular. A pesar de estas circunstancias la percepción de calidad de sus sistema sanitario por parte de los ciudadanos españoles es realmente positiva.

En España la asignación de ciudadanos a los médicos de familia y pediatría está regulado por orden ministerial la cual indica que los facultativos de medicina general tendrán un número óptimo de personas (cupos³), que estará comprendido entre 1.250 y 2.000 y los facultativos de pediatría tendrán un número óptimo de personas asignadas que estará comprendido entre 1.250 y 1.500.

³ El tamaño del contingente de personas adscritas (el cupo) a un médico de familia se ha relacionado generalmente con la cantidad y, por tanto, el importe absoluto de la prescripción de ese médico. Pero no siempre ha sido posible conocer con precisión el tamaño de los cupos de los médicos de familia en España ya que el tamaño de este cupo se encuentra directamente relacionado y condicionado con la frecuentación, con la presión asistencial y principalmente con las características demográficas y socioeconómicas de la población asignada.

2019	Nº Profesionales	Población asignada	Ratio
Medicina de familia	29.737	39.909.228	1.342
Pediatría	6.502	6.368.895	980
Enfermería	31.159		1.485
Auxiliar de Enfermería	4.664		9.922
Auxiliar Administrativo	16.650		2.779
Total	88.712	46.278.123	

Consulta interactiva del [Sistema de Información de Atención Primaria \(SIAP\)](#)

El nuevo Marco Estratégico para Atención Primaria de Salud del Sistema Nacional de Salud Español presentado en el 2019 prevé que los cupos de profesionales de Atención Primaria se tendrán que ajustar a criterios demográficos, epidemiológicos y socioeconómicos de la población y nunca podrán superar a mediano plazo (objetivo para el 2022) las 1.500 personas asignadas en Medicina de Familia y de 1.000 en Pediatría, con un margen máximo del 10 por ciento. (13).

La asignación de un médico de familia a un ciudadano se hace en base al criterio de disponibilidad dentro de los cupos de cada profesional. (12)

Todo ciudadano del territorio español tiene derecho y acceso universal a la atención primaria de la salud, y cuenta con el derecho de libre elección de su médico de familia.

Esta asignación estándar puede variar especialmente si el ciudadano ejecuta su derecho de Libre elección de médico de familia y pediatra, la cual contempla que cada ciudadano puede escoger el médico de cabecera o pediatra del equipo de atención primaria (EAP) que trabaje en su Centro de Atención Primaria (CAP) asignado y que esté disponible y con cupo abierto.

Finlandia: En el caso de Finlandia los servicios de salud el principal papel lo cubren los municipios locales. Las autoridades locales (más de 300 municipios) juegan un papel clave en la compra y prestación de servicios de salud. Financian y organizan (a menudo conjuntamente) la provisión de atención primaria y forman 20 distritos hospitalarios para financiar y brindar atención hospitalaria. La atención primaria ofrece una gama de servicios en centros y unidades de salud ocupacional. Estos incluyen prevención y atención ambulatoria, atención odontológica, atención de la maternidad y la salud infantil. (48)

En cuanto a cobertura el sistema de salud finlandés cubre casi toda la población. Todo ciudadano empadronado en una municipalidad tendrá acceso a la atención primaria. Los pacientes pagan pequeñas tarifas (copagos) por algunos de los servicios médicos, por el acceso a los dentistas, fisioterapeutas y algunos otros profesionales, en cambio no hay tarifas de usuario por servicios preventivos, chequeos, exámenes de detección precoz, servicios de maternidad, salud escolar y servicios de salud mental.

Desde la década de 2000, la escasez de médicos ha disminuido, pero la proporción de médicos por población en Finlandia (3,2 por 1.000 habitantes en 2016) sigue siendo inferior a la media de la UE. La proporción de enfermeras por población en cambio (14,3 por 1.000 habitantes) es la más alta entre los países de la UE, y es por ello que el papel de las enfermeras en la atención primaria se ha expandido gradualmente y ahora cuenta con capacidades avanzadas que les permite generar una cantidad limitada de prescripción farmacéutica y promover la coordinación de la atención. (53)

Reino Unido: El sistema nacional de Reino Unido, comúnmente conocido como National Health Service (NHS) es el encargado de los cuidados de salud de Inglaterra y del resto de países de origen (Escocia, Gales e Irlanda del Norte). El gobierno central asigna dinero directamente a cada uno de ellos que luego establecen sus propios presupuestos de salud, determinando cómo se utilizarán estos. (14) (46)

Los órganos locales de contratación, llamados Clinical Commissioning Groups (CCG) son los responsables de la toma de decisiones sobre la atención primaria y el resto de servicios necesarios que se proporcionarán a la comunidad, teniendo en cuenta las limitaciones presupuestarias y las directrices nacionales. (15)

Estos grupos clínicos comisionados (CCGs) son organizaciones de médicos (General Practitioners - GPs) del Reino Unido que tienen encomendada la atención primaria, los servicios dentales y son los que deciden qué pacientes reciben atención hospitalaria, los medicamentos que se recetarán y los servicios de salud mental, entre otras cosas, que el paciente requerirá. El NHS es responsable de supervisar estos grupos. (15)

Si bien este modelo de CCGs es el desplegado hasta ahora por el NHS, más adelante en este mismo documento explicaremos un nuevo modelo emergente de organización de la atención de salud y social del Reino Unido a través de los Integrated Care Systems (ICSs). (15) (68)

En cuanto a la asignación de población por cada GP se encuentra bastante por debajo de la media europea. En el 2017 el número de médicos por cada 1.000 habitantes era de 2,8, en comparación con una media de la UE de 3,6. Por el contrario, el número de enfermeras por 1.000 habitantes ha ido disminuyendo desde

2005, pasando de 9,2 a 7,8 en 2017, mientras que la media de la UE aumentó constantemente de 7,3 en 2005 a 8,5 en 2017. (14)

Cada ciudadano en UK para poder acceder a la AP debe registrarse en un médico de cabecera completando un formulario (en papel). Dependerá de este médico de cabecera decidir si acepta nuevos pacientes o no y «elegir a los pacientes de su lista». Para evitar la selección de pacientes ("cherry-picking") el NHS ha propuesto una serie de incentivos a los médicos que acepten en su lista a personas con ciertas problemáticas como drogadictos, pacientes violentos, etc.

Los GPs son el primer punto de contacto para casi todos los pacientes del NHS. Estos son los responsables de actuar como contenedores del sistema público de salud (GateKeepers), lo que significa que un ciudadano por estar registrado en un médico de cabecera no tendrá derecho en sí mismo a recibir tratamiento hospitalario gratuito del NHS. Para que esto último se de lugar será el propio GP responsable de la derivación al resto de niveles asistenciales.

Por tanto el GP es el profesional que abre la puerta a la atención especializada, y lo realiza mediante una carta que envía al especialista (vía Internet) mediante el mecanismo de «choose and book» (elige y reserva). El paciente puede elegir el especialista y el hospital en el que desea ser tratado, en teoría. En la práctica, las listas de espera, la distancia y las barreras regionales limitan mucho esta elección.

Otro condicionante interesante del modelo de accesibilidad del NHS es que un ciudadano al estar registrado en un consultorio médico de cabecera puede ser invitado a realizar un servicio de cribado del NHS si su GP lo considera oportuno. Este servicio de cribado permite identificar de forma preventiva aquellas personas que corren un mayor riesgo de tener un problema de salud, de modo que se pueda ofrecer un tratamiento temprano o darles información que les ayude a tomar decisiones informadas.

Holanda: Tiene un sistema de salud basado en el mercado, con un importante papel desempeñado por los servicios de asistencia sanitaria municipales (GGD). Este sistema tiene una cobertura prácticamente universal (99 %) a través del seguro sanitario obligatorio, financiado principalmente por las contribuciones obligatorias basadas en los ingresos y a través de las primas pagadas por los ciudadanos a las aseguradoras.

La provisión de servicios sanitarios se realiza, a nivel de atención primaria, mediante los médicos de medicina general (GP). La prestación de servicios es privada, con arreglo a un mercado competitivo muy regulado.

En su caso, en Holanda cada paciente se enrola en un médico de medicina general (médico de cabecera), que actúa como controlador y puerta de entrada (GateKeeper) o filtro a los demás servicios del sistema (médicos especialistas y hospitalización) al

igual que en UK y España. En 2017, se registraron 13.364 médicos de atención primaria (GP) y 23.236 especialistas médicos. El 82% de estos médicos trabajaba en consultorios pequeños de dos a siete médicos en 2016, mientras que el 18 por ciento trabaja en consultorios particulares.

El médico de cabecera es la figura central de la atención primaria holandesa. El tamaño de la consulta típica es de aproximadamente 2.200 pacientes por médico de cabecera que trabaja a tiempo completo. Aunque el registro con un médico de cabecera no es un requisito formal, la mayoría de los ciudadanos (más del 95%) están registrados con uno que han elegido y los pacientes pueden cambiar de médico de cabecera con la frecuencia que deseen.

Horarios y programación de la atención acorde a las necesidades de los ciudadanos

La accesibilidad en Atención Primaria (AP) tiene componentes estructurales que difícilmente se podrán gestionar desde los propios centros, como son el derecho al acceso en función de la situación legal o administrativa o el acceso geográfico o arquitectónico. Sin embargo, la organización del trabajo, incluyendo la organización de las agendas y los mecanismos de recepción y citación, depende fundamentalmente de los profesionales y de los equipos que trabajan en dichos centros, y es sobre estos aspectos sobre los que se debe intervenir para mejorar la accesibilidad. (12)

La agenda, por sí sola, no sirve para gestionar la demanda, sino sólo para distribuir los tiempos de asistencia. Podemos describir cuatro modelos de gestión de la demanda que nos permiten tener una visión de la evolución desde los modelos tradicionales de citación a propuestas de modelos más innovadores 1) sin cita previa, modelo que se encuentra actualmente en desuso en los sistemas de salud analizados, el cual consistía en otorgar citas (números) el mismo día de la consulta y hasta una hora antes del horario de finalización de consulta del médico 2) con cita previa tradicional. Una vez iniciada la informatización de los centros de salud, se generalizó la agenda con cita previa y límite de citas con lista de espera. En este modelo se suele resolver la demanda de cita en el día, dejando para el final a los pacientes que no disponen de cita previa. 3) con cita previa compartimentada. Se reserva una parte de las citas para los pacientes que solicitan cita en el día y el resto de las citas se ofrecen con cita previa. 4) acceso avanzado. En este modelo se pretende «hacer hoy el trabajo que surja hoy» ofreciendo suficientes citas para atender la demanda que surja en el mismo día sin generar lista de espera. (12)

Para gestionar la demanda mejorando la accesibilidad, además de organizar bien los tiempos de trabajo mediante una agenda racional, es necesario modificar la forma de trabajar como equipo, desplegando el uso de las herramientas tecnológicas que acompañen este tipo de tareas de citación y agendamiento, así como la coordinación de los profesionales en sus horarios de atención.

Los centros de atención primaria de España en general, cuentan con un horario de atención de lunes a viernes desde las 8 de la mañana a 8 de la tarde. Muchos de estos ofrecen atención continuada, es decir, amplían sus horarios de funcionamiento para poder atender demandas de atención urgente.

Además de estos también existen centros de atención continuada y urgente (denominados CUAP en Cataluña y PAC en País Vasco) los cuales están preparados para atender la mayoría de problemas que motivan una atención urgente. Son centros preparados para la atención de urgencias no vitales fuera del horario de atención del centro de salud o en días festivos, que resuelven los problemas de salud urgentes de baja y media complejidad, lo que permite desconstruir las urgencias hospitalarias.

Estos centros de atención urgente de carácter no hospitalario están formados originalmente por personal de medicina familiar, de enfermería y administración. En la mayoría de estos centros cuentan con la tecnología necesaria para realizar pruebas analíticas y radiografías. En algunos casos estos centros se encuentran físicamente ubicados en las mismas instalaciones en las que se ubican los CAPs y en otros casos en edificios colindantes.

En cuanto a la programación de la citación para ser atendido en los diferentes centros de atención primaria en España actualmente se cuentan con diferentes mecanismos que permiten a los ciudadanos poder programar una visita con los del equipo de atención primaria directamente (médico de familia, pediatría, enfermería y ginecología) que tenga asignados en su centro de atención primaria de referencia. Estos mecanismos para la programación de una visita son 1) Presencialmente 2) Por teléfono 3) Por internet. En la mayoría de CAPs se puede realizar la programación online a través de una página web específica o a través del acceso a los portales de salud propios de cada comunidad autónoma, denominado por ejemplo "[La Meva Salut](#)" en Cataluña y "[Carpeta de Salut](#)" del País Vasco, los cuales desarrollaremos con mayor detalle en apartados posteriores.

En **Finlandia** para garantizar los tiempos de atención la Ley de atención médica de 2010 estableció que las autoridades locales debe garantizar que los pacientes puedan llegar a un centro de salud u otra unidad de salud el mismo día durante horas de oficina de lunes a viernes, y que un profesional de la salud debe evaluar la necesidad de tratamiento a más tardar el tercer día hábil después de que el paciente contacta por primera vez con el centro de salud.

Estos servicios de médicos generales, brindados en estrecha relación con enfermeras clínicas que evalúan las necesidades de los pacientes, atienden a algunos tipos de pacientes, tanto agudos como crónicos, en sus propios consultorios, con el respaldo del médico general. Este servicio puede estar abierto fuera del "horario de oficina" normalmente por las tardes y durante el día los sábados y domingos a través de atención telefónica.

Para recibir atención médica especializada, la ley anteriormente mencionada establece que tras una primera valoración desde atención primaria, una evaluación de la necesidad de tratamiento debe ocurrir dentro de las tres semanas posteriores a la derivación de un paciente. Alguna se debe proporcionar el tratamiento que se considere necesario dentro de los tres meses siguientes a la evaluación. El período máximo es de seis meses para especialistas en atención médica si dicho tratamiento puede posponerse por motivos médicos o de otro tipo sin poner en peligro la salud del paciente.

Además de lo anterior en **Finlandia** otra iniciativa interesante a destacar son las "Health Stations", o "Estaciones de Salud" (terveysasema) localizadas principalmente en la capital Helsinki. Existen alrededor de 25 centros de este tipo que reciben una financiación totalmente pública. Como características destacables de estas estaciones de atención primaria destaca el hecho de que trabajen profesionales médicos y de enfermería en equipos formados por parejas, además del hecho de que en estos centros hayan áreas de autocuidados donde los pacientes pueden, por ejemplo, tomarse la tensión arterial o monitorizar otros aspectos de su salud y bienestar. Además, estos centros incluyen servicios especializados de salud mental, odontología, drogodependencias, pediatría y salud sexual y reproductiva. También disponen de servicios de consulta telefónica para usuarios gestionados por enfermería. Cuando un ciudadano se pone en contacto con un "terveysasema", una enfermera evalúa en primera instancia la situación de la persona, y sobre dicha evaluación esta decide si le remitirá a un médico, una enfermera de salud pública o una enfermera. Este tipo de estaciones están abiertas de lunes a viernes de 8.00 a 16.00 horas.

En el caso de **Holanda** la atención primaria se realiza en una franja horaria desde las 8.00 am hasta las 5.00 pm. Toda atención fuera de este horario de atención se organiza a nivel municipal en "GP Posts" (Puestos de médicos de cabecera), que son centros de atención ambulatoria, generalmente administrados por un hospital cercano, que brindan atención primaria entre las 5:00 p.m. y las 8 a.m. Casi todos los médicos de cabecera trabajan para uno de estos puestos ya que deben proporcionar al menos 50 horas de atención fuera del horario de atención al año para mantener su registro como médico de cabecera.

El GP Posts envía información electrónica sobre la visita de un paciente al médico de cabecera habitual del paciente. Dado que la atención fuera del horario de atención generalmente se brinda en los hospitales, no existe una línea telefónica médica nacional que informe a los pacientes sobre sus ubicaciones fuera del horario de atención más cercanas.

Asistentes administrativos médicos especialmente capacitados contestan el teléfono y realizan la clasificación de los pacientes a derivar a estos GP Posts; y son los propios médicos de cabecera quienes deciden si los pacientes deben ser o no remitidos a uno de estos GP Posts. Los médicos que se encuentren realizando horas de atención

fuera del horario de atención y visitas domiciliarias reciben una compensación por separado por esta actividad, además de sus ingresos habituales.

En el **Reino Unido** el horario de atención comúnmente es de 8:00 a 18:30hs. La atención continuada (out of hours) se realiza de 18:30 a 8:00 de lunes a viernes y todo el día los fines de semana y festivos. Los médicos de cabecera pueden elegir si brindar atención las 24 horas a sus pacientes o transferir la responsabilidad de los servicios fuera del horario de atención al NHS, que es responsable final de brindar un servicio de alta calidad para la población local. Esto puede significar que diferentes áreas pueden tener servicios ligeramente diferentes de acuerdo a cada proveedor.

En la mayoría de centros de atención primaria del Reino Unido, para pedir cita se requería que los ciudadanos se personarían físicamente en el centro o las realizarán por teléfono. Eran sólo algunos los centros que también otorgaban la posibilidad de concertar citas online. Con la llegada de la COVID-19 esta posibilidad se hizo mucho más accesible a través de la NHS App (para algunos proveedores) así como a través de las propias páginas webs de los propios proveedores de atención primaria en donde se disponibiliza de diferentes mecanismo de citación online.

El personal administrativo como recurso de contención de la demanda

El personal del área administrativa tiene un papel crucial que desempeñar en la mejora de la accesibilidad, ya que este puede hacer la función de primera selección (que no diagnóstico) de las necesidades de los ciudadanos para facilitarles el acceso al servicio que necesitan y resolver, de forma eficaz y eficiente, situaciones puntuales. El personal administrativo ejerce la función de transmisor de información para el paciente y sus familias y en este ejercicio comunicativo es el actor con mayores posibilidades de identificar las principales barreras tanto físicas como burocráticas que pueden tener los ciudadanos al acceder a los diferentes centros de atención primaria. Por esto último cobra especial importancia el reconocimiento y formación de este tipo de profesionales por encontrarse cada vez más capacitados en resolver los requerimientos de unos ciudadanos cada vez más formados y exigentes.

En la mejora de la accesibilidad es bueno considerar la implantación de la llamada “ventanilla única”, entendida esta como un único punto de información y acceso a los servicios y las prestaciones dentro de los centros de AP. Este resulta ser un valioso elemento que tiene como principal objetivo evitar problemas innecesarios a los usuarios de los centros AP y garantizar que este pueda conocer en todo momento la situación administrativa de su caso.

Un ejemplo de esto es el que hemos indicado anteriormente del ejemplo de Holanda en el cual asistentes administrativos clínicos formados realizan la contención de la demanda de fuera de horario para la derivación a los GP Posts.

La Gestión enfermera de la demanda, un nuevo modelo de atención

Se entiende por gestión enfermera de la demanda (GED) la respuesta que da la enfermera a un/a ciudadano/a que plantea una demanda relacionada con su salud y que precisa una resolución preferente.

En **España** la atención por parte de enfermería de una persona con procesos agudos está contenida en la cartera de servicio de atención primaria. Esta actividad ha estado vinculada más a la aplicación de técnicas y tratamientos indicados por el médico que al verdadero desarrollo de su propia competencia, que permite que la enfermera sea puerta de entrada al sistema, agente de salud y finalista en aquellos casos donde el usuario precisa que se le gestione una demanda que percibe como aguda o que hay que tratarla preferentemente (demanda espontánea).

El desarrollo y la implicación de las enfermeras en la GED se han visto limitados en gran medida por las restricciones legales que estas han tenido sobre prescripción de fármacos. El Real Decreto 1302/2018 regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios por parte del personal de enfermería. Este último hito conseguido por el personal de enfermería en España tiene como finalidad tratar de garantizar la continuidad asistencial y la seguridad de cualquier paciente. Es en los protocolos y guías de práctica clínica y asistencial donde figura necesariamente aquellos supuestos específicos en los que se precisa la validación médica previa a la indicación enfermera. (15)

La GED se ha implementado paulatinamente en distintos países, como Canadá o Inglaterra, para dar respuesta a las dificultades para atender al aumento de las visitas y a la falta de profesionales en el ámbito de la AP.

En Cataluña, en el 2009, el Instituto Catalán de la Salud (ICS)⁴, principal proveedor de servicios de atención primaria, implantó el concepto de GED de forma global en todos sus centros AP e introdujo la Dirección por Objetivos (DPO)⁵ de todas las enfermeras de los EAP. Esta estrategia fue el motor para su desarrollo en esta CCAA, que dieron lugar a nuevos planteamientos de los circuitos asistenciales, formación específica y la edición de una guía de abordaje sobre la gestión de la demanda

⁴ El Instituto Catalán de la Salud, abreviadamente ICS, es una empresa pública, adscrita al Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña y dedicada a la prestación de atención sanitaria. Es el mayor proveedor del Servicio Catalán de la Salud, ente asegurador de la cobertura sanitaria universal en Cataluña, con casi 39.000 profesionales que prestan servicio a casi seis millones de personas de todo el territorio. El ICS gestiona 283 equipos de atención primaria (EAP) y, además, participa en otros Consorcio públicos de AP con otras instituciones. El ICS también gestiona tres grandes hospitales terciarios de alta tecnología, cuatro hospitales de referencia territorial y un hospital comarcal.

⁵ La Dirección por Objetivos (DPO) fue formulada en sus inicios por Peter Drucker en 1954 y llegó a España en los años 80. Surgió como un modelo gerencial de empresa que se ha ido aplicando a todos los sectores empresariales incluido el entorno sanitario. Los objetivos principales de este sistema son promover la dirección orientada a resultados, estimular la participación, motivación y compromiso del personal y propiciar la integración de los resultados de individuos y grupos a los de toda la organización.

titulada «Gestión de la demanda espontánea» común para todos los centros de APS del ICS. (14)

Can Bou, pioneros en la Gestión Enfermera de la Demanda

En 2005, el Centro de Salud de Can Bou en Castelldefels en Cataluña, gestionado por un consorcio público entre el ICS y el Ayuntamiento de esta localidad puso en marcha una experiencia pionera de gestión enfermera de la demanda y para ello preparó una "Guía de intervenciones enfermeras" (xx) con la siguiente clasificación de grupos:

- Problemas de salud en los que la protocolización permite que las enfermeras sean las que finalizan el proceso clínico y, por tanto, ellas mismas son las responsables de la recepción de los enfermos y de la resolución de los problemas de salud.
- Problemas de posible intervención de urgencia en los que las enfermeras son autónomas sólo en la primera parte del proceso. Después hay un punto del protocolo donde interviene el médico.
- Problemas de salud que precisan una valoración inicial de gravedad por parte de la enfermera, previa a la intervención del médico.

Esta experiencia dio lugar y fue el primer paso a lo que luego fue luego una estrategia territorial de la gestión enfermera de la demanda.

En el caso de **Finlandia**, como ya hemos desarrollado anteriormente, cuenta con una escasez importante de profesionales médicos al mismo momento que un ratio mucho mayor de la media europea de personal de enfermería. Desde 2010, muchos centros de atención primaria han cambiado la prestación de servicios para mejorar el acceso y abordar la escasez de médicos. Estos involucran principalmente la expansión de las funciones de las enfermeras de salud pública (Public Health Nurse) en particular la capacidad para recetar algunos medicamentos, hacer referencias o interpretar radiografías, entre otras acciones. No obstante, todavía quedan restricciones en la prescripción por parte del personal de enfermería ya que la gama de los medicamentos a prescribir son limitados, además de que para poder realizar la prescripción, es necesario contratar personal de enfermería que tenga al menos tres años de experiencia laboral y un posgrado de calificación y estar registrado/a como prescriptor/a.

Más allá de la prescripción, el papel de las enfermeras se ha fortalecido en la atención crónica, incluso a través de participación en la coordinación de la atención multiprofesional equipos, manejo de enfermedades crónicas y realización de consultas de pacientes. Tema que abordaremos con más detalle más adelante de este documento en el apartado de enfermería de práctica avanzada.

Gestionar la demanda también es posible de manera no presencial

Ante la situación de la pandemia de la COVID-19 hemos podido observar como el acceso rápido y efectivo a los sistemas sanitarios se encontraba interrumpido en su práctica habitual.

Esta pandemia, ha exigido súbitamente tremendos cambios en lo que a los procedimientos de acceso de la Atención Primaria se refiere. Evitar desplazamientos y riesgos de exposición tanto de la ciudadanía como de los profesionales sanitarios ha hecho que, a lo largo de los últimos 18 meses, se potencie el empleo de la consulta telefónica y de la video-consulta, sistema que ha permitido mantener contacto al ciudadano con sus profesionales de referencia, realizar una primera valoración así, como decidir en función de la situación, si la persona precisa de atención presencial y si esta atención es urgente, preferente. Además, la consulta telefónica u online ha permitido realizar el seguimiento de pacientes crónicos y prestar cuidados.

La atención telefónica / video-consulta no solo ha evitado desplazamientos, también ha reducido la necesidad de algunas personas de pedir permiso en sus trabajos para los tan habituales desplazamientos, disminuyendo así el riesgo de contagio, otorgando tranquilidad a los usuario y mejorando la accesibilidad durante el periodo de confinamiento.

Las consultas telefónicas y video-consulta si se sabe gestionar el tiempo, puede llevar menos tiempo que una consulta presencial.

Por otro lado, este tipo de consultas también presentan inconvenientes, como que para algunas personas la comunicación por esta vía sea más compleja que la comunicación cara a cara. De igual manera, para los profesionales sanitarios, la consulta telefónica y/o video-consulta es más compleja que la consulta presencial, el grado de incertidumbre es mayor, son necesarias habilidades de comunicación, formación en este tipo de consultas al que no se encontraban hasta ahora habituados y requieren de un tiempo de aprendizaje, el cual la pandemia no dió.

Sin duda la atención telefónica y video-consulta ha sido una herramienta que ha permitido mantener la accesibilidad al sistema en la mayoría de los sistemas de salud europeos analizados, con algunas particularidades que desarrollaremos más adelante en el apartado específico de tecnología.

En conclusión redefinir la accesibilidad requiere de:

- Rediseñar el acceso al sistema, potenciando el triaje (presencial/telefónico) de los ciudadanos para darles acceso a la AP, a través de protocolos que definan quién, cómo y cuándo se debe llevar a cabo cada acción. Protocolos que deberán contar con el respaldo normativo y jurídico pertinente.
- Flexibilizar los horarios de atención de acuerdo a las necesidades ciudadanas
- Dotar de más capacidades y responsabilidades al administrativo de AP como actor pivotador de la demanda.
- Desarrollar y promover el despliegue de la gestión enfermera de la demanda.
- Potenciar la consulta no presencial (telefónica, video-consulta, etc) para aquellos casos que no requieran de la presencialidad.

4.2. Organizaciones ágiles y autónomas para integrar la atención

Para poder establecer cambios en los modelos de Atención Primaria es indispensable analizar y rediseñar los procesos claves, así como eliminar aquellos que no aportan valor, trabajar la coordinación para asegurar la integridad, la continuidad asistencial y la longitudinalidad.

Para la redefinición de estos procesos es necesaria que los equipos de atención primaria (EAP) cuenten con cierta autonomía de gestión, pero en la práctica, la gestión de los EAP está influida y supeditada a las reglas y estrategias de las organizaciones a las que pertenecen y pocas veces cuentan con espacios para ejercitar dicha autonomía.

Existen evidencias de que la autonomía de gestión, entendida como aquella situación en la que los EAP pueden decidir sobre la distribución de sus recursos económicos, definir sus plantillas y organización de forma autónoma, otorgan mejores resultados y sus profesionales están más satisfechos.

Las bases jurídicas de las organizaciones tienen un gran peso en los equipos de atención primaria (EAP). En el caso de España, más específicamente Cataluña los diferentes modelos organizativos de la AP están vinculados principalmente al Instituto Catalan de la Salud⁶ (ente que gestiona el 80% de la AP de Cataluña), Consorcios públicos con o sin hospital de referencia relacionado, entidades privadas y Entidades de Base asociativa (EBAs).

En este documento describiremos algunos ejemplos de este tipo de organizaciones que han realizado procesos bottom up de co-creación e innovación con participación de los profesionales implicados con el principal objetivo de homogeneizar procesos,

⁶ El Instituto Catalán de la Salud, abreviadamente ICS, es una empresa pública, adscrita al Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña y dedicada a la prestación de atención sanitaria. Es el mayor proveedor del Servicio Catalán de la Salud, ente asegurador de la cobertura sanitaria universal en Cataluña.

potenciar nuevos liderazgos y redefinir funciones así como incentivar la innovación y promover cambios organizativos de impacto.

La pandemia de covid-19 evidenció la capacidad, habilidades y disponibilidad de los equipos directivos de la atención primaria para responder a la situación y hacer frente a las necesidades surgidas. Los propios profesionales de la atención primaria se organizaron de manera colaborativa, reajustando sus propias agendas, los horarios de atención y distribuyendo los recursos de manera lo más efectiva posible. Los equipos directivos ejercieron autonomía sin pedir perdón ni permiso, asumiendo bajo su propia responsabilidad las decisiones que se tomaron.

Este aprendizaje que otorgó la pandemia, debería seguir siendo impulsado y fomentarse en el tiempo y para ello requerirá de la asignación de recursos correspondientes, la financiación adecuada y la legitimación a los profesionales para su ejercicio. Esta autonomía en el futuro podría fomentar que los CAPs tengan un mejor clima laboral (reduciendo el burnout de sus profesionales), optimicen el uso de sus recursos, mejoren sus resultados de salud, y la ciudadanía perciban mayor calidad de servicio, mayor accesibilidad al sistema, y por consiguiente se sienta mejor cuidada y atendida.

Modelos organizativos directos e indirectos para garantizar la provisión

Los modelos de organización a los que se encuentran relacionados la Atención Primaria en los países analizados son variados y cuentan con diferentes objetivos y mecanismos que permiten mejorar el funcionamiento de los diferentes centros de atención primaria (y también especializada) racionalizando los costes.

En el caso de **España**, los diferentes modelos desplegados tienen algo en común y es que responden a un Contrato Programa⁷ que pretende aumentar los resultados conteniendo costes a través de evaluaciones sistemáticas y de mecanismos de incentivación.

Todas las comunidades autónomas (CCAA) deciden cómo organizar y proporcionar los servicios sanitarios y configuran su mapa sanitario con divisiones territoriales denominadas Áreas Sanitarias que tienen la responsabilidad de dar cobertura sanitaria a la población adscrita a su Área. Así mismo cada CCAA en España cuenta con la libertad de poner en marcha diferentes modelos organizativos y de gestión de la AP, enmarcando algunos dentro del derecho público y otros del derecho privado.

⁷ El contrato programa se constituye como una herramienta que integra los objetivos anuales, enmarcados dentro del planteamiento estratégico a medio plazo, de los diferentes servicios de salud de las CCAA españolas, definido y singularizado para cada uno de los niveles asistenciales y sus centros de gestión. El contrato programa pretende encaminar a toda la organización, profesionales, niveles asistenciales y estructuras, en la consecución de los objetivos de cada acción y estrategia, ofreciendo un marco en el que sea posible aportar mediante la negociación y compromiso la parte correspondiente a cada ámbito de trabajo.

En el caso de Cataluña, a modo de ejemplo se pueden encontrar tres modelos clásicos de provisión: el modelo clásico público, gestionado por el Institut Català de la Salut (ICS) o a través de otros consorcios públicos, modelos ligados a consorcios sanitarios de colaboración pública/privada denominado también como concertados, y el modelo de entidades de base asociativa o también denominada de la economía social.

En términos absolutos estos modelos se dividen en alrededor de 37 empresas sanitarias que dan servicio público en APS, con un total de 370 equipos de atención primaria (EAP), siendo el Institut Català de la Salut (ICS) la mayoritaria con 283 EAP, que representa a un 80% del total. Los 87 restantes pertenecen a otros tipos de proveedores sanitarios: organizaciones sanitarias integradas (OSI), EBAs y una minoría de otras modalidades de provisión.

Los modelos anteriormente enunciados se caracterizan por:

- Los **consorcios sanitarios**, tanto de carácter público, como público/privado, son un tipo de modelo de gestión y organización que se da con bastante asiduidad en el contexto de la atención primaria. Estos consorcios suelen unir a la atención primaria con proveedores asistenciales de otros niveles asistenciales, como son los hospitales, favoreciendo así no sólo la integración vertical sino la horizontal del sistema de salud. Un ejemplo de un tipo de consorcio público es el Consorcio de Atención Primaria de Salud Barcelona Izquierda (CAPSBE) o fue ejemplo de ello el Instituto de Prestaciones de Asistencia Médica al Personal Municipal (PAMEM), absorbido por el Consorcio Parque de Salut Mar de Barcelona de los cuales encontrareis más detalle en el apartado de casos de este documento.

Aquellos consorcios de relación público/privado han estado en el punto de crítica de los defensores de la sanidad pública entendiéndolo a este modelo como un salvoconducto para la privatización de la atención sanitaria pública. Por otro lado, este tipo de consorcios han sido objeto de discusión en relación a su efectividad económica y/o clínica. Y fuera de casos puntuales de demostrado éxito (caso CAPSBE - Clinic) existe consenso en que existe un importante margen de mejora en el diseño de los pliegos, las condiciones especificadas en los contratos y el seguimiento y la supervisión que se hace de este tipo de contratos que debería aprovecharse para fomentar la competencia, la calidad del servicio que se contrata y, en definitiva, la eficiencia en el uso de los recursos públicos.

- Las **Entidades de Base Asociativa (EBAs)** son empresas (sociedades anónimas, limitadas, cooperativas) constituidas total o parcialmente por profesionales sanitarios que establecen una relación contractual con el servicio público de salud para ofrecer servicios sanitarios a cambio de una financiación capítativa. Las EBAs adquieren personalidad jurídica con la capacidad de gestionar una zona básica de salud y reciben mediante concesión administrativa y previo contrato una cantidad de dinero por

paciente igual a la recibida por cualquier centro de salud. Los médicos fundadores son los dueños y gestores de esa unidad básica de salud, aunque ningún socio puede tener más de un 25% del capital. Los propietarios tienen libertad “absoluta” para manejar presupuestos, sistemas de provisión, es decir, personal y herramientas, líneas de investigación, etc. La EBA tiene responsabilidad de la prestación farmacéutica (entre el 20% y el 100% del ahorro revierte a los EAP) y asumen el riesgo en forma de pérdidas si hay incrementos de gasto. El acuerdo supone que la EBAs debe comprometerse a alcanzar los objetivos marcados por la administración sanitaria manteniendo, como mínimo, el mismo nivel de calidad asistencial (16). Un ejemplo de este tipo de entidades es la EBA Centelles, de la cual encontraréis más detalle en el apartado de casos de este documento. La impresión inicial es que los centros EBA gestionan mejor su carga de trabajo, obtienen mejores resultados de proceso asistencial y no presentan diferencias significativas en eficiencia de la prestación del servicio por parte de instituciones meramente públicas. Otra de las características que cabe señalar, no menos importante es que se percibe la menor presión de los médicos de familia que trabajan en centros de tipo EBA, por lo que las cuales se transforman en espacios deseados por los profesionales para trabajar.

Además de las anteriores que corresponden a modelos organizativos propios de Cataluña a través de las entrevistas realizadas a referentes de la AP del País Vasco hemos evidenciado que las **Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI)** corresponden a un modelo organizativo bastante desplegado en esta CCAA y muy similar al anteriormente mencionados.

Estas OSI se configuran como organizaciones de servicios sanitarios dependientes del Ente Público Osakidetza⁸-Servicio vasco de salud para realizar la actividad de provisión de servicios sanitarios aglutinando dispositivos y procesos asistenciales de atención primaria con los de atención hospitalaria con el objetivo último de favorecer la integración clínica en el proceso asistencial del y de la paciente de manera que la atención sanitaria se articule en torno a la persona que constituye el centro de la actividad asistencial. Un ejemplo de este tipo de OSI es la Organización Sanitaria Integrada Tolosaldea de la cual se podrá encontrar más detalle en el apartado de casos de este estudio.

Este tipo de modelo de OSI cuenta con un arraigada vinculación a la comunidad y establece no sólo un abordaje clínico sino también social y comunitario. Es por ello que este tipo de modelo organizativo se encuentra compuesto por un Consejo Clínico así como también de un Consejo Social. Este Consejo Social está compuesto por representantes de la OSI, del ámbito municipal y foral, del ámbito comunitario, económico y social de la OSI, así como del departamento del Gobierno Vasco competente en materia de salud. Este consejo actúa como órgano consultivo y de

⁸ Osakidetza-Servicio Vasco de Salud es el organismo creado en 1984 encargado del sistema de prestaciones sanitarias públicas en la comunidad autónoma del País Vasco en España.

participación y asesoramiento en cada OSI que asesorará a la organización en aquellas materias sociales y comunitarias que se establezcan.

En el resto de sistemas sanitarios europeos analizados en este estudio también existen modelos organizativos similares a los mencionados anteriormente. En el caso de **Holanda** como ya hemos mencionado anteriormente, la mayoría de los médicos de cabecera trabajan de forma independiente o en una sociedad autónoma muy parecida a las descritas anteriormente como EBAs.

Otra particularidad de este país es que la gestión de la atención crónica se coordina a través de grupos de atención (care groups), que en su mayoría son redes de médicos de cabecera. Los grupos de atención son entidades legales que asumen la responsabilidad clínica y financiera de los pacientes inscritos con enfermedades crónicas. Los grupos compran servicios de múltiples proveedores. Para incentivar la coordinación de la atención, se proporcionan pagos combinados para ciertas enfermedades crónicas, como diabetes, afecciones cardiovasculares y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

El caso particular en el **Reino Unido** tal como hemos indicado anteriormente el modelo organizativo de la atención primaria se da a través de los **grupos clínicos comisionados (CCG)** las cuales son grupos de médicos generales (GP) que se unen en cada área para encargarse de los mejores servicios a sus pacientes y población.

Los CCG compran servicios para su comunidad local a cualquier proveedor de servicios que cumpla con los estándares y costos del NHS; estos pueden ser hospitales del NHS, empresas sociales, organizaciones voluntarias o proveedores del sector privado. Esto significa una mejor atención para los pacientes, diseñada con conocimiento de los servicios locales y encargada en respuesta a sus necesidades.

Los CCG encargan una amplia gama de servicios que incluyen servicios de salud mental, atención de urgencia y emergencia, servicios hospitalarios electivos y atención comunitaria. Los CCG son responsables de aproximadamente el 60% del presupuesto del NHS, encargan la mayoría de los servicios de atención secundaria y participan en la puesta en servicio de los servicios de los médicos de cabecera (15).

Estos CCG se enfrentan a un cambio radical en los próximos años con una nueva reforma de atención en el NHS a través de los Integrated Care Systems (ICS) que abordaremos con más detalle en apartados posteriores. (68)

Reforzar la capacidad de resolución de la AP

Durante la última crisis sanitaria se ha puesto en relieve como nunca antes el papel fundamental que tiene la AP, centrando en la actividad que mejora los resultados de

salud y la búsqueda de eliminar todas aquellas actuaciones que no aportan valor y por lo contrario incrementan el gasto: farmacia, derivaciones hospitalarias, colapsos de las urgencias, etc.

A lo largo de todos estos años, a nivel mundial, y especialmente durante esta crisis sanitaria hemos observado un enfoque “hospital-centrista” impregnado en algunas narrativas comunes. La reivindicación de Atención Primaria se ha centrado en un llamado a la redistribución equilibrada y eficiente de los recursos, aplicando las políticas de gestión de la salud equitativas que doten a la AP, no sólo de recursos económicos sino del papel fundamental que le corresponde en garantizar la salud de la población. Estas reivindicaciones preocupan a parte de los gestores sanitarios en el cual tienen recaudos de no caer ahora en un enfoque de “atención primaria-centrismo”.

Durante esta crisis se observó el impacto positivo en la promoción y prevención de la salud que otorga dotar de capacidad resolutive diagnóstica y de tratamiento a los diferentes médicos de familia de los CAPs.

Los centros de atención primaria de Cataluña en general se encuentran dotados de tecnología diagnóstica, como por ejemplo muchos de ellos cuentan al menos con un ecógrafo y un médico formado, pero el grado de desarrollo de esta técnica diagnóstica es muy variado territorialmente. Esta práctica todavía se puede considerar incipiente. Por otra parte hay otros servicios diagnósticos y terapéuticos que están desplegados de manera sorprendentemente diversa por el territorio catalán como, por ejemplo: monitorización automática de la presión arterial (MAPA), espirometría, infiltraciones o cirugía menor.

Estos recursos durante la pandemia le permitieron efectuar ecografías pulmonares para mejorar el diagnóstico y el seguimiento de los pacientes con Covid-19, permitiendo detectar de forma precoz las lesiones pulmonares que causa la enfermedad más efectiva que la radiografía de tórax y la exploración física, utilizadas hasta este momento.

Durante las conversaciones con líderes para el desarrollo de este estudio hemos identificado que algunas EAP se han hecho referentes en esta técnica a nivel territorial, como es el caso de Consorci d'Atenció Primària de Salut Barcelona Esquerra (CAPSBE).

En el caso del resto de países sujetos de este estudio no ha sido posible acceder a casos reales en las entrevistas realizadas que nos permitan ejemplificar este tipo de dotación de capacidad diagnósticas en los centros de atención primaria de dichos países, que seguramente, así como lo ha hecho en los CAPs de España en general y de Cataluña en particular habrán incorporado nuevos mecanismos innovadores que les permitió diagnosticar y tratar a los pacientes de sus afecciones (especialmente en el nuevo contexto que la COVID-19 nos ha presentado) sin requerir de la derivación de estos a los niveles especializados de atención.

Liderazgo participativo como base organizacional

En España, al igual que otros países de Europa, se han presentado históricamente tres problemas básicos en relación a la gestión de AP: la desprofesionalización (funcionario), el complejo de inferioridad en relación con los otros niveles asistenciales, y el bajo liderazgo de los directivos de los EAP.

Los profesionales AP, en ocasiones con unos bajos salarios, se ven obligados a mantener a flote muchos procesos burocráticos en su día a día. Muchos de estos pierden su motivación y compromiso, instalándose una "cultura de la queja" lo cual los lleva a presentar un síndrome de burnout. El refugio del descontento y la poca motivación conlleva a veces no aceptar los propios retos de la AP: el manejo de la incertidumbre, del tiempo de atención a pacientes clínica y socialmente complejos y de la prestación de servicios muy accesibles y polivalentes.

Sumado a lo anterior la menor visibilidad y prestigio frente a los profesionales, especializados de la atención hospitalaria ha posicionado a la AP en un espacio de poco brillo: tecnológico, de innovación y de gestión.

Todo esto, sin ir más lejos se ha visto agravado por la pandemia de covid-19 que no hizo más que evidenciar el malestar que ya se vivía en la AP, por lo menos del contexto Español, la cual llevó a una serie de movilizaciones y huelgas, que si bien habían comenzado pre pandemia se hicieron mucho más fuertes y exigentes en este nuevo contexto pandémico.

La atención primaria sin duda es un espacio donde el trabajo colaborativo se da más lugar. Los equipos de atención primaria (EAP) se encuentran compuestos por diferentes perfiles profesionales, con diferentes realidades y motivaciones y necesitan de un liderazgo gerencial que les ayude y motive al cumplimiento de sus objetivos no sólo profesionales sino también personales.

En el nuevo Plan de Fortalecimiento y Transformación de la atención primaria anunciado por el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya el año pasado (2020) como respuesta urgente a las necesidades de cambios en la organización de la AP producto de la pandemia de covid-19, refuerza muchos de los lineamientos del anterior plan (2010) denominado Plan Oxigen. Dicho plan ya evidenciaba la necesidad de incentivar la autonomía y la responsabilidad en el ejercicio de los profesionales de referencia para organizarse y asegurar la accesibilidad; incentivar el liderazgo clínico del equipo de salud; promover el desarrollo de todas las competencias de los profesionales, especialmente de las enfermeras; reducir los requisitos burocráticos; entre otras recomendaciones para mejorar el trabajo en la AP.

Sin duda fomentar el liderazgo participativo por parte de aquellos que tienen la responsabilidad de gestionar los CAP es uno de los mecanismos que se observan

como más positivos. Ejemplos observados en los que se fomenta el espíritu de equipo promoviendo espacios de diálogo para avanzar juntos en las decisiones que afectan la estrategia, pero también los aspectos prácticos de la organización del día a día de la AP son sin duda estrategias que no sólo mejoran la gestión sino la motivación de los profesionales de la AP.

Un caso que hemos querido compartir en este estudio es el realizado por el Instituto de Prestaciones de Asistencia Médica al Personal Municipal (PAMEM) quien inició un proceso participativo bottom-up de todos los profesionales que fomentó la reflexión del modelo de futuro de la organización. El detalle de este caso se puede consultar en el apartado específico de casos de este documento.

La suma de los niveles hacen a la integridad y la coordinación asistencial

La coordinación entre los diferentes niveles asistenciales (primaria, especializada, terciaria) se orienta a garantizar la coherencia y la continuidad al proceso asistencial por un lado, y a optimizar el gasto sanitario en el sistema de salud. La continuidad asistencial se asocia a una mayor satisfacción de los usuarios, mejor calidad de vida percibida, mayor utilización de los servicios preventivos, mayor tasa de adherencia a los tratamientos y disminución del índice de hospitalizaciones. (2)

La coordinación entre niveles asistenciales (coordinación vertical y entre el sistema sanitario y el social (coordinación horizontal), resulta garantía de calidad en la atención, seguridad clínica y eficiencia en la provisión, desarrollo y gestión de los recursos disponibles. Conduce además a prestar los servicios en el nivel más adecuado, por los profesionales más idóneos y a evitar frustración y burnout entre los profesionales de cada nivel.

La integración de la atención ha de dirigirse sobre la base de una triple meta (triple aim) (92)

- mejor salud de la población
- mejor experiencia del paciente
- mayor eficiencia del sistema.

Con la finalidad de conseguir estos objetivos se plantean mejoras:

- en términos de rol profesional
- en la manera en cómo se organizan los equipos asistenciales
- en la estrategia de organización que adoptan los territorios donde los pacientes son atendidos.

Todos los sistemas sanitarios, incluidos los europeos se encuentran enfrentándose a diferentes retos en la integración entre los diferentes niveles asistenciales y sistemas sociales - sanitarios.

El caso particular del sistema de salud del **Reino Unido** se encuentra en un proceso de reconversión orientado a una atención más integrada que permita brindar a las personas el apoyo que necesitan, de manera conjunta a través de los diferentes agentes: los municipios, el NHS y otros socios. En esta nueva reconversión se busca eliminar las divisiones tradicionales entre hospitales y médicos de familia, entre atención salud física y mental, y entre el NHS y los CCG. Históricamente estas divisiones han significado que demasiadas personas experimentaron una atención inconexa y una mala experiencia en el uso de los sistemas, situación que ya no es sostenible ni deseable para el NHS. (15) (68)

Para ello se ha dado un vuelco con la creación de los nuevos sistemas de atención integrada (Integrated Care Systems - ICSs) (68). Estos sistemas de atención integrada (ICS) son asociaciones que reúnen a proveedores y comisionados (CCG) de servicios del NHS en un área geográfica con las autoridades locales y otros socios locales para planificar colectivamente los servicios de salud y atención para satisfacer las necesidades de su población. El objetivo central de los ICSs es integrar la atención en diferentes organizaciones y entornos, uniendo los servicios hospitalarios y comunitarios, la salud física y mental y la atención sanitaria y social. Todas las partes de Inglaterra están ahora cubiertas por uno de los 42 ICSs (68).

Una premisa clave de la política del despliegue de los ICSs, y una característica central de muchos de los sistemas que han estado funcionando como ICS hasta ahora, es que gran parte de la actividad para integrar la atención y mejorar la salud de la población será impulsada por comisionados y proveedores que colaboran en geografías más pequeñas dentro de ICS (a menudo denominados "places" ⁹) y a través de equipos que prestan servicios que trabajan juntos en áreas aún más pequeñas (normalmente denominadas "barrios"¹⁰). Esto es importante ya que los ICSs son sistemas¹¹ que tienden a cubrir grandes áreas geográficas (por lo general, una población de más de 1 millón), por lo que no son adecuados para diseñar o brindar cambios en los servicios para satisfacer las necesidades y características distintivas de las poblaciones locales.

Los ICSs están destinados a generar cambios importantes en la forma en que se planifican, pagan y prestan los servicios de salud y atención, y son una parte clave de la dirección futura del NHS según lo establecido en el Plan a largo plazo del NHS. (91) Se espera que sean un vehículo para lograr una mayor integración de los servicios de salud y atención; mejorar la salud de la población y reducir las desigualdades; apoyar

⁹ Lugares (poblaciones de alrededor de 250.000 a 500.000 personas): atendidos por un conjunto de proveedores de atención médica en una ciudad o distrito, que conectan con otras redes de atención primaria servicios más amplios, incluidos los proporcionados por los ayuntamientos, hospitales comunitarios u organizaciones voluntarias.

¹⁰ Vecindarios (poblaciones de alrededor de 30.000 a 50.000 personas): atendidos por grupos de médicos de cabecera que trabajan con los servicios comunitarios del NHS, la atención social y otros proveedores para brindar servicios más coordinados y proactivos, incluso a través de redes de atención primaria.

¹¹ Sistemas (poblaciones de alrededor de 1 millón a 3 millones de personas): en los que los socios de salud y cuidado de toda el área en diferentes sectores se unen para establecer una dirección estratégica y desarrollar economías de escala.

la productividad y sostenibilidad de los servicios; y ayudar al NHS a apoyar el desarrollo social y económico.

Los ICSs son parte de un cambio fundamental en la forma en que se organiza el sistema de salud y atención. Después de varias décadas durante las cuales el énfasis estuvo en la autonomía organizacional, la competencia y la separación de comisionados y proveedores, los ICSs dependen en cambio de la colaboración y un enfoque en los lugares y las poblaciones locales como fuerzas impulsoras para la mejora. Han surgido de las asociaciones de sostenibilidad y transformación (STP): asociaciones locales formadas en 2016 para desarrollar planes a largo plazo para el futuro de los servicios de salud y atención en su área.

A pesar de tener un mandato efectivo por parte del NHS, los ICSs no tienen base en la legislación ni poderes ni responsabilidades formales, sino que han surgido en un movimiento bottom-up originado en algunas regiones específicas. La región de Dorset ha sido una de las pioneras en el establecimiento de este nuevo modelo, que explicaremos con más detalle en el apartado casos de este estudio.

A pesar de la falta de legislación, parece que esto va a cambiar en un futuro próximo, ya que se contempla legislar los ICSs a partir de 2022, eliminando así las barreras legales para la atención integrada de pacientes y comunidades. Las decisiones sobre la legislación ahora están en manos del Gobierno y el Parlamento. (68)

A diferencia del ejemplo anterior en el caso específico de **Finlandia** la falta de coordinación entre los entornos de atención primaria y especializada es uno de sus mayores problemas, así como la variación en la disponibilidad, estándares y calidad de estos servicios entre las diferentes municipalidades sobre todo en aquellas que se encuentran menos pobladas. Lo mismo es para la coordinación entre los servicios de salud y servicios de bienestar social, aunque estos servicios se fusionan cada vez más en estos municipios. Las reformas propuestas en este país en relación al cuidado de la salud tienen como objetivo la coordinación entre la atención primaria de salud, atención hospitalaria especializada y servicios de bienestar social en las diferentes regiones, y sobre todo se encuentra enfocada en establecer mecanismos de accesibilidad a la asistencia social y sanitaria para garantizar la equidad entre las diferentes regiones.

Si bien se han realizado varios esfuerzos para promover una atención más integrada y algunas innovaciones han surgido modelos locales, la coordinación de la atención sigue siendo problemático, particularmente entre privados y públicos proveedores.

Esto está en parte relacionado con la asignación de responsabilidad por separado a los proveedores de atención primaria, atención especializada y atención de crónicos. Además de lo anterior, los mecanismos de financiación actuales no incorporan

incentivos adecuados para fortalecer la coordinación de la atención entre los proveedores. (58)

En el caso particular de **Holanda** las políticas que se despliegan para promover la integración en prestación de los servicios y la coordinación de la atención se encuentran más enfocadas principalmente a desplegar mecanismos de pago que lo promueven. En todo el país se aplica un enfoque de pago combinado (bundled-payment) para la atención crónica integrada para los pacientes con determinadas patologías crónicas como la diabetes, la EPOC y el manejo del riesgo cardiovascular. Bajo este sistema, las aseguradoras pagan una tarifa única a una entidad contratante principal, conocida como grupo de atención (care groups), para cubrir una gama completa de servicios de enfermedades crónicas durante un período fijo. (93)

El enfoque de pago combinado reemplaza la compra tradicional de atención médica para la afección aplicable y divide el mercado en dos segmentos: uno en el que las aseguradoras de salud contratan servicios de grupos de atención y otro en el que los grupos de atención contratan servicios de proveedores individuales, cada uno con tarifas libremente negociables.

En los últimos años, se han iniciado varios estudios piloto en los Países Bajos para mejorar la integración y coordinación de la atención, centrándose principalmente en la mejora de la salud y el estilo de vida, la gestión de la población y la simplificación administrativa. Por ejemplo, actualmente se está fortaleciendo el papel de las enfermeras de distrito para coordinar mejor la atención y ayudar a llegar a las poblaciones vulnerables. Estas iniciativas han tenido distintos grados de éxito.

En el caso particular de **España**, cuenta con diferentes realidades y ejemplos a lo largo de su territorio en cuanto a la integración entre niveles asistenciales. Las diferentes comunidades autónomas cuentan con diferentes realidades de integración, con menor o mayor éxito que hacen frente a diferentes retos.

La integración vertical entre niveles asistenciales, entendida como red coordinada de servicios que proporcionan la continuidad asistencial a una población determinada sobre cuya salud se tiene responsabilidad y cuyos consumos sanitarios implican un riesgo financiero, tiene sin duda más ventajas que desventajas, sobre todo de la perspectiva asistencial y de percepción de calidad del sistema por parte de la ciudadanía. Pero esta integración no está exenta de retos y problemáticas que hacen algunos casos difícil su implementación. Uno de estos retos es sin duda la financiación de la actividad realizada por cada uno de los niveles, y en el caso de España el modelo de financiación capitativa ajustada por el riesgo ha constituido uno de los mecanismos regulatorios más potentes para fomentar la integración de proveedores. Dicha integración puede producirse, bien mediante la propiedad conjunta (absorciones y fusiones), bien a través de acuerdos contractuales.

En el caso de Cataluña, uno de los ejemplos más representativos de la buena gestión e integración entre primaria y especializada es el caso de CAPSBE - Hospital Clínic¹². Este consorcio ha promovido el trabajo colaborativo entre los centros de atención primaria y el hospital de referencia de una zona determinada de Barcelona Ciudad (el ensanche izquierdo) como es el Hospital Clínic de Barcelona. Este proceso de integración comenzó hace ya varios años (alrededor de 15) creando espacio de confianza y colaboración y conversación entre los diferentes profesionales de especializada y de primaria utilizando como hilo conductor el análisis y compartición de conocimiento en relación a determinados procesos asistenciales (insuficiencia cardiaca, diabetes, entre otros) promoviendo así la implementación de procesos asistenciales integrados.¹³ Los inicios de este ejemplo de integración primaria-hospital han sido a través de un proyecto conjunto bottom up impulsado por los mismos gestores del hospital y de los CAPs, y que poco a poco fueron incorporando y haciendo cómplices los diferentes profesionales sanitarios. Este proyecto luego dio lugar a un modelo organizativo y de integración de referencia en Cataluña principalmente, y de alto reconocimiento nacional e internacional.

Integrar la complejidad social con la de la salud

Es importante considerar que la complejidad social influye en la morbilidad y multimorbilidad sanitaria mediante la presencia de necesidades instrumentales y materiales, necesidades relacionales y familiares y necesidades en el ámbito de la autonomía.

La interacción entre la complejidad sanitaria y el entorno social se manifiesta fundamentalmente a través de dos tipos de vínculo: concurrencia de necesidades sociales y sanitarias en la misma persona y la convivencia con un perfil de morbilidad bajo o moderado de un conjunto de necesidades sociales que otorgan a la persona la condición de complejidad.

Este hecho hace que la integración vertical requiera además de una integración horizontal de los diferentes sistemas y sectores. Entendiéndose por integración horizontal a la integración intersectorial, del sector sanitario y social, que facilita los itinerarios de las personas que requieren, con cierta intensidad (simultánea, sucesiva o cruzada) de la prestación de servicios o intervenciones de diferentes ramas de actividad de los servicios sociales y sanitarios de manera conjunta e integrada.

En el caso particular de **España** esta integración ha sido una de las demandas no sólo de la sociedad sino también de los profesionales sanitarios y sociales. La pandemia de COVID-19 ha demostrado la importancia de contar con un sistema que garantice una visión holística e integrada de las problemáticas de las personas sean

¹² El Consorci d'Atenció Primària de Salut Barcelona Esquerra es una entidad pública constituida por el Instituto Catalán de la Salud y el Hospital Clínic de Barcelona gestiona tres Equipos de Atención Primaria de Barcelona Izquierda y presta servicios de salud en la población residente en determinadas Áreas Básicas de Salud Barcelona.

¹³ Un proceso asistencial integrado (PAI) es una herramienta cuyo propósito es aumentar la efectividad de las actuaciones clínicas a través de una mayor coordinación entre los diferentes niveles asistenciales que promueve la garantía de continuidad asistencial. Los PAI sitúan al paciente como el eje central de la organización asistencial y se definen como el conjunto de actividades que realizan los proveedores de la atención sanitaria con la finalidad de incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios.

estas de carácter sanitario o de carácter social. Si bien existen ejemplos de atención integrada socio-sanitaria en las diferentes comunidades autónomas, promovidas por sus propios sistemas (ej. PADES), estos no dejan de ser ejemplos específicos a problemáticas específicas y no una política común y desplegada a lo largo del territorio español.

En el caso de **Reino Unido** como ya hemos mencionado anteriormente la introducción de los sistemas de atención integrada (Integrated Care Systems - ICSs) demuestran una voluntad política en buscar nuevos modelos de gestión socio-sanitaria más acorde a las demandas sociales actuales. (68)

La importancia de una atención integral e integrada en el abordaje de la cronicidad

La cronicidad ha sido definida como el conjunto de problemas de salud crónicos y de los efectos que éstos producen sobre las personas que los padecen, así como sobre su entorno, el sistema sanitario y el conjunto de la sociedad. Los programas de prevención y atención a la cronicidad constituyen ejes principales de innovación de los sistemas de salud y sociales en los países avanzados. Proponen medidas preventivas, de atención específica de las enfermedades y condiciones, y también modelos de atención integral e integrada de los pacientes con enfermedades avanzadas, de carácter preventivo de las crisis, con orientación comunitaria y en contextos sectorizados.

En este sentido, el desafío consiste en dar una respuesta de calidad y costo-eficiente al aumento de la mortalidad y prevalencia de personas con enfermedades crónicas, crónicas avanzadas/progresivas y en etapa de final de vida, algo que la pandemia Covid-19 ha dejado en total evidencia.

La prevalencia, características, y necesidades de estos pacientes ponen en jaque a los sistemas de salud por su importancia cuantitativa, cualitativa (pacientes con grandes necesidades de atención, impacto físico y emocional, y pronóstico de vida limitado), y también por su alta demanda de recursos de agudos y urgencias en ausencia de sistemas integrales de atención. Por otro lado, influyen en la eficiencia del sistema, con modelos de organización fragmentados en servicios específicos para patologías, y frecuentemente basados en la reacción a las crisis, en recursos de agudos y urgencias.

Un ejemplo de lo anterior es que en el mundo unos 40 millones de personas tienen necesidades de atención paliativa (AP) por año. En Cataluña, la medición de la prevalencia de este tipo de pacientes paliativos utilizando el instrumento NECPAL CCOMS-ICO®¹⁴ fue de 1.5% de la población. Este valor sería extrapolable a otras

¹⁴ El instrumento NECPAL CCOMS-ICO® es un desarrollo del Observatorio QUALY del Instituto Catalán de Oncología / Centro de Colaboración de la OMS, en Cataluña para la identificación precoz de personas con necesidades de atención paliativa. Se inspiró en la experiencia del PIG/Gold Standards Framework, con algunas modificaciones conceptuales y un proceso de validación en el entorno español. incorporó el dominio psicológico, los síndromes geriátricos y el deterioro funcional y nutricional como indicadores de pronóstico. Por otra parte, es el único

poblaciones y se estima que alrededor del 75% de las personas morirá a causa de una o varias enfermedades crónicas progresivas. (21)

Frente a la importancia de esta realidad en Cataluña, España, se desplegó el Modelo de Atención a la Cronicidad Avanzada (MACA). Este programa sistemático de atención ha incluido la validación de un instrumento de identificación (NECPAL) y estudios de prevalencia poblacional y en settings específicos. (XX)

Este modelo se basa en conjunto de medidas que deben adoptarse para la atención integral de las personas con enfermedades avanzadas, denominado en este modelo como Paciente crónico complejo (PCC)¹⁵ y sus familias, con el objetivo fundamental de aliviar el sufrimiento, crear las condiciones de confort y seguridad de atención que permitan a los pacientes y sus familias la mejor adaptación al proceso de enfermedad evolutiva, y mejorar la difícil experiencia de la enfermedad avanzada y del final de la vida, con respeto por los valores y las creencias. La atención paliativa utiliza el control de síntomas, el apoyo emocional y la adaptación de la organización a las necesidades y demandas. La ética clínica y la gestión del paciente guían la definición de los objetivos del plan de atención integral.

Las bases para la implementación del Programa y Componentes del MACA son:

- Liderazgo organizacional
- Liderazgo de profesionales fomentando la formación y capacitación y el despliegue de las enfermeras Gestora de Caso.
- Identificación de las personas con enfermedades crónicas avanzadas en la población (estratificación). Preferiblemente, de forma multidisciplinaria (médico/enfermera gestora de caso) y basada en criterios clínicos sólidos. Puede realizarse de manera transversal (cribado basado en cupos) o casual (cribado basado en personas) a través de la utilización de agrupadores de morbilidad.¹⁶
- Registro y Marcaje de las personas incluidas en el MACA en entornos compartidos y seguros de información. Esto permite conocer la condición paliativa de la persona y adaptar la toma de decisiones a las necesidades y preferencias.
- Evaluación multidimensional sistemática de las necesidades del paciente con

instrumento que integra la solicitud de AP del paciente o la familia como un disparador para identificar a las personas con estas necesidades de atención. Su simplicidad, factibilidad y carácter clínico lo convierten en un instrumento muy útil para determinar la prevalencia de las personas con necesidades de atenciones paliativas y pronóstico de vida limitado en todo tipo de servicios sanitarios y sociales, así como para la realización de estudios de prevalencia que permitan adoptar medidas de mejora de la atención.

¹⁵ Un paciente crónico complejo (PCC) es aquella persona cuya gestión clínica se percibe como especialmente difícil por sus profesionales referentes. Esto implica que, además de la estratificación y de otros factores, la complejidad se fundamenta en el juicio clínico.

¹⁶ Todos los agrupadores de morbilidad (ACG, CRG o GMA) tienen como objetivo final clasificar los individuos en grupos de tal modo que los enfermos de un grupo sean lo más similares posible entre sí, y lo más distintos posibles a los de otros grupos. Sin embargo, teniendo en cuenta tanto la complejidad de la unidad de estudio (persona) como el ámbito de estudio (multimorbilidad), no se puede pretender que todos los enfermos clasificados en un grupo sean exactamente iguales. En este sentido, hay que distinguir entre riesgo e intervención. Tanto los ACG, como los CRG, como los GMA son útiles para identificar grupos de riesgo en un sentido epidemiológico, y por lo tanto, identificar enfermos con mayor o menor riesgo. Sin embargo, las intervenciones se llevan a cabo de manera individualizada y estas deben ser determinadas por los profesionales que atienden al paciente (médico o enfermera). Dicho de otro modo, los agrupadores de morbilidad identifican pacientes con cierto nivel de riesgo, y esto puede ser de ayuda a los profesionales asistenciales a la hora de tomar decisiones sobre qué intervención concreta llevar a cabo en cada caso.

enfermedades crónicas avanzadas y su familia. El EAP (y los profesionales del resto del sistema intervinientes) deberían ser capaces de tener buenas prácticas compartidas, en las cuales las decisiones y las intervenciones asistenciales se generen de forma solidaria, generosa, altruista y centrada en el paciente.

- Planificación de Decisiones Anticipadas. Valores y preferencias. Legislación.
- Continuidad Asistencial y Ruta Asistencial Integrada. La colaboración entre profesionales, la coordinación de niveles, el establecimiento y la optimización de los circuitos asistenciales, y la promoción de la buena práctica, permite otorgar el recurso más adecuado a la situación evolutiva del paciente. Contribuye a la reducción de la morbilidad y a la optimización funcional de las personas afectadas de condiciones crónicas, mejorando sus resultados en salud y en calidad de vida.
- Sistema de Información Integral e Integrado. En AP se realiza el Plan de Intervención Individualizado y Compartido (PIIC) cuyo objetivo es compartir la información relevante del paciente y su situación. Ésto facilita el acceso a todos los profesionales desde la historia clínica informatizada y facilita la comunicación entre profesionales.
- Monitoreo y Evaluación.

Programa de atención domiciliaria y equipos de soporte (PADES)

El papel de la atención primaria y de los programas que desde las áreas básicas de salud se impulsan en Cataluña constituye un pilar fundamental para evitar los ingresos hospitalarios convencionales para las personas con enfermedades crónicas avanzadas, y de esta manera minimizar el impacto negativo de cada internación. (xx)

Un ejemplo de este tipo de intervenciones es el Programa de Atención Domiciliaria Equipos de Apoyo (PADES) el cual es un recurso sociosanitario dispuesto por la Conselleria de Salut de la Generalitat Catalana para el seguimiento en el ámbito domiciliario ya sea en el domicilio del paciente o en un centro residencial.

Este programa ofrece apoyo social y sanitario a los Centros de Atención Primaria, en situaciones de:

- Personas con enfermedades crónicas y/o síndromes geriátricos que se hayan descompensado
- Personas con enfermedad paliativa
- Personas frágiles asociadas al envejecimiento y a la dependencia
- Personas con enfermedades neurológicas
- Personas con enfermedad que presente complejidad terapéutica controlable

Los equipos PADES (xx) están formados por expertos en cuidados paliativos y en la atención a las personas con enfermedad crónica avanzada. Están integrados por

profesionales del ámbito de la medicina, la enfermería, el trabajo social y la psicología. Su actuación se lleva a cabo en el domicilio y los cuidados paliativos contemplan una atención integral del paciente que se encuentra en un proceso de final de vida y de su familia. En cualquier caso, su intervención debe ser una actuación temporal, en función del cumplimiento de los objetivos consensuados con los profesionales de atención primaria, últimos responsables del paciente.

Como objetivo general el PADES pretende dar respuestas, en el domicilio, a las necesidades de atención paliativa del paciente y su entorno sociofamiliar, favoreciendo las máximas condiciones de autonomía y confort.

Entre los objetivos específicos se encuentran:

- Apoyar a los profesionales de asistencia primaria y en las unidades básicas de asistencia social primaria.
- Conocer, conectar y proporcionar los recursos sociosanitarios.
- Conocer el entorno sociofamiliar para permitir la atención en el seno de la comunidad.
- Determinar las capacidades y los conocimientos del cuidador principal.
- Capacitar a la familia para atender al enfermo en su entorno.
- Implicar a la familia en los procesos de cuidado.
- Controlar la sintomatología que a menudo distorsiona la convivencia familiar.
- Coordinar otros profesionales asistenciales y servicios: Unidad de Cuidados Paliativos (UCP), Centros sociosanitarios, etc.

Y dentro de sus funciones se encuentran las de:

- Valoración integral y atención sociosanitaria a domicilio al enfermo geriátrico pluripatológico descompensado y enfermo paliativo avanzado.
- Diseño y ejecución de un plan de atención personalizado y continuado.
- Apoyo y asesoramiento a otros profesionales mediante consultas, sesiones y elaboración de protocolos.
- Valoración integral e interdisciplinar a domicilio por tramitación de recursos sociosanitario.
- Coordinación con otros profesionales asistenciales: Unidad de Cuidados Paliativos (UCP), Enfermeras Gestoras de Casos, CSS, Hospitales de día, Centros de día, otros PADES, etc.
- Docencia a otros profesionales y cuidadores informales.
- Investigación

La eclosión del papel de la enfermería

Si bien es el personal administrativo u otros profesionales de salud quienes realizan las tareas de gestión, las competencias de práctica avanzada de enfermería incluyen la gestión de los cuidados. El personal de enfermería como ya hemos evidenciado a lo largo de este estudio se considera el profesional más idóneo para la continuidad

en la atención y la coordinación entre niveles, pilares en la gestión de casos de pacientes complejos..

Es importante resaltar que la **gestión de casos** consiste en un método de provisión de servicios, que se puede aplicar a múltiples poblaciones y contextos. En este sentido podemos hablar de gestión de caso en el ámbito sanitario, social, de seguridad ciudadana, etc. Existe heterogeneidad en relación a los modelos existentes en salud, su diseño y poblaciones diana, y aún resulta insuficiente la descripción de sus componentes. España cuenta con modelos como los llevados adelante en Andalucía, Cataluña o País Vasco, en el que la práctica avanzada de enfermería ocupa un lugar central.

Entre los factores que inciden en el éxito de la gestión de casos podemos mencionar la detección de casos, los ratios de asignación adecuados y pertinentes, sistemas de registro accesibles y compartidos con el equipo, la integración de servicios de salud y sociales.

Crear normativa e institucionalizar la figura de **Enfermera Gestora de Casos (EGdC)** como modelo de práctica avanzada conlleva la definición de sus funciones y competencias. En este sentido, los profesionales de enfermería aportan habilidad para ofrecer un cuidado holístico centrado en el paciente, conocimientos clínicos propios de la profesión, y capacidad de trabajar de manera interdisciplinaria, pudiendo valorar e integrar la aportación de otros profesionales (17).

Este escenario marcado por la multimorbilidad, el envejecimiento, el hospital-centrismo y uso indiscriminado de recursos, exigen respuestas eficaces y sostenibles. El desarrollo de la gestión de casos se ha constituido como una estrategia básica en la atención a la cronicidad. Para constituir un modelo de atención que garantice una atención integral, coordinada y basada en la evidencia, es necesario impulsar acciones disruptivas en diferentes ámbitos de manera sinérgica y coordinadas sobre un mismo territorio y población.

A nivel de estructuras de atención y coordinación se plantea el desarrollo, refuerzo y despliegue de roles específicos para la gestión de casos, como la Enfermera Gestora de Casos (EGdC), que tiene como principal objetivo el coordinar la actuación de los diferentes agentes implicados en la atención y seguimiento de los pacientes crónicos, existiendo tanto en Atención Primaria como Especializada. (10)

La EGC en AP realiza una captación proactiva de las personas con enfermedad crónica compleja y avanzada, para adecuar la atención y asegurar equidad en la atención domiciliaria, garantiza la continuidad asistencial, es soporte en el equipo y referente en cuidados, activa y coordina los circuitos y rutas asistenciales en las transiciones, evitando así hospitalizaciones inadecuadas.

Las EGC, han demostrado ser un valor añadido en todo el proceso de atención a las personas con enfermedades crónicas complejas, asegurando unos cuidados profesionalizados, integrales y continuados a las personas más vulnerables, teniendo

en cuenta las preferencias y prioridades de las personas y su potencial de recuperación desde una atención multiprofesional. (9)

El desarrollo de la enfermera de práctica avanzada (EPA) ha supuesto un reto para las enfermeras en países avanzados como EE.UU., Canadá, Gran Bretaña y Australia, entre otros, y desde hace escasos años está siendo considerada en Catalunya y España como un sistema para desarrollar nuevos roles que aporten eficacia y eficiencia al sistema sanitario.

Según la definición del Consejo Internacional de Enfermeras (ICN), la enfermería de práctica avanzada se refiere a servicios e intervenciones de salud potenciados y ampliados que dispensan enfermeras que, con capacidad avanzada, influyen en los resultados clínicos de salud y prestan servicios sanitarios directos a personas, sus familias y sus comunidades. Una enfermera de práctica avanzada (EPA) a través de una formación adicional adquiere la base de conocimientos expertos, habilidades necesarias para la toma de decisiones complejas, y competencias clínicas para una práctica ampliada de la enfermería cuyas características se modelan de acuerdo al contexto en el que están acreditadas para ejercer. (xx)(xx)(xx)

Holanda: El papel de las enfermeras de práctica avanzada en los Países Bajos es la enfermera practicante. La introducción de esta función comenzó en 1997. El rol de la enfermera practicante en Holanda se ha evaluado focalmente como alternativa para los médicos de práctica general dada la escasez de médicos generales. (7) Si bien no se intenta reemplazar la práctica de los médicos, los estudios han demostrado que el papel de las enfermeras practicantes es complementario y se orienta a un rol de mayor autonomía dedicado principalmente a la atención al paciente en los hogares de los pacientes y el manejo de enfermedades crónicas.(2) También ha demostrado un impacto a nivel de costo-efectividad. (5)

En relación a la educación y certificación, para trabajar como enfermera registrada en los Holanda se requiere de una licenciatura de cuatro años la cual da la posibilidad de continuar su educación y convertirse en una enfermera especialista o enfermera practicante a través de un programa de Maestría en Práctica Avanzada de Enfermería (NP).

El alcance de la práctica para las enfermeras practicantes holandesas incluye principalmente: (5)

- Evaluación avanzada
- Diagnóstico y toma de decisiones para el tratamiento posterior
- Autoridad Prescriptiva (aún falta avanzar en términos regulatorios)
- Provisión de los procedimientos necesarios para el tratamiento con medicamentos Derivaciones a servicios primarios o secundarios

Reino Unido: El papel de las enfermeras de práctica avanzada en UK se representa principalmente como profesionales de enfermería avanzada o enfermera especialista en inglés, Advanced Practice Nursing (ANP)¹⁷. (5)

La figura de la enfermera especialista se puso en marcha en Reino Unido en la década de 1970, y se ha descrito como una combinación de cuatro elementos: clínica, educación, investigación y consulta. Un estudio realizado en Inglaterra, Escocia y Gales ha descubierto que la mayor parte del trabajo clínico de la ECE consiste en la realización de valoraciones físicas, derivaciones, control de síntomas y trabajo de 'reanimación'. (2)

El papel de ANP se introdujo por primera vez en el Reino Unido con el inicio de un programa de enfermeras practicantes centrado en la atención primaria de salud en el Royal College of Nursing (RCN) en 1991. Gran parte del impulso para el desarrollo de este papel fue para aliviar la carga de trabajo prepotente de los médicos generales (médicos de atención primaria) en el país. (6)

La educación para el profesional de enfermería avanzada ha estado ocurriendo en el nivel de maestría durante más de 20 años y la mayoría de los ANPs en el Reino Unido poseen un título de posgrado. Si bien el estándar recomendado para las enfermeras practicantes avanzadas en el Reino Unido se establece en las recomendaciones del Royal College of Nursing, no todos los programas educativos en el país siguen estas recomendaciones. (5) (2)

El papel de la ANP en el Reino Unido se centró en gran medida en la atención primaria de salud aunque extienden otras especialidades como :

- Enfermera de salud pública comunitaria especializada registrada /Registered specialist community public health nurse (SCPHN)
- Práctica especializada calificada (Specialist Practice Qualification)

Finlandia: Hay dos roles principales identificados para las enfermeras de práctica avanzada en Finlandia, a saber, la de la enfermera avanzada y la enfermera de salud pública, las cuales se preparan con la educación de posgrado. Además, hay un rol de enfermera partera disponible en Finlandia, pero se entiende como una especialización de enfermera registrada en lugar de la de un rol de práctica avanzada. (5)

La figura de enfermera de práctica avanzada surge para crear un puesto para que las enfermeras presten servicios sanitarios complejos a un grupo bien definido de pacientes con el fin de mejorar la continuidad de los cuidados. Los roles de los APN en Finlandia se pueden delinear de la siguiente manera:(5)(6)

¹⁷ Si bien el título de Advanced Nurse Practitioner (ANP) es utilizado por el Royal College of Nursing (RCN), ha habido inconsistencias entre el público en general en cuanto al término para llamar a ANP en el país, y varios se utilizan como: enfermera practicante, enfermera registrada, enfermera clínica, enfermera practicante senior, enfermera practicante avanzada y enfermera practicante de asociación.

- Enfermera de Salud Pública (Public Health Nurse) las cuales ejecutan acciones de evaluación avanzada, consulta, diagnóstico, ordenación e interpretación de pruebas diagnósticas, manejo de diversas enfermedades crónicas (seguimiento, monitoreo y educación) y derivación a especialistas
- Enfermera avanzada (Advanced Nurse) las cuales realizan además de las actividades propias de la enfermería de salud pública el triaje para la priorización de pacientes.

En cuanto a la educación y certificación, los programas de educación para Advanced Practice Nurses en Finlandia produjeron sus primeros graduados en 2006. La educación para la enfermera registrada generalmente requiere 3.5 años, y 4 años para la enfermera de salud pública. Los títulos avanzados están disponibles después para aquellos que desean un mayor avance en el alcance de la práctica a nivel de posgrado.

4.3. Profesionales valorados y comprometidos con la atención

Para hacer referencia al liderazgo y compromiso de los profesionales sanitarios como elemento base de la buena gestión de la atención primaria de la salud se requiere hacer un análisis y foco en el reconocimiento de la función social de los equipos de AP, sus condiciones laborales y retributivas así como de su autonomía organizativa.

Para esto debemos profundizar en analizar los mecanismos de incentivos y retribución vs la precarización, el desarrollo de perfiles y competencias profesionales de los equipos, en la propuesta de formación y capacitación, los mecanismos de interacción entre las instituciones de formación y los servicios de asistencia, la investigación y la innovación como estrategia de desarrollo y potencialización de la AP.

Remuneración e Incentivos económicos de los profesionales de la AP

Existen actualmente en los sistemas de salud europeos diferentes modelos contractuales y remunerativos de los profesionales de la AP que se podrían resumir en:

- Relación individual del médico con la administración sanitaria a través de i) una relación contractual con el propio sistema sanitario con diversas formas

de pago (Reino Unido y Portugal), ii) o a través de una relación mercantil y pago por acto (Francia, Italia, Reino Unido).

- Relación contractual con una entidad de provisión de servicios de salud a través de i) Relación laboral con una entidad pública, privada o mixta: siendo estas relaciones laborales de funcionario o estatutario contratado por el estado (España, Países Nórdicos, Portugal); ii) Relación laboral con un proveedor privado: Modelos que se observan principalmente en los Consorcios y en las entidades de base asociativa (EBAS).

En el caso particular de **España** la mayoría de los profesionales de la atención primaria son empleados públicos, excepto aquellos que cuentan con una relación contractual con una entidad proveedora privada. Las retribuciones de los empleados públicos del sistema de salud español son en general, las correspondientes al resto de empleados públicos del mismo nivel y grupo, en el que dentro de las retribuciones básicas, el sueldo base es asignado a cada categoría en función del título exigido para su desempeño.

En el caso de **Finlandia**, la mayoría de los médicos de cabecera son empleados asalariados de los municipios. El método de remuneración exacto puede variar según el municipio. La remuneración puede basarse en una combinación de servicios prestados y el tamaño de la población o el salario mensual, y este salario rara vez se relaciona con indicadores de desempeño, (48)

En el caso de **Reino Unido** la remuneración de los profesionales de la sanidad pública depende principalmente de la categoría a la que pertenecen (jefaturas, asociado, asalariado) además del currículum y de sus habilidades profesionales.

La mayoría de los médicos de cabecera (59,4%) son contratistas privados (autónomos). La proporción de médicos de cabecera empleados en prácticas o asalariados como suplentes (sustituyendo a otros médicos de cabecera cuando no están disponibles) está aumentando y actualmente es de alrededor del 22%. (44)

La mayoría (69%) de las prácticas operan bajo contratos negociados entre la Asociación Médica Británica (que representa a los médicos) y el gobierno. El pago del médico es aproximadamente un 60% de capacitación por servicios esenciales, aproximadamente un 15% de pagos de tarifa por servicio para servicios adicionales opcionales (como vacunas para poblaciones en riesgo) y aproximadamente un 10% de pagos relacionados con el desempeño. La capitación se ajusta por edad y sexo, niveles locales de morbilidad y mortalidad, número de pacientes en residencias y residencias de ancianos, rotación de la lista de pacientes y un factor de las fuerzas del mercado para los costos de personal en comparación con los de otras prácticas. Finlandia por su parte. (55)

En el caso de **Holanda** como ya hemos mencionado anteriormente, la mayoría de los médicos de cabecera trabajan de forma independiente o en una sociedad autónoma muy parecida a las descritas como EBAs; un tercio está empleado o tiene un contrato a corto plazo con un consultorio propiedad de otro médico de cabecera. En cuanto a

la remuneración de estos profesionales predomina la mezcla de salario, pago por servicios y capacitación en la provisión de la atención primaria. (45) (46)

Muchas prácticas de médicos de cabecera emplean enfermeras asalariadas y psicólogos de atención primaria. El médico de cabecera recibe el reembolso por la atención primaria de enfermería, por lo que cualquier ganancia de productividad que resulte de la sustitución de un médico por una enfermera se acumula para el médico de cabecera. (93)

En 2015, el gobierno introdujo un nuevo modelo de financiación de los médicos de cabecera que comprende tres segmentos:

- El segmento 1 (aproximadamente el 75% del gasto de los médicos de cabecera) financia los servicios básicos de atención primaria y consiste en una tarifa de capitación por paciente registrado, tarifas de consulta para los médicos de cabecera (incluidas las consultas telefónicas) y tarifas de consulta para la atención ambulatoria de salud mental en la práctica del médico de cabecera. La Autoridad Sanitaria Holandesa (Nederlandse Zorgautoriteit) determina las tarifas de los proveedores nacionales para este segmento.
- El segmento 2 (aproximadamente el 15% del gasto de los médicos de cabecera) consiste en la financiación de la atención multidisciplinaria programática para procesos como los de la diabetes, el asma y la EPOC, así como para la gestión del riesgo cardiovascular. Los precios se negocian con las aseguradoras.
- El segmento 3 (aproximadamente el 10% del gasto de los médicos de cabecera) brinda a los médicos de cabecera y aseguradoras la oportunidad de negociar contratos adicionales que fomentan la innovación y vinculan el pago al rendimiento.

Sin duda los diferentes modelos remunerativos desplegados por de los diferentes sistemas de salud europeos han dado hasta ahora mayores o menores resultados de acuerdo a las estructuras de dichos sistemas pero una de las preguntas que los diferentes economistas de la salud y gestores sanitarios que se vienen realizando en los últimos años es:

¿Cómo se puede innovar en los mecanismos de pagos de la atención sanitaria?

Pago por desempeño / «pay for performance» [P4P]

El pago por desempeño (P4P) es una estrategia para cambiar el comportamiento del proveedor de la salud y acelerar la traducción de la evidencia a la práctica.

Los programas de pago por desempeño (P4P) se han introducido principalmente en el sistema médico canadiense en las últimas décadas, aunque algunos países europeos, como el Reino Unido, también incluyen programas P4P como parte de su estructura remunerativa de los profesionales médicos.

En el caso particular del pago por desempeño de los profesionales de la atención primaria británica se encuentra basado en el Quality and Outcomes Framework (QOF)¹⁸

El Quality and Outcomes Framework (QOF) o Marco de Calidad y Resultados del Reino Unido fue introducido en 2004 como el programa de pago por desempeño de atención primaria de este país. Al tratarse de uno de los mayores esquemas de pago por desempeño del mundo, genera debates apasionados sobre sus características, efectos, y expectativas por el papel ejemplar que puede desempeñar para el diseño e implementación de intervenciones de pago por desempeño en la atención primaria en el resto de sistemas sanitarios del mundo. (54)

Las medidas de QOF, llamadas indicadores, se acuerdan como parte de las negociaciones del contrato GP cada año. Cada uno de estos indicadores tienen puntos adjuntos que se otorgan a las prácticas de los médicos de cabecera en función de su desempeño frente a estas medidas.

Estos indicadores cambian constantemente pero en general cubren aristas como:

- Manejo de algunas de las afecciones crónicas más comunes, por ejemplo, asma y diabetes.
- Manejo de los principales problemas de salud pública, por ejemplo, el tabaquismo y la obesidad.
- Proporcionar servicios preventivos como exámenes de detección o controles de presión arterial.

Los resultados sobre sus efectos son todavía limitados, con pocos estudios que proporcionen comparaciones ante-post con suficiente tiempo de seguimiento. Por un lado, la evidencia existente indica que el QOF tiene un impacto reducido en la mejoría de resultados en el cuidado a la salud, debido a que está centrado en indicadores de proceso y padrones inconsistentes y menores que aquellos que se encuentran estipulados por directrices meramente clínicas.

Un modelo similar al anteriormente mencionado es el que se ejecuta en sistema de salud Catalan en el estado español a través de la Dirección Por Objetivos (DPO). Una gran parte de la retribución del personal médico y de enfermería del Institut Català de la Salut está vinculada a la consecución de determinados objetivos laborales previamente fijados. Este complemento consta de una retribución variable que se abona cada año en abril como reconocimiento del logro de dichos objetivos.

Value Based Healthcare: el nuevo paradigma en salud

¹⁸ El Marco de Calidad y Resultados (QOF) es un programa anual voluntario de recompensas e incentivos para todas las cirugías de médicos de cabecera en Inglaterra, que detalla los resultados del logro de la práctica. El QOF contiene cuatro componentes principales, conocidos como dominios. Los cuatro dominios son: clínico; salud pública, servicios adicionales y mejora de la calidad. Cada dominio consta de un conjunto de medidas de logro, conocidas como indicadores, contra las cuales las prácticas puntúan según su nivel de logro

Una de las tendencias de los diferentes sistemas de salud del mundo es ir adoptando cada vez más una agenda de atención de la salud basada en valores (VBHC). Es el nuevo paradigma en salud en el que se ve como una evolución desde la medicina basada en la evidencia (la medicina tradicional, conocida hasta la fecha) hacia una medicina basada en el valor que se aporta al paciente.

Este enfoque tiene en su objetivo maximizar el valor para los pacientes, pasando de un sistema de atención médica impulsado por el suministro/prestación a un sistema centrado en el paciente, organizado en torno a lo que ellos necesitan. Para lograr un alto valor, debemos ofrecer los mejores resultados posibles de la manera más eficiente: resultados que importan desde la perspectiva de la persona que recibe la atención médica.

Según un estudio comparativo en el que se revisan 4 sistemas — Massachusetts (EE.UU.), los Países Bajos, Noruega e Inglaterra (Reino Unido) — los autores encuentran que los elementos del marco teórico funcionan mejor en algunos sistemas de atención médica que en otros. La comprensión de estas fortalezas y debilidades puede producir información para los responsables de la formulación de políticas y los proveedores a medida que se esfuerzan por lograr un entorno de prestación de atención más centrado en el paciente y basado en el valor. El análisis revela diferencias estructurales y variación en el énfasis en los programas utilizados para efectuar el valor en la prestación de atención. (3)

Los sistemas que se incluyen en dicho estudio difieren no sólo en tamaño, sino también en la forma en que los gobiernos y los pagadores privados están involucrados en la organización y la financiación. Mientras que VBHC en los EE.UU. ha estado principalmente vinculado a alejarse de la tarifa por servicio / fee-for-service, otros países, en particular los sistemas más públicos en Europa, se han centrado en la coordinación de la atención al paciente entre los proveedores y la creación de plataformas de resultados para impulsar la mejora de la calidad y la idoneidad de la atención.

El grado de desarrollo de 6 elementos estratégicos de un modelo basado en valores en todos los sistemas de atención médica proporciona información sobre lo que los responsables de la formulación de políticas y los proveedores pueden hacer para acelerar su implementación.

El estudio evalúa el estado de implementación de los 6 elementos de VBHC, según lo descrito por Porter y Lee en su agenda estratégica de valor:

1. Atención organizada en torno a condiciones médicas (Unidades de Práctica Integrada)
2. Medición de resultados y costos para cada paciente (evaluar el resultado y el costo por separado);
3. Reembolso basado en el valor (pago combinado por ciclos de atención);
4. Integración de sistemas regionales;
5. Geografía de la atención con centros de excelencia;
6. Tecnología de la información (IT) compatible con VBHC, dispuesta a estructurar la información de tal manera que permita el análisis de los datos.

En base a los datos recopilados del análisis de este modelo se identificaron factores que funcionan como facilitadores o barreras para la implementación de VBHC. El estudio muestra que existe una gran heterogeneidad en la implementación no sólo entre países, sino también al interior de los mismos.

Algunas de las conclusiones más relevantes indican que la participación del gobierno puede facilitar el cambio estableciendo las condiciones adecuadas (por ejemplo, para la integración del sistema regional).

Las mejoras continuas de las tecnologías de la información para garantizar la disponibilidad de los datos de resultados a lo largo de todo el ciclo de atención e instituir una cultura basada en el valor entre los proveedores son claves para impulsar la implementación de VBHC. En términos de diseño de nuevos sistemas de pago, creación de nuevas medidas de costes o incluso sistemas informáticos, la motivación es mayor en los sectores político y administrativo que entre los profesionales médicos y enfermeros dedicados a la asistencia.

Como visión de futuro, se sugiere que hay un impulso general en todos los sistemas estudiados hacia una atención de salud más basada en valores, aunque hay una variación considerable en el estado de implementación de VBHC entre los sistemas.

Algunos ejemplos del despliegue del VBHC en los países sujeto de este estudio son:

- En Inglaterra, los hospitales del NHS han comenzado a recopilar PROMs¹⁹ y planean incluir datos de la experiencia del paciente para respaldar la toma de decisiones compartida entre médicos y pacientes. Un ejemplo es la introducción de PROM para la artroplastia total de cadera y rodilla en todos los hospitales como parte de un registro nacional. Sin embargo, algunos médicos han indicado que el uso de datos en la práctica clínica es limitado debido a una infraestructura de tecnologías de la información (TI) deficiente, la falta de puntos de referencia en los hospitales y un régimen estricto de contención de costos dentro del NHS, lo que deja poco espacio para incorporar resultados en los flujos de trabajo clínicos.
- Otro ejemplo es el de Holanda, que ya hemos mencionado anteriormente con la introducción de mecanismos de financiación (bundled payments) basados en el valor orientados al conjunto de un determinado proceso de atención integrada a pacientes con determinadas patologías crónicas como la diabetes, la EPOC y el manejo del riesgo cardiovascular.

¿Qué es la atención primaria basada en valores?

¹⁹ Resultados Reportados por el Paciente (Patient-Reported Outcome Measure, PROMs) son medidas que evalúan la calidad de la atención brindada desde la perspectiva del paciente. Los PROMs miden el estado de salud de un paciente o la calidad de vida relacionada con la salud en un solo momento y se recopilan mediante cuestionarios breves y autocompletados. Esta información sobre el estado de salud se recopila antes y después de un procedimiento y proporciona una indicación de los resultados o la calidad de la atención brindada a los pacientes.

La atención primaria basada en el valor o en inglés Value-based Primary Care (VBPC) es un término general que incluye varios modelos de prestación que involucran relaciones financieras directas entre individuos o empleadores y médicos de atención primaria (AP) fuera del modelo tradicional de pago por servicio, en los que se reembolsa a los médicos de acuerdo con el volumen de servicios que brindan independientemente de la calidad. (56)

El VBPC ha madurado a medida que las compras de atención médica pasan de los modelos de pago por volumen a los de valor.

El valor se define como la relación entre la calidad y el costo. El valor aumenta a medida que aumenta la calidad de la atención o disminuye el costo de la atención.

En los Estados Unidos, hay dos modelos principales para VBPC, i) Direct primary care - DPC, el cual es un modelo de práctica y pago en el que los pacientes / consumidores pagan directamente a su médico o través de pagos únicos y/o periódicos por un conjunto definido de servicios de atención primaria ii) y otro denominado Onsite/Near-site Clinics que constan de grupos específicos dedicados total o parcialmente a la prestación de los servicios de atención primaria.

¿Cómo funciona?

Los proveedores de VBPC generalmente cobran una tarifa de membresía mensual, trimestral o anual, que cubre todos o la mayoría de los servicios de atención primaria, incluida la atención aguda y preventiva. La tarifa se paga de su propio bolsillo, por una organización patrocinadora como un empleador o sindicato, o por un plan de salud (ej. Medicare en USA).

La estructura de incentivos defectuosa del pago por servicio exige citas de atención primaria muy breves, que a menudo generan derivaciones a servicios innecesarios (ej. especialistas) y dan como resultado una dependencia excesiva de las recetas. La reducción de los gastos generales de eliminar la facturación por pago por servicio también permite que las prácticas de VBPC ofrezcan un modelo de atención más proactivo que puede generar reducciones significativas en los costos posteriores.

¿Por qué debería apoyarlo?

VBPC alinea sus intereses con los de los proveedores de atención primaria, lo que puede mejorar los resultados de salud y reducir significativamente los costos para sus empleados y miembros. Los resultados de salud se mejoran al cambiar el enfoque de la atención reactiva y episódica a una relación de atención continua, estrategias de salud de la población como la atención preventiva y crónica, la optimización de los canales de derivación de atención especializada y la gestión de la atención.

El modelo VBPC también ofrece una experiencia sustancialmente mejor para los pacientes, a menudo de una o más de las siguientes formas.

- Más tiempo con el proveedor de salud
- Citas el mismo día
- Tiempos de espera cortos o nulos en los centros
- Mejor tecnología, por ejemplo, correo electrónico, mensajes de texto, videoconferencias y otras interacciones digitales
- Cobertura 24 horas al día, 7 días a la semana por un profesional con acceso a su historia clínica electrónica
- Atención mucho más coordinada

VBPC también mejora la experiencia del proveedor y la satisfacción profesional, lo que, a su vez, es conocido por mejorar la calidad de la atención.

El trabajo en equipo, la base de la atención primaria

La atención primaria de la salud si algo se caracteriza es por el trabajo en un post de un un objetivo común y claro, que es el de ser la puerta de entrada a la atención sanitaria y dar respuesta a las necesidades iniciales y primarias de la población en relación a sus problemáticas de salud y sobre todo de índole social.

Este objetivo favorece sin duda el trabajo en equipo de forma natural, ya que sin una colaboración interprofesional, en la que diferentes profesionales del campo de la salud y ámbito social actúan de manera conjunta resulta difícil conseguir una atención y unos cuidados de calidad.

El trabajo en equipo y la práctica colaborativa requiere de habilidades personales y de comunicación, conocer las funciones de cada profesional junto con respetar y promover al máximo sus competencias.

Los últimos 18 meses en todos los centros de atención primaria del mundo (y aquí no hay diferencias entre países) el objetivo estaba claro y era el contener la pandemia.

En aquellos centros de salud donde la cultura colaborativa ya venía arraigada y era parte su accionar la inercia de trabajo en equipo, ésta se ha visto potenciada; donde no la había, ha sido necesario un esfuerzo para organizar el trabajo y ponerse de acuerdo en establecer agendas diferenciadas de medicina, enfermería, pediatría, así como diferenciar circuitos covid/no covid y colaborar en la resolución de los problemas, desapareciendo incluso las asignaciones por cupos, ante las bajas de profesionales por contagio.

El espíritu colaborativo dentro y fuera de las instalaciones de los CAPs se dieron lugar no sólo para resolver las problemáticas de los pacientes sino también para hacer frente a las necesidades del resto de profesionales y compañeros de trabajo que sufrían a su vez sus propias problemáticas personales.

En toda esta transformación del trabajo en equipo ha sido clave el liderazgo de la gestión de los CAP, que ha arrastrado a los equipos a organizarse con más rapidez en cuanto a consultas o recursos. Allí donde existía liderazgo tanto clínico como de gestión, la organización del centro de salud fue más eficiente y efectiva. La comunicación abierta y constante con todos los profesionales fue una de las herramientas clave en el desarrollo del liderazgo.

La necesidad de heterogeneidad de los grupos de EAP también se vio evidenciada, la introducción del papel de los administrativos como un recurso indispensable para la contención de la demanda, no había sido tan visible como hasta ahora dando a lugar a la propuesta de introducción dentro del sistema de salud catalan por ejemplo del nuevo papel del Asistente Clínico, concepto que detallaremos más adelante.

La pandemia también evidenció que otras tipologías de profesionales son necesarios en la atención primaria y es por ello que por el ejemplo en el nuevo Plan de Fortalecimiento de la Atención Primaria impulsado por el gobierno catalan, se han propuesto incorporar nuevos profesionales actuando en 2 niveles:

- En el abordaje de la Covid: incorporarán profesionales que lleven apoyen vigilancia epidemiológica mediante la gestión de la enfermedad a nivel asistencial, informativo e intervencionista.
- En el abordaje de la actividad habitual: se incorporarán nuevos perfiles profesionales de otras disciplinas que puedan asumir tareas asistenciales (Trabajadores sociales, nutricionistas, psicólogos, auxiliares de enfermería, administrativos, asistentes de equipos médicos...)

Cada profesional en el máximo desarrollo de sus competencias

Durante la actual crisis de la pandemia de Covid-19 se ha evidenciado también cuales son las actividades que los profesionales de atención primaria les toca realizar y realmente no aportan valor a la práctica clínica ni al tratamiento de los pacientes, restándole tiempo y energía a los profesionales para realizar aquellas actividades para lo que si se encuentran preparados y motivados a realizar, diagnosticar, tratar y curar.

En este contexto los profesionales de la AP han visto cómo algunas tareas de carácter burocrático y administrativo iban en aumento frente a una situación de absoluta incertidumbre.

Está claro que alguna burocracia es «necesaria» e inherente a la práctica clínica como es la cumplimentación de la historia clínica, la realización de prescripciones farmacéuticas y la renovación de planes de medicación, pero otro tipo «burocracia inútil» también ha ido en aumento en este contexto. Bajas laborales por cumplimiento de cuarentena, bajas laborales por Covid-19, certificados para profesores en colegios y para trabajadores en empresas privadas se han multiplicado y ralentizan el resto de tareas asistenciales y de atención a pacientes, sumergiendo a los profesionales en un profundo descontento y frustración.

Esta situación evidenció la necesidad de nuevo planteamiento racionalizador de la actividad administrativa por parte de los profesionales asistenciales, cuya única solución pasa por otorgar más competencias al personal administrativo siendo él el responsable de realizar todas las tareas administrativas (con excepción de las inherentes al propio acto clínico). Para ello, es preciso que el área administrativa de los EAP esté dotada de una plantilla cuantitativa y cualitativamente adecuada a las exigencias de su trabajo.

Esta situación de malestar no es inherente sólo a la pandemia, ya que este tipo de reclamos en la sanidad catalana por parte de los profesionales ya se venía dando antes de esta situación excepcional.

Sumada a esta situación desmotivante en cuanto a las actividades en el caso de Cataluña se suma una desmotivación de los profesionales de atención primaria, evidenciada en una fuerte huelga en el 2018, por una inestabilidad laboral constante. Tal como indicaba entonces un informe del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB) el colectivo médico tiene una tasa de paro ínfima comparada con el de la población general (1,2% de los colegiados), pero sufre la misma precariedad laboral que arrastran el resto de las profesiones. Este informe constató que uno de cada tres facultativos trabaja en condiciones de inestabilidad laboral, encadenando contratos temporales. Según el informe, el 25% de los colegiados tienen contratos temporales y el 9,3% son de falsos autónomos (les hacen contratos de prestación de servicios pero tienen que pagarse los autónomos los propios empleados pese a hacer trabajo estructural). La inestabilidad laboral aumenta cuanto más jóvenes son los facultativos: el 47% de los menores de 45 años tienen contratos temporales. Esta situación no hizo más que empeorar con la crisis mundial de la covid-19.

Esto ha hecho que la sanidad catalana en particular y española en general hayan perdido muchos de sus profesionales sanitarios que han decidido migrar a otros países europeos que les ofrecen mejores condiciones laborales.

La investigación como motivación

Como ya hemos evidenciado a lo largo de este estudio la atención primaria es la puerta de entrada al sistema y en la que muchos de los procesos clínicos se dan

inicio. La AP se transforma en un espacio atractivo para promueva la investigación por parte de sus profesionales ya que:

- Es donde es más posible el acceso directo a la población ya que es donde más volumen de pacientes se puede llegar a atender
- Se atienden estadios más precoces de la enfermedad que los que habitualmente se atienden en otros ámbitos especializados.
- Además de la investigación enfocada a casos de enfermedad, mortalidad y alta tecnología, en la atención primaria es el único nivel donde, además, se puede investigar en salud.
- Existe una relación continua con los pacientes, lo que ofrece la oportunidad de observación de los pacientes durante toda su vida y en su marco contextual.
- Permite cubrir un número mayor de problemas, y con posibilidad de ampliar sus contenidos y actuación hacia el contexto familiar y comunitario.
- Es donde se atienden las patologías más prevalencia.

Si bien los anteriores hechos hacen un espacio atractivo para que los profesionales sanitarios de AP interesados en adquirir nuevas competencias y destinar parte de su tiempo y que cuentan con motivación en la publicación puedan hacerse espacio en ella, también existen otras situaciones que no la fomentan como;

- Falta reconocimiento: en la atención primaria no se incluyen la investigación entre sus objetivos. Así como la formación si se encuentra reconocida es anecdótico que haya alguno vinculado a la investigación.
- Falta motivación: la comunidad científica no tiene una gran opinión de la actividad investigadora que se puede desarrollar en este ámbito, y con cierta frecuencia ni los propios profesionales implicados la ven como una de sus misiones.
- No existen estructuras de apoyo a la investigación en APS.
- Falta la formación y la cultura de investigación necesarias entre los profesionales de APS.

En cataluña la Fundación Instituto Universitario para la Investigación en Atención Primaria de Salud Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol) es el centro de referencia en la investigación y la promoción de la salud al primer nivel asistencial que tiene como objetivo impulsar y desarrollar la innovación, la investigación clínica, epidemiológica y en servicios de la salud en el ámbito de la atención primaria, y ofrecer formación con la finalidad de generar conocimientos, difundir resultados y trasladarlos en la práctica clínica para aportar eficiencia al sistema sanitario y promover y mejorar la salud de las personas. Esta Fundación se creó el año 1996, por el Instituto Català de la Salut y desde el 2010 se encuentra adscrita a la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) como instituto universitario de investigación en atención primaria.

El asistente clínico, un soporte a la asistencia

La pandemia de covid-19 evidenció la falta de recursos profesionales en la atención primaria, dando lugar a la necesidad de nuevos perfiles profesionales de soporte,

como fueron los nuevos perfiles COVID (gestores COVID, referentes escolares COVID, equipos de cribado).

Los administrativos asistenciales, de los cuales ya hemos descrito su importancia en la gestión eficiente de la demanda han dado lugar a un nuevo perfil a los que se les ha denominado **asistentes clínicos**, que se instauran como un perfil que otorga principal apoyo de los profesionales médicos y al personal de enfermería para descargarlos de la carga burocrática que surgen de diferentes trabajos administrativos de modo que estos profesionales puedan centrarse en las funciones para las que se han preparado: la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades.

Estos asistentes clínicos son una combinación ideal de trabajadores sanitarios con habilidades adecuadas para responder a las necesidades cada vez más cambiantes de los usuarios. El asistente clínico que, como figura de apoyo, después de la visita se dedica a la gestión administrativa para programar visitas, pruebas complementarias y otras gestiones bajo un protocolo clínico que incluye las actividades y responsabilidades que le competen, resuelve dudas y se convierte en un referente durante todo el proceso asistencial.

Este perfil se transforma en un asistente clínico del grupo de EAP sino en un asistente del paciente, que se asegura de que este cuente con todo aquello que necesita en términos de trámites relacionados con el proceso asistencial, pero también que entiende bien lo que le han explicado los profesionales sanitarios y, sobre todo, tiene claros los objetivos terapéuticos de su tratamiento.

Esta figura que no es nueva, existe desde hace años en otros países, como por ejemplo en Estados Unidos se conoce como “medical assistant”, y que, pese a no estar del todo estandarizada en Europa, la pandemia ha puesto en evidencia que es un recurso disponible y necesario, el cual ha demostrado efectividad en la gestión de la pandemia.

El medical assistant, según la American Medical Association, ve al paciente:

- Antes de la consulta con el médico para definir el motivo de la visita y establecer prioridades, preparar las posibles dudas que puedan surgir, conciliar la medicación, revisar alergias, actualizar screenings, realizar seguimiento de los síntomas de cronicidad, dar pautas de autocuidado y prevención...
- Después de la visita con el médico para programar y gestionar todos los trámites administrativos que se deriven de la visita como, por ejemplo, la actualización del plan de medicación y la programación de nuevas visitas y analíticas, fomentar el conocimiento de las nuevas herramientas no presenciales por parte del paciente, entregarle materiales de apoyo, explicitar

datos de contacto por si le surge alguna duda, así como resolver todo lo que el paciente no ha entendido en la consulta con el profesional.

4.4. La tecnología un aliado para la gestión eficiente de la AP

Tras décadas en las que la salud digital era una visión de unos pocos, con iniciativas limitadas y voluntaristas, la pandemia ha acelerado el proceso de implantación de tecnologías de la información aplicadas a la salud: se ha acelerado y extendido el acceso de los pacientes a la historia clínica electrónica en Cataluña en particular al igual que en el resto de países analizados con diferentes niveles de implementación al mismo momento que ha ayudado a desburocratizar ciertos procesos, se ha extendido, por necesidad, la teleconsulta.

Se ha demostrado que allí donde existía una base más sólida en cuanto a tecnologías y sistemas de información, la transformación de los procesos para atender a las necesidades de la pandemia ha sido más rápida y sencilla. Se ha demostrado que la innovación en tecnología es un activo para la salud y la sostenibilidad del sistema. Pero la pandemia también ha sacado a la luz el retraso de muchos sistemas sanitarios del mundo como se encontraban en el deber en cuanto a la incorporación de tecnología y la digitalización de la atención sanitaria se refería.

Se ha puesto de manifiesto la insuficiencia de infraestructuras y equipamientos básicos: líneas telefónicas, redes wifi, ordenadores portátiles para el teletrabajo de los profesionales, entre otras. La tecnología existe, se ha demostrado el beneficio, se han superado las resistencias al cambio de profesionales y pacientes. Pero es preciso asegurar el acceso a ella y hacerlo teniendo en cuenta todos los aspectos legales y éticos en cuanto a confidencialidad y uso de los datos de los pacientes.

Además de lo anterior, y no menos relevante se ha identificado la necesidad de desarrollar las competencias digitales de los profesionales y de los pacientes para poder sumergirse en la nueva ola de la salud digital que la pandemia ha traído.

En este punto específico sobre tecnología haremos más hincapié en la experiencia de Cataluña ya que en el relevamiento realizado para este estudio hemos identificado que es el entorno que cuenta con una vasta experiencia de la transformación digital en su entorno de salud, donde se han identificado en los últimos 15 años diferentes retos que han dado lugar a desplegar proyectos de gran envergadura que a continuación desarrollaremos.

Sistemas de Información al servicio de las personas

La Historia Clínica Compartida (HC3) es el modelo de historia clínica electrónica de Cataluña, y engloba al conjunto de documentos que contienen datos e información relevante sobre la situación clínica y la evolución de un paciente a lo largo de su proceso asistencial, en los 442 centros (hospitales de agudos, atención primaria, salud mental, sociosanitarios) actualmente conectados.

Dada la multiplicidad de prestadores de servicios de salud del modelo sanitario catalán, HC3 se basa en el principio de interoperabilidad entre los diferentes sistemas de información de estas entidades proveedoras.

HC3 da soporte TIC a los procesos de atención a la cronicidad, ya que permite la integración de datos clínicos, el marcaje de pacientes crónicos, la estratificación de riesgo, el plan de intervención individual compartido y el sistema de alertas entre niveles de atención al paciente crónico.

La Ley General de Sanidad (14/1986, de 25 de abril) establece que el paciente tiene derecho a que quede constancia por escrito de todo su proceso asistencial en una historia clínica, así como a recibir información de sus procesos asistenciales a través de un informe de alta al finalizar su estancia hospitalaria y al informe de urgencias o de consultas externas.

Por su parte la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y su ley equivalente en Cataluña (21/2000), establecen “el objetivo de avanzar en la configuración de una historia clínica única por paciente” y prevén la existencia de un sistema que “posibilite el uso compartido de las historias clínicas entre los centros asistenciales de Cataluña, a fin de que los pacientes atendidos en los diversos centros no tengan que someterse a exploraciones y procedimientos repetidos, y que los servicios asistenciales tengan acceso a toda la información clínica disponible”, aconsejando que el “proceso garantice la participación de todos los agentes implicados”.

Por su parte el Plan de Salud de Cataluña 2011-2015 establece que la gestión de esta información, en todo su ciclo de vida, desde su recolección hasta la generación y difusión de conocimientos es clave para el sistema sanitario, y añade que el modelo de gestión de la información ha de considerar las siguientes premisas:

1. La información ha de ser gestionada en el ámbito de sector y por ello es necesario un modelo de gobernanza unificado. Este modelo es la HC3.
2. Los proveedores han de tener el compromiso de compartir la información de sus pacientes en línea.
3. Se debe garantizar la validez y seguridad de la información.

El Sistema de Salud de Cataluña está constituido por más de 160 proveedores de salud diferentes, tanto de titularidad pública como privada, que configuran una red asistencial integrada de utilización pública. La multiplicidad de agentes en la

provisión ha propiciado que una gran parte de estas organizaciones y centros dispongan de sistemas de información propios específicamente adaptados a sus necesidades concretas. Es por ello que a partir del año 2007 el Departamento de Salud decidió implantar una plataforma transversal de información para poder compartir información clínica entre los profesional de la salud y desde del 2008 se puso en marcha la HC3.

La HC3 es el modelo de historia clínica electrónica de Cataluña, y engloba al conjunto de documentos que contienen datos e información relevante sobre la situación clínica y la evolución de un paciente a lo largo de su proceso asistencial.

La utilización de los sistemas TIC, más los estándares de integración y de interoperabilidad que les hacen compatibles, añadidos al papel activo de los ciudadanos, permite disponer de una historia clínica única del paciente centrada en la salud. Se establece así un modelo común de acceso a registros de los diversos sistemas de información clínica, respetando las diferencias entre proveedores o entidades.

La HC3 no es la suma de las historias clínicas de los diferentes centros sanitarios, sino una herramienta que permite el acceso, de forma organizada, a la información clínica relevante del paciente, respetando los diferentes modelos tecnológicos y de datos de historia clínica de las diversas entidades.

De la misma manera la puesta en marcha de la HC3 tampoco supone la eliminación de las historias clínicas de los proveedores, sino únicamente un sistema común de gestión de la información y la documentación clínica, concretamente de su publicación y acceso por parte de los profesionales, que ha de ser organizada y estructurada para garantizar que se mantiene un modelo integral de utilización pública, a pesar de la diversidad de modelos y de formas jurídicas de las instituciones prestadoras de servicios.

Teniendo en cuenta la variedad de entidades existentes en la sanidad catalana, con sistemas de información diferentes, se impone un modelo no de uniformidad sino de compatibilidad e interoperabilidad entre todos ellos para que puedan compartir la información, por eso las características, objetivos y criterios básicos que la HC3 adoptó son los siguientes:

- El objetivo principal es mejorar la atención de la salud de los ciudadanos, mediante un instrumento que mejore y facilite el trabajo de los profesionales sanitarios, al permitir el uso compartido de la información disponible entre los diferentes centros asistenciales.
- Favorecer la continuidad asistencial y contribuir a fomentar la responsabilidad del ciudadano hacia su propia salud.
- Mejorar la eficiencia, con la disminución de las duplicidades de pruebas y con mayor control de los tratamientos incompatibles, facilitando la racionalización en el uso de los recursos disponibles.

- Proporcionar confianza en relación a la seguridad y confidencialidad de la información clínica y de la accesibilidad, tanto para los profesionales como para los pacientes.

La adhesión de los centros sanitarios a la HC3 se produce mediante un convenio entre estos y el Departamento de Salud por el cual los primeros se comprometen a cumplir y hacer cumplir la normativa prevista en la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD) así como a proteger los datos, permitir el acceso solo a aquellos profesionales autorizados y exigirles un uso adecuado de la información disponible.

Los centros sanitarios que se adhieren a HC3 se comprometen a cumplir con las condiciones que prevén estos convenios así como con los requisitos previstos en las cláusulas anuales de los contratos con el CatSalut sobre HC3, que prevén:

1. La necesidad de publicar información de forma ágil y dinámica.
2. La obligación de clasificar correctamente para una mejor accesibilidad.
3. Garantizar la calidad de la información que se publica.
4. Impulsar la utilización de la HC3 entre los profesionales de su centro.
5. Garantizar el uso responsable de la información consultada por los profesionales.

En los convenios a firmar también se describen los perfiles profesionales que tienen acceso a HC3, así como los requisitos imprescindibles para hacerlo. Actualmente se ha logrado conectar a HC3, y que publiquen información a la misma, todos los proveedores de las distintas líneas de servicio de la sanidad catalana.

En la HC3 también se publican imágenes médicas, tanto radiológicas como no radiológicas. Ello ha sido posible gracias al proyecto de digitalización de las imágenes de las pruebas diagnósticas que representa un gran paso para mejorar la asistencia sanitaria al permitir compartir la información de manera inmediata entre diversos profesionales que tienen responsabilidades en el proceso asistencial del enfermo.

Los objetivos de este Plan son tanto la digitalización de las imágenes radiológicas, como establecer las bases para digitalizar el resto de imágenes médicas no radiológicas. El Plan ya ha conseguido, por ejemplo, digitalizar el 100% de las exploraciones radiológicas que se hacen en Cataluña.

Información personal de salud disponible en la mano de los ciudadanos

La Meva Salut (LMS), es un espacio digital personal, de consulta y de relación, que permite a la ciudadanía del entorno catalán disponer de su información personal de salud y de otros servicios en línea para hacer trámites, consultas y cuidar su salud. Incluye la información que se ha generado por la atención sanitaria prestada por los

centros asistenciales públicos, tales como el Plan de medicación vigente, las vacunas administradas, los diagnósticos, los informes clínicos y los resultados de las pruebas y las exploraciones complementarias.

LMS tiene la misión de favorecer la responsabilización del ciudadano hacia su propia salud, facilitándole la información y las herramientas que le permitan la participación en la gestión de las actuaciones preventivas y de su cura, mejorando la calidad asistencial así como la coordinación entre las distintas líneas de servicios y entre los profesionales implicados.

Para garantizar la confidencialidad y la seguridad en la accesibilidad a los datos, tienen acceso las personas mayores de 16 años que dispongan de la Tarjeta sanitaria individual (TSI) y de algún sistema de identificación personal unívoca de su identidad (certificados digitales reconocidos).

Para poder acceder a esta herramienta históricamente los ciudadanos debían asistir presencialmente a dependencias del sistema público de salud catalan para demostrar su identidad. Debido a la emergencia sanitaria provocada por el coronavirus y con el objetivo de facilitar a la ciudadanía el acceso a La Meva Salut (LMS), se puso en marcha de manera urgente y excepcional un sistema de acreditación extraordinaria no presencial y vía telefónica. Las personas que deseaban pedir acceso a su espacio de LMS, podrían hacerlo a través de un nuevo teléfono gratuito, exclusivo para este servicio.

Hola Andrea Fabiana,

¡Estás en tu espacio de salud digital!



Informes y resultados



Vacunas y Certificado COVID UE



Medicación



Consulta online



Cita previa



Agenda



Voluntades y donaciones



Diagnósticos



Trámites y servicios

LMS - Servicios disponibles

En este mismo espacio de la LMS, se disponibilizan de otros recursos necesarios para garantizar el continuum asistencial como por ejemplo la descarga el plan de medicación. La descarga del plan de medicación es un trámite especialmente necesario para las personas que padecen enfermedades crónicas y que esos días de confinamiento en los que los ciudadanos no podían desplazarse para ver a sus médicos/as de atención primaria y que necesitan que les renueven las recetas de los fármacos, resultó una herramienta indispensable. Los ciudadanos, con su plan de medicación renovado, pudieron acceder a buscar sus medicamentos en las farmacias directamente presentando su Tarjeta sanitaria individual.

Además, dentro de los nuevos circuitos que facilitaban la no presencialidad de los ciudadanos a los CAPs, se permitió que los/las médicos/as de familia publicaran los informes de incapacidades temporales (IT) (altas / bajas y partes de confirmación) dentro de la LMS, para facilitar el acceso al usuario y poder hacer el envío a la empresa y la impresión del documento desde su domicilio.

Los estándares y la interoperabilidad la base de la integración de la información de salud

La HC3 tal como hemos indicado anteriormente se basa en el principio de interoperabilidad entre los sistemas. La interoperabilidad es uno de los principales retos a superar en la implantación de las tecnologías de la información en Salud. Así lo identifican la mayoría de los actores del sistema, que identifican como la baja interoperabilidad entre los sistemas como una de las razones que pueden provocar errores médicos y amplía la frustración del profesional en el uso de la estación clínica.

Esta situación hace que la interoperabilidad sea un requisito básico de cualquier proyecto que tenga por objetivo compartir información entre estos centros de distintas entidades proveedoras.

La interoperabilidad es la capacidad que tiene un producto o un sistema, cuyas interfaces son totalmente conocidas, para funcionar con otros productos o sistemas existentes o futuros y eso sin restricción de acceso o de implementación.

La interoperabilidad se debe desarrollar haciendo uso de estándares internacionalmente aceptados. Cuanto más internacional, extendido y aceptado es un estándar, mayor interoperabilidad nos proporciona. Estos estándares están

basados en las “best practices” mundiales y cuentan con un respaldo científico e industrial que les da la solvencia que requiere un proyecto de interoperabilidad.

La interoperabilidad es un proceso que se puede dividir en diferentes capas a través de las cuales se avanza progresivamente:



Niveles de Interoperabilidad

La HC3 ha trabajado, y continúa trabajando, en alcanzar los diferentes niveles de interoperabilidad. A continuación se detallan, por cada uno de los niveles de interoperabilidad, las acciones que se han llevado a cabo.

Funcional: Es la base de la interoperabilidad. A pesar de la complejidad del modelo sanitario catalán, el sistema de salud catalán tiene identificados los procesos asistenciales, los diferentes escenarios de interoperabilidad, así como los actores más relevantes que intervienen en el intercambio de información clínica en la HC3. Por otro lado la diversidad de proveedores de salud, hace necesario la definición de un marco de interoperabilidad que permita garantizar la continuidad asistencial.

Legal: Tanto la ley 21/2000 como el Convenio Tipo al que se adhieren las entidades del sistema de salud en el momento de su incorporación a la HC3, cubren los aspectos legales que permiten la interoperabilidad entre dichos sistemas. En este marco se incluyen los aspectos garantes de la seguridad y confidencialidad de la información (uso de certificados digitales, tokens SAML, aplicación de la LOPD, integración con el sistema de auditorías, etc.).

Técnico: A finales del año 2009 se alcanzó el hito de la total incorporación de los centros del SISCAT sistema catalán de salud a la HC3, corroborando así que, el uso de estándares tecnológicos (SOAP, XML, WS-Security, WSDL, etc.), facilita la

comunicación entre la diversidad de sistemas independientes que forman el entramado del modelo sanitario catalán. Con el objetivo de mejorar aspectos de comunicación entre plataformas, durante el 2010 se ha comenzado a utilizar facilitadores de arquitecturas orientadas a servicios, y en concreto, se ha desplegado un Enterprise Service Bus.

Sintáctico: La HC3 ha evolucionado sus formatos de intercambio de información hacia contenido estructurado que cumplan el estándar HL7. De forma progresiva, las diferentes entidades van adaptando sus mensajes para cumplir con este nuevo estándar. Aquellas entidades que se encuentran en proceso de incorporación a HC3, la mensajería que deben implementar para realizar el intercambio de información es la que cumple el formato HL7. Las nuevas funcionalidades incorporadas, como son los resultados de pruebas de laboratorio, anatomía patológica e imagen digital, únicamente se han definido siguiendo el estándar HL7.

El estándar utilizado para compartir la información clínica es el HL7 CDA r2, este estándar permite la incorporación progresiva de la información estructurada, permitiendo trabajar en 3 niveles de interoperabilidad: nivel 1, en el que se permite la interoperabilidad de información no estructurada (word, pdf, etc.) junto con la información estructurada que contextualiza la información clínica; el nivel 2, que permite la interoperabilidad, estructurando la información a un mayor nivel; y el nivel 3, que define toda la información estructurada, definiendo cada elemento de datos y su relación con los demás, así como la terminología utilizada para representar los elementos codificados, incluyendo sus definiciones, y las relaciones dentro de la terminología.

Semántico: Para conseguir interoperabilidad entre los sistemas, no es suficiente con alcanzar los niveles anteriores. Para que los sistemas puedan hacer uso de la información que se intercambia, es necesario que utilicemos un vocabulario controlado, basado en terminología internacional. Por este motivo, desde HC3 se está impulsando el uso de estándares semánticos, como es el caso del uso de la terminología clínica de referencia SNOMED-CT (en una primera fase, para los informes de anatomía patológica) y de LOINC como estándar en el envío de resultados de pruebas de laboratorio (recordamos que, en ambos casos, la información se está intercambiando, además, en formato HL7 CDA r2 nivel 3). Todo esto sin olvidar el uso generalizado de otros catálogos de estándares como pueden ser CIM-9, CIM-10, SERAM, o NANDA.



Oficina de Estándares e Interoperabilidad



Todo lo anteriormente mencionado ha sido posible gracias al trabajo colaborativo de diferentes entornos dentro del sistema de salud catalán, creando un modelo de gobernanza compuesto por diferentes agentes que participan en el cumplimiento de los diferentes objetivos limitando las responsabilidades. La Oficina de Estándares e Interoperabilidad (OFSTI) de la Fundación TIC Salut Social es la responsable de definir la estrategia de interoperabilidad del SISCAT. Para alcanzar este objetivo, desde la OFSTI se identifican las necesidades del sector, se analiza qué estándares pueden resolverlas y se define como deben adaptarse y adoptarse de manera continua.

LOS RETOS ACTUALES DE LA HC3

El Plan Director de Sistemas de Información 2018-2022 del Sistema Sanitario Integrado de Uso Público de Cataluña (SISCAT) establece el compromiso de construir un nuevo sistema de información sanitaria compartido por todos los proveedores sanitarios que contribuya a la transformación del modelo de prestación de servicios sanitarios en Cataluña. Este compromiso dio lugar a la estrategia de creación de una nueva historia clínica electrónica de Cataluña (HCE) que se basará en el estándar de referencia internacional abierto openEHR.

Este nuevo modelo de historia clínica electrónica de Cataluña (HCE) tiene como objetivo:

- Ser un modelo de sistemas de información renovado, más colaborativo y sostenible.
- El uso de estándares abiertos define la estrategia del nuevo registro médico electrónico de Cataluña y abre una oportunidad para el sector tecnológico catalán.

Los sistemas de información para la recopilación de datos de pacientes y la información clínica comparten la necesidad de una arquitectura y un repositorio basados en un lenguaje clínico preciso y estandarizado. Este elemento es clave para una experiencia satisfactoria de los usuarios --profesionales y ciudadanos-- en todas sus interacciones con las herramientas del sistema de salud, facilitando actualizaciones e innovaciones de cualquier aplicación relacionada con la historia clínica electrónica de cualquier proveedor de salud y centralizando los datos de salud personales del paciente.

El progreso tecnológico hace imprescindible impulsar los actuales sistemas de información sanitaria catalanes de la interoperabilidad a vocabularios y ontologías compartidos y comunes entre las entidades que operan en el Sistema Público Integrado de Salud.

openEHR es el estándar internacional de código abierto para el diseño específico de modelos de información clínica en historias clínicas electrónicas. Utilizando su propio lenguaje (lenguaje de definición de arquetipos), este modelo de referencia permite desarrollar arquetipos que permiten recopilar y gestionar datos clínicos a lo largo del ciclo de vida del sistema de información.

Cataluña, que está invirtiendo 40 millones de euros ejecutando el Plan Director del Sistema de Información de Cataluña, basará en el estándar openEHR el nuevo HCE por las ventajas que aporta al sector sanitario y a la ciudadanía. En términos de atención, la implementación de una plataforma basada en el conocimiento reducirá el tiempo de espera, impulsará una atención médica más efectiva y garantizará la trazabilidad y la transparencia. A nivel clínico, los profesionales tendrán una semántica compartida y coherente y se potenciará el conocimiento colaborativo. Finalmente, desde un punto de vista técnico, se promoverá entre otras cosas, la integridad de la información y el despliegue de servicios clínicos basados en datos de salud.

openEHR ya ha sido adoptado con éxito por regiones europeas, como Eslovenia, Noruega o Finlandia, el Reino Unido con Escocia y Gales a la vanguardia o la propia ciudad de Moscú. Con la incorporación de un HCE, Cataluña se convertirá en la región europea más poblada eligiendo plataformas abiertas como solución para el futuro de su modelo de sistemas de información sanitaria.

La HCE será un depósito longitudinal para recopilar el estado de salud de los pacientes a lo largo de su vida.

Nuestra sociedad enfrenta una serie de desafíos sanitarios y sociales, como el cuidado crónico, la dependencia, la prevención de factores de riesgo, la aparición de nuevas enfermedades y la necesaria promoción de la salud, que requieren soluciones tecnológicas innovadoras y un impulso a los procesos analíticos basados en datos. .

La nueva HCE de Cataluña es la columna vertebral de un nuevo modelo de sistemas de información que recién comienza a emerger durante la llamada segunda fase de la transformación digital para el sector sanitario catalán. En Cataluña en 2007 se inició un importante proceso de cambio fruto de importantes éxitos proyectos como la interconexión de HC3 a través de la red pública de proveedores, la prescripción electrónica, el sistema central de imágenes médicas digitales o la plataforma de salud digital personal, ubicando a Cataluña entre los países líderes en la adopción de soluciones digitales de salud.

La situación actual exige un mayor avance de estas innovaciones; El desarrollo de la HCE de Cataluña que se inicia ahora surge como un proceso longitudinal, transaccional y compartido. Un repositorio para recopilar y cuidar la salud de las personas a lo largo de su vida, que reemplazará sistemáticamente los sistemas de información privada entre los proveedores de atención médica.

Ahora en Cataluña conviven diferentes sistemas de información sanitaria que tienen una función compartida de seguimiento de pacientes a través de historias clínicas electrónicas. Este escenario ha puesto de manifiesto la existencia de diferentes modelos de información clínica, barreras para lograr un sistema ágil y sistémico de implementación de innovaciones y un parque tecnológico obsoleto y poco ergonómico. La HCE de Cataluña busca ofrecer una visión más horizontal, superando las barreras de los niveles de atención para avanzar hacia modelos colaborativos entre organizaciones y proveedores de salud, para establecer un lenguaje de información propio y compartido y para promover la sostenibilidad del sistema de salud a través de economías de escala.

¿Qué es y que no es OpenEHR?

ES..

- Un estándar abierto: generado, mantenido, probado, validado y accesible por una comunidad internacional de profesionales, tanto del área médica como del área informática.
- Es un estándar, formado por especificaciones formales.
- Especifica una arquitectura para sistemas de información en salud.

- Tiene una arquitectura que pone en consideración aspectos de estandarización de la información, del conocimiento, de los componentes del sistema, y de los servicios provistos por dichos componentes.
- Propone crear sistemas normalizados, flexibles a nuevos requerimientos, fácilmente modificables, económicamente viables a largo plazo, durables en el tiempo.
- Permite la independencia de tecnologías y proveedores, pudiendo ser implementado, y actualmente lo es, en diversas tecnologías.
- Busca la longitudinalidad de la información clínica (que acompañe al paciente durante toda su vida) y la transversalidad entre distintos actores del sistema sanitario (información estandarizada capaz de ser compartida para evitar la fragmentación del registro clínico).
- Propone la Historia Clínica Electrónica virtual, capaz de permitir el acceso homogéneo a toda la información clínica de cualquier paciente, de forma independiente a la institución sanitaria, hospital, clínica, etc. donde se haya generado dicha información.
- Propone mejorar el proceso de desarrollo de los sistemas de información en salud, orientándose a la gestión del conocimiento clínicos por parte de expertos del dominio (no informáticos).

No es:

- Un sistema/software, es un estándar, un conjunto de especificaciones y guías que sirven para construir sistemas de forma estandarizada.
- Un estándar para mensajería de datos clínicos entre sistemas informáticos.
- Comparable con HL7, son estándares complementarios que resuelven problemas distintos.

La Telemedicina, vino para quedarse

La COVID19 ha impactado de tal manera en los sistemas sanitarios, que en algunos casos ha generado un colapso en ellos. Y esto no solo ha sido por la creciente necesidad de asistencia de personas que sufrían la enfermedad de la COVID19, sino porque mientras ésta se iba haciendo cada vez más presente, continuaban produciéndose otras patologías que requieren de atención sanitaria, así mismo como las personas que conviven con patologías crónicas preexistentes seguían requiriendo del seguimiento de sus tratamientos.

Esta atención médica se vio interrumpida y muchos pacientes buscaban otros recursos alternativos para dar respuesta a sus necesidades de atención, dándose permiso para utilizar herramientas de telemedicina, que aunque no nuevas, habían tenido hasta ahora poca penetración en la atención sanitaria.

La telemedicina no es patrimonio ni del sector público ni del privado, como nunca antes vimos como la coordinación entre estos dos sectores se daba espacio para

poder hacer frente a los efectos de esta pandemia. El sector privado disponibiliza de todos sus recursos y herramientas tecnológicas para dar respuesta a la demanda de la atención de los ciudadanos, independiente de que tipo de cobertura de salud estos tuvieran.

Antes de la crisis sanitaria provocada por Covid19, la gran mayoría de los pacientes de la sanidad pública se desplazaban a los centros de atención primaria (CAP) y consultorios locales para ser atendidos.

Con la llegada de la pandemia esta situación cambió radicalmente, y para dar respuesta a esta demanda las autoridades de salud pública, como fue el caso del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, han implementado sistemas de seguimiento de pacientes COVID-19 en la atención primaria, utilizando llamadas telefónicas para monitorear los síntomas de estos pacientes y en los casos en que los síntomas empeoraron, fueran remitidos a los hospitales. Esta implementación ofreció durante la pandemia una atención longitudinal y continua a los/las pacientes.

La eConsulta fue otra de las herramientas que ayudó a la contención de las necesidades de atención de la ciudadanía. La eConsulta es una herramienta de consulta interactiva entre el ciudadano y los/las profesionales de salud, que ya se encontraba desplegada en el sistema sanitario catalán previo a la pandemia desde 2015. Esta herramienta permite enviar consultas en cualquier momento del día y desde cualquier dispositivo, con la posibilidad de añadir archivos anexos, documentos o imágenes. La eConsulta permite elegir a qué profesional (medicina familiar, pediatría, ginecología, comadronas y enfermería) dirigir la consulta, el cual responde en un plazo máximo de 48 horas en días laborables. Al no ser un servicio sincrónico, no está previsto para consultas urgentes o que requieran una respuesta inmediata.

La puesta en marcha de la eConsulta, a través de LMS, en el modelo de atención no presencial permite además al ciudadano/a aportar documentación clínica emitida por profesionales sanitarios y centros sanitarios no pertenecientes al SISCAT, que forme parte de su historia clínica y que ésta se publique en la HC3 y esté disponible en LMS.

A raíz de estas medidas de contención de la pandemia, el número de eConsulta diarias durante el primer mes de confinamiento en España, marzo de 2020, se multiplicaron por cinco, en relación al mes anterior, acelerando el ritmo de crecimiento de una herramienta que ya crecía (llegando a igualar en número las visitas presenciales) de forma muy significativa antes de la crisis. Se impulsaron mejoras en el acceso a este servicio, activado el uso a la totalidad de profesionales asistenciales, y no sólo a las especialidades iniciales, que beneficiaron al escalamiento significativo en el uso de esta herramienta de la sanidad pública catalana.

El último tipo de visita telemática incorporada al sistema nacional de salud catalán, durante la pandemia, fue el de la VideoConsulta, con este tipo de consulta, se

permitió hacer una video llamada a través de un móvil o ordenador que facilitó que la comunicación entre médico y paciente puedan realizarse una conversación mientras podían verse a través de una cámara web. Esto permitió, en algunos casos, poder visualizar alguna de las patologías que podría tener el/la paciente como por ejemplo seguimiento de lesiones en la piel. Esta herramienta permitió un trato aún más directo y personal.

El despliegue de este servicio se realizó de manera progresiva a todos los centros de atención primaria del territorio catalán y permitió poder hacer un seguimiento más cercano del problema de salud a domicilio. El servicio permitió hacer un seguimiento más preciso de pacientes confinados con infección por Covid-19, pacientes crónicos, evitar desplazamiento en áreas rurales, o cualquier otro motivo clínico que necesite de una mejor interacción entre el profesional de salud y el ciudadano.

Estos cambios han sido posible a la adaptación que los/las profesionales de Atención Primaria han hecho para hacer frente a la epidemia, re-organizándose y ofreciendo la mejor asistencia a la ciudadanía en la que por primera vez, la atención telemática ha superado la atención presencial.

La inversión en salud digital es un activo para la salud y el sistema

El nuevo plan de fortalecimiento de la Atención Primaria en Cataluña contempla en los próximos años invertir cerca de 5,5M € en necesidades de inversión tecnológica de la Atención Primaria catalana, para garantizar una respuesta rápida y eficiente a la ciudadanía, especialmente en un contexto donde la digitalización y las alternativas a la visita presencial se han consolidado.

Por ejemplo, para la mejora de la accesibilidad se reforzarán y se mejorarán centralitas telefónicas de los CAPs, mientras que se adquirirán más equipos y dispositivos para incrementar la telemedicina y la atención a domicilio. El gasto tecnológico también llegará a los equipos de cribado territorial de pruebas PCR, mejorará softwares de aplicativos móviles, y abarcará la atención asistencial a otros sectores, como el educativo, con la integración de bases de datos.

Este plan en cuanto al despliegue tecnológico en AP busca:

1. Consolidar y desarrollar los avances en Salud Digital en Atención Primaria.
 - Incorporando y extendiendo el uso de tecnologías y sistemas de información que faciliten la teleasistencia (teleconsulta, teledermatología, teleoftalmología, telemonitorización de crónicos...).
 - Consolidando la Atención Primaria: receta electrónica, interconsulta digital, cita online.

- Potenciando los portales de salud para paciente, incorporando promoción de salud, acceso a historia clínica, escuela de pacientes, interactivo.
- Potenciando las Herramientas de gestión no presencial de pacientes.

Retos de la Salud Digital

Los aprendizajes obtenidos de la crisis de la covid-19 advierten de diversos retos en este proceso imparable ya hacia la Salud Digital: Hay que encontrar el equilibrio entre la actuación presencial (una exploración física, un apoyo a un problema mental) y la actuación telemática.

Donde antes había atención telefónica por miedo al contagio, ahora debe haber telemedicina para asegurar la accesibilidad y distribuir mejor los recursos. No es posible volver al punto de partida, a pesar de las presiones de algunos ciudadanos por volver a acudir a los Centros de Salud como antes de la pandemia, pudiendo generar una doble avalancha: la de las consultas telefónicas y la de los pacientes en las puertas de los centros.

El cambio requerirá el aprendizaje de los profesionales para determinar cuándo usar la tecnología y cómo; y una educación del ciudadano en el mismo sentido.

Durante la pandemia, la urgencia hizo que los aspectos legales, éticos y de confidencialidad en el tratamiento de los datos no se aborda adecuadamente. En el momento de la consolidación de estas tecnologías para la práctica habitual es preciso dar prioridad a estos aspectos.

Es necesario desarrollar las competencias digitales tanto de los de profesionales sanitarios como de los pacientes.

2. Priorizar la implantación de sistemas integrados o interoperables de Información Clínica.
 - Contar con una Historia Clínica Electrónica única o interoperable a nivel autonómico e idealmente estatal
 - Interoperabilidad entre Sistemas de información, más allá de los estrictamente sanitarios: Ministerio, Consejería, Salud Pública-Epidemiología, Atención Hospitalaria, Atención Primaria y Servicios sociales.

Información Clínica Compartida

La información clínica compartida es necesaria para avanzar en la asistencia a los pacientes y su seguridad. Según la experiencia de aquellas comunidades autónomas con organizaciones sanitarias integradas, lo que más ha ayudado a la integración asistencial ha sido la existencia de un sistema único o al menos

interoperable para Atención Primaria y Atención Hospitalaria que recoja información clínica y toda la necesaria para una adecuada gestión. Estos sistemas deben extenderse al ámbito sociosanitario para prevenir situaciones como las vividas durante la crisis de la covid-19 y asegurar una atención de calidad a los pacientes institucionalizados.

3. Mejoras en la Historia Clínica electrónica: Además de su integración, la Historia Clínica Electrónica necesita mejorarse incorporando toda la información clínica del paciente, para aumentar la resolutivez y la seguridad en Atención Primaria.
 - La Historia Clínica debe servir como registro y base de datos de Salud Pública.
 - Es necesario potenciar el establecimiento de aplicaciones informáticas seguras que permitan al usuario el acceso a su historia clínica, como elemento de comunicación de resultados, información clínica y cuidados.
 - Conectar los equipos de diagnóstico por imagen y electromedicina a la Historia Clínica Electrónica, para volcar la información de las pruebas diagnósticas.
4. Incorporar tecnologías de la información para agilizar y optimizar los flujos de trabajo en Atención Primaria.
 - Implementar y dotar de recursos necesarios para el desarrollo de videoconferencias con los profesionales y equipos coordinadores de los centros (consejos de gestión, reuniones con plantilla de centros, transmisión de información “urgente” que precise aclaraciones complementarias a documentación escrita...).
 - Instaurar herramientas de teletrabajo para los profesionales en su domicilio: teléfono, acceso a red y programas corporativos.
 - Desarrollo y extensión de la Teleconsulta entre los profesionales de Atención Primaria y Hospitalaria para todos los Servicios. Dotar de los recursos tecnológicos y telemáticos necesarios para compartir imágenes e información clínica con el nivel hospitalario.
5. Inversión en tecnologías de imagen y diagnósticas en Atención Primaria para conseguir máxima resolución: No sólo se observa la necesidad de acceder a las pruebas de PCR y anticuerpos desde Atención Primaria, así como de materiales de protección suficientes y adecuado; también es preciso invertir en tecnología sanitaria diagnóstica: fundamentalmente ecografía y RX.
6. Inteligencia Artificial y Big Data.
 - Uso de la Inteligencia Artificial en el manejo de los datos, para una detección proactiva de alteración de parámetros clínicos y, por tanto, una mayor seguridad en el diagnóstico.

- Sí es preciso avanzar en los aspectos legales y éticos de la información, tanto como fines clínicos como de investigación.
 - Si bien, la crisis ha puesto de relevancia la importancia de contar con datos reales y fidedignos que ayuden a tomar decisiones, la incorporación de tecnologías avanzadas para análisis de los mismos aún se considera poco viable.
7. Consolidar la digitalización en la prescripción farmacéutica.
 - Operatividad de la receta informatizada con duración de tratamientos de un año.
 - Mantenimiento de la renovación automatizada de visados mediante aplicaciones que permitan una carga automática de los visados a autorizar (según plazos) con firma digital.
 8. Dotar a los profesionales de medios de registro en la atención domiciliaria y de pacientes institucionalizados.
 9. Potenciar las herramientas para la comunicación con la ciudadanía.

5. Conclusiones Generales

¿Qué modelo de atención primaria es lo que queremos para el futuro? ¿A qué retos deberán dar respuesta tanto la administración como los profesionales? Sin duda la única respuesta que tenemos y que la COVID-19 nos ha presentado a nivel mundial, es que necesitamos y necesitaremos cada vez más una nueva atención primaria re-organizada, resolutive, equitativa, comunitaria y social, orientada los determinantes sociales de la salud (que por sí solos explican la mayor parte de desigualdades en salud) y con un papel muy importante en la seguridad del paciente y en la prevención y promoción de la salud.

No queda ninguna duda de que la mejora de la eficiencia de los sistemas sanitarios pasa por soportar, potenciar e innovar en el papel de la atención primaria de salud.

En todo el mundo, y a pesar de proceder de diversas realidades socioeconómicas, de tener diferentes modelos organizativos y de financiación, se observa una clara tendencia a la convergencia y homogeneización de los diversos modelos, dado que, gracias a las capacidades analíticas de los datos es más fácil establecer qué modelos son más eficientes, tanto en procesos, como en resultados finales: en valor.

Gracias a esta aproximación se reduce la discusión política de base teórica y se garantiza una aproximación pragmática, basada en la evidencia, que facilita la toma de decisiones operativas y soporta las aproximaciones estratégicas.

Esquemáticamente podemos hablar de:

- Hay que potenciar el trabajo en equipo, esto se refiere a que, cuando sea posible, deben de trabajar juntos un grupo de profesionales, básicamente médicos, enfermería y personal de soporte, además y dependiendo de las posibilidades de proveerse de profesionales formados, y en base a las necesidades poblacionales, es aconsejable prever la incorporación futura de fisioterapeutas, psicólogos, etc.
- El profesional médico debe de encontrarse en una situación de máximo aprovechamiento de su conocimiento clínico, intentando evitar que realice actividades de poco valor añadido.
- Un aspecto clave es la potenciación del rol autónomo de enfermería que, con especialización o en práctica avanzada, está en exploración en diversos países con excelentes resultados.

El papel de profesionales de soporte debe avanzar con la mejora de sus conocimientos sanitarios y con mayores capacidades de gestión de los procesos clínico administrativos.

Cuando la disponibilidad de profesionales sea escasa y la distribución geográfica compleja hay que empezar a orientar hacia la creación de equipos virtuales en red.

Hay que establecer un sistema de coordinación con la atención especializada proporcionada mayoritariamente por los hospitales, la creación, en algunos modelos, de tracs clínicos que incluyen diversos procesos patológicos que son compartidos o

estructuras híbridas mixtas entre primaria y secundaria son algunas de las más relevantes propuestas. Para facilitar este proceso la creación de estructuras físicas o virtuales poblacionales alrededor de las 500.000 personas, que incluyen establecimientos sanitarios primarios, secundarios o complementarios son de mucha utilidad.

Debe de buscarse fórmulas de coordinación con los servicios sociales de atención primaria que permita un trabajo colaborativo con los casos de mayor complejidad

Debe potenciarse la informatización, tanto de la actividad de la propia atención primaria como la compartición de la información clínica entre los diversos niveles asistenciales. Debe de orientarse hacia la creación de un registro longitudinal de prestaciones por paciente que incluya datos asistenciales y sus costes. A este nivel es aconsejable un escalonamiento del proceso de informatización, un ejemplo de éxito ha sido el desarrollado en España, que se inició con la informatización de la prescripción farmacéutica lo que ha permitido un aumento de calidad del servicio, un mayor control de costes que tienen un impacto importante en el costo sanitario y un mejor servicio gracias a la implantación de la prescripción electrónica

Deben de explorarse sistemas de pago que incentiven individual y grupalmente la eficiencia de los profesionales, que tengan en cuenta la calidad clínica a corto plazo y la consideración del valor final de la prestación sanitaria. La creación de indicadores y estándares de calidad asistencial y prestación farmacéutica, como por ejemplo los desarrollados en Catalunya (EQA, EQFM), han contribuido a avanzar en este camino.

Algunas tendencias a seguir

Para poder facilitar la creación de un marco “frame” que sustente el proceso de reforma, es aconsejable establecer los objetivos que quieren lograrse en el medio plazo y por lo tanto tener en cuenta que tendencias observamos en los países más punteros para poder estar alineados

Para ello es necesario establecer un proyecto de desarrollo organizacional, con participación de los profesionales, en un proceso bottom up, el objetivo es la potenciación de nuevos liderazgos, redefinición de funciones, homogeneizar procesos e incentivar la innovación, mediante un proyecto de aprendizaje continuo. A modo de ejemplo el NHS está iniciando un interesante proceso en este sentido y también mencionar la experiencia realizada en Barcelona con 4 centros de primaria relacionados con el Ayuntamiento de Barcelona.

En lo que se refiere a los sistemas de información además de considerar los temas de interoperabilidad como elementos básicos, hay que prever la progresiva incorporación de herramientas de big data, Inteligencia artificial, machine learning y su interacción con profesionales y gestores. Un tema a tener en cuenta es la progresiva incorporación de datos no estrictamente clínicos, como son datos poblacionales de los determinantes sociales de salud, y los propios datos generados por el paciente, todo ello bajo el paraguas de conceptos como el Population Health

Management. Para conseguir este objetivo es necesario la creación de sistemas de soporte a la toma de decisiones en base a información poblacional

Los sistemas de pago basados en el valor están tendiendo hacia aproximaciones basados en los resultados, los denominados “bundled payments” que incluyen procesos clínicos compartidos y resultados en salud

La estructuras de soporte a la función administrativa están siendo potenciadas para evitar cargas de trabajo poco eficientes a los profesionales buen ejemplo de ello son los “care groups” en desarrollo en Holanda o bien “places” en UK

Finalmente, y en lo que se refiere a la gobernanza, en la mayoría de países, se tiende a crear organismos que incluyen la presencia de representaciones políticas municipales y regionales junto con otros actores sociales que facilitan el establecimiento de políticas y el seguimiento de la rendición de cuentas de los resultados con transparencia. Sin embargo, la gestión sanitaria es función de exclusiva responsabilidad de las organizaciones de salud.

6. Referencias Bibliográficas

1. Atención primaria en salud—OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>
2. Dedeu, A., Lapena, C., Martí, T., Monguet, J. M., & Picas, J. M. (2011). Reflexiones sobre la atención primaria de salud. Fundación Alternativas. <https://www.fundacionalternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-d-e-trabajo/reflexiones-sobre-la-atencion-primaria-de-salud>
3. Las ventajas de una relación estable: Longitudinalidad, calidad, eficiencia y seguridad del paciente (AMF 2019) No todo es clínica. (2019). https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2506
4. Macinko, J., Starfield, B., & Erinosh, T. (2009). The Impact of Primary Healthcare on Population Health in Low- and Middle-Income Countries. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 32(2), 150-171. <https://doi.org/10.1097/JAC.0b013e3181994221>
5. McWhinney, I. R. (1998). Primary care: Core values Core values in a changing world. *BMJ*, 316(7147), 1807-1809. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7147.1807>
6. OMS. (2005). Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/OMS.
7. OMS | Atención primaria de salud. (s. f.). WHO; World Health Organization. http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
8. Amat, M. S., Padilla Bernaldez, J., & Gavilan Moran, E. (2021). ¿Qué es la Atención Primaria de Salud? No todo es clínica. *AMF*, 17, 76-84.
9. Rosas Prieto, A. M., Narciso Zarate, V., & Cuba Fuentes, M. S. (2013). Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. *Acta Médica Peruana*, 30(1), 42-47. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1728-59172013000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Starfield, B. (1997). The future of primary care in a managed care era. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 27(4), 687-696. <https://doi.org/10.2190/FL2W-ELJX-L54V-TYKH>
11. Starfield B. *Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy*. New York: Oxford University Press; (1992). 280 p.
12. Mejorando la accesibilidad. Modelos de gestión de la demanda en el día (AMF 2018) Cómo nos organizamos. (2018). https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2275

13. MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL. (2019). Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. Documento presentado en el Pleno del Consejo Interterritorial de Salud del día 10 de abril de 2019 y publicado en el BOE no 109, de 7 de mayo de 2019., 47.
14. T. Sánchez-Sagrado. La atención primaria en el Reino Unido Medicina de Familia. SEMERGEN, 42, 2, 3 (2016)
<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-la-atencion-primaria-el-reino-S113835931500297X>
15. HS commissioning » Clinical commissioning groups (CCGs)
<https://www.england.nhs.uk/commissioning/who-commissions-nhs-services/ccgs/> Accessed: 2021-07-1
16. Meneu R, Urbanos R, Ortún V. Colaboración público-privada en Sanidad: También para que 'Gestión Pública' pase de oxímoron a pleonismo
17. Brugués Brugués, A., Cubells Asensio, I., & Flores Mateo, G. (2017). Implantación de la gestión enfermera de la demanda en las entidades proveedoras de servicios de Atención Primaria de Salud de Cataluña. Atención Primaria, 49(9), 518-524. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.11.012>
18. BOE-A-2018-14474 Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros.
<https://www.boe.es/eli/es/rd/2018/10/22/1302>
19. Xavier Ballart, Carolina Galais, ¿Gestión pública, privada o por el tercer sector? Diferencias en los resultados en atención primaria de Cataluña, Atención Primaria, Volume 51, Issue 10, (2019), Pages 610-616, ISSN 0212-6567,
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.08.006>.
(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656718303779>)
20. Miguélez-Chamorro A, Casado-Mora MI, Company-Sancho MC, Balboa-Blanco E, Font-Oliver MA, Román-Medina I. Enfermería de Práctica Avanzada y gestión de casos: elementos imprescindibles en el nuevo modelo de atención a la cronicidad compleja en España. Enfermería Clínica. 29(2). (2019), Pages 99-106. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2445147918301061>
21. Brumley, R., Enguidanos, S., Jamison, P., Seitz, R., Morgenstern, N., Saito, S., McIlwane, J., Hillary, K., & Gonzalez, J. (2007). Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. Journal of the American Geriatrics Society, 55(7), 993-1000.
22. García, José Augusto. La experiencia de los PADES en Cataluña. Presentación Congreso Dependencia y Calidad de Vida 2013. Disponible en : Microsoft

PowerPoint - 06 José Augusto [Sólo lectura] [Modo de compatibilidad]
(edad-vida.org)

23. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Proyecto NECPAL CCOMS-ICO®: Identificación y Atención Integral-Integrada de Personas con Enfermedades Crónicas Avanzadas en Servicios de Salud y Sociales. Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. Institut Català d'Oncologia. .
24. Gómez-Batiste X, Blay C, Fontanals MD, Roca J. et al. (2015) Manual de atención integral de personas con enfermedades crónicas avanzadas. Aspectos generales. Elsevier: Barcelona.
25. Gomez-Batiste X, et al. Resource consumption and costs of palliative care services in Spain: a multi-centre prospective study. *J Pain Symptom Manage* 2006; 31:522-532.
26. Goodwin N, Dixon A. (2014) Providing integrated care for older people with complex needs: lessons from seven international case studies. The King's Fund.
27. Paz-Ruiz, S., Gomez-Batiste, X., Espinosa, J., Porta-Sales, J., & Esperalba, J. (2009). The costs and savings of a regional public palliative care program: the Catalan experience at 18 years. *Journal of pain and symptom management*, 38(1), 87–96. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.04.011>
28. Bullich-Marín I, Sánchez-Ferrín P, Cabanes-Duran C, Salva-Casanovas A. (2017) Recursos Sociosanitarios En Cataluña. Situación Actual. *Revista Española De Geriatría Y Gerontología* ;52(6): 342-347
29. Miguélez-Chamorro A, Casado-Mora MI, Company-Sancho MC, Balboa-Blanco E, Font-Oliver MA, Román-Medina Isabel I. Enfermería de Práctica Avanzada y gestión de casos: elementos imprescindibles en el nuevo modelo de atención a la cronicidad compleja en España. *Enferm Clin*. 2019;29:99-106. DOI: 10.1016/j.enfcli.2018.08.005
30. Gallud, J., Soler, P., & Cuevas, D. (2012). New nursing roles for the integrated management of complex chronic and palliative care patients in the region of Valencia/Nuevos perfiles enfermería para el manejo integral de pacientes crónicos complejos y paliativos en la Comunidad Valenciana. *International Journal of Integrated Care*, 12(3), None. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.869>
31. Boyd K, Murray SA. Recognising and managing key transitions in end of life care. *BMJ* 2010;341:c4863.
32. Gill TM, Gahbauer EA, Han L, Allore HG. Trajectories of disability in the last year of life. *N Engl J Med* 2010;362:1173-80.
33. Prognostic Indicators Guidance at the Gold Standards Framework [Internet]. Disponible en: www.goldstandardsframework.nhs.uk.

34. Canadian Nurses Association (CNA) (2019) Advanced Practice Nursing: A Pan-Canadian Framework. Author: CNA, Ottawa, Canada
35. Consejo Internacional de Enfermeras (ICN) (2020) Directrices de Enfermería de Práctica Avanzada. ISBN: 978-92-95099-71-5. Disponible en: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf.
36. Dierick-van Daele, A. (2010). The Introduction of the Nurse Practitioner in General Practice [electronic publication]. Schering-Plough. Retrieved from: <http://arno.unimaas.nl/show.cgi?fid=20140>
37. Hamric AB, Tracy MF (2019). A definition of Advanced Practice Nursing. In M.F. Tracy & E.T. O'Grady (eds) Advanced Practice Nursing: An integrative approach, 6th Edition, St. Louis: Elsevier, p. 61 – 79.
38. Kruth T.(2013) Advanced Practice Nursing. Publicación web disponible en : <https://internationalapn.org/author/timkru/>
39. Pulcini, J., Jelic, M., Gul, R, Loke, A.Y. (2009). An international survey on advanced practice nursing, education, practice, and regulation. Journal of Nursing Scholarship, 42(1),31-39. doi: 10.1111/j.1547-5069.2009.01322.x
40. Zwijnenberg, N.C. & Bours, G.J. (2012). Nurse practitioners and physician assistants in Dutch hospitals: their role, extent of substitution and facilitators and barriers experienced in the reallocation of tasks. Journal of Advanced Nursing, 68(6),1235-1246. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05823.x
41. Erlandsen AG. A Vision for a High Performing and Sustainable Health Care System. November 11, (2018). <https://www.regjeringen.no/en/aktuelt/a-vision-for-a-high-performing-and-sustainable-health-care-system/id2619759/>.
42. Mjaset, MD; Ikram, MD; Nagra, MD; Feeley, MD (2020) Value-Based Health Care in Four Different Health Care Systems. NEJM Catalyst Value-Based Health Care in Four Different Health Care Systems | Catalyst non-issue content (nejm.org)
43. Morse A. A review of the role and costs of clinical commissioning groups. London: (2018). <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2018/12/Review-of-the-role-and-costs-of-clinical-commissioning-groups.pdf>
44. Thorlby R. et al. International Health Care System Profiles - England. The Commonwealth Fund. June 5, (2020). <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/counties/england>
45. Thorlby R. et al - International Health Care System Profiles - The Netherlands. The Commonwealth Fund. June 5, (2020)

<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands>

46. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), United Kingdom · Country Health Profile 2019. State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/744df2e3-en.pdf?expires=1626103701&id=id&accname=guest&checksum=D00EC65D9503DB0142BE70720D199700>
47. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Spain · Country Health Profile 2019. State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/744df2e3-en.pdf?expires=1626103701&id=id&accname=guest&checksum=D00EC65D9503DB0142BE70720D199700>
48. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Finland: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/20656739-en.pdf?expires=1626100932&id=id&accname=guest&checksum=25E225B255B817FFB6A0A3F5B770BCD3>
49. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), The Netherlands · Country Health Profile 2019. State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9ac45ee0-en.pdf?expires=1626113298&id=id&accname=guest&checksum=B5E30C87DF1A41872A23B478ADA18003>
50. OECD/European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>
51. Ledesma Castelltort A. ¿Autogestión o autonomía de gestión? Informe SESPAS 2012, Gaceta Sanitaria, Volume 26, Supplement 1, 2012, Pages 57-62, ISSN 0213-9111, <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.11.004>.
52. Gérvas, J., Pérez Fernández, M. Pago por desempeño («pay for performance» [P4P]).. AMF 2008; 4(6): 344-352 <http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2009/03/amf-2008-pago-por-desempeno.pdf>
53. Winell K, Dedeu T. Finlandia. En: Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, et al., Editores. Construir la atención primaria en una Europa cambiante: estudios de casos [Internet]. Copenhague (Dinamarca): Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud; 2015. (Observatory Studies Series, No. 40.) 8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459014/>
54. Quality and Outcomes Framework (QOF) 2019-20 | NHS Digital [Internet]. Disponible en: <https://qof.digital.nhs.uk/>

55. Pandya, A., Doran, T., Zhu, J. et al. Modelización de la rentabilidad del pago por rendimiento en la atención primaria en el Reino Unido. *BMC Med* 16, 135 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1126-3>
56. Value-based Primary Care - Health Rosetta [Internet] <https://healthrosetta.org/health-rosetta/value-based-primary-care/>
57. Colegio Médicos de Barcelona (CoMB). La precariedad laboral del colectivo médico. Realidad y propuestas (junio 2016)
58. CAMFiC. (2020). Reptes de Futur de l'Atenció Primària.
59. Cassiani, S. H. D. B., Bassalobre-Garcia, A., & Reveiz, L. (2015). Universal Access to Health and Universal Health Coverage: Identification of nursing research priorities in Latin America. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 23(6), 1195-1208. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.1075.2667>
60. Cataluña dota de ecógrafos a su AP para la Covid-19. (2021, julio 14). *DiarioMedico*. <https://www.diariomedico.com/medicina/politica/cataluna-dota-de-ecografos-su-ap-para-la-Covid-19.html>
61. Fernández, O. S., Seguí, F. L., Vidal-Alaball, J., Bonet Simo, J. M., Vian, O. H., Cabo, P. R., Hernandez, M. C., Dominguez, C. O., Reig, X. A., Rodríguez, Y. D., Peralta, M. M., Hermosilla, E., León, N. M., Guimferrer, N., González, M. A., Cuyàs, F. G., & Sust, P. P. (2020). Primary Care Doctor Characteristics That Determine the Use of Teleconsultations in the Catalan Public Health System: Retrospective Descriptive Cross-Sectional Study. *JMIR Medical Informatics*, 8(1), e16484. <https://doi.org/10.2196/16484>
62. Finucane, A. M., O'Donnell, H., Lugton, J., Gibson-Watt, T., Swenson, C., & Pagliari, C. (2021). Digital health interventions in palliative care: A systematic meta-review. *Npj Digital Medicine*, 4(1), 1-10. <https://doi.org/10.1038/s41746-021-00430-7>
63. Fundación Atención Primaria. (s. f.). Curso online Ecografía pulmonar COVID 19. <https://www.fundacionap.org/cursos-atencion-primaria-salud/curso-online-ecografia-pulmonar-Covid-19>
64. Gómez-Batiste, X., Blay, C., Broggi, M. A., Lasmarías, C., Vila, L., Amblàs, J., Espauella, J., Costa, X., Martínez-Muñoz, M., Robles, B., Quintana, S., Bertran, J., Torralba, F., Benito, C., Terribas, N., Busquets, J. M., & Constante, C. (2018). Ethical Challenges of Early Identification of Advanced Chronic Patients in Need of Palliative Care: The Catalan Experience. *Journal of Palliative Care*, 33(4), 247-251. <https://doi.org/10.1177/0825859718788933>
65. Gómez-Batiste, X., Caja, C., Espinosa, J., Bullich, I., Martínez-Muñoz, M., Porta-Sales, J., Trelis, J., Esperalba, J., & Stjernsward, J. (2012). The Catalonia World Health Organization demonstration project for palliative care implementation: Quantitative and qualitative results at 20 years. *Journal of*

Pain and Symptom Management, 43(4), 783-794.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.05.006>

66. Granados, F. C. (2021). Atención primaria y longitudinalidad: Más necesarias que nunca. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 28(2), 65-67. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2019.06.013>
67. Granell, J. (2012). Accesibilidad del médico de atención primaria a la tecnología de diagnóstico. *Atención Primaria*, 44(4), 199-200.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.02.002>
68. The King's Fund. (s. f.). Integrated care systems explained. (2021, mayo 11)
https://www.kingsfund.org.uk/publications/integrated-care-systems-explained?utm_source=The%20King%27s%20Fund%20newsletters%20%28main%20account%29&utm_medium=email&utm_campaign=12354303_NEWSL_HWB_2021-05-17&dm_i=21A8,7CSN3,SZB2XD,TUN4W,1
69. International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank. (2021). Walking the Talk: Reimagining primary health care after Covid-19. International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank.
<https://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/walking-the-talk-reimagining-primary-health-care-after-Covid-19-a-health-nutrition-and-population-global-practice-flagsh>
70. Kraef, C., & Kallestrup, P. (2019). After the Astana declaration: Is comprehensive primary health care set for success this time? *BMJ Global Health*, 4(6), e001871.
<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001871>
71. López, C. C. (2011). Atención primaria en España y Cataluña: Una perspectiva desde la enfermería. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(SPE2), 1722-1730. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000800015>
72. Macinko, J., Starfield, B., & Erinosh, T. (2009). The Impact of Primary Healthcare on Population Health in Low- and Middle-Income Countries. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 32(2), 150-171.
<https://doi.org/10.1097/JAC.0b013e3181994221>
73. McWhinney, I. R. (1998). Primary care: Core values in a changing world. *BMJ*, 316(7147), 1807-1809. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7147.1807>
74. Mercadé, F. M., & Serrano Alapont, M. (2018, julio 1). Mejorando la accesibilidad. Modelos de gestión de la demanda en el día. *Cómo nos organizamos*. 14, 420-426.
75. Miguélez-Chamorro, A., Casado-Mora, M. I., Company-Sancho, M. C., Balboa-Blanco, E., Font-Oliver, M. A., & Román-Medina Isabel, I. (2019). Enfermería de Práctica Avanzada y gestión de casos: Elementos imprescindibles en el nuevo modelo de atención a la cronicidad compleja en España. *Enfermería Clínica*, 29(2), 99-106.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.08.005>

76. Oliver-Parra, A., & González-Viana, A. (2019). Facilitando la salud comunitaria. Indicadores básicos de salud por área básica de salud en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 34. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.05.012>
77. OMS. (2005). Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/OMS.
78. Palacio Lafuente, J. (2019, septiembre 1). Las ventajas de una relación estable: Longitudinalidad, calidad, eficiencia y seguridad del paciente. AMF. https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2506
79. Pérez Sust, P., Solans, O., Fajardo, J. C., Medina Peralta, M., Rodenas, P., Gabaldà, J., Garcia Eroles, L., Comella, A., Velasco Muñoz, C., Sallent Ribes, J., Roma Monfa, R., & Piera-Jimenez, J. (2020). Turning the Crisis Into an Opportunity: Digital Health Strategies Deployed During the Covid-19 Outbreak. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(2), e19106. <https://doi.org/10.2196/19106>
80. Pla de salut 2016-2020. (s. f.). Departament de Salut. http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/pla-de-salut-2016-202/
81. Pou, M. A., Gayarre, R., Ferrer-Moret, S., Fernández-San-Martín, M. I., Feijoo, M. V., & Diaz-Torne, C. (2021). El papel de la atención primaria en la crisis sanitaria por Covid-19. Experiencia de un equipo de Atención Primaria urbano. *Atención Primaria*, 53(7), 102082. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102082>
82. Punzano, D. (s. f.). Las 15 claves para transformar la Atención Primaria en la era post-Covid. Redacción Médica. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina-familiar-y-comunitaria/las-15-claves-para-transformar-la-atencion-primaria-en-la-era-post-covid-4132>
83. Rosano, A., Loha, C. A., Falvo, R., van der Zee, J., Ricciardi, W., Guasticchi, G., & de Belvis, A. G. (2013). The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: A systematic review. *European Journal of Public Health*, 23(3), 356-360. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks053>
84. Rosas Prieto, A. M., Narciso Zarate, V., & Cuba Fuentes, M. S. (2013). Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. *Acta Médica Peruana*, 30(1), 42-47.
85. Sabaté, F. (2021). The Evolution of the “Catalan Health Model” in the Twentieth Century. Sources for its Study. *Journal of Evolutionary Studies in Business*, 6(1), 281-305. <https://doi.org/10.1344/jesb2021.1.j090>
86. SEDAP. (2020). Atención primaria. La oportunidad es ahora. Aprendizajes en la gestión de la Covid-19 para un cambio urgente (y viable) en Atención Primaria. Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria.SEDAP.
87. Solans, O., Vidal-Alaball, J., Roig Cabo, P., Mora, N., Coma, E., Bonet Simó, J. M., Hermosilla Pérez, E., Saigí-Rubió, F., Olmos Domínguez, C., Piera-Jiménez, J., Abizanda González, M., & López Seguí, F. (2021). Characteristics of Citizens and

Their Use of Teleconsultations in Primary Care in the Catalan Public Health System Before and During the Covid-19 Pandemic: Retrospective Descriptive Cross-sectional Study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(5), e28629. <https://doi.org/10.2196/28629>

88. Starfield, B. (1997). The future of primary care in a managed care era. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 27(4), 687-696. <https://doi.org/10.2190/FL2W-ELJX-L54V-TYKH>
89. Telemedicine during the Covid-19 days: The Catalan Public Healthcare System's evolution of Primary Healthcare model. (2020, mayo 4). TIC Salut Social. <https://ticsalutsocial.cat/en/actualitat/telemedicina-en-temps-de-Covid-19-un-abans-i-un-despres-en-el-model-datencio-primaria-del-sistema-public-de-salut-a-catalunya/>
90. Vidal-Alaball, J., Acosta-Roja, R., Pastor Hernández, N., Sanchez Luque, U., Morrison, D., Narejos Pérez, S., Perez-Llano, J., Salvador Vèrges, A., & López Seguí, F. (2020). Telemedicine in the face of the Covid-19 pandemic. *Atención Primaria*, 52(6), 418-422. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.003>
91. Charles. A, Ewbank L, et al - The NHS long-term plan explained https://www.kingsfund.org.uk/publications/nhs-long-term-plan-explained?utm_source=email&utm_medium=email&utm_term=socialshare
92. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)*. 2008 May-Jun;27(3):759-69. doi: 10.1377/hlthaff.27.3.759. PMID: 18474969
93. Jeroen N. Struijs. How Bundled Health Care Payments Are Working in the Netherlands. 2015 <https://hbr.org/2015/10/how-bundled-health-care-payments-are-working-in-the-netherlands>
94. Fundación Caser. HC3: la experiencia hacia la integración de la Historia Clínica en Cataluña. 2015. Disponible en: https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/laexperienciacatalana_hc3_solans_gomez_web.pdf
95. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Plan Director de Sistemas de Información del SISCAT. 2017. Disponible en: https://pdisibloggenca.files.wordpress.com/2019/10/anexo_1_pd6_es.pdf

CO·SALUD

Puedes seguir nuestro trabajo y saber más de nosotros en co-salud.com

Conecta con nosotros a través de las redes

- [LinkedIn](#)
- [Medium](#)
- [Instagram](#)
- [Facebook](#)
- [Twitter](#)