

Atención Primaria

La oportunidad
es **ahora**

Aprendizajes en la gestión de la covid-19
para un cambio urgente (y viable) en
Atención Primaria.





- 1** Carta de la Junta Directiva.
Sociedad Española de Directivos
de Atención Primaria.
- 2** Introducción
- 4** Aprendizajes de la gestión de la
covid-19 en Atención Primaria
- 9** Cambios para una
transformación urgente y viable
de la Atención Primaria
- 21** Experiencias territoriales en la
gestión de la covid-19
- 51** Una llamada a la acción.
Atención Primaria: la
oportunidad es ahora
- 54** Agradecimientos



Junta Directiva.

Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria.

Nunca se había enfrentado nuestro sistema sanitario a un reto como la pandemia de la covid-19, ni a una prueba de fuerza como la que vivimos entre febrero y mayo de este año. Nunca habíamos tenido que gestionar la atención a los pacientes en un escenario que, en algunos territorios ha llegado a ser catastrófico. Nunca nos hemos sentido, como gestores, como profesionales sanitarios e incluso como seres humanos tan al borde de nuestros límites.

La pandemia de la covid-19 ha sacado a la luz las fortalezas y las carencias de nuestro sistema sanitario, pero también ha puesto antes nuestros ojos multitud de aprendizajes; porque hemos tenido que adaptarnos con una rapidez inusual, aprender de los errores al segundo después de cometerlos y a replicar los aciertos, sin esperar a análisis exhaustivos o pruebas piloto. La Atención Sanitaria en todo el territorio nacional se ha convertido durante estos meses en un “living lab” donde cada error significaba vidas y cada éxito un triunfo en la batalla contra un enemigo del que casi nada sabíamos. Y la Atención Primaria ha sido la infantería que ha permitido retener una expansión trágica del virus, en un trabajo colaborativo, ordenado, meticuloso, comprometido, titánico, silencioso... y también menos visible de lo que hubiésemos deseado.

Los profesionales y directivos de la Atención Primaria han acometido en tres meses transformaciones que muchos llevábamos tratando de impulsar desde hacía una década: la salud digital, la coordinación entre niveles asistenciales, el teletrabajo... Hemos descubierto que los cambios eran posibles y las barreras, en gran medida, radicaban en el mantenimiento de nuestra zona de confort. La pandemia nos ha descubierto que una Atención Primaria fuerte es la mejor arma, no sólo contra esta pandemia, sino contra cualquiera que venga en el futuro, sea un virus o una enfermedad crónica. Hemos descubierto que la Atención Primaria debe volver a ser el equipo de profesionales que se ocupa de la salud comunitaria, la prevención, la salud pública y la educación para la salud. Hemos lamentado ese eslabón débil de nuestro sistema sanitario que eran las residencias y a las que no habíamos prestado demasiada atención.

En estos momentos de tensa calma, de rebrotes que nos mantienen en guardia, es cuando todos los aprendizajes deben convertirse en cambios duraderos. Como Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria hemos querido recoger en este informe todos los aprendizajes que hemos obtenido en los ámbitos más importantes de nuestra gestión: la tecnología, las personas y los procesos asistenciales; reflexionar sobre aquellos cambios importantes, urgentes y viables que hemos de emprender o consolidar y hacer un ejercicio de priorización que nos permita establecer una hoja de ruta, para que la Atención Primaria se convierta, de una vez por todas, en el eje del sistema sanitario, y la salud de los ciudadanos en el centro de la Atención Primaria. Y necesitamos, como ya hicimos para vencer esta primera batalla, el compromiso de todos los actores del sistema sanitario. Nunca antes se habían dado las circunstancias para dar ese paso de gigante.

Porque, sin ninguna duda, la oportunidad de la Atención Primaria es ahora.

La Junta Directiva de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria decidió en mayo de 2020 poner en marcha la elaboración de un informe que recogiese los principales aprendizajes y la experiencia de los directivos de Atención Primaria de toda España en la gestión de la crisis sanitaria de la covid-19, especialmente durante el pico de la pandemia, entre febrero y mayo de este año.

El objetivo de este trabajo es compilar dichos aprendizajes y definir, a partir de ellos, de manera colaborativa palancas de cambio para la transformación y consolidación de la Atención Primaria dentro del sistema sanitario español en la nueva realidad post covid-19.

Con el Informe, SEDAP pretende establecer una hoja de ruta clara para esta transformación, donde se defina el papel que deben jugar, no sólo los directivos y profesionales de la Atención Primaria, sino el conjunto de los actores políticos, económicos, sociales y sanitarios en nuestro país.

Metodología

La recogida de la información que ha servido de base para este informe se produjo durante el mes de junio y la primera mitad de julio, mediante:

1. **Un cuestionario con preguntas abiertas dirigido a 20 directivos de Atención Primaria representando a la práctica mayoría de las Comunidades Autónomas.** El cuestionario incorporó preguntas sobre aprendizajes de la crisis, posibles palancas de cambio resultantes de dichos aprendizajes y llamadas a la acción específicas dirigidas a actores políticos, económicos, sociales o sanitarios, que deben facilitar dichos cambios. Se pidió a los participantes que valorasen del 1 al 5 (siendo el 1 la puntuación mínima y 5 la máxima) la viabilidad y la urgencia de los cambios propuestos.

Tanto los aprendizajes como los cambios se dividieron en tres ámbitos claves de gestión: el de la tecnología, el de las personas y el de los procesos.

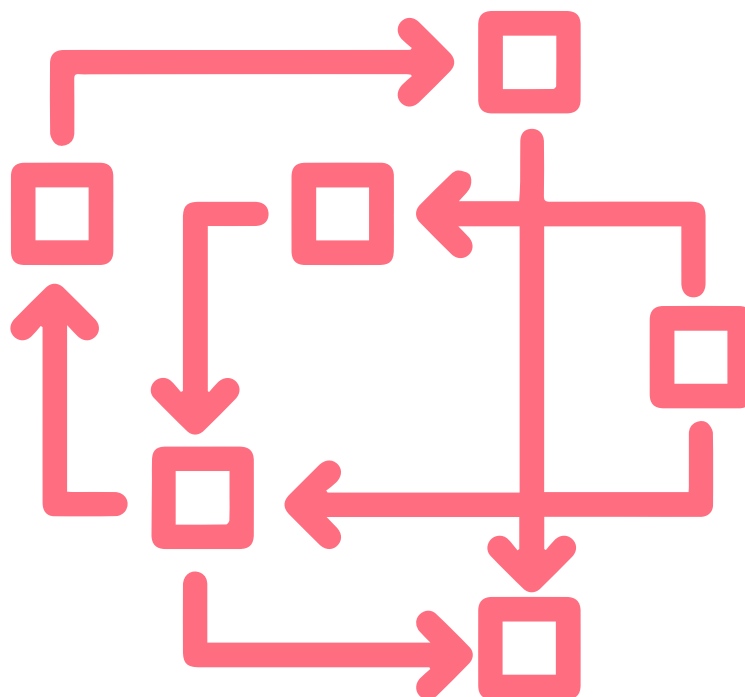
Con el objetivo de priorizar los cambios propuestos, las respuestas obtenidas en los cuestionarios se agregaron en categorías y las puntuaciones de todos los cambios propuestos en cada categoría se promediaron. De esta forma se creó un gráfico de burbujas donde el tamaño de la burbuja corresponde a la importancia de la categoría de cambio (medido en número de cambios propuestos), y su situación en la matriz define su urgencia y viabilidad.

2. **Dos grupos focales virtuales en los que participaron los mismos directivos** que respondieron los cuestionarios, cuyo objetivo fue:

- a. Profundizar sobre los aprendizajes, cambios y actores de la transformación.
- b. Validar los resultados del ejercicio de priorización anteriormente comentado.

3. **Entrevistas en profundidad a directivos de Atención Primaria sobre sus experiencias durante la crisis de la covid-19.** Las entrevistas reflejan la experiencia de gestión sanitaria en territorios heterogéneos, con situaciones diversas, no sólo desde el punto de vista de la propia organización del sistema sanitario, sino también desde el punto de vista epidemiológico y de impacto de la pandemia.

Las entrevistas proporcionan una “foto fija” de la evolución de la epidemia en el territorio y de las iniciativas de gestión que se pusieron en marcha para dar respuesta a la crisis, estableciendo modelos replicables para situaciones de crisis sanitaria de características similares o incluso para la práctica asistencial de Atención Primaria en el futuro.



de la gestión de la covid-19 en Atención Primaria

Gestión de la tecnología

1. La inversión en tecnología es un activo para la salud y para la sostenibilidad del sistema.

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, 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 muchas comunidades autónomas en la incorporación de tecnología y la digitalización de la atención sanitaria.

Se ha puesto de manifiesto la insuficiencia de infraestructuras y equipamientos básicos: líneas telefónicas, redes wifi, ordenadores portátiles para el teletrabajo de los profesionales, termómetros láser. 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.

Y también se ha revelado la necesidad de desarrollar las competencias digitales de los profesionales y de los pacientes.

2. La consulta remota llegó para quedarse.

La teleconsulta y teleasistencia, modelo muy extendido en otros países, ha solucionado muchos problemas a los pacientes durante el confinamiento, no sólo desde el punto de vista de la salud sino también administrativo, como la renovación de recetas o de los partes de baja. Un cambio al que se resistían los profesionales (a pesar de que ya existían experiencias con cierta trayectoria, por ejemplo, de dermatología) pero que ha llevado a desarrollar o consolidar en 3 meses más herramientas informáticas que en los últimos 10 años.

La tele o vídeo colaboración entre profesionales de Atención Primaria y con los de Atención Hospitalaria se encontraba ya más asentada y ha sido clave para la continuidad de cuidados, minimizando la presencia física en los centros sanitarios. Sin embargo, las plataformas telemáticas para consulta con pacientes eran aún incipientes en muchas regiones, por lo que el teléfono ha sido el medio estrella para la atención al paciente durante los meses de la crisis. La aceptación de pacientes y profesionales a esta nueva forma de asistencia y los beneficios que ha traído en cuanto a resolución de problemas y seguridad del paciente, indican que la teleconsulta ha llegado para quedarse. Los grandes beneficiados han sido los pacientes en el ámbito rural, donde son frecuentes los municipios pequeños con dificultades de comunicación y accesibilidad a los centros, incluso donde muchos consultorios han tenido que estar cerrados.

Antes de la pandemia aproximadamente el 30% de las consultas eran telefónicas. Ahora se está llegando al 90% por el miedo de los pacientes al contagio. Y, aunque no hay vuelta atrás y es preciso aprovechar la oportunidad, será necesario encontrar el equilibrio entre la atención presencial (una exploración física, un apoyo a un problema mental) y la telemática, que debería ser más fácil y accesible.

Será necesario un tiempo de aprendizaje y formación en el uso correcto de estas herramientas.

La experiencia de los tres meses de crisis sanitaria ha revelado los beneficios de que los profesionales puedan acceder a la Historia Clínica Electrónica de los pacientes, desde cualquier lugar, no sólo en la consulta. Tras lo vivido en el pico de la pandemia, se confirma que consolidar esta nueva forma de trabajar no implica dificultades técnicas; es sólo cuestión de voluntad política.

3. Los sistemas de información integrados o interoperables son clave en para la gestión, la investigación y la toma de decisiones.

Los sistemas de información integrados o interoperables se han revelado como claves en la gestión de la pandemia y la toma de decisiones. En algunos territorios como el País Vasco, uno de los elementos más decisivos para la integración y coordinación asistencial no fue tanto la integración de estructuras, como la existencia de un sistema de información único: la historia clínica única, y el sistema de información único, a nivel de gestión, con los mismos objetivos. La información clínica compartida, el acceso desde cualquiera de los niveles del sistema sanitario a la misma información, es necesaria para avanzar en la asistencia a los pacientes y su seguridad. Aunque no sea la misma historia clínica, sí al menos que sea interoperable y se acceda desde donde se acceda, que sea a la misma información, tanto clínica como de gestión.

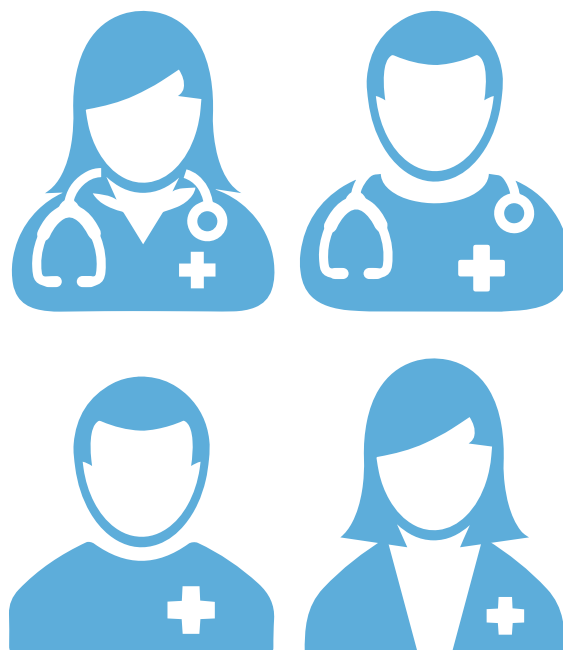
Y, no sólo sistemas de información únicos o al menos interoperables entre la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria, sino también, y este es uno de los grandes aprendizajes, con las instituciones sociosanitarias, donde las aplicaciones no eran ni comunes ni interoperables, produciéndose disparidad en los datos e ineficiencias en la recogida y registro de los mismos. En algunas comunidades el sistema sanitario y el sociosanitario contaban con módulos comunes, aunque las herramientas fuesen

diferentes; pero esto ha resultado insuficiente en la situación que se ha vivido durante la pandemia.

4. La transformación, sólo pensando en el paciente.

Ante las oportunidades de cambio que la tecnología ha presentado en la crisis de la covid-19, es preciso seguir pensando en el paciente: qué es más ágil, más eficaz, más sencillo y más accesible para él.

En la crisis, el sistema sanitario en general y la Atención Primaria en particular han ganado confianza y apoyo social de la ciudadanía; pero cabe riesgo de perderla si esta reestructuración necesaria del sistema y de la AP no se hace pensando en el paciente.



Gestión de personas

1. Capacidad de adaptación y agilidad en la toma de decisiones.

La gran sorpresa para los directivos de Atención Primaria durante la crisis de la covid-19 ha sido la gran capacidad de adaptación tanto de profesionales, como de gestores y usuarios. El usuario se ha adaptado a no acudir al centro de salud si no era necesario, recibiendo una respuesta bastante buena en cuanto a resolución de problemas. El profesional se ha adaptado a no tener al usuario presencialmente en la consulta y, a pesar de todo, tener la sensación de control del proceso. Los gestores también han sabido adaptarse, cambiar los estilos de comunicación con los profesionales y tomar decisiones rápidas y ágiles, impensables en otros momentos.

2. El trabajo en equipo, la base de la Atención Primaria.

Un objetivo común, claro y comprensible favorece el trabajo en equipo de forma natural. Estos meses el objetivo era claro: contener la pandemia. En aquellos centros de salud donde ya había una 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..., diferenciar circuitos respiratorio/no respiratorio y colaborar en la resolución de los problemas, desapareciendo incluso las asignaciones por cupos, ante las bajas de profesionales por contagio...

Todo ello ha obligado al trabajo colaborativo, multidisciplinar, teniendo en cuenta el rol de cada profesional, pero con el mismo objetivo de resolver la necesidad del paciente. En toda esta transformación del trabajo en

equipo ha sido clave el liderazgo de la micro, meso y macro gestión, 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.

3. Máximo desarrollo de las competencias de cada categoría profesional. Resolutividad.

Para avanzar y construir modelos de trabajo diferentes, basados en los equipos de Atención Primaria- que es la gran fortaleza se este nivel asistencial- cada profesional tiene que llegar a su máximo nivel de competencia y resolución, con el respaldo de la gerencia. Así se ha demostrado durante la pandemia, en todas las categorías profesionales.

Es el caso de la enfermería que, en gran parte de los territorios, ha realizado el triaje telefónico para separar pacientes con síntomas respiratorios / sin síntomas respiratorios, indicación de PCR y diagnóstico de sospecha de

covid-19, facilitando de esta manera una alta resolutividad de la atención.

El administrativo de salud ha sido otra de las figuras que han ganado peso realizando también incluso labores de triaje a partir de indicaciones sencillas.

4. Salud Pública y Epidemiología, competencias necesarias en AP.

En el transcurso de la crisis sanitaria los servicios de epidemiología y salud pública se vieron desbordados por la avalancha de casos, de forma que fueron los profesionales de Atención Primaria los que realizaron del seguimiento epidemiológico de casos y contactos, como parte de sus competencias. Son los profesionales que conocen la unidad familiar básica, contactos, trabajo...

Esta situación ha revelado la necesidad de una mayor cualificación en Salud Pública y Epidemiología de los profesionales de AP y de prestar una mayor atención a estos aspectos en este nivel asistencial.



Gestión de procesos

1. Oportunidad para incluir cambios estructurales en muchos procesos asistenciales y no asistenciales.

La crisis sanitaria ha puesto de relieve la importancia del primer nivel asistencial y la necesidad de recuperar la AP de la Declaración de Astaná de 2018, centrando la actividad en la mejora de los resultados en salud y eliminando todas aquellas actuaciones que no aportan valor y, por el contrario incrementan gasto en farmacia, derivaciones a hospitales y colapsos en

los centros de salud. Desde el acceso remoto a la atención, que introduce un nuevo concepto de accesibilidad, hasta la simplificación del proceso de renovación de la receta electrónica o el seguimiento de los procesos crónicos. En este sentido, se ha puesto de manifiesto que es posible realizar el seguimiento telefónico de los signos y síntomas de descompensación de las patologías crónicas, y que es preciso replantear las revisiones necesarias en el control y seguimiento de estos pacientes, a los que hay que intentar monitorizar desde su casa. Con un

tensiómetro, un pulsioxímetro, un glucómetro y una balanza es posible monitorizar las tres grandes patologías crónicas.

2. Procesos transversales, visión poblacional.

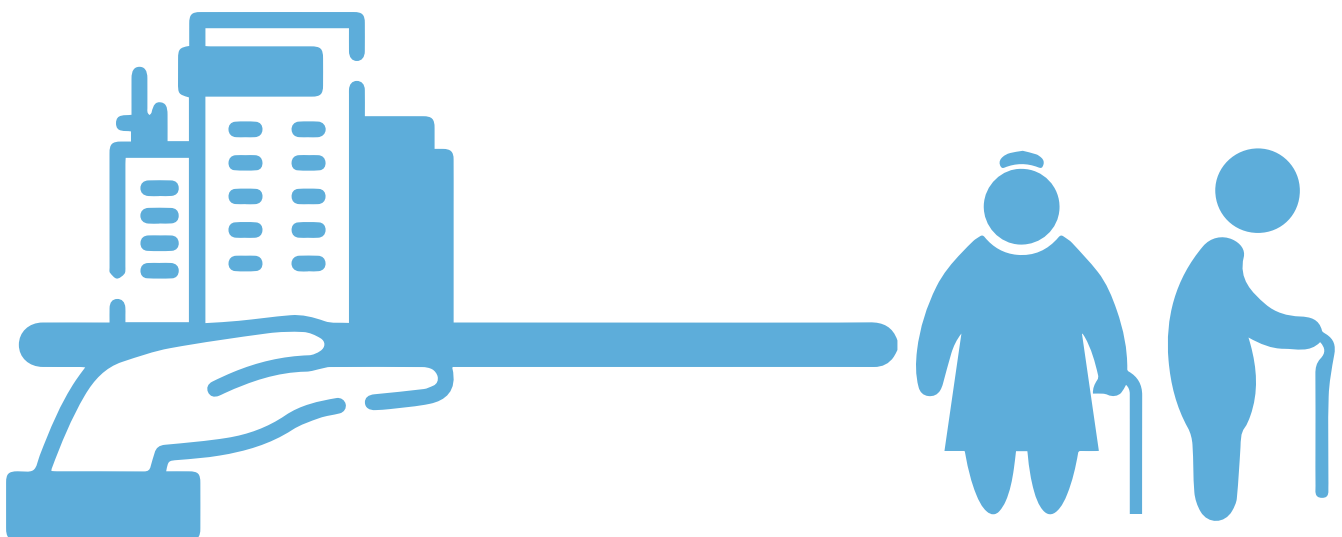
Se ha revelado mucho más claramente la necesidad de trabajar con procesos transversales a todas las organizaciones, con objetivos comunes.

Experiencias como la del País Vasco ponen de manifiesto que la visión del sistema sanitario tiene que ser poblacional, partiendo de la estratificación; y estableciendo procesos transversales en cada estrato realizando Atención Primaria y Atención Hospitalaria su parte, para conseguir los mejores resultados, con la mayor eficacia y eficiencia, para todos los pacientes.

La necesidad de dar solución a una crisis sanitaria de la gravedad de la covid-19 evidencia la capacidad de conseguir una mayor coordinación entre niveles asistenciales y la importancia de definir procesos concretos para que esta coordinación se mantenga más allá de la situación de crisis y no dependa únicamente de la voluntad de las personas.

3. Las residencias, el eslabón más débil del sistema.

La situación vivida en las residencias de la tercera edad ha puesto de manifiesto que es preciso incorporar la atención a los pacientes institucionalizados o inmovilizados en su domicilio dentro del proceso y que, en cualquier caso, la AP debe asumir, como cualquier otro paciente que resida en su domicilio, con el apoyo de los profesionales de la institución. La atención a estos pacientes requiere de una replanificación.

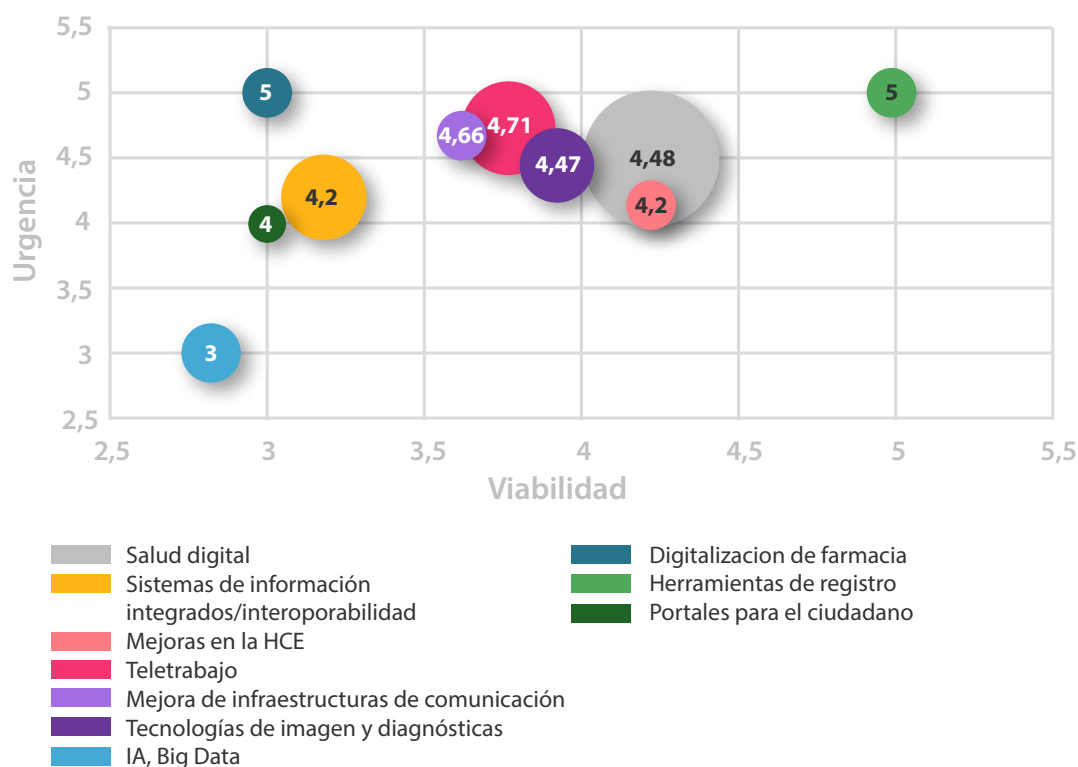


para una transformación urgente y viable de la Atención Primaria

Gestión de la tecnología

Teleconsulta y teletrabajo. Sistemas de información únicos o interoperables, con una Historia Clínica Electrónica única más completa. La Salud Digital ha dado pasos de gigante en tres meses en Atención Primaria y ha venido para quedarse. Pero es necesario implantar cambios que consoliden esta tendencia urgente, necesaria y ya, sin duda alguna, viable.

Esta es la imagen de las prioridades que la Atención Primaria marca en su hoja de ruta tecnológica:



*El tamaño de las burbujas corresponde a la importancia del tipo de cambio, entendido como número de propuestas aportadas por los participantes. El número que aparece en la burbuja es el promedio de urgencia de los cambios propuestos en esa categoría.

1. Consolidar y desarrollar los avances en Salud Digital en Atención Primaria.

- Incorporar y extender el uso de tecnologías y sistemas de información que faciliten la teleasistencia (teleconsulta, teledermatología, teleoftalmología, telemonitorización de crónicos...).
- Consolidar la Atención Primaria: receta electrónica, interconsulta digital, cita online.
- Potenciar los portales de salud para paciente, incorporando promoción de salud, acceso a historia clínica, escuela de pacientes, interactivo.
- Potenciar las Herramientas de gestión no presencial de pacientes.

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 abordara 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 de profesionales y 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.

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.

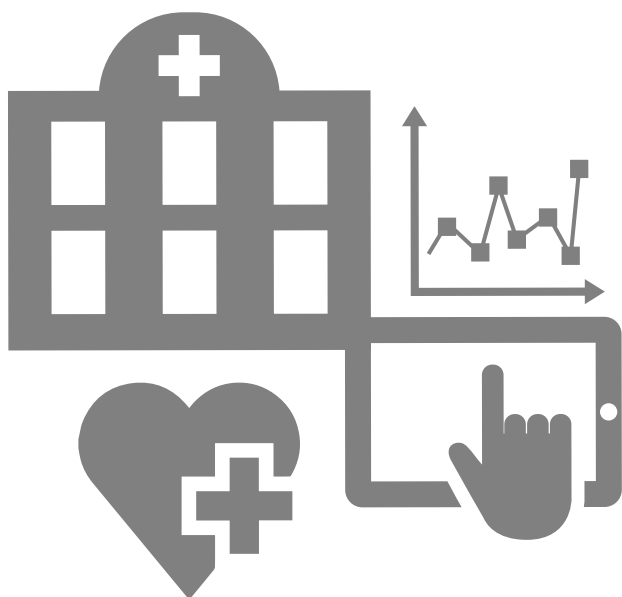
3. Mejoras en la Historia Clínica electrónica.

Además de su integración, la Historia Clínica Electrónica necesita mejorarse incorporando toda la información clínica del paciente, para aumentar la resolutiveidad 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 a 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.

Gestión de las personas

La Atención Primaria ha sido y sigue siendo la gran responsable de la contención de la pandemia. Si algo se ha aprendido en esta crisis sanitaria es que una Atención Primaria fuerte es la garantía de eficacia y sostenibilidad del sistema sanitario. Y que los profesionales de Atención Primaria cuentan con las competencias y las actitudes necesarias para conseguir por fin su transformación urgente y viable. La crisis ha evidenciado las carencias de nuestro sistema sanitario en cuanto a Atención Primaria y Salud Pública.

Es el momento de consolidar los cambios más importantes que la pandemia ha iniciado:



*El tamaño de las burbujas corresponde a la importancia del tipo de cambio, entendido como número de propuestas aportadas por los participantes. El número que aparece en la burbuja es el promedio de urgencia de los cambios propuestos en esa categoría.

1. Aumentar la resolutiveidad de la Atención Primaria, alcanzando el techo competencial de sus profesionales.

Es preciso que Atención Primaria cuente con los recursos humanos necesarios para realizar de manera óptima su labor.

Pero los recursos no pueden utilizarse de la misma manera, reproduciendo errores del pasado. Sólo avanzaremos con un nuevo modelo de asistencia basado en equipos de Atención Primaria donde cada profesional desarrolle al máximo sus competencias, con mayor autonomía, resolutiveidad y, trabajando juntos con un objetivo común. Así reforzaremos el papel de la Atención Primaria como centro del sistema sanitario; en caso contrario, si sólo nos fijamos en la cantidad de profesionales necesarios, un aumento de la oferta sólo nos llevará a un aumento de la demanda, repitiendo los errores del pasado.

Los cambios precisos en el ámbito de las personas implican:

- Maximizar los roles de todos los profesionales de AP, alcanzando el techo competencial de todas las categorías profesionales.
- Incorporar la Medicina Preventiva y la Epidemiología en cada área de salud.
- Papel más resolutiveo de médicos de Atención Primaria; aumentar las competencias en cuanto a altas, seguimientos, acceso a pruebas diagnósticas y decisiones terapéuticas.
- Favorecer la participación a los Equipos de Atención Primaria en las decisiones del Área de Salud.
- Mayor resolutiveidad de la enfermería. Avanzar en la prescripción enfermera.
- Ampliar y reforzar las competencias de los administrativos de salud.
- Desarrollar el liderazgo, dentro de los equipos de AP, tanto formal con los equipos directivos de los Centros de Salud, como

informal con los líderes clínicos.

- Potenciar el papel de la Atención Primaria en medicina preventiva y educación para la salud, empoderando a los ciudadanos para su autocuidado.
- Considerar el papel del trabajador social como parte del equipo de Atención Primaria, para reforzar la coordinación entre los ámbitos social y sanitario.
- Reforzar la epidemiología en Atención Primaria, bien mediante la contratación de profesionales, bien dotando de formación a médicos y enfermeras.
- Discriminación positiva para mejorar el prestigio de la Atención Primaria y atraer profesionales.

2. Reforzar la coordinación interna y entre niveles asistenciales.

La coordinación dentro de los equipos de Atención Primaria y entre estos y la Atención Hospitalaria ha dado un salto cualitativo durante la pandemia. Pero este salto ha venido impulsado por la necesidad y el voluntarismo de las personas.

Son precisos cambios que consoliden esta tendencia fuera de situaciones de crisis.

- Potenciar la organización autónoma de los equipos.
- Potenciar la figura del coordinador y responsable de enfermería de los equipos.
- Consolidar equipos multidisciplinarios y transversales, coordinados con la Atención hospitalaria, salud pública, emergencias...
- Potenciando la Enfermería y el papel de los profesionales no asistenciales.

3. Mejora de las condiciones laborales.

Han sido denominados los héroes de la crisis, pero el sistema sanitario no puede perpetuar una atención basada en el heroísmo, especialmente ante una perspectiva de rebrotes

y nuevas olas de la pandemia.

Es preciso mejorar las condiciones de los profesionales de la sanidad pública si queremos garantizar una sanidad pública de calidad en el futuro, más allá de las situaciones de crisis.

Los principales cambios implican:

- Seguridad laboral y protección adecuada para todos los profesionales.
- Impulsar la incentivación de los profesionales ligada a evaluación de resultados.
- Flexibilizar la gestión de los recursos humanos.

4. Formación en competencias digitales, competencias “laterales” y habilidades “blandas”.

La formación continuada es base para consolidar, desde las personas, el cambio de modelo. Esta formación va más allá de los aspectos clínicos y se extiende a:

- Fomentar la creatividad en la resolución de problemas para mejorar la proactividad de los profesionales.
- Mejorar las competencias digitales.
- Formación específica en entrevista clínica y comunicación con el paciente, especialmente en el nuevo modelo de teleconsulta y teleasistencia.
- Sensibilización y formación en comunicación, liderazgo, gestión del cambio y gestión de la innovación (ver las 11 competencias clave de los directivos sanitarios identificadas por SEDAP).
- Implantar y/o mejorar la formación de los profesionales en lo referente a servicios sociales, salud pública y epidemiología.

5. Incorporar al ciudadano en el proceso de cambio.

El cambio de modelo no es posible sin el respaldo de la ciudadanía.

Poner al paciente y la familia en el centro del sistema y del nuevo modelo asistencial, es básico. Pero, además, Atención Primaria tiene la responsabilidad y la oportunidad de incorporar al usuario y al paciente en esta dinámica de cambio y conseguir su colaboración en la implementación de los cambios organizativos y asistenciales.

Son necesarias estrategias para potenciar la responsabilidad del ciudadano en su propio autocuidado y facilitar su formación en el autocontrol de los procesos crónicos. Poner al paciente y familia en el centro del sistema.

6. Fomentar la participación de los profesionales de Atención Primaria.

Motivar a todas las categorías profesionales, desde los equipos directivos, a la participación activa en las iniciativas y decisiones tanto en el ámbito clínico como de gestión.

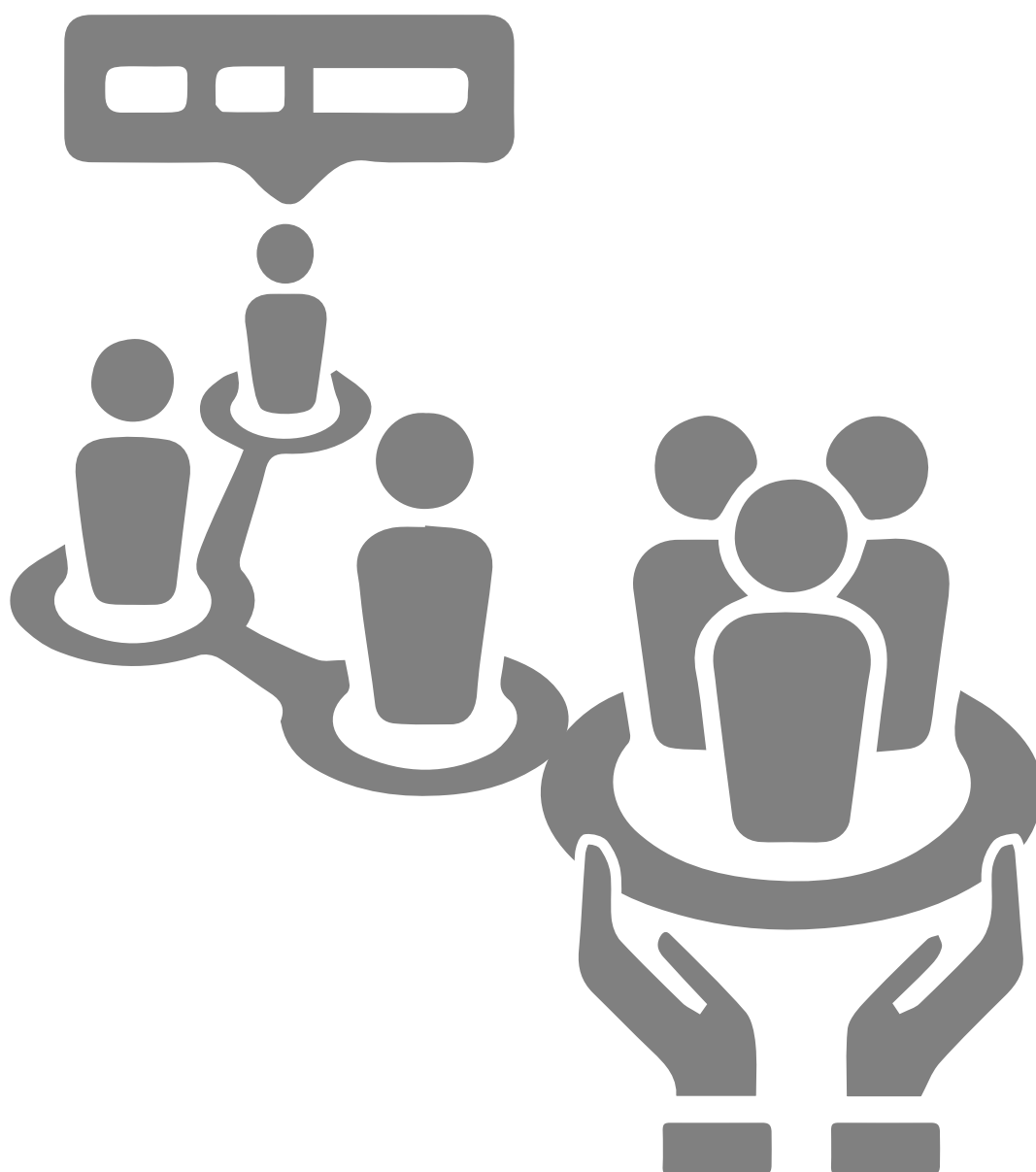
7. Nuevas figuras profesionales.

Además de alcanzar el techo competencial en todas las categorías profesionales, la nueva situación post covid-19 trae de la mano la oportunidad de incorporar algunos nuevos perfiles y figuras profesionales:

- Nuevo perfil del administrativo sanitario, más resolutivo.
- Médicos y enfermeras responsables de residencias dentro de los Equipos de Atención Primaria.
- Desarrollo de profesionales de apoyo en escenarios de teletrabajo.

8. Desarrollo de liderazgos.

Para el cambio son necesarios líderes y competencias individuales de liderazgo individual. Es preciso fomentar, mediante formación y programas específicos, el liderazgo y la autogestión. También es preciso desarrollar los liderazgos clínicos en el seno de la Atención Primaria.

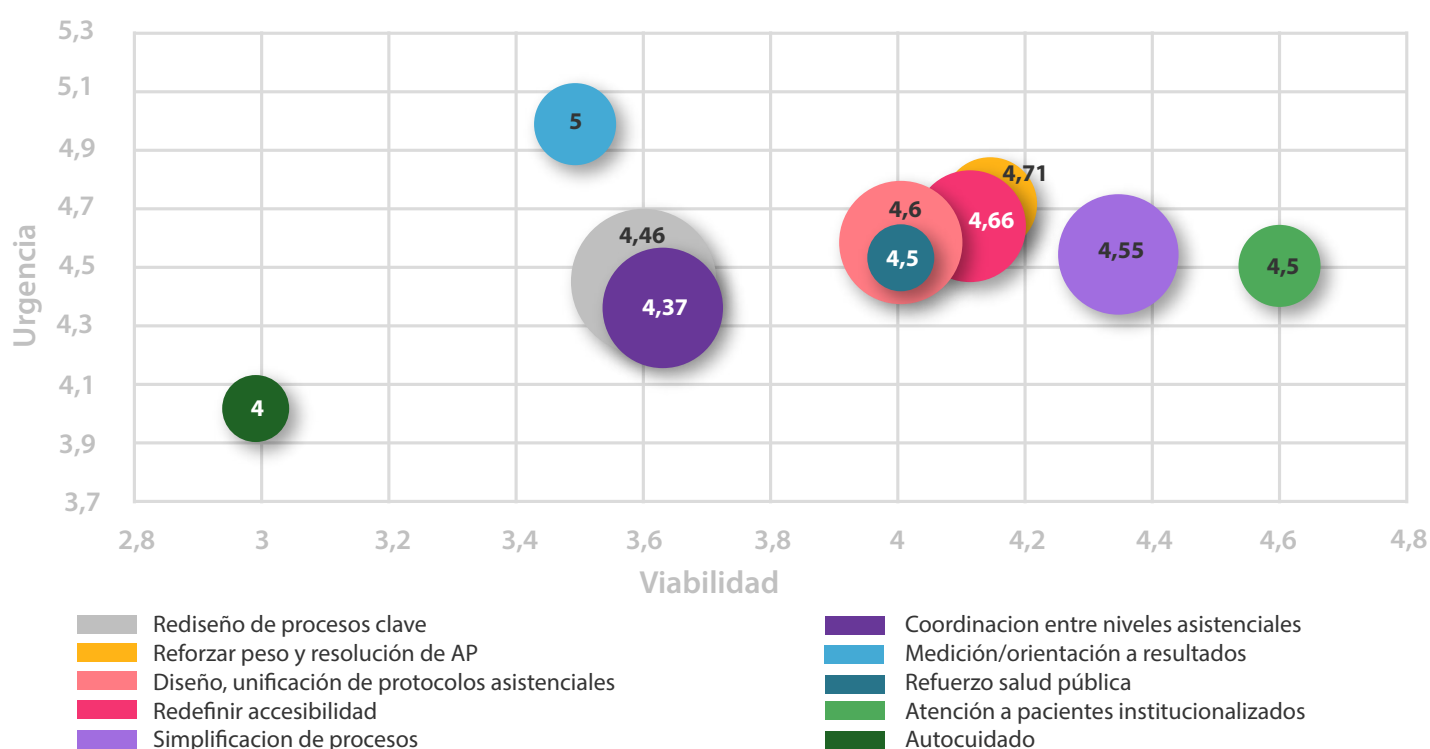


Gestión de procesos asistenciales

Los cambios en la tecnología y las personas son facilitadores de la transformación en los procesos de asistencia sanitaria que deben constituir el nuevo modelo. Muchos cambios son necesarios y urgentes en lo relativo a procesos; sin embargo, algunos de las más importantes encuentran barreras en cuanto a su viabilidad al corto plazo, por su complejidad y la cantidad de agentes implicados, o porque implican una reflexión que la urgencia de las circunstancias actuales puede dificultar. Si queremos un cambio de modelo en Atención Primaria necesitamos rediseñar procesos clave y eliminar lo que no añade valor, trabajar la coordinación para asegurar su transversalidad, aprovechar la oportunidad de redefinir la accesibilidad al sistema y medir.



Esta es la imagen de los cambios necesarios en los procesos asistenciales:



*El tamaño de las burbujas corresponde a la importancia del tipo de cambio, entendido como número de propuestas aportadas por los participantes. El número que aparece en la burbuja es el promedio de urgencia de los cambios propuestos en esa categoría.

1. Rediseño de procesos clave.

En los procesos asistenciales no siempre aparecen todas las figuras implicadas y eso hace que a veces el proceso no se pone en marcha con toda la facilidad con que debiera y surjan problemas para su implantación.

- Reenfocar la Atención Primaria a su papel fundamental de prevención y control de la enfermedad.
- Redefinir procesos de atención clave, como urgencias y emergencias.
- Revisar el procedimiento de control de procesos crónicos, controles del niño sano, salud sexual y reproductiva...
- Fomento e implementación de procesos de seguimiento telefónico para garantizar la continuidad asistencial.
- Establecer unidades asistenciales en cada Equipo de Atención Primaria con formación y dotación de material: Unidad de infiltración, de salud comunitaria, de ecografía, de cirugía menor, de espirometrías, de retinografías, de Procesos Asistenciales Integrados... dando responsabilidades a todos los miembros del equipo en ellas.
- Implantar procesos de comunicación en relación a las expectativas y la necesidad de flujos ágiles de información.
- Gestionar la innovación como un proceso transversal que impacta en todos los procesos, incorporando la tecnología como palanca de cambio de los procesos asistenciales.
- Redefinir los procesos de triaje para una adecuada respuesta a la demanda, implicando a administrativos sanitarios y enfermería.
- Potenciar las "visitas de acto único" (Médico y enfermera) en el control y seguimiento de procesos crónicos (analítica, revisión de autocontroles, realización de pruebas complementarias específicas (ECG, Holter, Espirometría, aplicación de escalas, adecuación de tratamiento, prescripción de

dieta, ejercicio físico, tratamiento farmacológico y no farmacológico, adherencia terapéutica...).

- Definir planes de actuación de crisis para escenarios de catástrofe, aprovechando lo ya aprendido con la covid-19.

2. Reforzar el peso y la capacidad de resolución de la Atención Primaria.

Es preciso "desequilibrar" la balanza y, huyendo de un modelo "hospitalocentrista", redistribuir las prioridades en sanidad, dotando a la Atención Primaria, no sólo de los recursos, sino del papel fundamental que le corresponde en garantizar la salud de la población española. Esto implica:

- Dar mayor peso y capacidad resolutoria a la Atención Primaria dentro de los procesos asistenciales transversales; mayor capacidad de decisión y autonomía.
- Acceso de Atención Primaria a peticiones de pruebas diagnósticas.
- Desarrollo de la prescripción enfermera en el territorio nacional y potenciar el papel resolutorio de la enfermería dentro de los procesos asistenciales.
- Presupuestos finalistas en AP.
- Sistematizar la proactividad desde el CS.

3. Diseño, unificación de protocolos asistenciales.

Redefinir procesos de forma transversal implica diseñar y unificar protocolos, de manera multidisciplinar y con acuerdos. Se precisan pautas comunes para el abordaje de los procesos, tanto en el ámbito clínico como el administrativo. Algunos de los cambios propuestos son:

- Protocolizar del trabajo (preventivo y asistencial) de equipos médico/enfermero de Atención Primaria para el control del paciente institucionalizado.
- Redefinir las guías y vías clínicas para el seguimiento de los procesos crónicos más prevalentes.

- Revisar y adecuar los criterios de prescripción de terapias respiratorias, especialmente de aerosoles en el ámbito de AP con alternativas más eficientes de manejo por el propio usuario.
- Dotar de relevancia el gabinete técnico que apoye en las decisiones y contribuya a elaborar protocolos y guías de actuación.
- Simplificar todo lo posible los protocolos mediante la elaboración de algoritmos esquemáticos y claros.

4. Redefinir la accesibilidad.

No se va a producir una oportunidad como la actual situación de redefinir cómo deben los ciudadanos acceder a la Atención Primaria. La situación de sobrecarga del médico y la enfermera de Atención Primaria por exceso de demanda en el Centro de Salud no puede volver a producirse. Los profesionales de la Atención Primaria deben tomar las riendas de la asistencia y no dejarse arrastrar por la demanda de los usuarios, que son los que han confeccionado la agenda. Pero esto no significa reducir la accesibilidad, sino redefinirla, consolidando algunos de los cambios ya iniciados durante la pandemia:

- Rediseñar el acceso al sistema: potenciar el triaje telefónico y presencial en los centros de atención primaria, con respaldo de protocolos que definan el perfil profesional que debe llevarlo a cabo y defina las competencias específicas a desempeñar, con respaldo normativo y jurídico.
- Potenciar la consulta no presencial: telefónica, telemática, videoconsulta, con agenda específica.
- Rediseño de la atención domiciliaria protocolizada. Planes de movilidad.
- Flexibilizar horarios de atención.
- Habilitar las agendas de enfermería a la población para citación a demanda.



5. Simplificación de procesos.

Para cambiar el modelo de Atención Primaria no sólo es preciso realizar cambios, sino dejar de hacer aquello que no aporta valor o es redundante y que, en tiempos de necesidad, se demuestra que es posible, sin afectar a la atención que reciben los pacientes.

- Adecuar el número de visitas presenciales en el control de procesos crónicos a las estrictamente necesarias.
- Eliminar burocracia innecesaria y permitir la resolución de trámites necesarios en personal auxiliar.
- Disminución de la protocolización en aras de la gestión de la información rápida y aplicación de las actuaciones.
- Definir las intervenciones “no hacer” utilizando metodología Lean en la redefinición de procesos.

6. Rutas transversales integradas para potenciar la coordinación entre niveles asistenciales.

La pandemia ha descubierto que la coordinación entre Atención Primaria, Hospitalaria y el sector sociosanitario es indispensable para resolver los problemas reales y urgentes. Y ha demostrado que los profesionales tienen la capacidad de coordinarse de manera natural cuando tienen un objetivo común.

Pero fuera de escenarios de crisis, es a través del diseño de procesos o rutas transversales integradas, donde cada nivel asistencial y cada categoría profesional sabe lo que tiene que hacer, es como la coordinación se materializa. Es preciso:

- Desarrollar procesos y vías clínicas eficientes, que eviten la repetición de pruebas diagnósticas y consultas carentes de valor. Dotar de sistemas informáticos de alarma que avisen de la duplicación de estudios y peticiones, que ya puedan estar hechos desde otros niveles asistenciales.
- Potenciar la interconsulta no presencial y las herramientas necesarias para ello.
- Avanzar en la atención compartida de los procesos con Atención Hospitalaria generando, por ejemplo, una “Comisión de Seguimiento de Continuidad Asistencial”, al igual que otras comisiones existentes, donde se reúnan jefes de servicio y coordinadores de los Equipos de Atención Primaria.
- Aumentar el peso y la resolutiveidad de Atención Primaria dentro de los procesos transversales.

7. Medición/orientación a resultados.

Una Atención Primaria orientada a resultados de salud implica medirlos, evaluarlos periódicamente e implantar acciones de mejora continuada.

Es preciso incorporar objetivos a los procesos y establecer herramientas de medición, así como cuadros de mando que permitan su control y evaluación por parte de los equipos directivos y la comunicación con los profesionales.

8. Refuerzo de la Salud Pública y Comunitaria en el seno de la Atención Primaria.

- Es preciso dotar a Salud Pública de un mayor liderazgo en el diseño de estrategias de control y contención de enfermedades.
- Aumentar la dotación de recursos y formación en los procesos asistenciales relacionados con Salud Pública.
- Incorporar la atención comunitaria en los procesos asistenciales.
- Impulsar la participación comunitaria en Salud.

9. Incorporar la atención a pacientes institucionalizados como parte de la Atención Primaria dentro de procesos asistenciales integrados.

La atención sociosanitaria no puede estar excluida de los procesos asistenciales integrados. Los pacientes que viven en residencias pertenecen a cupos de Atención Primaria como los que viven en sus propios domicilios. Por eso, la Atención Primaria no puede desvincularse de su seguimiento o atención y debe contemplar como un apoyo para sus propios profesionales, los recursos sanitarios de las residencias.

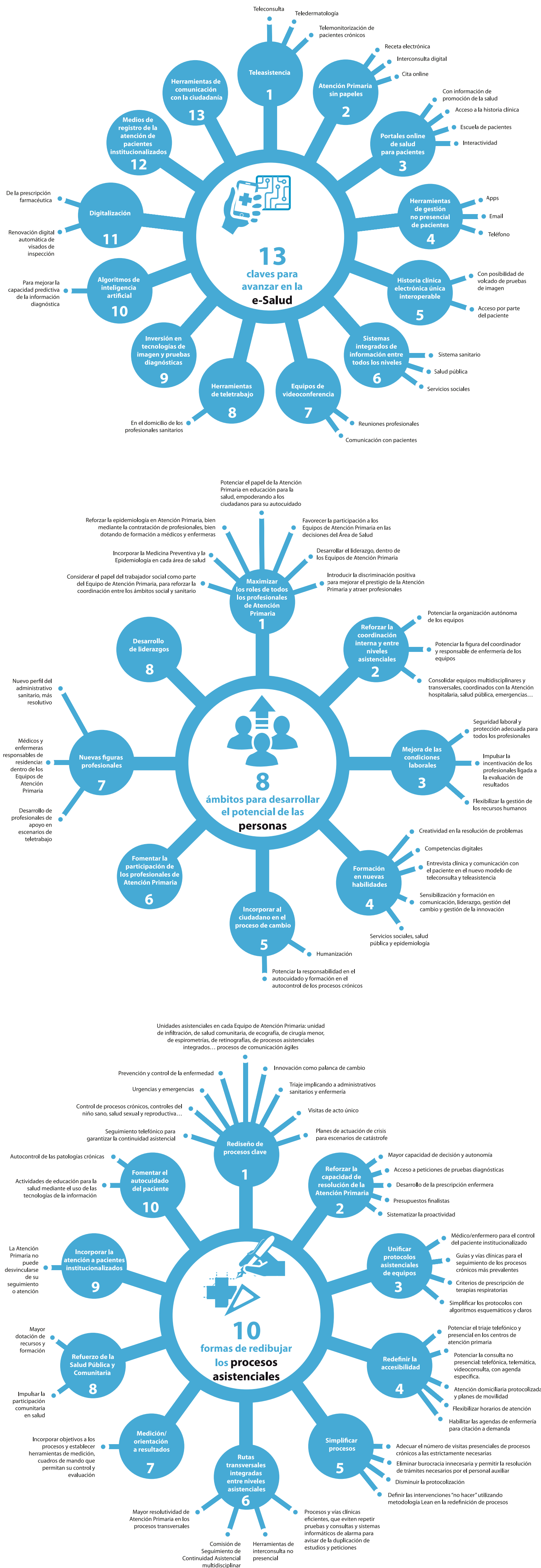
10. Fomentar el autocuidado.

- Apoyar a los pacientes para potenciar el autocuidado y autocontrol de las patologías crónicas.
- Potenciar nuevas fórmulas para las actividades de educación para la salud a grupos de población mediante el uso de las tecnologías de la información.

Mapa de oportunidades pos-Covid-19 para Atención Primaria

La pandemia de la Covid-19 ha exigido un ejercicio de adaptación sin precedentes para dar respuesta a las necesidades sanitarias de la población. Algunos de los cambios realizados de forma acelerada han servido como prueba concepto de la utilidad de “viejas” ideas que no acababan de materializarse.

Este es un resumen de algunos de los aprendizajes que, en opinión de los gestores de Atención Primaria participantes en este informe, no solo deberían quedarse, sino consolidarse y potenciarse en el futuro.



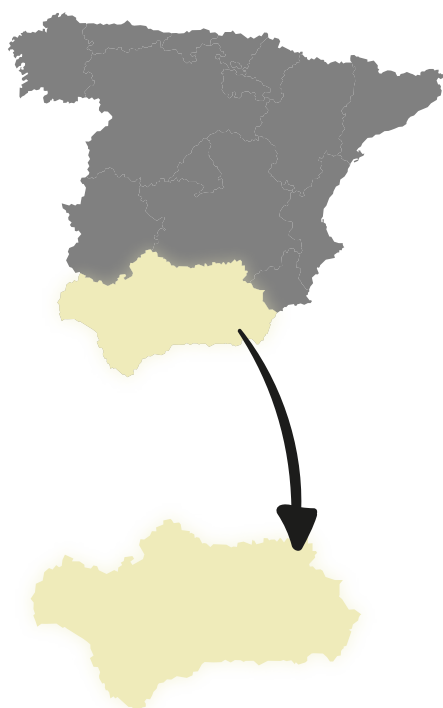
territoriales en la gestión de la covid-19



Experiencias

Andalucía

Intervención temprana en las residencias geriátricas, clave para reducir el impacto



La comunidad andaluza es la más poblada del país (cerca de 8,5 millones de habitantes) y la segunda más extensa tras Castilla y León. Con estas claves, a priori, sus ocho provincias no lo tenían fácil para coordinar y gestionar una situación desconocida que evolucionaba a gran velocidad y para la que nadie estaba preparado. La rápida capacidad de reacción mostrada por las instituciones andaluzas resultó determinante para contener el primer impacto de la pandemia. “Hemos tenido reflejo y viendo lo que ocurría en Madrid se ha tomado la iniciativa y adoptado decisiones de forma anticipada”.

Una buena muestra fue la temprana intervención de las residencias geriátricas que se incorporaron de forma preventiva al sistema de salud público antes de la escalada. El apoyo a estas instituciones del personal médico y de enfermería se inició a principios de marzo, fechas antes de que se ordenara por parte del mando único del Gobierno. Los profesionales de los centros de salud se desplazaron a visitar a los residentes como si fueran parte más de sus cupos, una actuación que se saldó con una de las cifras más bajas de fallecidos por coronavirus de todo el país en los centros sociosanitarios.

“Hemos ido improvisando, inventando, innovando y solicitando recursos y apoyo a nivel tanto institucional como de los profesionales. Y empezamos a generar una estrategia de afrontamiento de la situación desde los primeros casos en los que tuvimos certeza de positivo de covid-19”.

En el área integrada de Córdoba no ha habido descanso desde el 9 de marzo. Aún hoy no lo hay. El 80% o 90% del tiempo y los recursos del equipo gestor lo consume el ámbito hospitalario pero durante la pandemia, se decidió equilibrar el reparto y fomentar el contacto con el primer nivel asistencial. Ha sido una labor de trincheras, abandonando los despachos para acercarse al personal que trabajaba sobre el terreno para diseñar circuitos, ver los puntos de urgencia y escuchar.

La crisis sanitaria ha resultado en una “cura de humildad” para todo el sistema de salud.

“Pensábamos que nuestro sistema sanitario era el mejor del mundo y hemos errado. Tenemos unos profesionales extraordinarios pero el sistema tenía unas carencias y unas debilidades que se han puesto de manifiesto. Estábamos con unas dotaciones de recursos humanos y materiales excesivamente optimista. Pero ante una situación que desborda, hemos visto la baja dotación de recursos que han mostrado todas las CCAA, y ahí está el índice de infección entre los profesionales, que en Andalucía desgraciadamente ha sido mucho”.

La eclosión de la enfermería

La enfermería de atención primaria ha eclosionado en Andalucía durante la pandemia. La situación de crisis ha roto la tendencia de limitar el papel de este colectivo a las curas, inyectables, vacunas y extracción de sangre. “Hablamos de profesionales sanitarios graduados, con un nivel académico que les permite desarrollar un campo de trabajo y una labor muy superior a la que ha sido la básica de la enfermería”. En estos meses, el personal de enfermería se ha sentido parte imprescindible del equipo asistencial y se ha hecho cargo del seguimiento, de la toma de muestras, de la gestión de casos.

Los rebrotes no están dando tregua en esta comunidad autónoma que se prepara para el otoño con rapidez. Se mantiene la situación de alerta y alarma en los centros, con el doble circuito, el seguimiento telefónico y domiciliario, el sistema autocovid de toma de muestras de PCR. “Mantenemos la tensión porque no sabemos lo que va a ocurrir. No tenemos un escenario claro, desconocemos si hay inmunidad y si es así durante cuánto tiempo, ya que estamos viendo sobreinfecciones en otros países”.

Reforzar el papel de la atención primaria debe formar parte de la estrategia de contención ante una nueva oleada. Durante la primera, los médicos permanecieron en los centros de salud haciendo consulta y seguimiento telefónicos de casos. Todo se hizo por teleconsulta, renovación y ajustes de tratamientos. Y, además de los médicos, otros profesionales han asumido nuevas funciones y roles claves para la gestión de la situación. Como el papel de los técnicos sanitarios en la toma de muestras domiciliarias, o la labor del personal de limpieza desinfectando cada cama y silla tras un ingreso; el de los administrativos a la hora de facilitar avisos y citas. Una labor de equipo que en muchas ocasiones no ha sido reconocida pero que ha resultado esencial.

Cómo ha influido en la gestión de la pandemia en Andalucía

La estrategia política.

Se ha volcado en la búsqueda constante de recursos y una gestión equitativa de los que había, no se ha escatimado en medios a la hora de implementar recursos materiales y de material y se ha llevado a cabo un reparto equitativo de los mismos en función de la necesidad de cada centro.

El liderazgo institucional.

A nivel de la comunidad autónoma ha habido descoordinación en ciertas gestiones y no ha existido una línea de continuidad. A nivel provincial, un notable, porque se ha diseñado una manera propia de actuar con los centros con independencia de si eran públicos o privados. Y a nivel de área, un notable alto, porque hemos estado al lado de los profesionales mañana, tarde y noche y lo han percibido.

La labor de los profesionales.

Siempre hay margen de mejora, pero su profesionalidad, entrega y dedicación han sido reconocidos.

El comportamiento de la ciudadanía.

Durante el confinamiento, la población ha entendido lo que tenía que hacer.

La comunicación institucional.

Ha habido fallos de comunicación tanto a nivel horizontal como vertical. Los protocolos se han cambiado en exceso y, en ocasiones, se han diseñado pensando en realidades estándar y eso no funciona porque las realidades en cada área no son las mismas y las culturas institucionales tampoco. Hay que hacer adaptaciones locales porque si planteas marcos muy rígidos, las directrices no funcionan.

Los medios de comunicación.

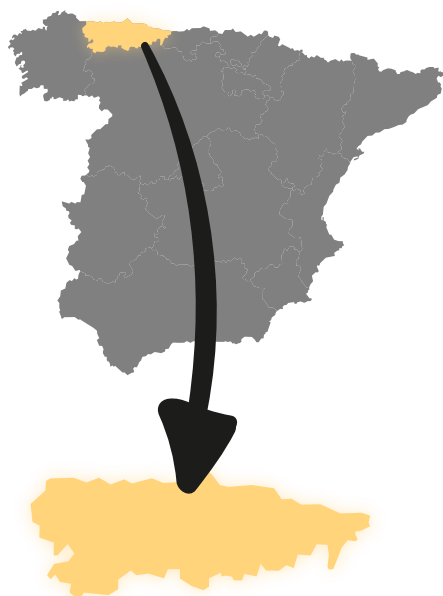
Han sufrido también un problema de comunicación con las instituciones. Si la información no se actualiza cuando la han publicado ya estaba obsoleta.

La estructura y recursos sanitarios.

Ha sido suficiente pero no para dar respuesta a lo que se nos venía encima.

Asturias

La Atención Primaria, clave en la primera región “Libre de covid-19”



La covid-19 ha sacado a la luz el papel central que la Atención Primaria tiene en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, ha permitido la implantación de la Salud Digital en muchos procesos y ha hecho que la sociedad compruebe que estos cambios son posibles.

En Asturias la Atención Primaria tuvo desde el principio una tarea muy clara: la identificación y diagnóstico precoz de posibles casos y su seguimiento domiciliario, evitando que las personas con covid o con sospecha de covid fueran a las urgencias siendo fuente de transmisión. Primaria tuvo de esta manera su papel en la atención comunitaria; fue fundamental la identificación precoz de los casos, evitando que evolucionaran a más complicados y evitando rutas de contagios, con el seguimiento domiciliario de pacientes que se quedaban aislados en casa.

En negativo, lo que ha tenido más peso en la gestión de la crisis sanitaria fue la desprotección de los profesionales sanitarios y que los centros hospitalarios y de AP no estaban preparados arquitectónicamente y hubo que rediseñarlos para disponer de circuitos alternativos de pacientes.

Si hay una buena Atención Primaria, el médico de familia y la enfermera tienen un cupo de pacientes a los que tienen que conocer, y eso tiene que facilitar que puedan contactar con ellos, especialmente con los vulnerables, crónicos, de riesgo...

Por otro lado, para los pacientes de cada cupo que llamen al centro de salud, se ha habilitado un call center que recibe la llamada de todos los centros de salud, donde médicos y enfermeras contestan, dan consejo y orientan.

No sólo se ha mantenido toda la estructura de la Atención Primaria en Asturias, sin desplazar recursos al hospital, sino que además se ha reforzado, contratando a todos los residentes que se pudo, con personal jubilado voluntario, y con las EIR.

El papel de Atención Primaria en Asturias ha residido en:

- **El seguimiento e identificación de posibles casos** covid, la valoración del grado de gravedad, para decidir si derivar o no hospital, si hay que hacer visita domiciliaria o se haga seguimiento telefónico.

- **El apoyo a residencias.** Atención Primaria puso una enfermera en las residencias intervenidas, que ha dirigido los espacios de atención, el aislamiento, y control de los pacientes, prácticamente gestionando la residencia como la planta de un hospital, con los mismos criterios de seguridad y control. Los residentes graves se derivaban al hospital y los más leves permanecían en la residencia.

Los médicos de Atención Primaria han intervenido en residencias donde no había personal sanitario. Donde sí lo había, lo ha hecho su personal, pero con la supervisión de Atención Primaria. Se ha atendido a las personas las residencias y se ha hecho su seguimiento, como si fuesen domicilios, pero de personas vulnerables.

- **El papel de la enfermería.** Las enfermeras han liderado todo el proceso de atención en residencias; el proceso de cuidados y atención sanitaria en UCI y en planta de hospitalización; han liderado las más de 100.000 PCR que se realizaron en Asturias, y han sido ellas las que lo han hecho (gestionando equipos móviles, toma de muestras, puntos de atención...).

En el Principado de Asturias se ha creado una estructura de rastreadores, contratando a 30 enfermeras dedicadas a esta tarea, dependientes directamente de la Consejería, pero en conexión con cada área Sanitaria, ya que cada una de ellas tiene su rastreador de referencia. La enfermería ha puesto de manifiesto el carácter esencial que tiene dentro del sector sanitario.

- El trabajo de la Atención Primaria ha venido a reforzarse en el Principado de Asturias gracias a la **mejora de la comunicación entre niveles asistenciales**, que se ha concretado en procedimientos explícitos de trabajo. Se están consolidando las consultas colaborativas donde cada especialidad ha formado grupos de trabajo entre especialista de hospital y médico de Atención Primaria para elaborar rutas de abordaje en la práctica diaria. Esto está permitiendo que el médico de Atención Primaria, por ejemplo, en patologías crónicas, comparta con un especialista el manejo del paciente, qué protocolo de tratamiento sigue, de forma que el especialista puede valorar y decidir conjuntamente si el paciente debe o no ir al hospital, si es preciso modificar o no su tratamiento...

Todo ello luego se está concretando en la Historia clínica digital para que haya un seguimiento exhaustivo de cada paciente. Este tipo de consulta es más que una consulta telefónica: es un procedimiento clínico seguro, con un aval de seguridad de información, con un marchamo de legalidad y de trazabilidad de lo que está ocurriendo, para que la validez y fiabilidad de la consulta sea igual que la presencial.

Esta dinámica se está poniendo en marcha también en enfermería concretando procedimiento entre la de AP y la de AH. Esto es una ventaja para los pacientes: todo lo que puedan acordar los profesionales sanitarios entre ellos ahorra tiempo y molestias al paciente.

Cómo ha influido en la gestión de la pandemia en Asturias

El liderazgo institucional.

La Consejería se ha dejado asesorar por profesionales y expertos técnicos. El propio Presidente asumió en persona un papel de liderazgo, minimizando interferencias políticas.

El papel de los profesionales.

En general su actuación ha sido magnífica. Será necesario un análisis profundo para identificar aspectos mejorables y corregir sus causas.

El papel de la ciudadanía.

Quedándose en casa, teniendo confianza en la organización sanitaria y aceptando lo que los responsables sanitarios les decía que había que hacer. Cuando se les ha planteado acudir a un punto periférico, interrumpir su intervención quirúrgica, u otros cambios, la ciudadanía ha aceptado de buen grado que era lo que había que hacer.

La comunicación institucional.

Fue fundamental en los peores momentos de la pandemia. Cada mañana la reunión del Comité de Crisis con directivos y expertos permitía transmitir las directrices de manera ágil, para que la ejecución fuera muy rápida. Por eso la comunicación interna debe ser exquisita.

La estructura y los recursos sanitarios.

En el caso de Asturias ha sido ejemplar la reconversión que ha ido haciendo el sistema sanitario en función de cada momento y el escenario de la pandemia. No ha llegado a haber saturación ni de hospital, ni de UCI, ni de urgencias, ni de AP. Se ha producido una bajada de la actividad programada, una permanente atención a urgencias, que ha estado al 40% de su actividad habitual, una bajada de actividad en los centros de salud importantes (aunque se ha seguido haciendo la atención domiciliaria) y una atención muy importante centrada en el domicilio en el caso de la tercera edad. Las plantas de hospitalización nunca llegaron a estar saturadas, siempre ha habido disponibilidad para albergar a más pacientes si se necesitaba (de hecho no se ha tenido que habilitar el hospital de campaña instalado).

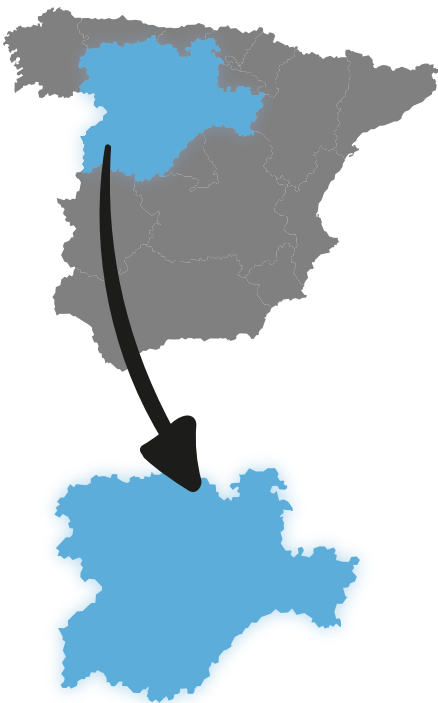
Las UCIs que, se llegaron casi a duplicar en puestos (de 14 a 27), siempre estuvieron a un 40-50%. En definitiva, se produjo en Asturias una reorganización del sistema sanitario que ha demostrado capacidad para atender al máximo de necesidades en el momento álgido de la pandemia, pero siempre con disponibilidad para más.

Los medios de comunicación.

En general han dado mucha y buena información. Los medios locales han dado mucha información con poco tinte político, a diferencia de algunos medios nacionales.

Castilla y León

La pandemia evidencia que la gestión del cambio es factible



La comunicación y la coordinación han sido determinantes en la gestión de la pandemia por la covid-19 en el territorio de Castilla y León, la quinta comunidad autónoma del país en número de fallecimientos a causa del coronavirus pero especialmente castigada en algunas de sus provincias que muestran tasas de población muy envejecida. Las administraciones autonómicas y regionales y las corporación locales han trabajado junto al sistema sanitario y han activado canales de comunicación inéditos hasta la crisis.

“Se han roto barreras de forma rápida y ágil. Se han acelerado proyectos pendientes de llevar a cabo desde hace tiempo y se han puesto en marcha nuevas iniciativas relacionados con la comunicación, la telemedicina, la historia clínica. Hemos conseguido un gran avance”.

De las reuniones presenciales se ha pasado a espacios online de información compartida y a grupos de WhatsApp como canal de enlace rápido. La integración de sistemas que se habían ido trabajando previamente, pero que se han visto forzados a entrar en actividad durante el estado de alarma, ha supuesto una ventaja en la gestión sanitaria de la situación. Lo mismo que la transparencia informativa. La consejería de Sanidad habilitó la aplicación Iria Medical para mantener informados a los profesionales en tiempo real y el portal de información de Presidencia ha integrado en un único espacio todos la documentación y novedades de utilidad, tanto para el personal sanitario como para los ciudadanos.

A ellos se ha unido la respuesta y el compromiso de los profesionales. “Ha habido una gran capacidad de reacción a pesar de las dificultades de movilizar a un grupo amplio de profesionales teniendo en cuenta la actualización constante de los protocolos”. El modelo asistencial se fue adaptando a medida que avanzaba la pandemia, tanto a nivel estructural de los centros, acometiendo reformas, como a nivel funcional buscando alternativas y soluciones para coordinar los flujos de pacientes, cambio de rol de los profesionales, tanto en los Centros

como en la creación de los nuevos equipos covid, o equipos para la atención a centros geriátricos. “El voluntarismo y el compromiso han sido fundamentales”.

La crisis del coronavirus ha demostrado que la gestión del cambio en sanidad es factible. “Frente a la rigidez del sistema y las muchas resistencias, se ha visto que gracias a los profesionales se pueden vencer en poco tiempo. Hemos podido percibir deficiencias en aspectos que pensábamos que teníamos bien ordenados, que sin embargo precisan incorporar importantes mejoras: debemos seguir implementando las tecnologías de la comunicación, es preciso potenciar la formación e información comunitaria, hemos comprobado la importancia de la salud pública, de la prevención y de la seguridad. Y que la atención primaria desarrolla un papel clave y fundamental ante estas situaciones con el fin evitar el colapso del sistema sanitario”.

Profesionales polifacéticos

La adaptación se ha dejado sentir en las funciones de los diferentes perfiles sanitarios que, al igual que en otras zonas del país, asumieron tareas nuevas, en algunos casos, alejadas a las rutinas habituales, y pasaron de la atención presencial a la telefónica, para gestionar las llamadas de pacientes covid o las multitud de solicitudes de información o el seguimiento de sospechosos y enfermos; o se dedicaron a hacer protocolos rápidos para pacientes covid, diseñaron los circuitos de los centros o, incluso, asistieron a los pacientes en situación de aislamiento y soledad.

El alto nivel de contagios entre el personal médico lastró una dotación ya de por sí escasa. Y la enfermería acudió en ayuda. “Ha tenido un protagonismo importantísimo y un rol muy proactivo. Se ha incorporado a las consultas no presenciales, al teletrabajo y han tenido un papel fundamental como rastreadores, para el control y vigilancia de casos de sospecha. Han sido parte del equipo multidisciplinar de residencias junto con los profesionales de primaria y del hospital y los residentes, han dado formación, han ayudado a gestionar y organizar espacios y a realizar las pruebas diagnósticas pertinentes”.

La gestión de situaciones de crisis genera una montaña rusa de emociones con una actividad frenética, en la que compiten buenos momentos con la decepción, la frustración y, la tristeza y decaimiento.

“Se han vivido situaciones dramáticas fundamentalmente en el momento álgido de la pandemia y en las instituciones residenciales, donde los compañeros que intervinieron se emocionaban ante el drama que habían vivido”. Y también con el miedo. “Ha habido profesionales con mucha voluntariedad y se han puesto en primera línea pero también ha habido mucho miedo y mucho respeto al enfrentarnos a una situación compleja y desconocida”.

Cómo ha influido en la gestión de la pandemia en Castilla y León

La estrategia política.

Ha sido muy coherente. Se ha explicado y transmitido bien y la comunicación ha sido consensuada con expertos y transmitida por diferentes canales de comunicación y a través de videoconferencias.

El liderazgo institucional.

Se ha percibido en todo momento que las acciones implementadas y la información ha sido coherentes con la situación, lo que ha reforzado el liderazgo y la credibilidad de la Consejería de Sanidad.

La labor de los profesionales.

Excelente en su gran mayoría. Aspecto clave en el abordaje de la pandemia buena colaboración y compromiso.

El comportamiento de la ciudadanía.

En la primera fase, enseguida tomó conciencia de la situación y se adaptó rápidamente a la misma. El paciente aceptó de buen grado, al principio, que había que tener mucha precaución para contener la pandemia mediante seguimiento no presencial para detectar los casos sospechosos, trabajar con citas previas, habilitar un circuito para pacientes respiratorios y otro para no respiratorios. Con la finalización del estado de alarma y la vuelta a la “nueva normalidad”, no se tomó conciencia de que el riesgo no había desaparecido y en muchos casos y desde algunas instituciones se exigía volver al estado anterior. Y el día a día nos demuestra que hay que ser cautos y estar atentos a brotes y nuevas oleadas.

La comunicación institucional.

Se ha dado mucha información y ha habido mucha transparencia. Todo ha estado accesible, incluso en formatos amigables, como el vídeo, y se ha sido muy ágil en la información con correos electrónicos y videoconferencias.

Los medios de comunicación.

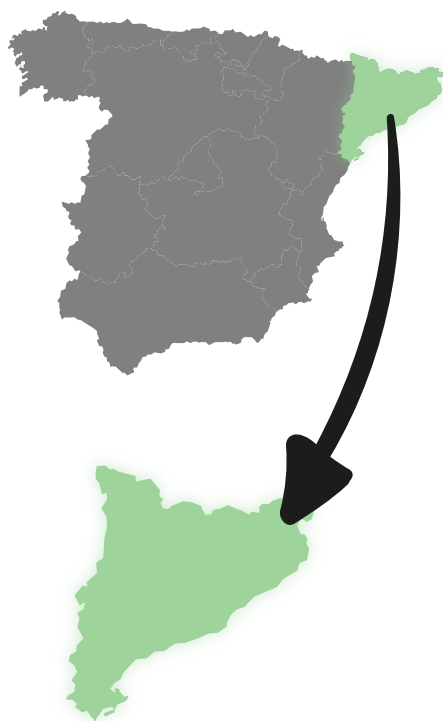
Mucha de la información que circulaba ha generado conflicto, discomfort o expectativas que no correspondían con la realidad. Los profesionales hemos tenido que contrarrestar informaciones erróneas y explicar y convencer a los pacientes, lo que nos ha dificultado la gestión de la situación, (uso de mascarillas, test diagnósticos...).

La estructura y recursos sanitarios.

La estructura ha sido suficientemente flexible para poder adaptarnos a la situación. Hemos visto carencias en infraestructuras porque muchos centros no estaban en condiciones como para establecer un doble circuito, no disponían de espacio suficiente o no podían albergar a más profesionales. Recursos sanitarios, no hemos podido reforzar ni suplir a los profesionales sanitarios de determinadas categorías carencia en las bolsas de empleo.

Cataluña

El reto de consolidar la “nueva flexibilidad” del sistema de salud



La pandemia ha representado en Cataluña, como en el resto de territorios, un reto que ha hecho trabajar de forma distinta a los profesionales sanitarios. Lo más destacable en la época de la escalada de la covid-19 ha sido el compromiso de los profesionales y lo más negativo durante las semanas más duras de la gestión de la crisis sanitaria, el escaso papel que se le otorgó a la Atención Primaria.

Cataluña ha centrado la gestión de los casos de covid-19 en el ámbito hospitalario en detrimento de la capacidad de diagnóstico del primer nivel asistencial. “Se ha infravalorado su papel en general”.

Las derivaciones al hospital de los casos sospechosos se restringieron en el caso de las personas de más de 60 años, lo que contribuyó a que miles de ciudadanos con fiebre y otros síntomas de coronavirus no recibieran atención y se produjeran numerosos fallecimientos en los domicilios. Los hospitales absorbieron a un 10% de los afectados y un 3% fue atendido en cuidados intensivos pero millares no pudieron recibir atención en su centro de salud. “Se puede decir que el 90% de los infectados no ha sido suficientemente atendido”.

Los profesionales de primaria fueron movilizados desde el inicio hacia el hospital lo que complicó la situación de pacientes que tampoco recibieron asistencia para sus otros problemas de salud. Se suspendieron visitas, pruebas, la petición de citas y el acceso a las urgencias de atención primaria.

Igualmente deficitaria resultó la atención a las residencias geriátricas, cuya provisión corresponde al sector privado en Cataluña. “La prestación de servicios sanitarios ha sido inexistente no solo para la covid-19 sino para cualquier otra causa, lo que ha favorecido una altísima mortalidad”.

A pesar de ello, situación vivida ha vuelto a visibilizar el compromiso de los profesionales sanitarios tanto del sector público como del privado. “Hemos dado todo lo mejor ante este reto”. A destacar el papel de los profesionales de enfermería, que han desarrollado aún más sus competencias con el seguimiento de los pacientes con sospecha y diagnosticados.

Uno de los aprendizajes que se ha puesto de manifiesto es el de las enormes posibilidades que brinda la tecnología para facilitar el trabajo a los ciudadanos y a los profesionales. “El sistema sanitario, a pesar de sus rutinas y rigideces, se ha flexibilizado de golpe. El reto es aprovechar esa nueva flexibilidad y consolidar los avances logrados”. La pandemia ha generado nuevas oportunidades en la comunicación y acceso a los servicios sanitarios para pacientes y profesionales. Un ejemplo, la necesidad de incorporar cámaras en los equipos de teleconsulta para ver el rostro del interlocutor, ya sea paciente o un sanitario, ya que brindan información no verbal de interés.

Cambiar la relación entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales es otra tarea a consolidar en el futuro. En estos meses, los especialistas han empezado a actuar como consultores del equipo de atención primaria, algo por lo que se venía abogando desde hace tiempo. Igual que por reducir la burocracia que lastra la actividad asistencial de los profesionales.

Cómo ha influido en la gestión de la pandemia en Cataluña

La estrategia política.

Hubo una buena respuesta hospitalaria pero no se puso en marcha una estrategia de salud pública y se interrumpió la actividad en la atención primaria.

El liderazgo institucional.

Ha habido mucha incertidumbre y confusión, aunque también se han desbloqueado ciertas herramientas online y se ha experimentado un avance tecnológico.

La labor de los profesionales.

El 95% lo ha dado todo, ha suspendido sus horarios personales y ha aceptado estar a disposición de las instituciones para hacer lo que hubiera que hacer.

El comportamiento de la ciudadanía.

Ha sido compresiva, ha aceptado que sus otros problemas de salud pasaban a un segundo plano y se ha resignado a no recibir atención. Se ha generado un miedo 'razonado' a acudir a un centro sanitario porque el hospital favorecía el contagio pero esto ha retrasado mucho la visita en el caso de algunas enfermedades graves.

La comunicación institucional.

Ha habido mucha, en algunos casos excesiva, lo que propiciado confusión y que la información pierda efectividad.

Los medios de comunicación.

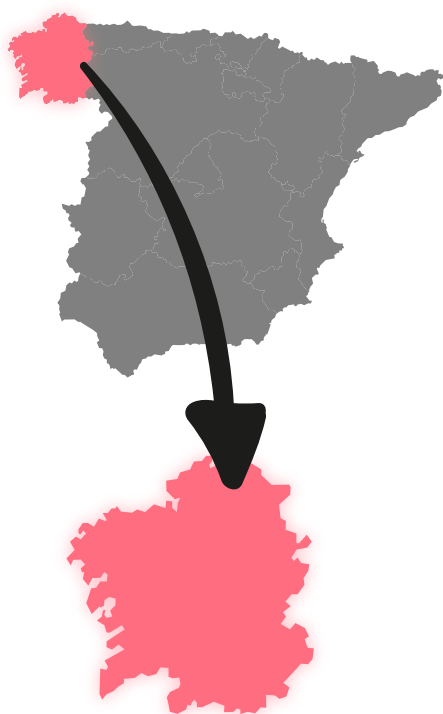
La información con relación a la covid-19 ha sido correcta: han generado el alarmismo que tocaba para convencer a la población.

La estructura y recursos sanitarios.

La pandemia ha revelado que el sistema sanitario es más flexible de lo que se pensaba y ha dado muestras de una nueva dimensión en la capacidad de crecer y desarrollarse en caso necesario. No obstante, si bien esto es cierto en el caso del hospital, cuya estructura es más que suficiente, la Atención Primaria ha sido la hermana pobre al contar con pocos centros.

Galicia

La gestión centralizada y equitativa como palanca de 'éxito'



Galicia es una comunidad de vasto territorio plagado de núcleos de población dispersos. Pero con la covid-19, la región más al noroeste de la península cerró filas y se convirtió en una piña. El presidente de la Xunta, Alberto Nuñez Feijóo se puso al frente del comité de crisis de la pandemia y se reunió todas las semanas durante el estado de alarma con profesionales y gerentes de las áreas sanitarias. Un total de 30 personas de todos los niveles y de diferentes sectores de actividad participaron en esos encuentros, en los que se fueron tomando las decisiones para gestionar la crisis sanitaria.

Una de las primeras medidas, además de involucrar a los profesionales de diferentes ámbitos en la gestión de la inesperada situación, fue optimizar la plataforma logística que centraliza la compras de los recursos del sistema autonómico de salud. Aunque la central de compras no era nueva resultó en todo un acierto porque permitió repartir equitativamente el material entre todos los centros sanitarios y sacar adelante la situación. La solidaridad de la sociedad gallega hizo el resto. "Ha habido momentos en que pensábamos que no íbamos a tener material y aparecía una institución o una empresa privada con una donación". La Xunta hizo de nuevo piña y habilitó un portal para gestionar todas esas donaciones y repartirlas de forma proporcional a las necesidades. Las bajas tasas de contagio entre el personal sanitario en la comunidad gallega (menos de un 4,5%) evidencian el buen resultado de la estrategia.

Como en otras regiones, la tecnología ha sido clave para coordinar la asistencia y la comunicación entre los profesionales y de estos con los pacientes. En la provincia de Pontevedra, la historia clínica compartida entre Atención Primaria y el hospital permitió gestionar la información de los casos positivos; los pacientes crónicos y los pacientes covid fueron atendidos de forma remota con aplicaciones de telemedicina y telemonitorización.

Los centros de salud y los hospitales se organizaron para llamar cada día a los afectados y se habilitó una aplicación para que los pacientes

pudieran introducir información que facilitara el seguimiento por parte del equipo asistencial. La información se trasladaba a una central que lanzaba una alerta en el caso de que algún indicador no estuviera en rango. “Enseguida vimos que los pacientes querían que les llamáramos, aunque volcaran los datos, y así lo hicimos. Esto favoreció que se sintieran bien con el seguimiento”. Ahora, los hospitales no quieren dejar la telemedicina.

En Pontevedra, el área con menor número de casos, se crearon desde el inicio equipos multidisciplinares covid para favorecer que los profesionales trabajasen juntos. Se hizo partícipes a los profesionales del primer nivel asistencial junto con los del hospital y, dentro de este, desde el personal quirúrgico, a los microbiólogos, preventivistas, urgenciólogos y neumólogos participaron en la elaboración de los protocolos desde el primer momento.

“Trabajamos con los informáticos para poder dar información en tiempo real, con microbiología, con medicina preventiva para organizar las pruebas con PCR, montamos un COVIDauto para hacer toma de muestras a la población sin bajar del coche. Ha sido muy estresante y cansado pero los resultados están ahí”.

Se impartió formación continua (aún se hace), incluidos diversos simulacros para que todo el mundo supiera que hacer llegado en caso. Se tomó ventaja de la semana de retraso en la manifestación de síntomas del pico pandémico que Galicia llevaba respecto a Madrid y se fueron estableciendo circuitos que se probaron de antemano. Esta cierta ventaja se aprovechó también para optimizar la estructura asistencial realizando obras de adaptación en los centros hospitalarios, por ejemplo, dotándolos de nuevos boxes de aislamiento que serán bienvenidos en el caso de que en otoño se produzca un repunte de casos.

La seguridad de los profesionales ha sido un duro caballo de batalla. Las unidades de riesgos

laborales se han erigido como grandes olvidadas en esta crisis y ha abundado información confusa sobre las medidas de protección, especialmente, en las primeras semanas.

“Veíamos a profesionales con bolsas de basura en centros de salud o a la población haciendo uso inadecuado de los guantes. Es importante contar con una buena unidad de riesgos laborales en esta situación”.

Un punto y aparte ha sido la participación de los profesionales de enfermería, que se ha revelado como categoría profesional clave en la gestión de la pandemia: “Han gestionado la comunicación de los pacientes y sus familias en el exterior y han sido la referencia en los cuidados, en la extracción de muestras, en los equipos de seguimiento telefónico, en los estudios seroprevalencia en atención primaria y en las visitas domiciliarias. Su función ha sido clave para mantener el contacto mientras la gente estaba confinada con miedo a salir”.

En el horizonte, la tarea de control de los posibles brotes y la necesidad de disponer de equipos de rastreadores para detectar posibles positivo e identificar contactos y hacer seguimiento. “Si lo hacemos bien nos dará tranquilidad. Tenemos que ser muy disciplinados a nivel sanitario y muy rápidos en la detección de casos sospechosos y control de los contactos”.

Y de cara al otoño y a la alta posibilidad de un repunte de los casos, Galicia se prepara pensando en el peor escenario y en retomar la estrategia de equipos piña multidisciplinares, incorporando, esta vez en mayor medida, a los profesionales de atención primaria. “Les informamos mucho pero les dimos poco protagonismo. Deberíamos haberles involucrado más en cuestiones hospitalarias para dar formación o apoyo a los equipos de seguimiento”.

Cómo ha influido en la gestión de la pandemia en Galicia

La estrategia política.

Ha sido un acierto implicar a los profesionales desde el inicio. Y ha habido transparencia en los datos: la información se publicaba diariamente, incluso la de las residencias.

El liderazgo institucional.

Algunas instituciones se implicaron hasta el fondo, pero algunas otras se echaron de menos. Hemos necesitado cosas de otras consejerías y no encontrabas a nadie.

La labor de los profesionales.

Los que estuvieron en primera línea se merecen un 10 pero hubo otros a los que se les echó en falta.

El comportamiento de la ciudadanía.

La gente se comportó muy bien y se confinó, salvo excepciones.

La comunicación institucional.

Hubo mucha campaña informativa para pacientes y profesionales que se difundió a través de los centros de salud, las farmacias, los supermercados y la radio y la televisión. La información llegó a donde se quería que llegara.

Los medios de comunicación.

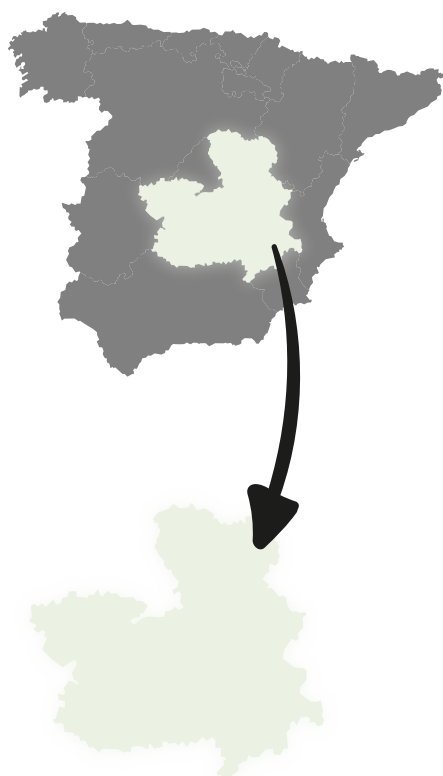
Juegan un papel importante a la hora de informar a la población pero hubo algo de sensacionalismo y negatividad que causó miedo, sobre todo a la gente mayor.

La estructura y recursos sanitarios.

Destaca la plataforma logística que centraliza la compra y distribución de material; la historia clínica compartida entre Atención Primaria y el hospital; la telemedicina y la telemonitorización.

Guadalajara – Castilla la Mancha

Convertir un área sanitaria en Área covid



El área integrada de Guadalajara, que en el inicio de la pandemia tenía, desde el punto de vista epidemiológico, las características de la Comunidad de Madrid, tuvo que tomar decisiones ocho o diez días antes que el resto de la región. Las primeras avalanchas de pacientes en el hospital de Guadalajara y las cifras de mortalidad llevaron a tomar la primera decisión fundamental a partir de la cual se abordó la gestión de la pandemia: reconvertir tanto el hospital como el área integrada de Guadalajara en un Área covid.

Castilla La Mancha representa la tercera región de Europa en mayor dispersión geográfica. Los pueblos más distantes del hospital de Guadalajara se encuentran a 150kms de distancia. Con 250.000 habitantes en más de 300 municipios, la provincia cuenta con 32 centros de salud y 422 consultorios locales. Una dispersión que obliga a gestionar de manera distinta.

A partir de mediados de marzo, la gerencia del Área integrada empezó a tener conciencia de que la Atención Primaria tenía un papel clave: que la covid tenía una sintomatología grave en algunos pacientes que necesitaban hospitalización y que era preciso definir muy bien los criterios para decidir el ingreso o el tratamiento domiciliario. Teniendo en cuenta que, en una situación de escasez de pruebas diagnósticas, la máxima utilizada era: si hay síntomas sospechosos, es covid “hasta que se demuestre lo contrario”.

Atención Primaria fue fundamental no sólo gestionando los pacientes covid en su domicilio con aislamiento y el tratamiento oportuno, sino también a los contactos que tuvieron que ser aislados. Eso supuso gestionar también las bajas laborales: se puso en marcha un mecanismo en toda Castilla la Mancha para que la gestión de las bajas de los profesionales fuera directamente a través de inspección, y las del resto de los ciudadanos, a través del médico de Atención Primaria, de forma telemática casi desde el principio. De esta forma las personas aisladas se quedaban en casa, pero tranquilas, sabiendo que todos sus asuntos burocráticos estaban en orden.

El proceso de rastreo de contactos ha sido clave en la contención de la pandemia. Se creó un grupo de Enfermeras de Vigilancia Epidemiológica (EVE); se necesitaban muchas y era preciso que se situaran en los lugares adecuados. En las demás provincias de Castilla la Mancha se puso en marcha el proceso con enfermeras locales en cada centro de salud. Pero, debido a la dispersión geográfica de

Guadalajara, se decidió crear un Call Center, en el propio hospital. Las EVEs desarrollaron una extraordinaria tarea de coordinación, protocolizada, con el médico de AP: cuando un paciente con síntomas sospechosos de covid acude a su médico de primaria, el sistema registra la sospecha, indica las pruebas diagnósticas, remite los informes a epidemiología y abre el parte de baja por aislamiento si es población activa. Los resultados de los test llegan a la EVE correspondiente que, de ser negativa, cierra el caso y, si es positiva, con el paciente aislado, inicia el estudio de contactos. En la actual segunda fase de la pandemia, es posible acelerar aún más este proceso, pudiendo informar al paciente aislado sobre el resultado de la PCR en unas horas. Además, se está completando con un test de serología, ya que en esta fase interesa conocer el estado serológico de las personas, lo que permitirá tomar decisiones más eficientes en cuanto a aislamiento de grupos de población.

Comunicación contra el aislamiento

La comunicación y la información constante, actualizada, aplacó la incertidumbre de la pandemia. Se mantuvieron reuniones desde el principio con todos los coordinadores de los centros de salud y se desarrolló, desde la Unidad de Docencia, Formación e Investigación, una página web especial dedicada a covid donde se incorporaba varias veces al día toda la información que se iba produciendo.

Era necesario reducir la incertidumbre y transmitir seguridad en profesionales de Atención Primaria dispersos y en muchos casos completamente solos en sus centros de salud o

consultorios remotos. En esta situación era más necesaria que nunca la información y la accesibilidad de la dirección. Se formaron equipos informativos encabezados por el Director Médico de Atención Primaria, la subdirectora médica y el subdirector de enfermería, que recorrieron todos los pueblos, todas las residencias sociosanitarias (46) de la provincia, en algunos casos tres o más veces, para dar instrucciones directas sobre cómo actuar.

A la comunicación con los ciudadanos y pacientes también han contribuido otros organismos desde la Junta de Castilla la Mancha o las diputaciones y ayuntamientos hasta bomberos y policía. Se han usado sistemas han sido de información telefónica, con teléfonos directos, call centers, email o web con los especialistas o su médico. Pero los profesionales de primaria han tenido que trasladarse presencialmente a muchos pueblos donde la población es mayor y muy dispersa, sin otras formas de acceso, para ver a los pacientes.

La experiencia durante la primera ola de la pandemia indica que consulta telefónica quedará institucionalizada en Atención Primaria, tanto para el acceso de los pacientes al centro de salud, como para la consulta con el hospital para decidir la derivación de pacientes. El médico que trabaja solo en un pueblo remoto, necesita reducir la incertidumbre, contrastando opiniones. Con tecnologías como el ECG digital, en caso de dudas en el diagnóstico un médico de AP puede contrastar la opinión con el cardiólogo del hospital e incluso decidir si enviar o no al paciente en ese momento.



Residencias

Con el decreto del Ministerio de Sanidad, se asumió la atención y el control de las residencias sociosanitarias desde los equipos de Atención Primaria y tres equipos de geriatría, formados cada uno por un geriatra y una enfermera, que han visitado todas las residencias de la provincia de Guadalajara. En adelante se tomarán decisiones sobre mantener estos equipos o reforzar la Atención Primaria para dar respuesta a estos pacientes, cuya gestión merece una reflexión profunda, en opinión de la dirección del área integrada de Guadalajara.

Cómo ha influido en la gestión de la pandemia en Castilla la Mancha

La estrategia política.

Las decisiones que se tomaron en Guadalajara en general fueron luego asumidas en el conjunto de la Comunidad, que, al ir por delante en el tiempo, permitió avanzar sus aprendizajes.

Liderazgo institucional.

Si bien hubo bajas por contagio en la gerencia de SESCAM, el liderazgo desde la Consejería fue muy destacable.

Profesionales.

La actuación de los profesionales de Atención Primaria fue sobresaliente, excepto en un porcentaje de profesionales que “huyeron”; un caso que merece de una reflexión especial en el futuro.

Ciudadanía.

Los ciudadanos de la provincia acataron con resignación y firmeza el aislamiento, entendido bien las instrucciones y ayudando de forma proactiva.

Medios de Comunicación.

La prensa local tuvo en general una actitud responsable.

Comunicación institucional.

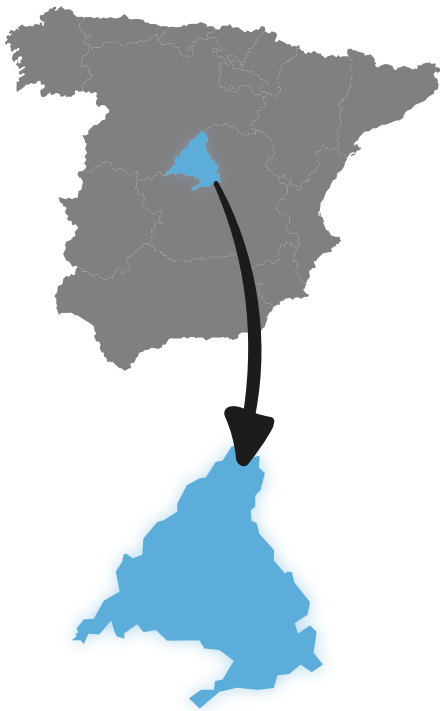
Mejóro mucho en cuanto se centralizó e institucionalizó. La incertidumbre y la falta de protocolos de comunicación adecuados al principio fomentaba la dispersión en la información y la generación de ruido.

Recursos y estructura.

El hospital de Guadalajara se diseñó hace 40 años para 125.000 habitantes. Ante la pandemia, con el doble de población y una cartera de servicios triplicada, fue necesario abrir otras estructuras, como una planta entera dedicada a covid en el Instituto de Enfermedades Neurológicas, o 70 camas en una residencia privada. En medios humanos, las principales carencias se encontraron en enfermeras y auxiliares. Y en recursos materiales, el área integrada de Guadalajara creó un cuadro de mando para proveer de manera racional de tecnología, EPIs y otros materiales de protección.

Madrid

La esfuerzo de los profesionales de Atención Primaria ante un “escenario catastrófico”



La dirección del Servicio Madrileño de Salud ha gestionado, y los profesionales sanitarios madrileños han asumido un escenario que puede calificarse “de catástrofe”, por el número de casos de covid-19, por su evolución en el tiempo y por la gravedad de muchos de ellos.

La distribución asistencial que fue necesaria para cubrir diferentes escenarios, supuso un esfuerzo sin precedentes, tanto desde el punto de vista de la mesogestión como de los profesionales.

En Madrid existen 430 puntos asistenciales de AP. En el pico máximo de la epidemia se cerraron, durante dos semanas, 21 centros de salud y 60 pequeños consultorios, casi todos uniprofesionales, de la sierra de Madrid. Aun en estas circunstancias, con un 30% menos de plantilla por contagio, los profesionales de AP, no sólo fueron capaces de cubrir la demanda asistencial de la propia AP, sino que también se movilizaron en residencias y cubrieron en un 95% el Hospital de IFEMA, con 1000 personas entre médicos, enfermeras, celadores y administrativos, ya que existía un problema real de asistencia hospitalaria. El esfuerzo de los profesionales fue ímprobo.

Decisiones ágiles y rápidas

Por otro lado, en lo que respecta a la gestión, ante una pandemia de este tipo nunca antes conocida, lo que marca la diferencia es la velocidad. Fue necesario tomar decisiones muy deprisa y comunicarlas también con mucha rapidez para que pudieran ser aplicadas de inmediato en el ámbito asistencial. Esto en un territorio como la Comunidad de Madrid, con 430 centros asistenciales, implicaba una gran complejidad. Los protocolos y las maneras de actuación cambiaban diariamente a partir de las directrices del Ministerio de Sanidad y la adaptación que de ellas hacía Salud Pública para la Comunidad de Madrid.

La toma de decisiones debía ser ágil, adaptarse a la realidad de cada día, desde la reorganización de los centros de salud para crear circuitos

diferenciados covid/no-covid, hasta la puesta en marcha de unidades de atención domiciliaria específicas para atención a domicilios covid, donde se requerían equipos de protección especial, servicio de taxi en la puerta de los centros de salud, dotación de material, dotación de medicamentos en ámbitos concretos. Se gestionaron, en la primera oleada de la pandemia más 325.000 casos de pacientes covid o con sospecha covid. El 85% de ellos estaban aislados en su domicilio y se gestionaba por teléfono o con visita domiciliaria. Mención aparte requiere el manejo de la comunicación. Este es un área que se reconoce de mejora de cara a futuro, ya que los planes de comunicación con los que se contaba no servían en un escenario de crisis de esta magnitud.

Aprendizajes para el futuro

La gerencia de AP de la Comunidad de Madrid había iniciado en 2019 un plan estratégico en el que algunas de las iniciativas identificadas y planteadas en un cronograma a 3 años, se han llevado a cabo comprimidas en 3 meses. Tras el pico de la crisis, Madrid ha pasado a una fase de reordenación bajo la perspectiva de lo aprendido:

- Se recuperó lo que es propio de la Atención Primaria, que es el trabajo en equipo, multidisciplinar. Es necesario ofrecer herramientas de trabajo colaborativo para que esto se quede y fortalezca.
- Gestión no presencial de pacientes, con la prudencia precisa para compatibilizar con la visita presencial cuando es necesario. Esto va a requerir un periodo de aprendizaje. Antes de la pandemia todo iba al centro de salud de forma presencial y tres meses después un

porcentaje mayoritario de las consultas son telefónicas con un nivel de resolución de alrededor del 50%. No todo puede gestionarse por teleconsulta pero, cuando es posible, es más cómodo para el ciudadano y ayuda a ordenar la demanda. La Atención Primaria tiene que ser accesible por definición, pero no todo tiene que ser inmediato. En este sentido es preciso que los ciudadanos sigan colaborando y entendiendo que estos modelos de atención no significan dejar de prestar asistencia, sino hacerlo de manera diferente.

- Cada profesión tiene su máximo nivel de desarrollo competencial, y hay que aprovecharlo: lo que pueda resolver la enfermera no tiene que resolverlo un médico o viceversa, y lo que se puede resolver en un Centro de Salud no tiene que pasar a un hospital.

Cómo ha influido en la gestión de la pandemia en Madrid

El liderazgo institucional.

Es preciso revisar y adaptar tanto el modelo de liderazgo como el modelo de comunicación a la luz de la crisis; hay que aprender que los procesos de comunicación deben ser muy directos y muy simplificados.

La Labor de los profesionales.

Máxima implicación, dando el 200% con el trabajo en domicilio, teléfono, hospital de IFEMA, residencias... El impacto personal ha sido enorme: hay un antes y un después a nivel personal y profesional. Los profesionales sanitarios están cansados y emocionalmente muy desgastados y es preciso tener esto en cuenta ante los rebrotes y siguientes oleadas, que requerirán abordajes corales.

La actitud de los ciudadanos.

Aunque durante el confinamiento los ciudadanos tuvieron un comportamiento sobresaliente, en la desescalada muchas personas siguen sin entender la importancia de las medidas de protección. Es preciso trabajar en este punto.

Los medios de comunicación.

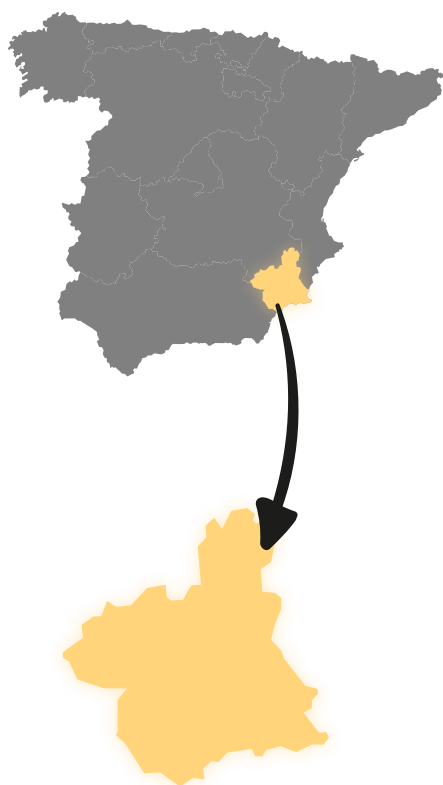
En la peor parte de la crisis los medios informaron en base a números y muertos. La cara de la pandemia la puso el hospital inicialmente y la Atención Primaria, que estaba haciendo un trabajo improbable de contención, no tuvo ninguna visibilidad. Por otro lado, sin caer en el sensacionalismo, sí se debería haber mostrado el verdadero drama de lo ocurrido en Madrid, las verdaderas dimensiones del problema, para concienciar sobre la importancia, tras el confinamiento, de las medidas de protección.

La estructura y los recursos.

Aunque se ha conseguido mantener la asistencia sanitaria presencial, telefónica y en domicilios, además de actuar en residencias y cubrir el hospital de IFEMA, la Atención Primaria de Madrid no está adecuadamente dotada. La Comunidad de Madrid está trabajando desde antes de la pandemia en un plan de mejora de la Atención Primaria. Es preciso marcar los objetivos que se persiguen y el compromiso institucional para definir cuál debe ser el porcentaje de inversión en AP en la Comunidad de Madrid.

Murcia

Comunicación para gestionar una pandemia



El Servicio Murciano de Salud cuenta con un comité de dirección formado por 14 personas, que se reúne todas las semanas.

Con 9 áreas de salud, un total de 11 gerencias y unos 140 directivos en toda la estructura, el estilo de gestión siempre se ha caracterizado por la participación y el diálogo permanente. La pandemia llevó a tomar una de las decisiones más determinantes, que fue cambiar este modelo, incluso antes de los primeros casos, a uno de mando muy jerárquico, con 5 submandos definidos, que fragmentaban en 5 las áreas de acción de todo lo que se debía hacer en servicios centrales. El espacio de diálogo se limitó a un pequeño espacio abierto con debates mínimos de 5 minutos y donde las decisiones las tomaba directamente el gerente del SMS.

Se trasladó la idea de estado de guerra, donde toda la organización se convierte en un ejército vertical, las decisiones son operativas y a los problemas que se identifican se les da respuesta de inmediato.

El segundo aspecto característico de la gestión de la pandemia en Murcia fue el liderazgo con la organización. Y la creación de una línea de comunicación directa y permanente entre el gerente del SMS y toda la organización, vertical y luego en cascada, pero con toda la organización, sectorizada, desde la gerencia hacia colectivos distintos, incluidos celadores o administrativos.

Cada 48 horas, el gerente del Servicio Murciano de Salud organizaba una videoconferencia en la que él personalmente emitía la información, especialmente a los equipos de AP, los que más han sufrido la transformación, pero también a los equipos de urgencias de AP y a los jefes de servicio. Esto era preciso en tanto en cuanto se estaban solicitando cambios o compromiso. Por ejemplo, se congregaba a todos los jefes de servicio de todos los hospitales y todos los coordinadores de equipos de AP en una sola videoconferencia. Los mandos intermedios funcionaron como palanca del cambio.

Era fundamental comunicar en primera persona la urgencia del cambio; era precisa una adaptación permanente en medio de tanto desconocimiento, que obligaba a crear el manual de acción cada día, y eso podía generar mucha confusión.

Una de las 5 líneas de mando fue la de comunicación, desde la que a diario se emitía un boletín informativo a la red de unas dos páginas, donde se resumía la información más importante, incluyendo un espacio de evidencia científica. El boletín se creaba en la intranet, pero también se hizo público, de forma que profesionales y ciudadanos podían acceder a la misma información.

Por su parte, el Consejero de Sanidad dio diariamente una rueda de prensa durante los dos primeros meses que se emitía en directo a las televisiones regionales y locales. Ese fue el canal de comunicación con la población. El estilo de comunicación permitió crear confianza en la población y los profesionales resultando en un apoyo mayor de la ciudadanía a las medidas.

Respuesta a la inquietud de los profesionales

La escucha fue importante y permitió identificar, antes de que aparecieran los casos, el sentimiento de inquietud de los profesionales por la falta de equipos de protección. Esto, unido a que efectivamente no era posible proteger a todos los profesionales, llevó a crear los circuitos de limpio/sucio, designando en cada centro de salud todos los días un enfermero y un médico absolutamente protegidos que ven a las personas con sospecha covid-19 y realizan el triaje.

El resto de pacientes dejan su teléfono y los demás profesionales del centro de salud atienden desde su casa o en la consulta pero telefónicamente. Se cerraron los 185 consultorios periféricos y se concentró toda la actividad en los 85 centros de salud.

Se creó un "circuito covid", donde entraba toda persona con síntomas sospechosos, y un "circuito contacto estrecho". Se crearon agendas específicas con seguimiento telefónico diario.

Salud Pública no tenía capacidad suficiente para hacer todo el trabajo de seguimiento de casos y contactos estrechos, y esta actividad se realizó en los centros de salud: el médico se ocupaba del seguimiento telefónico diario del paciente covid, y la enfermera del seguimiento de los contactos estrechos, para asegurar que no aparecieran síntomas y, en el caso de aparecer, el contacto pasaba a la agenda de paciente covid.

Antes de la pandemia en Murcia ya funcionaba la interconsulta no presencial entre AP y AH. Si un paciente en el domicilio no evolucionaba bien clínicamente, se le visitaba y, si había que derivarlo al hospital se hacía por una canal especial.

La AP en Murcia ha hecho el seguimiento de algo más del 10% de la población: cerca de 90.000 pacientes (unos 35.000 casos + 40.000 casos posibles) y 60.000 contactos estrechos.

Instaurando el teletrabajo

Para garantizar la seguridad se sacaron los sistemas informáticos al domicilio de los profesionales, que tenían acceso a las historias clínicas de los pacientes. Aunque el teletrabajo no estaba instaurado si se contaba con herramientas preparadas que tuvieron que redimensionarse para permitir el acceso de unos 5000 profesionales. Se establecieron turnos de retén: la mitad del equipo estaba en el Centro de Salud y la otra mitad en su domicilio trabajando con el ordenador y el teléfono.

Todas estas medidas han generado una sensación de protección entre los profesionales y la población general. Pero al estar llamando a

miles de personas desde los centros de salud, se ha generado esa sensación de protección que, junto con la comunicación del consejero todos los días, ha hecho que la población se sintiera segura y cuidada.

Tanto el teletrabajo, como los sistemas de comunicación AP/AH, como la receta electrónica, o la teleconsulta han dado pasos de gigante en su aceptación y uso por parte de pacientes y profesionales, y la gerencia del SMS cuenta ya con documentos de trabajo que permiten consolidar todos estos cambios dentro de la sanidad murciana en el corto plazo.

Cómo ha influido en la gestión de la pandemia en Murcia

El liderazgo institucional.

La estrategia política ha sido siempre acompañada a la propuesta técnica. Ha habido un liderazgo político por parte del presidente a nivel regional, que no ha cuestionado nunca las propuestas de los gestores sanitarios.

La labor de los profesionales.

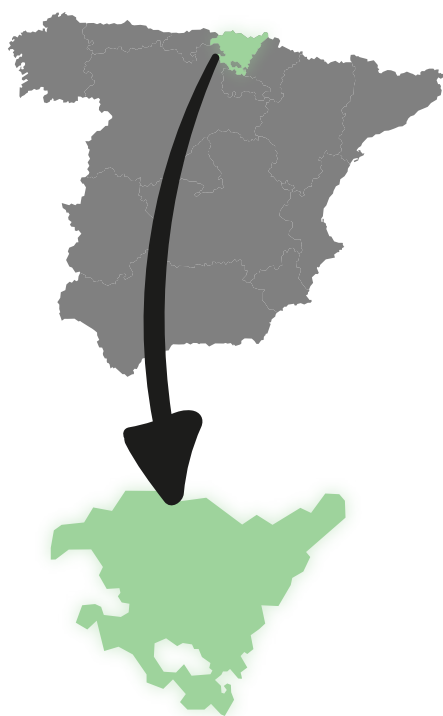
Se han organizado con compromiso, a pesar de la situación de riesgo por la falta de protección. Los hospitales han tenido mas de 2000 camas de hospital y 200 camas de UCI libres todos los días, en el punto máximo de la pandemia. Toda la labor de contención estaba en la Atención Primaria, que supo organizarse, respondió a las propuestas de la gerencia y que trabajó de lunes a domingo mañanas y tardes, todos los festivos incluso, desde sus casas.

La ciudadanía.

La población ha sido un gran aliado.

País Vasco

La respuesta de Atención Primaria al ámbito sociosanitario



Cuando llegó la pandemia Osakidetza se encontraba en el inicio del despliegue de la Estrategia de Atención Primaria para Euskadi; la situación obligó a dirigir todos los esfuerzos a dar respuesta a la pandemia desde la AP con varias iniciativas que, tras algunos días de incertidumbre, empiezan a concretarse:

1. La zonificación y sectorización de los centros de salud. Existían dos accesos diferenciados en los centros de salud, uno de ellos exclusivo para pacientes covid, donde los criterios de triaje fueron cambiando según evolucionaba la información y los protocolos.

Posteriormente se planteó la necesidad de zonificar, de forma que se derivaran pacientes con covid a centros concretos preparados para ello (centros vigía). Esto obedece a la escasez de EPIs y a la necesidad de concentrar los recursos disponibles o las pruebas diagnósticas en áreas muy concretas.

2. La coordinación con el ámbito sociosanitario, entre los centros de salud, y con los hospitales.

En el País Vasco se trabaja como organizaciones sanitarias integradas, lo que ha facilitado el dar una respuesta rápida y hacer una gran labor de contención, solución de incidencias, corregir circuitos, elaboración de protocolos, comunicación con ciudadanía y profesionales...

La coordinación con el ámbito sociosanitario

La pandemia ha supuesto para el País Vasco un aprendizaje muy especial en cuanto al cambio en la relación con las instituciones del ámbito sociosanitario. Dentro de las organizaciones sanitarias ya existían una serie de comisiones y figuras referentes en Atención Primaria en relación a este ámbito. Pero nunca se había dado la circunstancia de tener que actuar de forma tan directa sobre tantísimas residencias.

Se ha realizado un gran esfuerzo en el diseño y despliegue de una estructura -que ya estaba sobre el papel- que facilite la sanitarización de las residencias. Estas se encontraban, en la Sanidad Vasca, en un segundo plano. La pandemia ha devuelto a un primer plano la necesidad de coordinarse, de intervenir mejor y de tener una estructura a nivel, macro, meso y micro más desarrollada, que asegure que las personas en las residencias tengan los mismo derechos y los mismos recursos que si estuvieran en su domicilio.

Con la pandemia, de los pacientes en residencias se ocupó Atención Primaria y el equipo de hospitalización a domicilio que se desplaza puntualmente para atender pacientes muy complejos que requieren un apoyo y unas técnicas que no puede aportar AP. Esta era una línea en la que Osakidetza llevaba años trabajando.

La AP tiene una situación muy heterogénea en el País Vasco en relación a las residencias: hay unidades de AP muy cercanas al ámbito sanitario con visitas programadas, donde el trabajo está planificado y coordinado. En otras residencias, donde los profesionales no son de Osakidetza sino de la diputación, ha sido más complejo. Son diferentes modelos que coexisten en el ámbito

sociosanitario y que la pandemia ha mostrado que es preciso integrar.

El liderazgo institucional ha tenido un papel fundamental en la coordinación entre las diputaciones en el ámbito sociosanitario y Osakidetza que lideró, a través de Atención Primaria, la intervención y el apoyo a las residencias. En el País Vasco existen 3 diputaciones responsables del ámbito sociosanitario y la coordinación siempre había sido compleja cuando cada una marca su estrategia.

Ante la situación de pandemia, se puso el problema encima de la mesa y la necesidad de trabajar de manera conjunta, manteniendo cada organización su identidad. Llegar a un consenso o un protocolo aplicable a los tres territorios llegar a un acuerdo sobre si visitar o no las residencias y, a la vez, cuidar las diferencias que quería marcar cada una de ellas, no era fácil y gracias al liderazgo institucional ha sido posible el abordaje conjunto. Los escenarios y las vivencias de cada territorio eran distintos: Álava muy castigada, Vizcaya un poco castigada y Guipúzcoa donde prácticamente no se sintió la pandemia.

Cómo ha influido en la gestión de la pandemia en el País Vasco

El liderazgo institucional.

La política pasó a un segundo plano y los esfuerzos se centraron en la coordinación entre AP y las diputaciones para el acceso y el apoyo a las residencias, donde el liderazgo institucional fue clave para un abordaje conjunto.

La labor de los profesionales.

Quizá por trabajar en una organización sanitaria integrada, se produjeron grandes movimientos sobre todo en AP en las primeras fases -mes de marzo- hacia el ámbito hospitalario; participando tanto en servicios de urgencias, plantas de hospitalización, UCIs, hoteles sanitizados, residencias... Ante una situación de alarma, se dio respuesta y las reivindicaciones de cada uno quedaron aparcadas.

La ciudadanía.

Los ciudadanos entendieron que el acceso a los CS tenía que ser telefónico y no presencial, que para entrar en un centro de salud era precisa una mascarilla, que si traían una clínica compatible con covid, no podían estar con su profesional habitual sino con el equipo designado para la atención de la patología. Y han entendido el hecho de que las consultas con otras especialidades hospitalarias en los casos en que era posible sólo se podían activar de manera no presencial.

La Comunicación institucional.

Atención Primaria ha mantenido una colaboración estrecha con el departamento de Comunicación del Gobierno Vasco participando activamente en la elaboración de los mensajes a la ciudadanía o de un decálogo de buenas prácticas en centros de salud.

Los Medios de comunicación.

Desde Atención Primaria se lamenta que los medios de comunicación no han acompañado suficientemente en el esfuerzo de dar soluciones a la pandemia, centrando más la información en aspectos políticos o en seguir la línea editorial. La exposición a la crítica pública y la poca experiencia en la relación con los medios de comunicación ha hecho que la experiencia en este sentido haya sido dura.

La estructura y recursos sanitarios.

A nivel de recursos, la Atención Primaria en el País Vasco se enfrentó a diferentes escenarios. Inicialmente se pensó que era posible dar respuesta con los recursos existentes, pero la realidad superó todas las expectativas, llegándose a multiplicar por 20 el uso de materiales de protección. También en Recursos Humanos, se partía con una parte de la plantilla bastante envejecida

En cuanto a la estructura, la Atención Primaria se organizó en comités multidisciplinares en relación al covid, todos de manera no presencial, dando respuesta a diferentes problemas, compartiendo diferentes visiones y constituidos por directivos desde la organización central hasta de las propias organizaciones y a veces mandos intermedios.

Para realizar la gran labor de contención, se reforzaron las áreas administrativas; enfermería se reforzó también, pero más en el ámbito hospitalario y en los hoteles sanitarizados, donde estaban los grandes problemas. Médicos residentes, estudiantes y jubilados, contribuyeron de manera no presencial a reforzar los seguimientos.

Tras la primera ola de la pandemia se está reforzando la AP con unas 150 enfermeras para las 130 unidades de Atención Primaria con las que cuenta el País Vasco, para el establecimiento de la red de casos y contactos. Esta red permite contener y actuar de forma rápida, en menos de 24h en aquellos posibles casos covid que se identifiquen, de forma que la epidemia no se desborde como pasó en el escenario de marzo.

a la acción

Atención Primaria: la oportunidad es ahora

Los aprendizajes de la pandemia (los de la primera oleada y los que estamos obteniendo en los rebrotes que se producen durante el verano) confirman el papel fundamental en la sanidad pública de una Atención Primaria fuerte. No necesitamos reinventar la Atención Primaria. Necesitamos hacer los cambios que nos devuelvan a lo que es y nunca debió dejar de ser: centro del sistema, decisiva en la contención de la enfermedad, y motor de salud poblacional a través de la prevención y la educación.

La profesionalidad y el compromiso de todos los profesionales de Atención Primaria han obrado el milagro de conseguir en tres meses transformaciones que llevábamos más de una década persiguiendo.

Es hora de consolidar esas transformaciones naturales y convertirlas en cambios estables que aseguren una Atención Primaria y, por extensión, una Sanidad moderna, sostenible y centrada en aportar valor al paciente. Jamás se nos ha dado una oportunidad como la que tenemos en este momento. Es ahora o nunca.

Pero la complejidad de esta transformación requiere de la implicación de todos los actores del sistema. Desde la Sociedad de Directivos de Atención Primaria hacemos una llamada a la acción a los agentes políticos, económicos, sociales y sanitarios, a gestores, profesionales y pacientes; con la participación de todos podremos emprender esos cambios prioritarios, urgentes y viables que deben constituir la hoja de ruta de la Atención Primaria en el corto plazo.

A los líderes políticos

- Implementar lo recogido en el Marco Estratégico de la Atención Primaria y dar una respuesta real y urgente a las recomendaciones de los expertos sanitarios llamados a formar parte de la Comisión de Reconstrucción Económica y Social.

A los decisores sanitarios

- Colocar a Atención Primaria en el centro del sistema sanitario con presupuestos y recursos humanos adecuados, condiciones laborales justas, y equipos directivos sólidos.
- Con carácter de urgencia, integrar las instituciones sociosanitarias como parte indispensable del proceso de transformación sanitaria.
- Es hora de desequilibrar la balanza a favor de la Atención Primaria. Una Primaria fuerte dedicada a la prevención, la salud pública y la educación para la salud es garantía de una Atención sanitaria de calidad y de resultados de salud para el conjunto de la población española.
- Poner en marcha un Plan Estratégico de Transformación Digital, en el seno del Consejo Interterritorial del SNS, que permita a todas las Comunidades Autónomas, también en los que la despoblación empieza a hacer verdaderos estragos, evolucionar de manera más o menos homogénea.
- Implantar la Historia Clínica Electrónica Única en todo el territorio nacional.

A los gestores sanitarios

- Liderar la transformación de la Atención Primaria, dotándola a la vez de fuerte liderazgo directivo y de mayor peso y autonomía dentro de los procesos transversales integrados.
- Reforzar la multidisciplinariedad de los equipos de Atención Primaria y asegurar que cada categoría profesional alcanza su máximo nivel competencial, con el debido respaldo jurídico.
- Incorporar el sector sociosanitario a los procesos transversales de atención integrada, asegurando sistemas de información unificados e interoperables. Replanificar la atención a los pacientes institucionalizados.
- Consolidar en forma de procesos y protocolos todos los avances en accesibilidad, teleconsulta y teletrabajo. Dotarlos de los recursos y la inversión tecnológica requerida, desde redes telefónicas y wifi, a plataformas tecnológicas de comunicación entre profesionales, entre profesionales y pacientes/usuarios, y sistemas de información integrados e interoperables.

A los profesionales de Atención Primaria

- Retomar el control de su actividad asistencial: tomar las riendas de su propia agenda, tomar decisiones sobre qué no hacer y priorizar su labor, centrada en la prevención, la salud pública y la educación para la salud. Ser proactivos, resolutivos y mantener la capacidad de adaptación demostrada en los momentos de crisis, para mantener los cambios iniciados y abordar los pendientes
- Abordar la atención a los pacientes institucionalizados como parte de su cupo, como colectivo frágil y crónico complejo.

A los pacientes y ciudadanos

- Ser parte del cambio, y ser aliado del sistema para conseguir los resultados en salud: haciendo un uso adecuado de los recursos, entendiendo y adaptándose al nuevo modelo de atención telemática, asumiendo el control de su propio estilo de vida, su propia salud y los cuidados inherentes a sus patologías.

A los miembros de la Junta Directiva de SEDAP

- Manuel Bayona García - PRESIDENTE
- Marisa Merino Hernández- VICEPRESIDENTA
- Juan Antonio Sarrión Bravo - SECRETARIO
- Luis Vicente Catalán Cólera - VICESECRETARIO
- Ramón Morera Castell - TESORERO
- Estrella López Pardo - VOCAL
- Consuelo Méndez Castell - VOCAL
- Rafael Sánchez Herrero - VOCAL
- Manuel Tordera Ramos - VOCAL
- Dolores Vega Otero - VOCAL

A todos los directivos que han participado aportando sus experiencias, aprendizajes y opiniones para la elaboración de este informe:

- Carlos Arenas
- Ana Isabel Bas Angulo
- Sagrario Celada Pérez
- Jose Codes Gómez
- Enrique Delgado Ruiz
- Sonia Fernández-Arruty Ferro
- Maria Antonia Font Oliver
- Luis Javier Gonzalez Elena
- Rocío Hernandez Soto
- María del Mar Julios Reyes
- Asensio López
- Susana Martin Benavides
- Ana Morote Caballero
- Francisco Javier Narbona Rodriguez
- Gregorio Ortega Tudela
- Javier Pérez
- Javier Rodriguez Alcalá
- Marta Sanchez-Celaya del Pozo
- Antonio Sanz Villaverde
- M^a del Mar Sureda Barbosa
- Joana M^a Taltavull Aparicio
- Luis Tobajas Belvís
- Teresa Ugarte



La elaboración de este informe ha sido posible gracias a la colaboración de:

