



MIOaP

(Modelo de Innovación Organizacional en Atención Primaria).



Gerencia de Atención Primaria de Ciudad Real.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. NORMATIVA Y GESTION DE RECURSOS.....	8
3. MARCO TEÓRICO. LA DIRECCIÓN DEL EAP EN EL MIOAP.....	10
3.1 FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN.....	11
3.2 PARTICIPACION CIUDADANA.....	15
3.3 LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO (UAU) EN EL MIOAP.....	16
3.4 LAS ENFERMERAS EN NUESTRO MODELO ASISTENCIAL.....	19
3.5 EL MÉDICO EN NUESTRO MODELO ASISTENCIAL.....	23
3.6. LA ATENCIÓN PEDIATRICA EN NUESTRO MODELO ASISTENCIAL.....	25
3.7.EI TRABAJADOR SOCIAL EN EL MIOAP. AREAS DE TRABAJO:.....	26
3.8 CONSENSO CLÍNICO.....	27
3.9 EQUIPOS DIRECTIVOS EN LOS CENTROS DE SALUD.....	28
4. ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL.....	29
4.1 GESTIÓN DE LA AGENDA DE TRABAJO.....	29
4.2. GESTIÓN DE LA DEMANDA.....	31
4.2.1. DEMANDA NUEVA DE SALUD.....	33
4.2.2. DEMANDA DE CONSULTA BUROCRÁTICA.....	34
4.2.3 REVISIÓN DE UN PROBLEMA CRÓNICO.....	41
4.3. EL MAPA DE PROCESOS.....	42
5. EVALUACIÓN.....	43
6. PRODUCTIVIDAD VARIABLE. Incentivos.....	45
7. COMITÉ TÉCNICO.....	46
8. BIBLIOGRAFIA.....	46
9. ANEXOS.....	46
ANEXO. GUIAS DE CONSENSO CLÍNICO.....	46
ANEXO. OBJETIVOS ASISTENCIALES 2011:.....	47
ANEXO. PACTO DE SUSTITUCIONES:.....	50
ANEXO. PROCESOS EN CONSULTA ENFERMERA:.....	51
ANEXO. TECNICAS EN PROCEDIMIENTOS DIAGNOST. Y TERAPEUTICOS DE LA ENFERMERA (“PNTs”):.....	53
ANEXO. APOYO Y SOPORTE AL AUTOCUIDADO. FORMACIÓN A GRUPOS DE PACIENTES CON PATOLOGÍA CRONICA:..	54
ANEXO. FLUJOGRAMA GENERAL <<DEMANDA ASISTENCIAL>>:.....	58
ANEXO. FLUJOGRAMA <<DEMANDA NUEVA DE SALUD>>:.....	59
ANEXO. FLUJOGRAMA <<DEMANDA BUROCRÁTICA>>:.....	60
ANEXO. FLUJOGRAMA <<JUSTIFICANTE ASISTENCIA>>:.....	61
ANEXO. FLUJOGRAMA <<CERTIFICACIONES>>:.....	62
ANEXO. FLUJOGRAMA <<VISADO DE RECETAS>>:.....	63
ANEXO. FLUJOGRAMA <<RECETAS A PACIENTES CRÓNICOS>>:.....	64
ANEXO. FLUJOGRAMA <<INCAPACIDAD TEMPORAL>>.....	65
ANEXO. FLUJOGRAMA <<CONSULTA POR PATOLOGÍA CRÓNICA>>:.....	65
ANEXO. <<MAPA DEL MIOAP PARA PROCESOS ASISTENCIALES EN AP>>:.....	66

“Nuestro objetivo es atender las afecciones de salud de las personas, a ser posible anticipadamente; en los procesos de curar, cuidar o de acompañamiento. Por ello no estamos empeñados en medir todos y cada uno de los actos que realizamos, sino a cuantos pacientes y familiares les hemos evitado, resuelto, cuidado o acompañado, científica pero humanamente con su problema...si lo conseguimos con la menor dependencia hacia nosotros mejor para todos”.

1. INTRODUCCIÓN.

La GAP-CR, haciéndose eco del debate ideológico-político-profesional, que gira desde hace años en torno al supuesto agotamiento del modelo vigente de Atención Primaria de Salud (APS, AP) y muy preocupada por el crecimiento progresivo de la demanda, la premura y la gran frecuentación que sufre nuestros profesionales de los Centros de Salud (CS) y de los Puntos de Atención Continuada (PAC), y que todos hemos dado en justificar por la influencia de factores socioculturales relacionados con el bienestar y el envejecimiento de la población, y que asociados a otros, del tipo deslumbramiento tecnológico, presión del mercado farmacológico y promesas cortoplacistas; posiblemente sean el caldo de cultivo, que genera unas expectativas desmesuradas, -por irreales-, en la población.

Al tiempo asistimos a la persistente fragmentación de la oferta asistencial, no siempre real pero percibida por los usuarios, entre la AP y la Atención Hospitalaria (AH), incluso dentro de cada uno de estos niveles, lo que evidencia defectos de consenso y de información, llegando en ocasiones a generar una imagen injusta y alejada de la verdadera y potente prestación global del SESCAM a la población.

Existe consenso en la comunidad científica sobre que el actual modelo de gestión hace aguas, al estar perfectamente entrenado y dotado para las contingencias agudas o pseudoagudas, en definitiva las consultas a demanda y en el momento, perfecto cajón de sastre en el que todo cabe, resultando cada día más difícil delimitar lo que es urgente y/o importante de lo que es no urgente y/o no importante, en detrimento con frecuencia de lo importante; cuando las necesidades, -en sentido lineal y más o menos permanente- son o están relacionadas en el 80% de los casos, “in crescendo”, con la abrumadora patología crónica, la comorbilidad, los pacientes denominados “frágiles” y los discapacitados. Siendo al tiempo evidente y cuando menos llamativa, la diversidad de criterios de actuación de los profesionales ante situaciones similares (**variabilidad**), por falta de consenso en la práctica real, lo que constituye un indicador de falta de calidad, pues no es posible que entre múltiples posibles decisiones todas sean correctas y eficientes.

En esta gerencia compartimos que, en la actual situación y en nuestra Área de influencia, se dan posibilidades de **reorganizarnos** para mejorar cualitativa y cuantitativamente la oferta de Cartera de Servicios a la población, así como para favorecer una menor dependencia de los pacientes, fomentando la corresponsabilidad, los autocuidados y como consecuencia su nivel de autonomía con respecto a los profesionales de la salud. Y queremos hacerlo relacionándolo directamente con la necesidad simultánea de incrementar la satisfacción laboral y la autoestima de todos nuestros trabajadores, a través de **determinadas modificaciones organizacionales y funcionales de distinta índole, con un preponderante enfoque bioético sobre los principios de sostenibilidad (aprovechamiento óptimo de los recursos) y de subsidiaridad (resolución a cargo del profesional cualificado más cercano al problema u objetivo).**

Revisados diferentes modelos teóricos-prácticos sobre innovación de la gestión en AP, tipo Entidades de Base Asociativa (EBA), Unidades Clínicas, Unidades de Salud Familiar, así como el Proyecto de Mejora de la Organización del Proceso Asistencial en Atención Primaria de Navarra, y experiencias más cercanas como la del CS Buenavista (Toledo). Persistimos en la conveniencia de aprovechar la oportunidad para introducir innovaciones propias, pretendiendo soslayar vicios adquiridos, insuficiencias, variabilidad contra la evidencia científica, desajustes o perversiones, así como el caer en la más o menos sutil selección adversa de pacientes, que puede conllevar a medio plazo a la segregación de centros sanitarios por niveles socioculturales y/o económicos como ocurre en alguno de los modelos citados y ensayados en otras CCAA y países.

El modelo vigente ha incurrido, probablemente por agotamiento, en cierto estancamiento que vemos reflejado en las quejas que los ciudadanos usuarios emiten sobre temas de comunicación, información, dispersión y problemas con las citas, así como sobre la deficiente integración entre los niveles asistenciales de salud que en ocasiones llegan a ignorarse funcionalmente con los de atención socio sanitaria. De ahí quizá que las crecientes exigencias y juicios sobre la atención sanitaria recibida no se acompañen de la esperada implicación y asunción de responsabilidades de la población, al respecto.

Siendo manifiesta al mismo tiempo, aunque no siempre justificada o al menos comprendida, la insatisfacción y desmotivación de los profesionales basada fundamentalmente en la sobrecarga de trabajo por el paulatino aumento de la presión asistencial (!), y que coincide paradójicamente tras haberse conseguido distintas aspiraciones históricas en los últimos años, concretamente a raíz de las transferencias sanitarias a las CCAA, en nuestro caso al gobierno de Castilla La Mancha, donde, desde el año 2002 y bajo el control de la Consejería ahora de Salud y Bienestar Social, nos dirige el Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM).

Entendemos que las experiencias pilotadas en materia de Gestión de la AP dentro y fuera de España (Kroniker), sobre modelos compatibles con el nuestro, tipo Chronic Care Model, que nos han servido parcialmente de guía hacia los fines que perseguimos con el MIOaP, conllevan diferentes grados de perversión, sobre todo economicista, que las hace desestimables para nuestro caso, al poner en riesgo el carácter público, que supone universalidad, equidad, gratuidad en el momento del acto, longitudinalidad, eficiencia y continuidad en la atención, evitación de selecciones adversas e integralidad en el proceso

asistencial; lo que en gran medida es posible gracias al hábil manejo de la incertidumbre y a la polivalencia y capacidad anticipatoria de los profesionales de AP, **no solo trabajando la esfera asistencial, sino poniendo énfasis en prevenir la enfermedad y promocionar la salud.**

Nuestro proyecto de **Modelo de Innovación Organizacional para Atención Primaria (MIOAP)**, no pretende cambiar sustancialmente el modelo español ni el del SESCAM, sino **...<<introducir modificaciones en la organización interna; en la asunción de nuevos perfiles de los profesionales sanitarios y no sanitarios; en las herramientas de trabajo; en la convergencia real de protocolos, guías y normas; en la corresponsabilización participativa de los pacientes; y en el estilo relacional intra y extra equipo; marcando objetivos realmente comunes, cuyo eje fundamental e inexcusable sean los ciudadanos>>**; mediante contrato con los servicios centrales del SESCAM, que, a través de la GAP garantizaría el soporte necesario para el Acuerdo de Gestión Clínico Asistencial (AGCA), en cuanto a sistemas de información, cuadro de mandos, gestión económica y presupuestaria, logística y otros.

En definitiva apostamos por un equipo de AP más autosuficiente y por tanto con unas mayores competencias diagnósticas y terapéuticas para la resolución de casos en el primer nivel, que **garantice la atención por el personal idóneo que puede prestar la atención técnicamente adecuada de la manera más accesible, ágil y eficiente, incrementando los niveles de competencia y responsabilidad de todos los estamentos profesionales a fin de asignarles “tareas completas” del nivel más alto posible, garantizando siempre su calidad mediante la formación, la supervisión, el apoyo y las posibilidades que brindan las nuevas tecnologías**; que a su vez retome parte de las patologías que le corresponden y que con frecuencia se encuentran “perpetuados” en el segundo nivel asistencial con las consiguientes consecuencias.

Puntos Normativos del MIOaP para el Acuerdo de Gestión Clínico-Asistencial (AGCA):

- Garantía de cumplimiento de la Cartera de Servicios del SESCAM.
- Cambios en la gestión de consultas a demanda, dentro y fuera del CS.
- Cambios en gestión de consultas concertadas o programadas, dentro y fuera del CS.
- Plan de atención y anticipatorio, al paciente crónico, frágil, y a la comorbilidad.
- Normas pormenorizadas de Desburocratización, basadas en documentos del SESCAM y otras iniciativas del propio EAP/GAP.
- Plan de “Prevención Cuaternaria”, para evitar o atenuar las consecuencias negativas del intervencionismo médico innecesario y/o excesivo. Normas para la no medicalización y desmedicalización en términos de evidencia científica y ajustada a las realidades sociales e individuales de los pacientes.
- Normas para potenciar la resolución de casos en AP. No perdiendo nunca el control integral del paciente.
- Normas sobre autocitaciones para consultas concertadas, programadas, derivaciones interiores, pruebas complementarias y otras técnicas, dentro de la capacidad operativa propia del EAP.
- Plan integrado de acción comunitaria en cuanto a educación para la salud (EpS) y promoción de la salud (PdS) a través de formación e información: el **trabajo con grupos de pacientes y el consejo sanitario fusionados a las actividades individuales y de equipo del**

CS, con el objetivo de alcanzar el mayor grado posible de autocuidados, autocontrol y corresponsabilización entre los ciudadanos.

- Plan de adaptación de la Formación Continuada (FC) al desarrollo del modelo y a las necesidades prevalentes en la Zona Básica de Salud (ZBS). Especial interés el primer año en FC sobre Gestión de la Consulta de AP.
- Plan de estímulo a la investigación en AP, direccionado a Ensayos Clínicos (EC) en las condiciones "normales" de los ciudadanos, sean pacientes o no; en evitación del sesgo habitual de EC hechos en las situaciones atípicas de otros niveles asistenciales, cuyos resultados acaban imponiéndose en el ámbito de la AP.
- **Acuerdos y normas para las concertaciones específicas del Centro Piloto con el Hospital de referencia:** agendas de citaciones, cumplimiento de normativas y acuerdos sobre historias clínicas informatizadas y accesibles, recetas, derivaciones, revisiones, altas, evitación de duplicidades, así como seguimiento abierto y compartido de los pacientes al día. Garantía de "acceso rápido" por correo electrónico, telefonía o teleasistencia entre niveles, para asesoramientos y evitación de derivaciones fútiles de pacientes. La habitual asimetría de la AP frente a la AH, hace **necesaria la delimitación de responsabilidades compartidas (interdependencia) y el exhaustivo control de cumplimientos.**
- Participación ciudadana, que al legitimizar el servicio de salud con su uso y aceptación debería influir en su orientación, en las evaluaciones y en algunas decisiones, como responsable parcial de la gestión de los recursos.
- Plan de motivación colectiva e individualizada de los miembros del propio EAP, a través del reconocimiento, la participación y cierto margen para la creatividad. Desarrollar el sentido de pertenencia a la organización.
- Potenciación de aquellas expectativas colectivas del EAP que entronquen con los objetivos de la organización.
- Plan de Calidad específico del propio EAP, asumiendo el documento Misión-Visión-Valores de la GAP-CR e Iniciando la formación EFQM en el primer año de andadura. Evaluaciones periódicas, con seguimiento exhaustivo diario.
- Normas sobre **incentivación con amplia base en el logro de objetivos de equipo y evaluación de "resultados en salud"**.
- Normas de funcionamiento integral en el desempeño de todas las tareas, <<**el paciente es responsabilidad del EAP, la ausencia de cualquier miembro en días determinados no la debe percibir el usuario en su perjuicio**>>.
- Pacto de sustituciones. (Anexo).
- Consideraciones **ético-deontológicas** en cuanto a la buena praxis, en relación con:
 - *Derechos y deberes de los pacientes.
 - *Manejo de la HC y otros documentos.
 - *Utilización de "armas diagnóstico-terapéuticas":- Medicamentos y accesorios.
 - IT.
 - Pruebas complementarias.
 - Interconsultas.
 - *Gestión del tiempo durante el horario de trabajo.
 - *Humanización de la asistencia / El individuo como elemento central de los servicios a prestar: el acceso, la equidad, las relaciones, la información, la participación ciudadana, la corresponsabilidad y la justicia social.
 - *Voluntades Anticipadas y Atención al paciente terminal.

Según el dicho popular de que “el hábito no hace al monje”, entendemos, que una simple declaración de intenciones, supongamos que razonablemente justificada, y aderezada con el correspondiente arsenal de planes y normas ajustados a derecho; podría no ser suficiente para adaptar las actitudes y ajustar las aptitudes del importante número de profesionales sanitarios y no sanitarios que se necesitan para poner en marcha nuestro proyecto. Obviamente la incorporación voluntaria del personal sería la principal garantía dinamizadora para el comienzo de esta aventura compleja al tiempo que ilusionante, a la que no le faltaran los oportunos apoyos institucionales durante las fases de pilotaje. Estamos esperanzados de que entre todos podamos haber contribuido a arrojar algo de luz a la actual situación.

Documentos Base Consultados:

- Cartera de Servicios, del SESCAM.
- Documento Desburocratización (grupo de trabajo del SESCAM).
- Habilidades para no medicalizar. F. Zapater y R.Vila. FMC 2008; 15(10): 672-7.
- “Guía Práctica de la Salud” de la SemFYC.
- Kaiser Pyramid Model.
- Innovaciones organizativas en AP: líneas de futuro. P. Valdés. Vitoria, Mayo 2009.
- Documentos de la FADSP sobre AP: La fortaleza de la AP, valores y retos organizativos. Madrid 2007.
- Proyecto de mejora de la organización del proceso asistencial en Atención Primaria. Navarra.
- Autogestión en la Atención Primaria Española. Grupo de trabajo sobre autogestión en AP de la SEMG,
- Médicos en cinco Sistemas Sanitarios Integrados Europeos. Mayo 2009.
- Curso Gestión consulta- APS. Francisco Angora Mazuecos.
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illtes, Part 1. JAMA. 2003; 288: 1775-9.
- Bengoa R, Nuño R. Curar y Cuidar. 2008.
- Unidad y Consulta de Atención Inmediata (UCAI) Servicio Medicina interna del Hospital Universitario de Salamanca.
- Solberg LI, Crain AL, Spert-Hillen JM, Hrosckoscki MC, Eugebreston KL, O'Connor PJ. Care quality and implementation of the chronic care model: a quantitative study. Am Fam Med.2006; 4:310-6.
- Ortun V, López Casanova G, Financiación capitativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias. Madrid. Fundación BBVA;2002.Documento de trabajo.
- Helia Marta Cebrián. EAP Gótic de Barcelona.
- Gestión Clínica por procesos: Mapa de procesos de enfermería en un Centro de Salud. José Ramón Mora Martínez et al Rev de Administración Sanitaria Vol VI nº21 Enero/Marzo 2002.
- Bodenheimer T, Loring K, Helman H, Grumbach K. Patient self-management of chronicdisease in primary care. Jama 2002 Nov 20, 288(19):2469-2475.
- Schillinger D, Piette J, Grumbach K et al. Closing the loop: Physician communication with diabetic patients who have low health literacy. Arch intern Med, 200 Jan 13;163(1):83-90.
- Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL et al. Evidence suggesting that a chronic disease sefl-management program can improve health status while reducing hospitalization: A randomized trial. Med care. 1999 Jan;37(1):5-14.
- Institute for healthcare improvement. Robert Wood Johnson Foundation. Partnering in sefl-management support: A toolkit for clinicians. May 2009.

2. NORMATIVA Y GESTION DE RECURSOS.

[Volver al Índice]

2.1.-NORMAS REGULADORAS DEL PERSONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

Las relaciones laborales del personal que se incorpora a Atención Primaria están reguladas por la siguiente normativa:

2.1.1.- PERSONAL ESTATUTARIO

- El Personal Estatutario se encuentra regulado en el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, Ley 55/2003, de 16 de diciembre y RD Ley 1/1999 de 8 de enero.
- Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público.
- Personal estatutario de Atención Continuada según Decreto 63/2005 de 24 de Mayo (DOCM de 27 de Mayo, N° 106).
- Resolución de 28 de febrero de 2008, de la Dirección General de Trabajo e Inmigración, por la que se publica el Pacto de la Mesa Sectorial de Instituciones Sanitarias del Sescam sobre la ordenación de los descansos en Atención Primaria.

2.1.2.- PERSONAL LABORAL

- Para todas las categorías: Estatuto de los Trabajadores (Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo).

2.1.3.- PERSONAL FUNCIONARIO SANITARIO LOCAL

- Médicos y A.T.S/D.U.E. de A.P.D.: Ley 30/1984, de 2 de agosto, de Medidas para la reforma de la Función Pública y Normativa Autonómica correspondiente aplicable.
- Mediante Decreto 42/2005 de 26 de Abril, (DOCM de 29de Abril de 2005, N° 86) se ha regulado la Integración o adscripción funcional de todo este personal en el SESCAM.
- Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público.
- Resolución de 28 de febrero de 2008, de la Dirección General de Trabajo e Inmigración, por la que se publica el Pacto de la Mesa Sectorial de Instituciones Sanitarias del Sescam sobre la ordenación de los descansos en Atención Primaria.

2.2.-JORNADA LABORAL

2.2.1.- NORMATIVA APLICABLE

- Ley 55/2003, de 16 de diciembre
- Acuerdo de Bases para el desarrollo de la Sanidad de 26 de Abril de 2002, en el ámbito del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.
- Decreto 88/2003, de 27 de mayo (D.O.C.M. de 2-06-03)
- Instrucciones dictadas al efecto por la Dirección General de Recursos Humanos (RR.HH) del SESCAM de 23 de Mayo de 2002 y 28 de Marzo de 2003
- Decreto 63/2005, de 24 de mayo de 2005 del personal estatutario par la atención continuada en atención primaria.
- Resolución del 15/1/1993 del INSALUD (BOE 2/2/93) por la que se publica los Acuerdos entre la Administración Sanitaria del Estado y las Organizaciones Sindicales de 22 de febrero y de 3 de julio de 1992 sobre jornadas del personal de los servicios de atención especializada y de atención primaria.

2.3.-VACACIONES, PERMISOS Y LICENCIAS

2.3.1.- NORMATIVA APLICABLE

- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco
- Ley 7/2007, del Estatuto Básico del Empleado Público
- Ley Orgánica 3/2007, de Igualdad efectiva de hombres y mujeres
- Pacto entre la Administración Sanitaria del Estado y las Organizaciones Sindicales más representativas del sector, de 1 de junio de 1993.
- Personal APD, Orden de la Conserjería de Administraciones Públicas de 12 de mayo de 1989, modificada por Orden de 24 de junio de 2003.
- Documento de 5 de junio de 2007, de la Dirección General de Recursos Humanos por la que se procede a la adecuación del régimen jurídico de permiso, licencias y vacaciones a la normativa vigente.
- Resolución de 5 de junio de 2008, de la Dirección General de Trabajo e Inmigración, por la que se acuerda el depósito y se dispone la publicación del Acuerdo de la Mesa General de Negociación por el que se establece el Plan para la Conciliación de la vida familiar y laboral de las empleadas y empleados públicos de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. (Plan Concilia)

2.4. NÓMINAS

2.4.1.- NORMATIVA APLICABLE

- Ley 55/2003 de 16 de diciembre. Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.
- Real Decreto ley 3/1987, de 11 de septiembre.
- Leyes de Presupuestos Generales del Estado.
- Leyes de Presupuestos de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha (JCCM).
- Acuerdo de Bases para el Desarrollo de la Sanidad en Castilla-La Mancha, de 26 de Abril de 2002.
- Instrucciones anuales para la elaboración de nóminas de la Dirección Gerencia del SESCAM.

2.5. GESTIÓN DE RECURSOS

Capítulo I.- Gastos de Personal.

Se implantara un **Pacto de Sustituciones**, tanto para sustituciones por profesionales contratados por Bolsa como para mayores cargas de trabajo en las categorías que lo requieran, negociando con los profesionales y si las posibilidades del EAP (cargas de trabajo) lo permitiesenl.

Este Pacto permite la adecuada Gestión de Personal en:

- Capítulo I
- Ajustarnos a la normativa vigente en materia de vacaciones, permisos y licencias, y otras situaciones del personal.
- Control de ausencias y gestión de la actividad de las consultas.
- Aplicación del Pacto de Descansos con lo previsto en el art. 58,2 de la Ley del Estatuto Marco del Personal Estatutario.

Capítulo II.- Material fungible, de oficina, informático y otros.

Se implantará un **Pacto de consumo**, racionalizado en función de la actividad y de la población de la ZBS.

El Pacto de Consumo con la GAP-CR estará dimensionado para un centro que atiende una población similar, con una serie de modificaciones:

- Utilización de registro en almacén permanentemente actualizado sobre la disponibilidad de material.
- Hoja de registro de paciente para la distribución y uso de material en:
 - Diabéticos (Lancetas, tiras determinación glucemia capilar).
 - Curas (Apósitos).
 - Sondas vesicales y otros.
- Control de artículos caducados.
- Eliminación peticiones urgentes salvo justificación con informe.

Fundamentalmente se utilizará el correo electrónico para el envío y recepción de comunicaciones, entre el C.S. y la GAP-CR.

De acuerdo con el Servicio de Obras y Mantenimiento de esta GAP, se estudiarán y llevarán a cabo las medidas a adoptar conducentes a establecer los mecanismos necesarios para el control y seguimiento de los consumos de agua, energía eléctrica, gas y combustible.

3. MARCO TEÓRICO. LA DIRECCIÓN DEL EAP EN EL MIOAP. [\[Volver a Índice\]](#)

El RD 137/1984, de 11 de enero de Estructuras Básicas de Salud, establece en su **artículo 4** en relación a la figura del Coordinador Médico, lo siguiente:

1. El personal del Equipo de Atención Primaria dependerá funcionalmente de un Coordinador Médico, el cual, sin perjuicio de desempeñar sus propias actividades, realizará las actividades específicas propias de su cargo, entre las cuales figurarán las de relación con los demás Servicios e Instituciones sanitarias y con la población.

2. El nombramiento, que en todo caso será por tiempo definido, recaerá sobre uno de los componentes del Equipo de Atención Primaria.

3. El Coordinador Médico armonizará los criterios organizativos del conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios, tengan éstos vinculación estatutaria o funcional por su pertenencia a los Cuerpos Técnicos del Estado al Servicio de la Sanidad Local.

En el ámbito de nuestra Comunidad, esta norma ha sido desarrollada por el **Decreto 34/1986**, de 22 de abril, sobre Ordenación Funcional de los Servicios de Atención Primaria de Salud, determinando en cuanto a la cuestión que se consulta en su **artículo 4.4**, que las **Funciones específicas** del Coordinador son las siguientes:

a) Garantizar la programación, organización, dirección, ejecución y coordinación de las actividades del Equipo de Atención Primaria.

b) Asegurar la adecuada relación y coordinación entre el Equipo de Atención Primaria, servicios e instituciones sanitarias y sociales y la población, en general.

c) Promover y estimular el trabajo en equipo, así como la participación de todos en las actividades de atención directa, formativa, investigadora y administrativa del mismo.

- d) Facilitar la formación y capacitación continuada de los miembros del Equipo de Atención Primaria, en función de las necesidades de la Zona.
- e) Garantizar la evaluación periódica de las actividades realizadas y los resultados alcanzados por el Equipo de Atención Primaria.
- f) Representar al Equipo de Atención Primaria' ante las autoridades sanitarias competentes, elevando para su refrendo los programas y solicitud de recursos necesarios, así como cuantas propuestas se requieran para atender las necesidades sanitarias de la Zona de Salud,
- g) Impulsar la elaboración del Reglamento del Equipo de Atención Primaria.
- h) Garantizar que se proporcione a las autoridades correspondientes la información sanitaria pertinente, en cada caso.
- i) Informar a las autoridades correspondientes de las dificultades y problemas existentes para el desarrollo adecuado de las actividades, cuando precise su intervención para solucionarlos.
- j) Garantizar una adecuada organización de los servicios y del régimen del personal a su cargo.
- k) Participar en las reuniones del Consejo de Salud de la Zona.
- l) Garantizar el mejor nivel de atención posible a la población por parte del Equipo de Atención Primaria.

3.1 FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN.

[\[Volver al Índice\]](#)

La Formación Continuada de los profesionales sanitarios y no sanitarios de un Centro de Salud, la Docencia sobre los futuros profesionales del Servicio de Salud y la Investigación sobre las cuestiones y problemas detectados como oportunidades de mejora (FDI), son aspectos inherentes a la función asistencial en los Sistemas de Salud. Como tales son entendidos en un concepto globalizador y transversal de la práctica asistencial, **siendo la F+D+I no solo el aspecto primordial para el correcto desarrollo de las capacidades clínicas de los profesionales, sino un criterio de calidad valorable como resultado en salud.** De esta forma se entiende la doble vertiente como derecho y obligación de los trabajadores. Estas actividades suponen un necesario reconocimiento para cada profesional, útil para su desarrollo personal y laboral, pero **nunca debe estar supeditada la capacitación del profesional al meritorio reconocimiento por la actividad realizada.**

En los equipos con modelo MIOAP se desarrollarán y potenciarán estas actividades conforme a los apartados y premisas siguientes:

- Existirá en el Centro un profesional responsable en F+D+I.
- El objetivo fundamental es la capacitación de los profesionales para su práctica asistencial. **La capacitación se entenderá subrogada a las necesidades detectadas en el Centro para el desarrollo de la Cartera de Servicios del EAP.**
- **Cada EAP acordará con la GAP un pacto propio de sustituciones, según características y circunstancias, y en función del cual las ausencias de un profesional por cada categoría en labores de FDI podrán o no cubrirse con personal eventual o ser asumidas por el propio equipo.**

- Toda asistencia de un profesional del Centro a una actividad formativa deberá redundar en beneficio del resto de profesionales del EAP, por compromiso y responsabilidad moral.
- Las actividades formativas relacionadas con dimensiones de la Cartera de Servicios no implementados en el Centro supondrán la puesta en marcha de las mismas con la supervisión de la GAP.

DESARROLLO DE LAS DIMENSIONES DE F+D+I

Formación Continuada:

- a. El EAP del Centro de Salud que pilota el MIOAP, teniendo en cuenta el Plan de Formación del presente año, determinará a qué actividades formativas deberán acudir sus profesionales basado en criterios de necesidad clínica y desarrollo de la Cartera de Servicios. La UFDI se compromete a reservar las plazas necesarias para la asistencia de estos profesionales a las referidas actividades formativas. La asistencia a una de estas actividades formativas supondrá:
 - La implementación de la actividad en el caso una Cartera de Servicios deficitaria en ese CS.
 - El compromiso al desarrollo de una actividad de autoformación en el CS, dirigida a compartir las competencias adquiridas.
- b. Dentro del Programa de Rotaciones y reciclajes clínicos, la UFDI reservará una plaza para cada categoría profesional ofertada destinado a este Centro con los mismos criterios.
- c. Gestión de la Consulta (GC).- **Todos los MF y Pediatras y enfermeras con responsabilidad docente reconocida (Tutores) o no, establecerán los programas de mejora de la gestión de su consulta que permita su capacidad de autogestión y con el objetivo a medio plazo de conseguir y mantener una presión asistencial (consulta a demanda y programada) menor de 30 pacientes / día, sin demoras.**

Docencia:

El CS, **si procede**, deberá estar en disposición de cumplir los criterios establecidos por el Ministerio de Sanidad y Política Social y solicitar la acreditación para la docencia MIR en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria antes del fin del año en curso. Para ello deberá cumplir los siguientes requisitos:

1. El Centro deberá disponer de un espacio específico para la formación donde puedan realizarse actividades docentes tales como trabajos en grupo, foros de discusión y debate.
2. Los Centros Docentes organizarán actividades formativas internas dirigidas a la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas integradas en el campo de conocimientos de la Especialidad.
3. El responsable de docencia del Centro de Salud elaborará el Proyecto Docente del centro con el consenso de todos los tutores acreditados, en el que se establezca:
 - a. -Metodología de evaluación continuada y tutorización del residente siguiendo las fichas del POE y del Libro del Especialista en Formación.
 - b. -Programa de sesiones o reuniones docentes, clínicas, bibliográficas... que deben ser, al menos, 8/mes. Dichas reuniones/sesiones deben quedar documentadas en un modelo al efecto.
 - c. -Organización y cronograma de las actividades realizadas por los residentes, debiendo informar a la Unidad Docente de los itinerarios formativos que

realizará el residente según el criterio de los Tutores principales, a efectos de acreditación de los colaboradores docentes si fuera oportuno.

4. El tutor desarrollará el Plan de Formación de la Unidad Docente, aprobado por la Comisión de Docencia, en todos sus aspectos.
5. El tutor, como responsable principal de la evaluación formativa y continuada del residente, participará activamente en el programa de sesiones y reuniones docentes del Centro y en la evaluación anual calificativa.
6. El tutor actuará como orientador del residente durante todo su programa de aprendizaje (R1, R2, R3 y R4) identificando sus necesidades de aprendizaje y los objetivos de cada rotación tanto a nivel hospitalario como en el Centro de Salud. Establecerá con él su cronograma formativo y en su caso, las estancias electivas que debe realizar, informándole de otras actividades de interés para su formación. Para ello participará con el residente en la elaboración de los Anexos 1 y 2 del Libro del Especialista en Formación.

La implantación de la especialidad de Enfermería Comunitaria cuando así se establezca, supondrá similar compromiso de los profesionales de enfermería del Centro.

Investigación:

El EAP debe mantener una continua actividad investigadora en la que participaran todos los profesionales sanitarios del Centro, de manera especial los MIR y tutores si se trata de un CS docente. Connotaciones al respecto:

- En las comunicaciones de resultados de investigación realizados en el seno de la Institución deberá figurar la colaboración de la Gerencia y/o Unidad Docente en forma del logotipo oficial del Centro.
- En su caso se favorecerá la actividad investigadora del residente estableciendo en el cronograma el tiempo necesario para la investigación.
- El equipo se compromete a publicar en una revista científica indexada al menos un artículo original al año.
- En el caso de CS docente la GAP-CR se compromete en el primer año a elaborar el Plan de Formación Específico para Tutores (PEFT). Para ello deberá:
 - Planificar con la participación de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria un **programa plurianual** de actividades que permitan el mantenimiento y la mejora de la competencia del tutor de Medicina Familiar y Comunitaria tanto en áreas clínicas como de investigación, manejo de la incertidumbre, uso de recursos, comunicación médico-paciente, atención a la familia y a la comunidad, gestión clínica, bioética y razonamiento clínico, sin olvidar la formación del tutor en metodología docente.
 - No establecerá ningún límite máximo a las horas anuales por formación a cada profesional.
 - Gestionará el desarrollo de un periodo de reciclaje de hasta un mes de duración, acorde al PEFT cuyo contenido establecerá el propio tutor, coincidiendo con el periodo de responsabilización del MIR al final de su periodo formativo.

- Completar la biblioteca del Centro de Salud con los fondos establecidos por el Programa Oficial de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, y de Enfermería Comunitaria cuando así se disponga
- Adquirir material audiovisual (ordenador portátil, proyector de video, cámara de video digital) necesario para la docencia.
- Favorecer que la tendencia media de los cupos de MF (médico-enfermera) no supere las 1500 TSI. Cuando no sea posible esta medida, tender a que la presión asistencial no supere los 30 pacientes / día (entre consulta a demanda y programada). En el caso de pediatría, la tendencia es a 1000 tarjetas por profesional sin demoras.

La asistencia activa a Congresos y Reuniones (como autor de comunicación, ponente, etc.) está subvencionada por FISCAM.

Se posibilitará la liberación parcial por tiempo limitado de profesionales del Centro de Salud que se encuentren desarrollando un Proyecto de Investigación. Esta medida está sujeta a la disponibilidad del resto de profesionales según lo expuesto en el punto tercero de la introducción.

CRITERIOS DE INCENTIVACIÓN LIGADOS A F+D+I.

Dentro de este apartado, la Gerencia quiere incluir todos aquellos aspectos dirigidos a mantener la motivación y el compromiso de los profesionales en el mantenimiento del Sistema MIR como el mejor de los formatos para la formación postgraduada en Medicina. Para ello además de reconocer, incentivará las siguientes actividades:

- Docencia MIR.
- Docencia en enfermería.
- Desarrollo de un Proyecto docente que suponga:
 - a. Organización y cronograma formativo del residente.
- 2. Calendario de reuniones/sesiones docentes, requiriéndose una media de 8 / mes en el Centro. La media de 8 reuniones o sesiones / mes se entenderá como el criterio llave para acceder o no a este nivel de incentivación. La cuantificación a cada tutor de este aspecto vendrá definida por el nº de actividades que cada uno hubiera documentado.
- Comunicaciones científicas a Congresos.
- Publicaciones de artículos en revistas científicas.
- Publicación de capítulos de libros.
- Elaboración y desarrollo de un programa personalizado de mejora de gestión de la consulta, teniendo como objetivos:
 - La participación de enfermería en la gestión de la atención al paciente crónico.
 - Límite máximo de 30 pacientes / día (consulta a demanda y programada o concertada).
- Participación en la Red de Alerta Bibliográfica de la GAP-CR.
- Elaboración y desarrollo de un programa de garantía y mejora de la calidad en relación a las funciones docentes del Centro.

3.2 PARTICIPACION CIUDADANA.

[Volver al Índice]

“La participación ciudadana en un modelo de democracia participativa solamente se entiende si contempla la participación directa de los ciudadanos en los procesos de toma de decisiones”. (Brugué, Font y Gomà, 2003).

La participación ciudadana es un derecho democrático inherente a cualquier servicio público que además, está recogido en nuestra legislación básica. Es también un elemento fundamental e imprescindible en los procesos sociales que tienden a la promoción de la salud, tal y como ha sido reconocido por la OMS.

En nuestro modelo de organización se considera ineludible la participación ciudadana. Ésta se desarrollará según la legislación vigente en nuestra comunidad autónoma:

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de la Autonomía de paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
- Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud
- Decreto Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha
- Ley 16/2001, de 20 de diciembre, del Defensor del Pueblo de Castilla-La Mancha
- Orden de la Consejería de Sanidad, de 12 de junio de 2001, del Consejo de Salud de Castilla-La Mancha
- Decreto 64/2002, de 30 de abril, del Consejo de Administración del SESCAM
- Ley 24/2002, de 5 de diciembre, de Garantías de la Atención Sanitaria Especializada
- Orden de la Consejería de Sanidad, de 20 de junio de 2003, de la Reclamaciones, quejas, iniciativas y sugerencias
- Decreto 13/2005, de 1 de febrero, de los Órganos de Participación en el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha
- Decreto 61/2007, de 15 de mayo, de ampliación de los órganos de participación del Área de Salud de Puertollano.

No obstante, pretendemos dar un paso más y aspiramos a tener un modelo que garantice la participación ciudadana en todo el proceso de planificación, gestión y evaluación añadiéndole atribuciones pertinentes de carácter ejecutivo. Para ello, solicitamos la correspondiente adecuación al modelo ya existente en el Área de Salud de Puertollano, pues, consideramos que la participación **es un proceso**, que requiere de **instrumentos y canales** que la hagan posible, siempre, sobre la base de la posibilidad de la **toma de decisiones** y la **capacidad de influencia**. Por otro lado, aunque sea el CS el que tome la iniciativa, la perspectiva es **trasladar el protagonismo a la propia comunidad a nivel del Área de Salud**.

Los requerimientos internos para poder llevar a cabo este proceso son:

- Acuerdo consensuado de los profesionales para la implicación formal (no voluntarista) como parte del trabajo habitual.
- Constitución de un pequeño grupo de trabajo con máxima representatividad.

- Información normalizada y sostenida de las actividades a todos los miembros del equipo de salud.
- Incorporación de esta área de trabajo a la formación, docencia e investigación del Centro de Salud.

CRONOGRAMA:

En los tres primeros meses de la puesta en marcha del MIOaP en el CS, se constituirá un grupo de trabajo inicial que realizará una primera aproximación al conocimiento de la comunidad.

En los tres meses siguientes se realizarán los contactos con la comunidad: asociaciones, Administración local, servicios sociales existentes y se realizará una primera convocatoria formal en la que se quedará constituido el Consejo de Salud de Zona.

En esa primera reunión se debe socializar el documento acerca de la aproximación al conocimiento que hemos realizado anteriormente, y pedir la opinión de todos.

Nuestra propuesta consistirá en el inicio de un proceso de intervención y participación de la comunidad para enfrentar los problemas y contribuir a la mejora de la calidad de vida de la población del territorio, contando con todos los servicios y los recursos existentes y la colaboración de las instituciones y la administración.

Se deberá aclarar nuestro papel en la propuesta que les hacemos. Siempre plantear que el protagonismo pertenece a la comunidad y que nosotros, como profesionales, desempeñaremos un papel técnico con propuestas que tengan relación con la promoción de la salud, así mismo actuaremos como asesores en problemas que nos planteen.

En las siguientes convocatorias y el Consejo de Salud tendrá que avanzar en el conocimiento de la comunidad, establecer prioridades, planificar programas y actividades.

La administración sanitaria considerará las propuestas que debidamente razonadas y consensuadas adopte el Consejo de Salud en el ejercicio de su derecho de participación.

3.3 LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO (UAU) EN EL MIOaP

[\[Volver al Índice\]](#)

La Unidad Administrativa o Unidad de Atención al Usuario (UAU), es la puerta de acceso al equipo de atención primaria. Como punto de primer contacto, **es el gestor inicial de todos los procesos** que se desarrollan en el equipo de atención primaria. Esta unidad trabajara de forma coordinada con el equipo, colaborando en el desarrollo de los diferentes procesos:

- **Triaje de pacientes:** La Unidad Administrativa participará en la gestión de estos sistemas organizativos realizando, dentro de su margen de intervención, tareas de filtro y ordenación, dirigiendo al usuario en los circuitos internos. (ver 4.2 y Anexo).

- **Desburocratización:** Será un gestor fuertemente implicado en la resolución de demandas de carácter burocrático, ya que gestionará agendas comunes de trabajo compartidas con el resto de profesionales y participará en la recogida y entrega de parte de la carga burocrática, evitando generar citas presenciales a los profesionales sanitarios.
- **Atención al usuario:** Realizará las labores propias de esta unidad, informando, atendiendo y resolviendo cuantas demandas asistenciales se les planteen, facilitando la cita previa a consultas y realizando la citación para atención especializada.
- **Secretaría de centro:** Elaborará escritos, tramitará documentación, realizará labores de registro auxiliar de documentos, redactará actas de reuniones de equipo, llevará a cabo la gestión y mantenimiento del archivo de historias clínicas, etc.
- **Gestión de prestaciones complementarias:** Atenderá y gestionará todo lo referente a la tarjeta sanitaria individual, recibiendo y tramitando solicitudes de prestaciones ortopédicas, visado de recetas, reclamaciones, solicitud de transporte sanitario, etc.

La Unidad Administrativa participará en la gestión de este nuevo sistema organizativo, integrándose en el esquema de desarrollo funcional del Equipo. Realizará además las funciones comunes a las Unidades Administrativas del área cumpliendo los protocolos y normas establecidas desde la Coordinación de Unidades Administrativas de la GAP de Ciudad Real.

Nuevo escenario

En las **Unidades de Atención al Usuario (U.A.U.)**, antes Unidades Administrativas, se modifica sustancialmente el rol vital desarrollado por el personal desde los inicios de la AP como unidades citadoras y secretaría del CS. Siendo necesario rediseñar funciones y responsabilidades en función de las demandas y expectativas actuales.

La implantación del MIOap supone la conversión de la UAU en **gestora de flujos de atención** y de **demandas de usuarios**, con nuevas tareas a desarrollar, nuevas áreas de influencia y nuevos ámbitos de conocimiento. La nueva forma de atención directa al ciudadano, **personalizada** y **confidencial**, facilita y simplifica los procesos internos, incorporando la UAU al proceso continuo de educación sanitaria.

Implantación

La nueva estructura funcional de las UAU se concibe en el seno global del MIOAP, con sus diferentes ámbitos de influencia y se construye secuencialmente sobre tres pilares estratégicos:

- a) Desburocratización de la U.A.U.
- b) Desburocratización del EAP.
- c) Diseño del Triage propio de las U.A.U.

a) Desburocratización de la U.A.U. (la propuesta es integral, con el abordaje simultáneo de la desburocratización del EAP).

Va acompañada de un **Plan de simplificación y virtualización de procedimientos administrativos** que ayudará a sustituir buena parte de la documentación aparejada a procedimientos burocrático-administrativos por documentación y formularios virtuales, utilizando la web 2.0 como base estratégica de desarrollo.

Existe una serie de procesos burocráticos de imposible sustitución, que sin embargo, podremos simplificar y automatizar; es el caso del Registro de documentos oficiales (entradas y salidas de documentos) en los que se dejará de utilizar el libro de registro en formato papel para ser sustituido por la aplicación informática de (Registro oficial) virtualizado de la Consejería de Administraciones Públicas de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Esto no sólo facilitará la labor de anotación de

los asientos en el registro, sino que ayudará a realizar un posible seguimiento de cada uno de los documentos registrados.

Parte de la desburocratización de las U.A.U. consiste en el diseño de nuevos circuitos de comunicación, sustituyendo los actuales canales analógicos por verdaderos canales virtuales, facilitando el trabajo colaborativo entre todos los profesionales. Para ello ya está previsto el **Plan de Comunicación Interna del Área**, en cuyo desarrollo tendrán un papel fundamental la página web de nuestra Gerencia y las intranets corporativas que se están desarrollando.

b) Desburocratización del E.A.P.

Se abordan procesos de virtualización de formularios y documentos oficiales de Unidades Centrales de la Gerencia (Personal, Nóminas, Suministros, Bolsa de trabajo, Mantenimiento, Farmacia,...) utilizando también como herramientas la página web e intranets corporativas.

Dentro del Plan de Comunicación Interna, se desarrollará la mejora de comunicación interdepartamental, con nuevos circuitos bidireccionales simplificados y ágiles entre las unidades centrales de la Gerencia y los EAP.

Se acometen cambios fundamentales para dar coherencia a la tramitación y resolución de los procedimientos burocrático-sanitarios, considerando al usuario el eje de estos procesos e intentando evitar su presencia física en aquellas intervenciones sanitarias en las que no sea necesaria valoración clínica y facilitando el acceso a los documentos que sea preciso generar. En todo caso se prioriza el envío al domicilio de estos documentos antes que programar nuevas consultas presenciales con profesionales o con la UAU en el CS.

c) Triage propio de la UAU (ver en 4.2).

REDISTRIBUCIÓN (PARCIAL) DE TAREAS DE LA UAU, POR CUPOS. POSIBLES BENEFICIOS:

1. Para usuarios.
 - Simplificar y facilitar el acceso a diferentes prestaciones.
 - Identificación del administrativo que le resolverá la necesidad o demanda.
 - Simplificación de trámites.
 - Personalización de la atención.
 - Seguimiento de todo el proceso por un sólo administrativo.
 - Garantía de confidencialidad.
2. Para la UAU.
 - Identificación de pacientes de su "cupo".
 - Conocimiento de antecedentes de sus pacientes.
 - Permite profundizar en la Gestión por procesos.
 - Provoca abordar el trabajo administrativo desde una nueva dimensión:
 - Programación del trabajo administrativo.
 - Reduce el trabajo a demanda y facilita la organización del tiempo de las actividades administrativas.

3.4 LAS ENFERMERAS EN NUESTRO MODELO ASISTENCIAL [\[Volver al Índice\]](#)

Uno de los elementos diferenciadores del nuevo modelo organizativo propuesto (MIOAP) es la incorporación de las enfermeras a la primera línea del proceso de atención a la demanda asistencial a lo largo de todas las etapas de la vida del individuo.

Si pretendemos que los ciudadanos sean más autónomos y menos dependientes del sistema sanitario, incrementando su autonomía y sus posibilidades de elección, se nos exige dedicar un mayor tiempo y esfuerzo a capacitar a los pacientes para que estén en condiciones de autocuidarse y responsabilizarse de su propia salud.

Para lograr este objetivo es necesario desarrollar un estilo de práctica asistencial menos medicalizador y aprovechar al máximo las capacidades de las enfermeras, verdaderos especialistas en cuidados. Las enfermeras pueden y deben jugar un papel esencial en la valoración inicial y orientación de las demandas y en la educación sanitaria, en el autocuidado y en la Promoción de la Salud.

Desde la reforma de la Atención Primaria el desarrollo de las tareas que las enfermeras vienen realizando ha sido notable, pero insuficiente de acuerdo a su capacitación.

3.4.1 FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN LA UBA DEL CS EN EL MIOAP.

Las tareas propias de la enfermera de una Unidad Asistencial de Atención Primaria que presta una atención integral e interdisciplinar, son las siguientes:

- La dirección, evaluación y prestación de los cuidados y servicios propios de su competencia profesional en las distintas fases del proceso de atención de salud, desde el diagnóstico de las necesidades de cuidados, pasando por la realización de intervenciones y actividades enfermeras, hasta la evaluación de sus resultados.
- La indicación y realización de las actividades individuales, familiares, grupales y comunitarias, dirigidas a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades incluyendo el control y seguimiento de factores de riesgo.

El mejor modo de hacerlo es precisamente que cuando este tipo de procesos acceden de forma directa a la UAU o vía internet, se cite o derive para la enfermera en consulta A DEMANDA DE LA ENFERMERA.

- **La valoración inicial de las demandas de atención e información y la prestación personal directa a pacientes con síntomas menores más prevalentes, a procesos autolimitados y aquellas situaciones vitales en que no siendo recomendable medicalizar las actuaciones principales se enmarcan preferentemente en el ámbito propio de la enfermería: la ayuda al autocuidado, el asesoramiento y apoyo en la toma de decisiones, el manejo del régimen terapéutico, la ayuda al afrontamiento, etc.**
- La promoción del autocuidado y la realización de los controles y seguimientos protocolizados de los procesos crónicos que se definan en la Unidad Asistencial y para toda la zona básica de salud.

Para ello elaboraremos un manual de servicios enfermeros de autocuidado no-medicalizadores, de los procesos que mas demanda generan y en los cuales esta modalidad de atención se haya mostrado idónea agrupando los problemas de salud por bloques, según el grado de resolución y estableciéndose un perfil de demanda solucionable por las enfermeras; orientando la prestación de servicios hacia:

- La administración de los tratamientos y la realización de técnicas y pruebas complementarias prescritas al paciente que estén en el ámbito de su competencia.
- Complementar la información sobre su proceso o sobre las intervenciones a que vaya a ser sometido el paciente así como reforzar su cumplimiento terapéutico.

Son varios los procesos en los cuales la evidencia demuestra que una atención no medicalizadora obtiene los mismos resultados clínicos.

Las enfermeras, por su perfil profesional y por su rol basado en cuidados, están capacitadas para atender estos motivos de consulta. Además, pensamos que a los pacientes atendidos de las “no-enfermedades” por enfermeras se les

indicaría menos tratamientos farmacológicos e intervenciones médicas, ya que las intervenciones a las que serían sometidos se fundamentarían más en el cuidado y utilizando la relación de ayuda.

- ¿Qué necesita el paciente?
- ¿Qué atributos de calidad ha de tener el servicio para dar una respuesta adecuada a dicha necesidad?
- ¿Qué modalidad de atención es la más idónea?
- ¿Qué profesional puede resolverla con más eficiencia?
- Orientar hacia la Consulta enfermera a las demandas de este tipo que lleguen al Centro. De manera directa a través del sistema de cita, o desde la consulta médica en el caso de que la misma haya llegado inapropiadamente al médico.

3.4.2 GRUPOS DE PROBLEMAS DE SALUD SEGÚN EL GRADO DE RESOLUCIÓN POR PARTE DE LA ENFERMERA.

a) grupo 1, problemas de salud en los que la protocolización permite que los profesionales de enfermería sean los que finalicen el proceso, siendo los responsables de la recepción y de la resolución. **Síntomas menores y procesos autolimitados que no es recomendable medicalizar como primera medida.**

b) grupo 2, **situaciones que corresponden a posibles urgencias en las que los profesionales de enfermería son autónomos en la primera parte del algoritmo**, que pueden precisar o no la intervención del médico posteriormente, dando lugar a una finalización compartida del proceso.

c) grupo 3, problemas de salud que precisan de la participación de la enfermera como actividad colaborativa a derivada tras una valoración inicial.

Cada problema de salud se estructura en 3 apartados:

- a) breve descripción del problema;
- b) algoritmo de actuación en el que se incluyen anamnesis, valoración y actuación (que puede ir desde la resolución del problema hasta la derivación o actuación compartida entre personal de enfermería y médico), y
- c) posibles diagnósticos NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) que mejor describen el problema con los objetivos de resultado (NOC) de los cuales derivan las intervenciones de enfermería (NIC).

Para la puesta en marcha se debe realizar una formación específica para aumentar las habilidades de los profesionales de enfermería y conseguir el grado de resolución deseado.

La elaboración de dicho manual es indispensable para construir un perfil resolutivo homogéneo para todo el equipo de enfermería del centro, que mejore los conocimientos y habilidades de estos profesionales en lecturas críticas, así en enfermería basada en la evidencia; así como en la revisión y actualización de los tres grupos de problemas de salud.

La aplicación progresiva de la guía permitirá identificar puntos de mejora. Entre ellos, las necesidades formativas precisas para mantener el grado de resolución deseado.

Inicialmente se efectuarán sesiones al menos mensuales para identificar cuáles son los puntos débiles del circuito y para revisar y/o actualizar los problemas de salud incluidos en cada uno de los tres grupos.

3.4.3 PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO Y RACIONALIZACIÓN DE LOS CONTROLES DE PROCESOS CRÓNICOS.

Los controles de crónicos pasan también por su ajuste a la evidencia científica, por su orientación al autocuidado y por el fomento de la autonomía del paciente.

En palabras de Helia Marta Cebrian, Diplomada en Enfermería (EAP Gótic de Barcelona):

- “El control del paciente con patología crónica ha consumido la mayoría del tiempo y de la actividad de las enfermeras de Atención Primaria, basándose en la aplicación de protocolos específicos sobre un número muy limitado de patologías, básicamente: diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipemia y EPOC/asma”.
- “Si bien este tipo de consulta sirvió para facilitar el proceso de cambio a un rol más autónomo y para ofrecer a los usuarios un enfoque basado en el cuidado y la educación sanitaria, etc. sin embargo... **“muchas de las actividades que se realizan fueron diseñadas para «controlar» mucho y «decidir» poco y han generado una cronificación de los pacientes en las consultas y una ineficiente dependencia del sistema”**”.

Puntos clave para racionalizar la gestión de pacientes con patología crónica:

- Adecuación de los servicios a las necesidades y a la eficiencia de las intervenciones **tomando en consideración la gravedad y la evidencia científica de la eficacia de la intervención. Ampliar la cobertura de los protocolos a costa de reducir su intensidad, evitando la reiteración de controles a pacientes con consultas con escaso valor añadido.**
- **Revisión de los plazos de citación:** En la mayoría de los casos se están haciendo con más asiduidad de la necesaria, sin conseguir por ello mejores resultados. El número de controles debe variar según nivel de riesgo y cumplimiento.
- **Evitar la cronificación y dar «altas» enfermeras cuando el paciente haya adquirido los conocimientos, las habilidades y la motivación necesarios para manejar su enfermedad o cuando se constate la inexistencia de voluntad alguna de cambio de conducta, actitud o de mejora de resultados, dejando siempre la puerta abierta.**

Se trabajara en los siguientes campos:

- Educación grupal. Por su eficiencia. (ANEXO).
- Fomentar la autonomía y autocuidado de los pacientes
- Colaborar con las asociaciones
- Promover grupos de autoayuda.
- Facilitar la accesibilidad para los casos de incidencias, dudas etc
- Promover controles no presenciales. (Teléfono, internet).
- La inclusión de los pacientes en Protocolos de Autocuidados debiera ser progresiva y voluntaria, ofertándoles un modelo de atención más autónomo que ofrece iguales o mejores resultados en salud y en el que obtienen beneficios concretos en términos de comodidad, **desarrollando modelos e instrumentos concretos de formación, de atención grupal, de empoderamiento etc. que hagan que el paciente se sienta seguro y perciba beneficios directos de su aplicación.**

3.4.4 LA ATENCIÓN DOMICILIARIA.

La atención domiciliaria de enfermería es una de las actividades esenciales. Dado el impacto, la trascendencia y la magnitud que este tipo de actividades tiene en el funcionamiento de los Centros de Salud, dirigida principalmente a prestar atención a pacientes inmovilizados y terminales, dentro de los protocolos del SESCAM.

La enfermera, de cada UBA garantizará los cuidados en domicilio, convirtiéndose en el eje central de la dispensación de atención a este perfil de usuarios y participara en la coordinación de los servicios socio sanitario que estos pacientes precisan. Para ello, y con la puesta en marcha del MIOaP en el CS, apostamos por un tipo de enfermera de facto gestora de “sus” casos, que asume una responsabilidad máxima en la elaboración y control del caso socio sanitario, velando porque el paciente/familia alcance los objetivos terapéuticos previstos en su trayectoria clínica, identificando y movilizando los recursos necesarios con la colaboración del trabajador social que coordinara su actuaciones con otros profesionales y servicios».

3.5 EL MÉDICO EN NUESTRO MODELO ASISTENCIAL. [\[Volver al Índice\]](#)

El MIOaP, es un modelo ajustado a los valores fundamentales de la Medicina Familiar y Comunitaria. El médico en este modelo sale de los esquemas de trabajo que le relegan cada vez más a ser mero gestor burocrático y que le apartan de la actividad clínica. Así, el médico puede dedicar más tiempo a la actividad clínica, para prestar una atención integral, integrada y continua a sus pacientes. Se potencia el trabajo en equipo con criterios clínicos homogéneos para todos los profesionales que componen el EAP y el poder seguir unos determinados programas de salud y la consecuente evaluación del trabajo. Se fomenta la docencia e investigación, así como el desarrollo de las actividades sanitarias comunitarias. **El fin principal del MIOaP en cuanto a los profesionales médicos, es su revalorización como parte esencial y eficiente del Sistema de Salud Público.**

El desarrollo de la actividad asistencial medica en todas las etapas de la vida de las personas, está fundamentado en cuatro pilares que condicionan la labor del médico:

- Sistemas organizativos que establezcan procesos para la gestión de la demanda administrativa.
- Sistemas organizativos que desarrollen la gestión de la demanda asistencial con intervención de todos los profesionales sanitarios.
- Diseño de agendas que sean compatibles con los recursos humanos asignados y que posibiliten el cumplimiento y desarrollo de la Cartera de Servicios de AP. Estas agendas deben adaptarse a las necesidades formativas, docentes e investigadoras del C.S.
- **Definición de criterios clínicos homogéneos, con la aplicación “real” de guías clínicas para el seguimiento de los problema crónicos mas prevalentes.**

3.5.1 DEMANDA ADMINISTRATIVA.

Colaboración en los circuitos de consulta administrativa, favoreciendo la desburocratización de la consulta de atención primaria, con el compromiso en la gestión de trámites administrativos en los plazos consensuados e **impulsando la hoja de tratamientos crónicos y en su día la receta electrónica.**

3.5.2 DEMANDA ASISTENCIAL.

La implicación de todos los profesionales en la gestión de la demanda es un punto básico del MIOAP. Lo más relevante en esta nueva gestión es la incorporación de los profesionales de enfermería. La enfermería en este modelo como se ha comentado antes comparte con el médico de atención primaria la gestión de la demanda del paciente. Con la incorporación de enfermería **no se busca disminuir la carga asistencial del médico de AP “per se”, se busca potenciar el papel de los enfermeros de AP como gestores de salud, capacitados para la resolución de un alto porcentaje de problemas de salud, relanzando su papel como educadores en salud y gestores de los procesos crónicos.** El día a día actual está marcado por la gran presión asistencial y por un sistema organizativo que hace que el médico dedique una gran parte de su tiempo en la atención de problemas de salud menores o demandas administrativas. El médico de AP en este sistema no quedará relegado a un segundo plano, deberá asumir una forma de trabajo distinta a la actual, **ganando el tiempo necesario para implicarse en el seguimiento puntual y protocolizado de los procesos crónicos pero especialmente en las reagudizaciones, y en los procesos críticos o agudos.** Esta forma de trabajo organizada, **posibilitará a lo largo de los años una mayor competencia clínica de los profesionales sanitarios, con una ganancia en salud de todos los usuarios de nuestro sistema público.**

Funciones del médico a demanda asistencial:

- La dirección, control y evaluación del proceso de atención integral de salud, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía de los distintos profesionales que intervienen en el mismo.
- La indicación y realización de las actividades dirigidas al diagnóstico clínico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes, así como el enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objetos de atención.
- La indicación y realización de las actividades individuales, grupales y comunitarias, dirigidas a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades incluyendo el control y seguimiento de factores de riesgo.
- Delegación de actuaciones en la enfermería, conforme a su capacitación profesional, las condiciones establecidas por el equipo y atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia, en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y el conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros, y de los principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas.
- La colaboración con la enfermera en la valoración de síntomas menores, procesos autolimitados y situaciones vitales que no sea recomendable medicalizar, **reforzando ante el paciente el rol enfermero en materia de autocuidados.**
- La colaboración debidamente protocolizada con otras especialidades del Área vinculados a la AP (matronas, fisioterapeutas, trabajadores sociales, odontólogos e higienistas dentales). Con especial interés en el valor añadido que aportan para valoración comunitaria la Eps y la PdS.

3.5.3. GESTIÓN DE LA AGENDA.

Responsabilizarse de la gestión de agenda de trabajo, para que se cumplan los objetivos de dar cobertura:

- Demanda administrativa.
- Consulta asistencial, que cubra la demanda del paciente dentro y fuera del CS y que incluya la parte de autocitación programada o concertada generada por nuestra labor asistencial y acoplando en esta parte la actividad citada a través de enfermería en el proceso de colaboración de la demanda. Así como la asunción de pacientes de otros cupos que por circunstancias determinadas no tuviesen al correspondiente profesional.
- **Toda actividad no demorable debe ser atendida en el día.**

3.6. LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA EN NUESTRO MODELO ASISTENCIAL.

[\[Volver al Índice\]](#)

La atención al niño en nuestro modelo asistencial se realizara por médicos de familia adscritos a pediatría o pediatras junto con enfermeras de atención primaria, siguiendo una distribución similar a la de las consultas de medicina de familia.

De igual modo **toda actividad real o sentida como no demorable será atendida en el día.**

La responsabilidad de estos profesionales será la promoción, prevención y recuperación de la salud de los niños y adolescentes hasta los 14 años, realizando la coordinación de los diferentes programas de salud del niño sano y enfermo.

Seguirán un régimen similar en cuanto a los pactos de equipo, dando prioridad a las actividades formativas, docentes e investigadoras que potencien la resolución de los problemas de salud en el propio ámbito familiar, intentando evitar que se conviertan en demandas de intervención sanitaria.

En caso de ausencia de la totalidad de los pediatras del EAP debida a causas inevitables, que no fuese posible sustituir por falta de médicos, la atención de niños recaerá en los MF, buscando la GAP profesionales que realicen la actividad lo antes posible, mientras tanto se asume toda la asistencia, especialmente la de los niños de 7 o más años.

Potenciación de la enfermera en la atención al niño. Refuerzo de su labor educativa y desarrollo de protocolos que introduzcan a la enfermera en la gestión de aquellos procesos que no necesiten ninguna intervención médica.

Desarrollo de la actividad de revisión del niño sano, optimizando el número de visitas y designando el profesional adecuado para su realización. Evitando duplicidades.

3.7.EI TRABAJADOR SOCIAL EN EL MIOAP. AREAS DE TRABAJO:

[\[Volver al Índice\]](#)

1. **Área de Atención Directa** se interviene en las necesidades de salud, desde la perspectiva psicosocial. El acceso al Trabajador/a Social de APS puede darse:

- A demanda del propio usuario o familia.
- Captación oportunista por ser persona de riesgo a incluir en Programas.
- Derivado por cualquiera de los miembros del EAP para:
 - Completar el diagnóstico con la dimensión social.
 - Valoración y diagnóstico social protocolizada o por pertenecer a grupo de riesgo.
 - Atender demanda explícita del usuario a otro profesional del EAP.
 - Intervenir en problemas sociales de forma conjunta.
 - Derivado por otros miembros de la comunidad.
 - Derivado por otros profesionales de la zona.
 - Derivado por otros servicios del sistema sanitario, servicios sociales o de educación.
 - Derivado por otros recursos pertenecientes a la comunidad.

2. **Área de Coordinación Sociosanitaria.**

Es un profesional de enlace, formado para impulsar la coordinación sociosanitaria, así como la relación desde el EAP y con las distintas entidades y asociaciones de la comunidad.

3. **Área de Apoyo Social**, que desarrolla el fomento, formal e informal de la Red Social de Apoyo en salud, en varios niveles:
 - El **comunitario**, que proporciona sentido de pertenencia e integración social.
 - El de las **redes sociales**, o contactos sociales que mantienen las personas.
 - El de las **relaciones íntimas**, donde se establecen vínculos más estrechos, que fomenta la obediencia de las normas del grupo y las virtudes cívicas.
4. **Área de Promoción de Salud y Participación**, que recoge estrategias para la promoción de la salud y fomento del auto cuidado.

Método de Promoción de la Salud y Participación:

La **propuesta de método** está constituida por un conjunto de fases, que no siempre se presentan de forma secuencial, al ser éste un proceso dinámico: **Estudio / Contactos / Determinación de estrategias / Organización de actividades / Ejecución / Evaluación.**

Funciones:

- **Estudiar los factores sociales** que caracterizan a la población de la zona.
- Actuar de **enlace entre el EAP y el tejido social de la ZBS.**
- **Estimular la participación en salud** del tejido social de la zona, a través del desarrollo de metodología participativa y del impulso y desarrollo de los órganos de participación.
 - Aportar al equipo el conocimiento de las relaciones de las redes sociales (formales e informales) a través de un **inventario de colectivos y del sociograma** o mapa de relaciones.
 - Garantizar **soporte documental** a estas acciones en el área comunitaria.
 - Desarrollar **programas de educación para la salud**, con el resto del equipo.
 - **Educar para la salud** de forma individual y grupal con el resto del EAP.

5. **Área de docencia e investigación.** Etapas del proceso: Identificar el problema o la necesidad de formación / Determinar los objetivos de dicha formación / Organizar y ejecutar las actividades / Evaluar los resultados obtenidos.

Funciones:

- **Identificar** junto con el EAP, las necesidades formativas.
- **Colaborar en la planificación** de las actividades docentes del CS; facilitar apoyo y/o asesoramiento en torno a los temas de su competencia.
 - **Realizar las actividades** formativas a grupos de profesionales de la ZBS o del Área.
 - **Participar** en las sesiones clínicas.
 - Realizar y colaborar en la **elaboración** de ponencias, comunicaciones, publicaciones.

3.8 CONSENSO CLÍNICO.

[Volver al Índice]

Establecer guías de consenso dentro del EAP, con criterios homogéneos y eficientes de recomendado cumplimiento para los profesionales sanitarios, en el seguimiento de los procesos clínicos prevalentes, estableciéndose reuniones para evaluación y seguimiento del desarrollo de las guías de las que inicialmente partimos:

- HTA.
- Prevención enfermedades cardiovasculares
- Diabetes.
- EPOC.
- Insuficiencia cardiaca.
- Planificación familiar.
- Cuidados de las heridas.
- Atención integral al paciente terminal.
- Control de embarazo bajo riesgo.
- Consulta joven.

Sesiones Clínicas.

Sesiones de evaluación de derivaciones a segundo nivel asistencial para:

- Evaluar calidad de derivación, e información del documento de interconsulta.
- Evaluación clínica de la derivación, con estudio de pertinencia clínica.

Desarrollo modelo de enlace Atención Primaria-Atención Hospitalaria.
(Proyecto UCESMI, en construcción):

Compartir la asistencia integral holística y lineal con medicina interna. El MF primer agente del paciente. El Médico Internista (MI) segundo agente como enlace hospitalario:

- Ante pacientes con necesidad de atención en el segundo nivel, para casos no urgente, pero poco demorables.
- En pacientes agudos para determinados protocolos pactados entre AP y Hospital..

Esta vía directa de acceso MF-MI evitaría la sobrecarga e hipertrofia de los dispositivos intermedios y reforzaría el protagonismo de ambos niveles asistenciales al facilitar la capacidad resolutoria ante el paciente ya sea a través de la realización de estudios sin necesidad de ingreso, gestionando ingresos directos o bien guiando al paciente dentro del hospital.

3.9 EQUIPOS DIRECTIVOS DE LOS CENTROS DE SALUD.

[\[Volver al Índice\]](#)

En los EAPs que desarrollen el MIOap las referidas funciones del Coordinador del Centro de Salud estarán delegadas parcialmente por estamentos, con respecto a las enfermeras en la figura del Responsable o Coordinador propio y en la Unidad de Atención al Usuario en el correspondiente responsable (siempre que el EAP disponga de un número mínimo cuatro trabajadores de esta unidad).

En los tres casos la elección, preferiblemente por consenso, la hará el EAP al completo tras propuesta parcial de cada estamento. Dicha propuesta podrá o no ser confirmada por la GAP o niveles jerárquicos superiores, en razón de la exigible coherencia y fidelidad al proyecto de la organización, siendo los nombramientos por un tiempo de 2 años.

4. ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL.

[Volver al Índice]

4.1 GESTIÓN DE LA AGENDA DE TRABAJO.

Queda definido el **horario de apertura del CS, de 08.00 a 15.00 hs.**

Para la organización asistencial de este CS, se tienen en cuenta los siguientes factores:

- Asignación tendente a 1500 TSI.
- Distribución de todo el personal en todo el horario de apertura.
- **Plan de funcionamiento integral en el desempeño de todas las tareas. El paciente es responsabilidad del EAP y la ausencia de algún miembro por cualquier causa, en días o momentos determinados, no la debe percibir en su perjuicio.**
- Posibilidad de agrupación de las agendas de trabajo de las enfermeras y de los médicos en pares por estamentos: 2 UBA con actividad complementaria (?).
- Posibilidad posterior de adaptación del horario de funcionamiento del CS a las necesidades de usuarios, y de trabajadores. Se estudiaría se hubiese propuestas.

El tiempo dedicado a la actividad asistencial debe ser de 5.00 horas diarias, dejando 1 hora diaria de media para la realización de actividades formativas, reuniones de equipo y de UBA, así como para el desarrollo y evaluación de guías implantadas. La franja para la realización de estas actividades se debe desarrollar principalmente en el horario 14:00 a 15:00.

Un punto inicial básico en la gestión de la agenda, es su parte de “Consulta Administrativa no presencial”.

El segundo punto inicial básico en la gestión de la agenda, es la implicación del profesional de enfermería en la gestión de la demanda, reflejada en su agenda (protocolizada).

El tercer punto básico es la autocitación por parte de todos los profesionales, con las pertinentes instrucciones. Además se generará la cita para la demandas de técnicas propias del EAP o que impliquen consultas a otros profesionales del mismo en las siguientes situaciones:

- Profesionales que estén ausentes por cualquier motivo.
- Realización de actividades para el desarrollo de cartera de servicio.
- Realización de actividades definidas por el EAP.
- Realización actividades educación para la salud.

Ejemplo de posible agenda tipo Médicos de AP (adaptable a situaciones concretas).

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
8:00-8:15	Personal	Personal	Personal	Personal	Personal
8:15-9:00	Cons.Administr no presencial	Demanda	Cons.Administr no presencial	Demanda	Cons.Administr no presencial
9:00-10:45	Demanda	Demanda	Demanda	Demanda	Demanda
10:45-11:15	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso
11:15-13:15	Demanda	Demanda	Demanda	Demanda	Demanda
13:15-14:15	Reunión Equipo	Demanda	Sesión clínica	Demanda	Demanda
14:15-15:00	Domicilio	Domicilio	Domicilio	Domicilio	Domicilio
		Reunión UBA		Reunión UBA	

- Consulta administrativa. Realización de consulta presencial o no presencial, citada desde la UAU.
- Consulta a demanda. Se deben incluir inicialmente hueco para el número real de pacientes, 7 de estos serán huecos colchón repartidos durante toda la actividad para pacientes sin cita. La demanda incluye la autocitación de pacientes concertada a largo y a corto plazo. Este número inicial se modificara paulatinamente hasta tener agenda con 30-35 pacientes/día (objetivo MIOAP).
- Reuniones EAP. Actividades docente-formativas. Evaluación de guías y protocolos.
- Reuniones UBA. Seguimiento pacientes crónicos y evaluación conjunta.
- Modulo tipo:

30 minutos	Demanda programada
	Demanda
	Demanda
	Demanda
	Hueco Colchón

Ejemplo de posible agenda tipo, enfermera AP.

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
8:00- 9:00	Extracciones	Extracciones Domicilio	Extracciones	Extracciones	Extracciones
9:00-10:00	Demanda	Programada	Demanda	Demanda	Programada
10:00-11:00	Programada	Demanda	Programada	Programada	Demanda
11:00-11.30	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso
11:30-12:30	Domicilio	Demanda	Domicilio	Domicilios	Demanda
12:30-13:30	Demanda	Domicilio	Demanda	Demanda	Domicilio

13:30-14:30	Reunión Equipo	Demanda	Reunión Equipo	Demanda	Demanda
14:30-15:00	Personal	Reunión UBA	Personal	Reunión UBA	Personal

- Modulo tipo:

30 minutos	Demanda
	Demanda
	Demanda
	Demanda
	Hueco Colchón

4.2. GESTIÓN DE LA DEMANDA.

[Volver al Índice]

Diseño del triaje en las U.A.U. (acción de filtrar y ordenar los flujos de atención para el EAP, facilitando una atención eficaz y eficiente).

Como **piedra angular** para el desarrollo del MIOap, trasladamos esta importante labor desde las consultas del Médico de Familia, a las UAU, la ubicación natural donde siempre debió estar. Se trata de un subproceso del proceso **Gestión de Demanda**, que tiene conexiones directas tanto con el proceso de **Atención sanitaria** como con el de **Gestoría Sanitaria** (ver mapa). El triaje es la primera acción que afronta el ciudadano cuando accede a nuestro nivel de asistencia sanitaria. De su correcta realización depende que la atención prestada sea correcta, rápida, y por el profesional adecuado a la demanda expuesta. Siendo fundamental que los componentes de las UAU interioricen y automaticen este procedimiento.

El proceso de triaje debe ser simple y rápido, evitando minuciosas explicaciones del usuario. El objetivo es que, con una sencilla pregunta (en algún caso será necesario una segunda), la UAU conozca la causa de la visita y sepa a dónde dirigirle. Siendo herramienta fundamental la **utilización de agendas específicas de la UAU en la aplicación Turriano**

Se inicia el triaje cuando el usuario se persona (presencial o telefónicamente) ante un miembro de la UAU, que necesariamente debe comenzar su intervención con un **saludo**¹ y una **primera pregunta abierta**² (en el caso de que la atención sea

¹ "Buenos días".

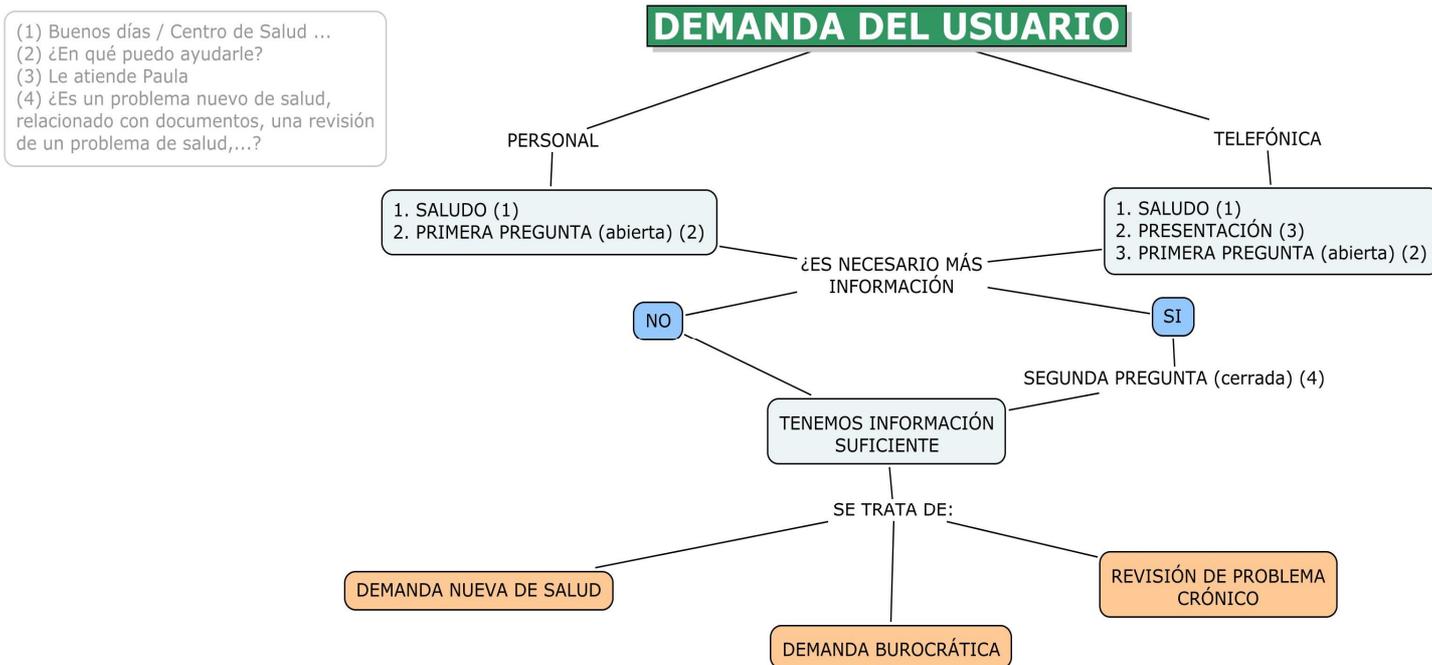
² "¿En qué puedo ayudarle?"

telefónica debe incluirse aquí la **presentación**³ de la persona que está atendiendo la llamada).

Labor clave en esta primera fase del triaje, es determinar la causa que provoca la demanda con el fin de situar al usuario en el inicio de **uno de los tres circuitos de atención diseñados**:

1. Demanda nueva de salud
2. Demanda de consulta burocrática
3. Revisión de Problema crónico.

Si, tras la primera pregunta abierta realizada no se obtuviera la información suficiente para ubicar al usuario debidamente, se realizará una **segunda pregunta** mucho más concreta⁴, tras la cual se decidirá la adecuada ruta o circuito por el que deba transitar la demanda.



³ "Centro de Salud de..., le atiende Paula"

⁴ "¿Es un problema nuevo de salud, está relacionado con documentos, o se trata de una revisión de un problema crónico,...?"

4.2.1. DEMANDA NUEVA DE SALUD.

[Volver al Índice]

En este caso y al mismo tiempo que se ha obtenido la información para situar al usuario en este circuito también se ha deducido si la demanda es de tipo urgente o normal (no es necesario realizar una pregunta específica distinta a las dos primeras).

Cuando la atención demandada **sea urgente**, la UAU deriva al usuario a la **enfermera de su cupo** para que practique triaje sanitario, que puede derivar en las siguientes posibilidades:

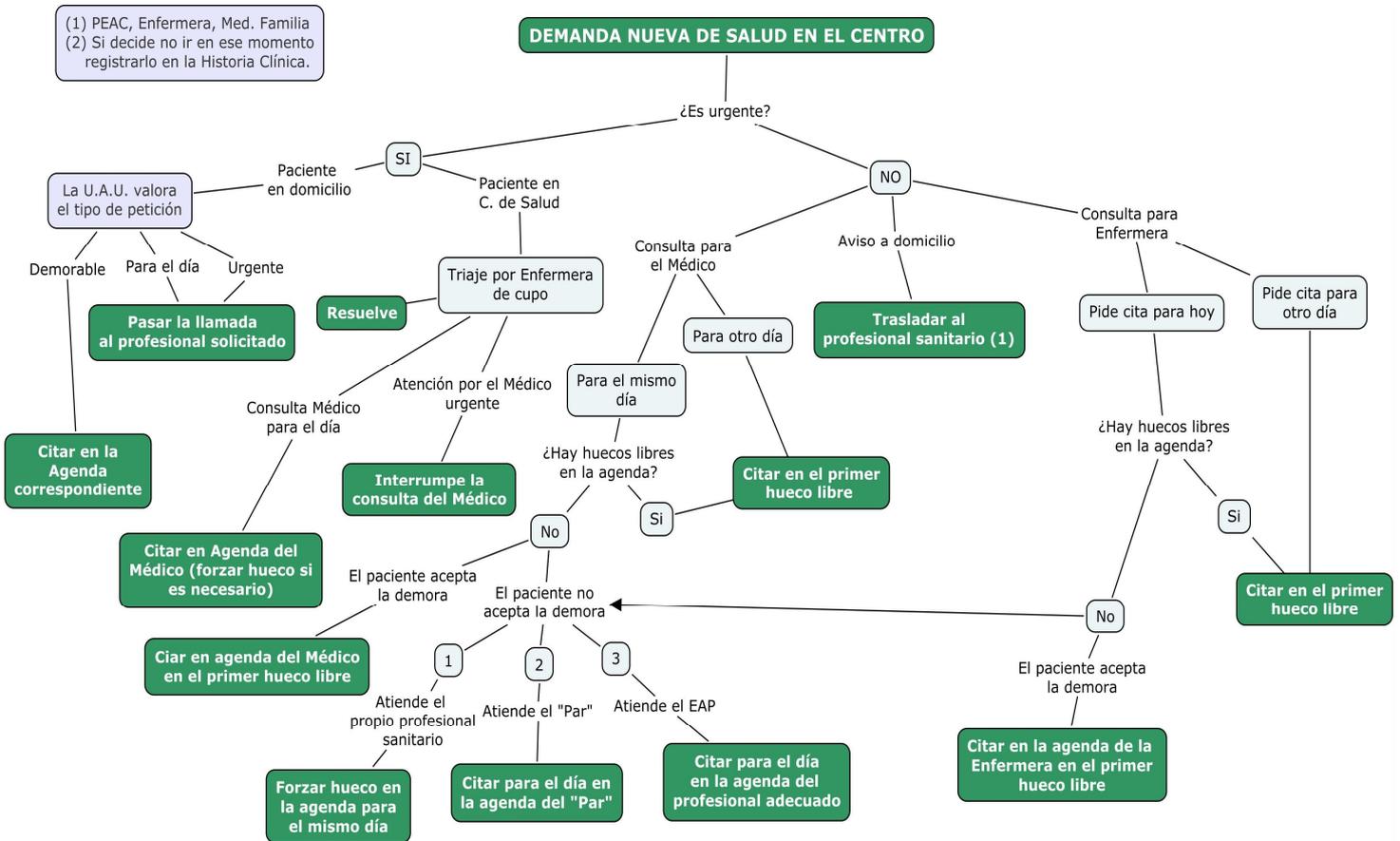
1. La enfermera resuelve, con lo que el proceso de atención finalizaría aquí.
2. Que ésta considere que el usuario debe ser visto por el MF en el día, pero no urgente, para lo cual citará al paciente en la agenda del médico, forzando huecos si fuera necesario hasta un número máximo consensuado previamente.
3. Que lo considere urgente, informando de inmediato al MF o Pediatra.

Si la atención no se demanda como urgente y puesto que, de la primera fase de triaje la UAU tiene información relativa a qué profesional quiere dirigirse el usuario (Médico o Enfermero), lo citará en la agenda correspondiente.

En cualquiera de las situaciones, la UAU comprobará si existen huecos libres en la agenda para el mismo día, procediendo a grabar la cita en caso afirmativo (incluso a forzando huecos si no se hubiera superado el número máximo previsto). Si aún así hubiese demora y el usuario la acepta, se le cita en el primer hueco libre o en otro que desee.

Si por el contrario, el usuario no aceptara dicha demora insistiendo en que su atención no puede esperar la UAU actuará de la siguiente manera:

- En primer lugar, y si en el Equipo se hubiera consensuado trabajar “**entre pares**” el usuario será dirigido al “**par**” de la misma categoría del profesional solicitado.
- Si no se hubiera previsto esta posibilidad, se establecerá un **turno rotatorio** para todos los miembros del EAP de cada categoría sanitaria para este tipo de incidencias, con lo que la UAU procederá a citar de acuerdo a ese orden.



4.2.2. DEMANDA DE CONSULTA BUROCRÁTICA.

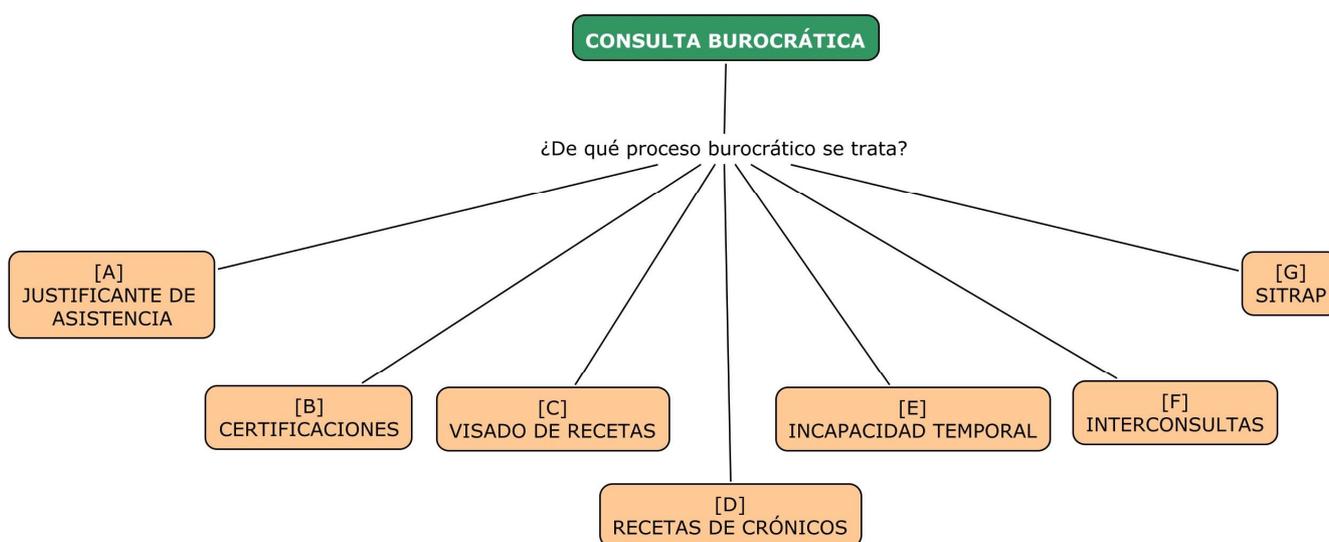
[Volver al Índice]

Se han desarrollado siete procesos relacionados con otros tantos documentos que generan intervenciones burocráticas-administrativas. Todas ellas tienen que ser resueltas por la UAU, ya sea con una participación exclusiva de esta Unidad, o acompañada de intervención de personal sanitario, pero cuyo inicio y finalización del proceso es competencia de la UAU.

Interesa señalar que la posible participación de personal sanitario en cualquiera de estas demandas se realizará sin la presencia física del usuario en la consulta. Con lo que se simplifica la tramitación tanto a usuarios como a profesionales sanitarios, en los procesos:

- Justificante de Asistencia
- Certificaciones
- Visado de recetas
- Recetas de crónicos

- Incapacidad Temporal
- Interconsultas
- Transporte Sanitario (Sitrap)

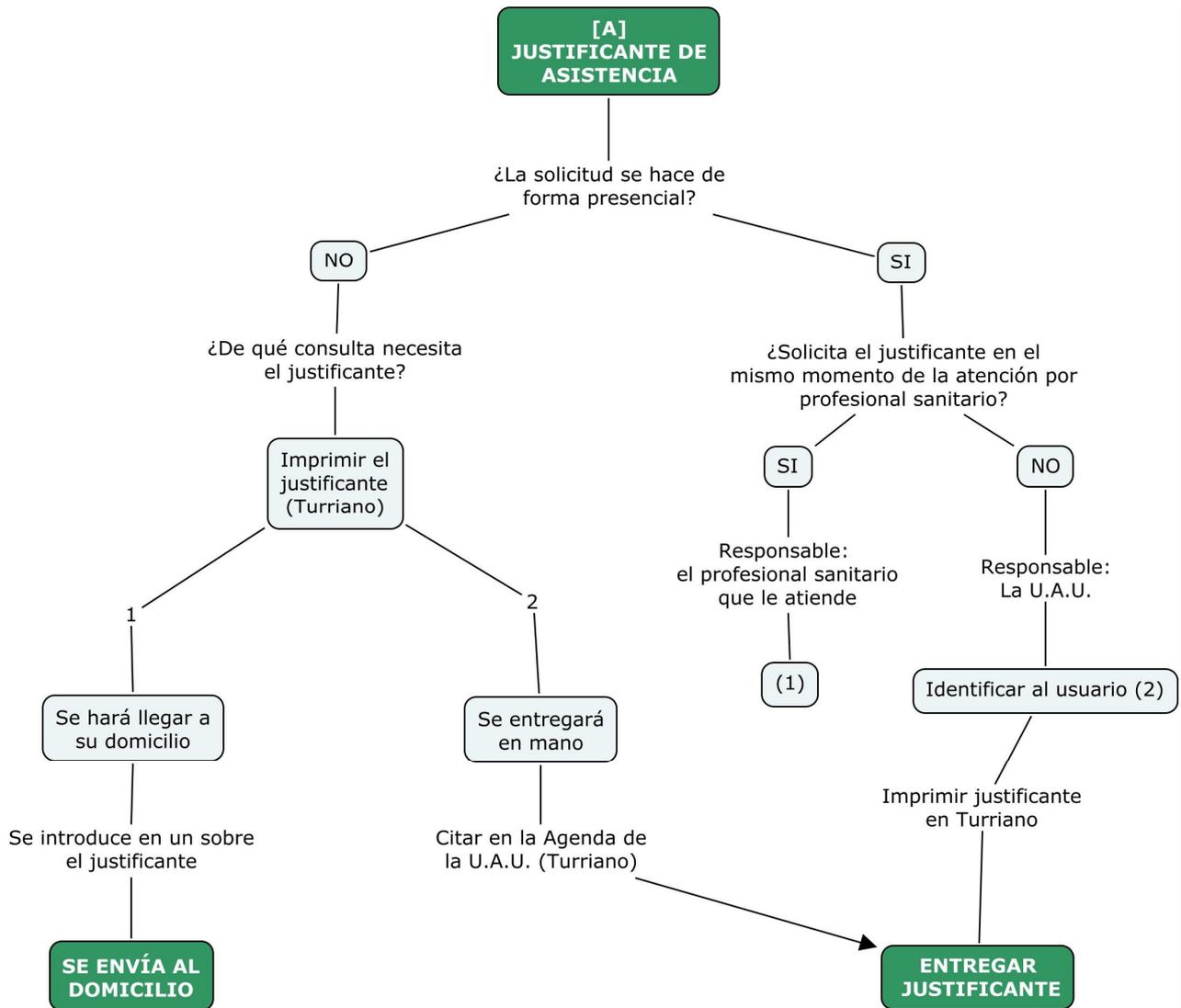


A] Justificantes de Asistencia

Si la petición del justificante se realiza de forma presencial, en el mismo momento de la atención sanitaria, el responsable de emitir y entregar dicho justificante será el profesional sanitario que esté prestando la atención.

En caso de que la solicitud del justificante se realice en algún momento posterior al de la asistencia, será la UAU la responsable de entregarlo, identificando al usuario en evitación de hacerlo a personas ajenas.

Cuando la solicitud del justificante se realiza por teléfono, será responsabilidad de la UAU, que tendrá que identificar igualmente al solicitante, imprimir el documento y enviarlo al domicilio del usuario como primera opción, o programar la entrega en persona en las dependencias de la UAU, si el usuario lo prefiere.



(1) Si el paciente se encuentra en este punto de atención NO puede darse esta posibilidad
 (2) Puede solicitar persona distinta al interesado siempre que presente autorización más DNI.

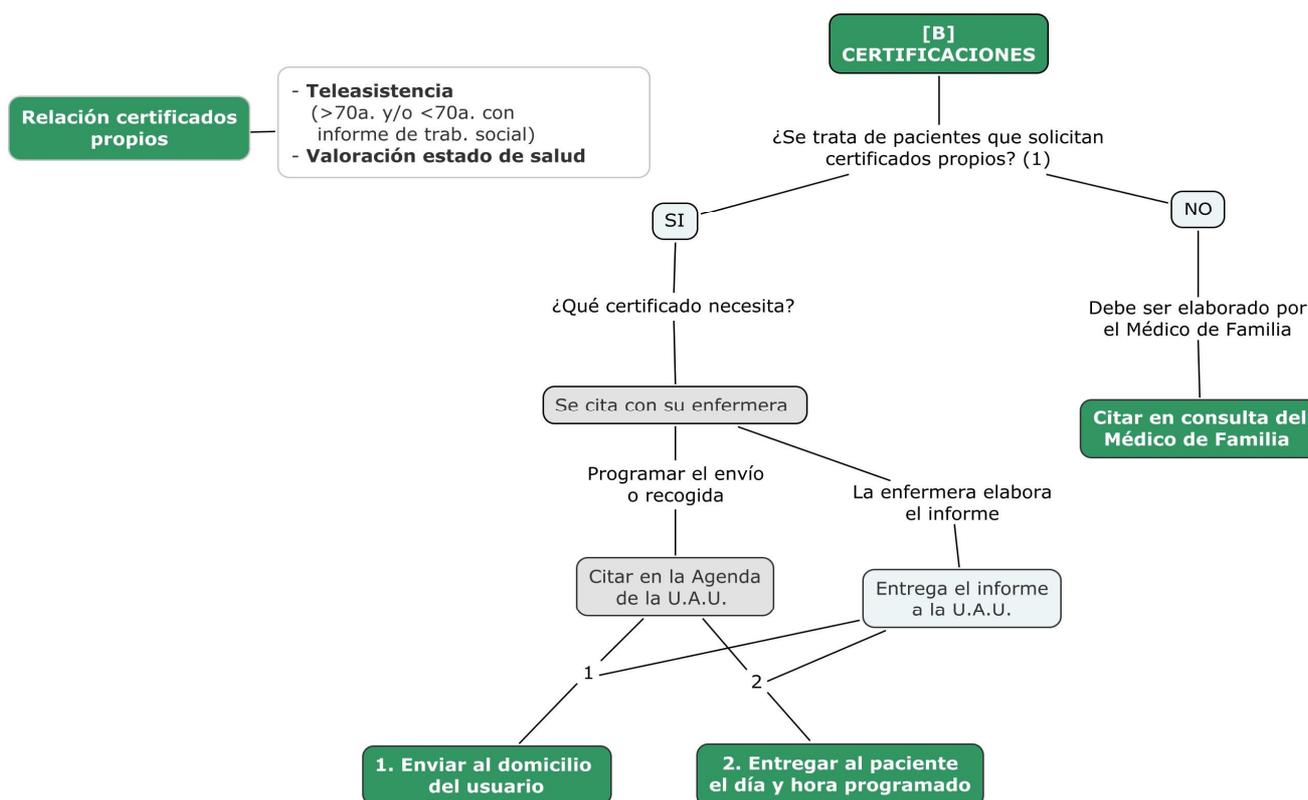
B] Certificaciones

Se establece inicialmente , un grupo de siete patologías crónicas, en relación con las cuales las acreditaciones que se soliciten serán emitidas **por Enfermería**, estas patologías son:

- Coagulación (Sintrom)
- Dislipemias (Colesterol)
- Hipertensión Arterial
- Obesidad
- EPOC/ Asma
- Diabetes
- Artrosis

Estas patologías y sus certificaciones suelen estar ligadas a determinadas **instituciones** que lo demandan y por **finalidades** que se persiguen con su obtención.

La UAU indaga sobre el tipo exacto de certificado que se demanda, citando al usuario en la consulta administrativa de su Enfermera, anotando el tipo de certificado (por patología, por institución que demanda o por finalidad que se persigue) en el campo **“Nota”** de la aplicación Turriano. Al mismo tiempo se informa al usuario del envío del certificado vía **correo ordinario**, evitando, en lo posible, que se vuelva a personar en la UAU para su recepción, o en su defecto se le programa día y hora de recogida en la UAU citándole en la propia agenda de Turriano.

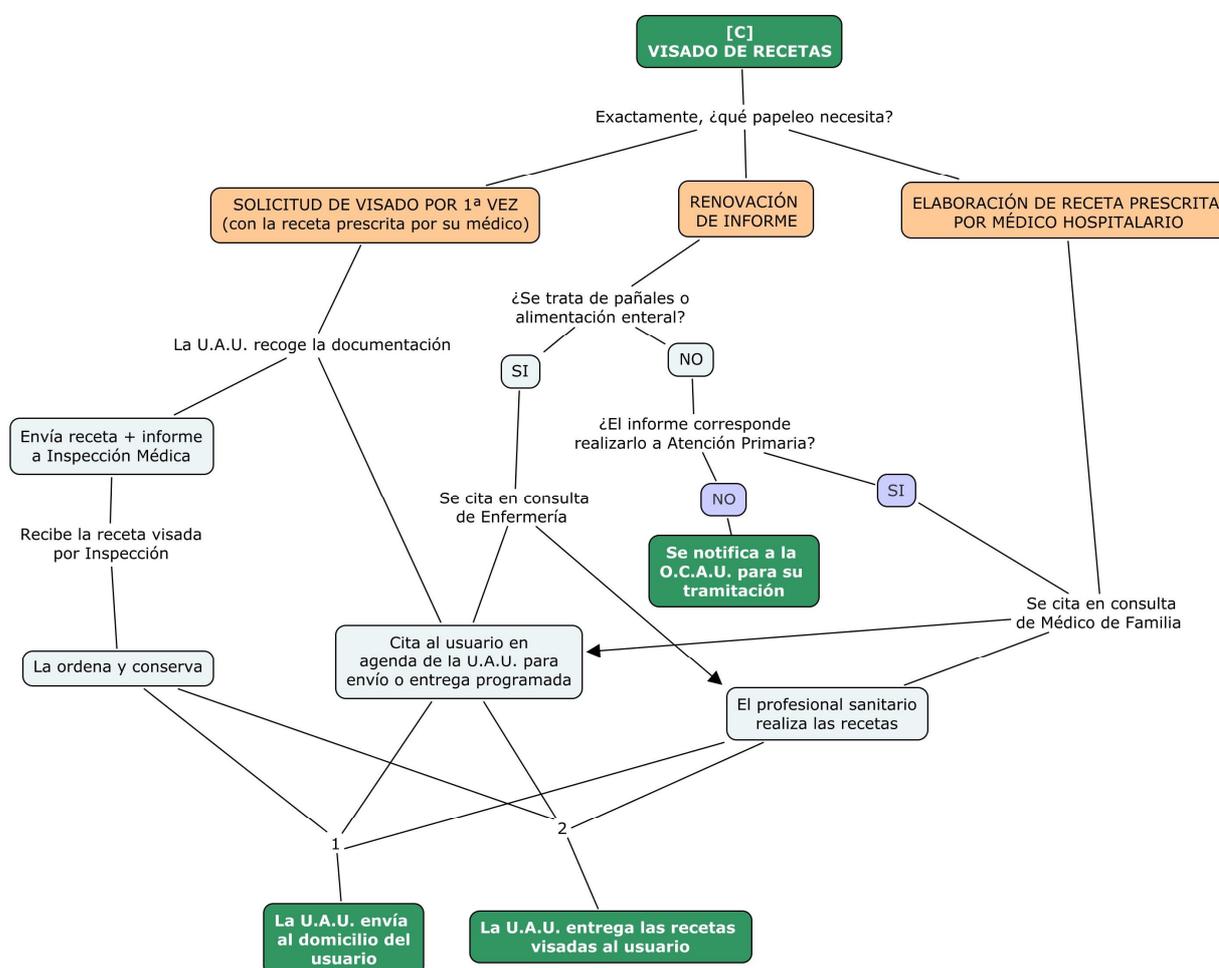


C] Visado de recetas

Si no se hubiera obtenido la información suficiente en el triaje inicial, será necesario realizar una pregunta del tipo: *“Exactamente, ¿que papeleo necesita con la receta?”*. La finalidad no es otra que averiguar si la demanda está relacionada con:

- Solicitud de visado **por primera vez** (con la receta prescrita por su médico)
- **Renovación de informe** periódico exigido desde Inspección Médica
- Elaboración de receta prescrita desde **Atención Especializada**.

El procedimiento a seguir en cualquiera de estas tres situaciones es prácticamente el mismo que el habitual, recogido desde hace años en el **protocolo de Visado de recetas de Unidades Administrativas**. Pero se utilizará prioritariamente la opción de envío al domicilio del usuario a través del correo ordinario; utilizándose la vía alternativa de entrega personal programada sólo en caso de que éste no pueda o quiera recibirlos por correo.



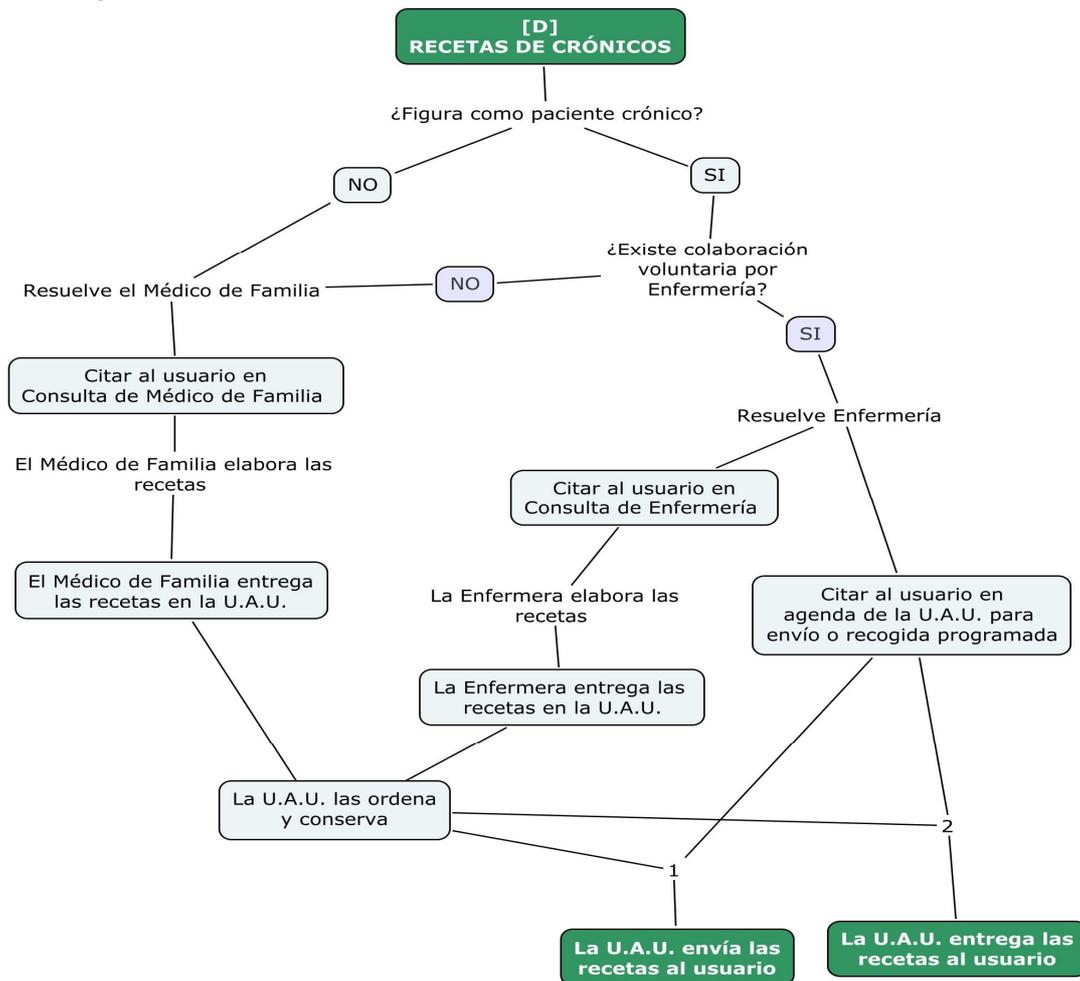
D] Recetas de crónicos

Se prioriza la participación de las Enfermeras, si bien de forma colaborativa y voluntaria, elaborando las recetas relacionadas con aquellos pacientes, en general personas mayores afectadas de comorbilidad y/o procesos crónicos, que están siendo controlados y gestionados periódica y principalmente por estos profesionales.

Primero es necesario determinar en la UAU, si las personas que lo solicitan aportan la “Hoja de Tratamiento Crónico” o figuran en el “Listado de Pacientes con Tratamiento Crónico” . En caso afirmativo se podrá actuar de una de las formas siguientes:

- Si Enfermería colabora voluntariamente, la UAU cita al usuario en la agenda de su Enfermera, en los huecos especialmente habilitados para la “consulta administrativa no presencial”, dejando constancia del tipo y cuantía de las recetas solicitadas en el campo “Nota” de la aplicación Turriano. Y se informa al usuario de la entrega de las recetas por correo ordinario en su domicilio, salvo que no lo acepte y se cite en la UAU.
- Si Enfermería no colaborara en la elaboración de este tipo de recetas, es el MF el responsable, citándole la UAU en su agenda, en los huecos especialmente habilitados para la “consulta administrativa no presencial” y dejando constancia del tipo y cuantía de las recetas solicitadas en el campo “Nota” de la aplicación Turriano, del modo descrito anteriormente. Para la entrega se seguirá el mismo criterio.

Cuando las recetas no se correspondan con el tipo de pacientes descritos, es el MF quien debe emitir las, citando en “consulta administrativa no presencial”, en idéntico proceso.



E] Incapacidad Temporal

Es necesario determinar la necesidad o no de valoración médica para la emisión del Parte de Confirmación de Baja ⁵.

1. Si fuese necesaria valoración médica, la UAU procederá a citar al usuario en la agenda del MF, para que éste proceda a dicha valoración.
2. En caso de no necesitar estimación médica, la UAU citará al paciente en la agenda del MF, en el tipo de consulta previsto (en la que no será necesario la presencia física del paciente), anotando en el campo “Nota” de Turriano el motivo de la cita; informando al usuario que el parte de Confirmación será enviado a su domicilio a través del correo ordinario. Si no puede o quiere recibir el parte por este medio, se programa día y hora de recogida en la U.A.U., citándole en la agenda de Turriano de la Unidad.

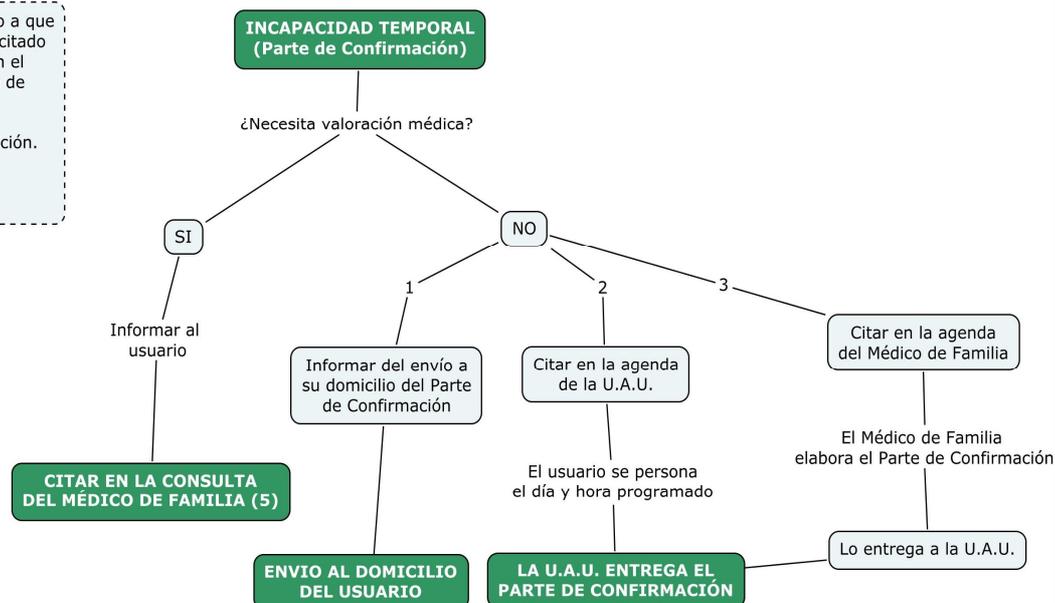
(1) Esta situación será excepcional debido a que normalmente el Médico de Familia habrá citado previamente al usuario para valoración en el acto sanitario en que se le emitió el Parte de Baja

(2) Huecos reservados para esta intervención.

(3) Consulta no presencial

(4) Para entrega programada

(5) Tipo de cita: Demanda



⁵ Se determinará de forma consensuada con el EAP el sistema de información a la U.A.U. de los pacientes en situación de Baja laboral que **no necesitan** valoración médica para la emisión del Parte de Confirmación.

F] Interconsultas con Hospitales.

La UAU en estos casos, actuará exactamente como lo viene realizado hasta ahora.

G] Orden de transporte (Sitrap).

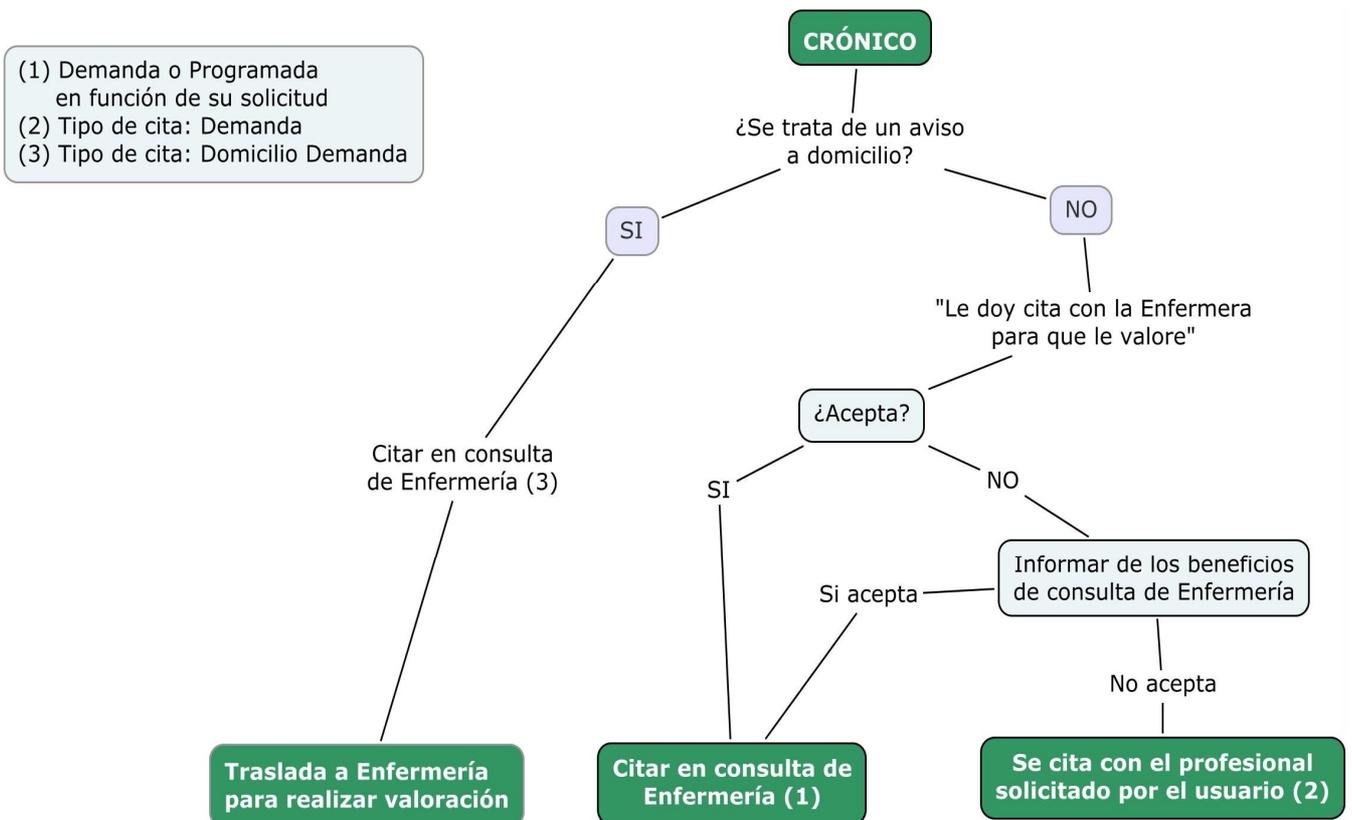
La UAU en estos casos, actuará exáctamente como lo viene realizando hasta ahora.

4.2.3 REVISIÓN DE UN PROBLEMA CRÓNICO.

[Volver al Índice]

Cuando tras la realización de la primera fase del triaje se deduzca que la demanda expresada por el usuario está relacionada con la **revisión de un problema crónico**, será la Enfermera la responsable de realizar la atención, por lo que la UAU citará en la agenda de la Enfermera, en el tipo de consulta previsto para estos casos, informando al usuario del día y hora registrado.

Sólo en el caso en que el usuario se niegue a ser atendido por su Enfermera, incluida una escueta información del protocolo del MIOAP, será citado por la UAU a la consulta de su MF.



4.3. EL MAPA DE PROCESOS.

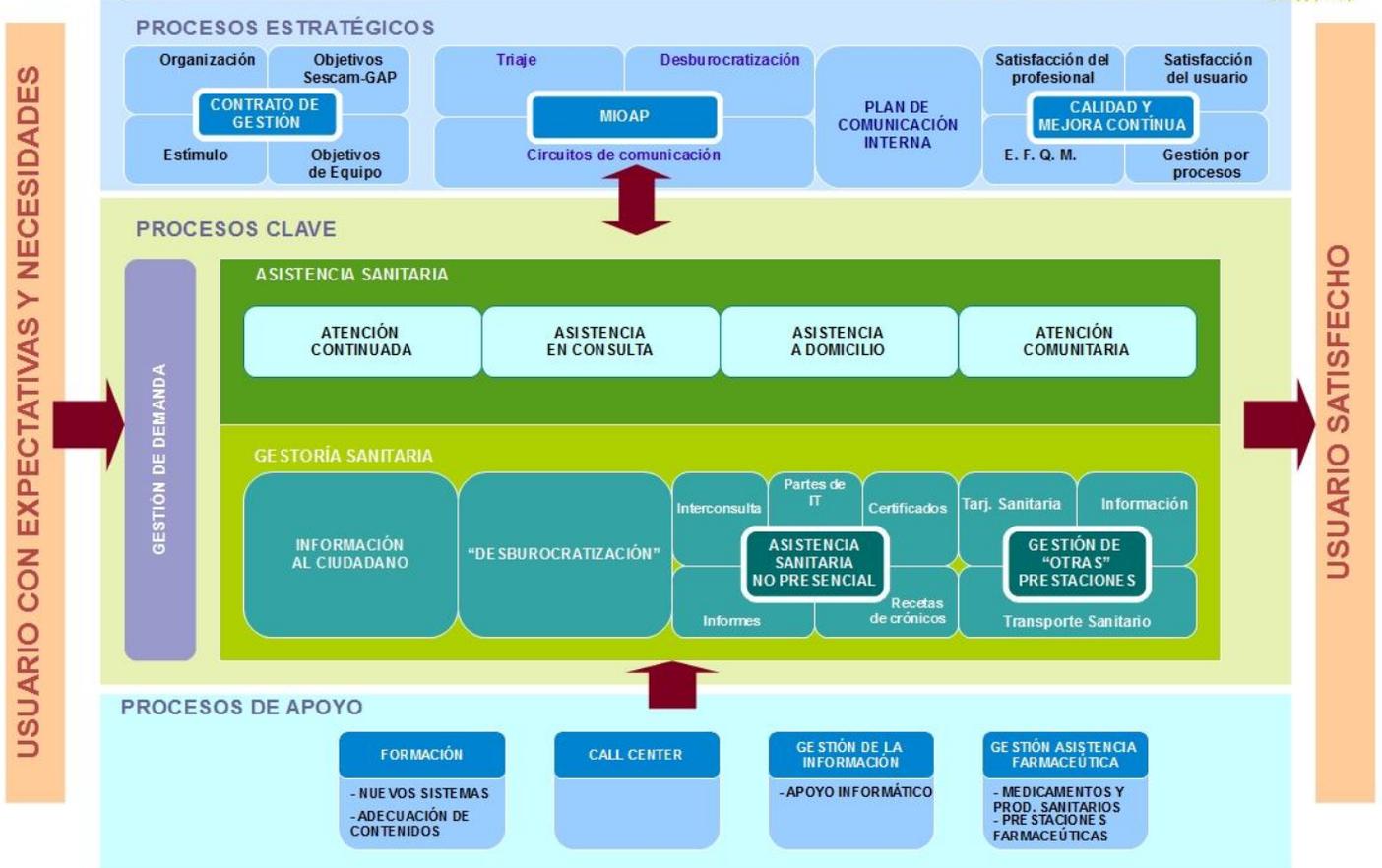
[\[Volver al Índice\]](#)

La Gestión por Procesos, es una herramienta fundamental en la implantación del MIOAP, basado en la calidad total, lo que supone un cambio estratégico en la organización actual, para el logro de los objetivos que plantea este modelo.

El diseño de circuitos y flujos de atención sanitaria acóta la variabilidad de las tareas, elimina las ineficiencias por repetición de competencias, optimiza el empleo de recursos y concreta responsabilidades, al reducir la incertidumbre y facilitar la toma de decisiones.

El mapa aporta la visión global de todos los servicios de la organización y de sus interacciones a clientes internos y externos (profesionales y ciudadanos), diferenciando tres tipos de procesos, que se ubican como:

- **procesos clave**, los objetivos principales de nuestra empresa, la razón de ser de la misma.
- **procesos estratégicos**, los que orientan, dirigen y condicionan el resto de procesos
- **procesos de apoyo**, los que ayudan al desarrollo de los procesos clave.



5. EVALUACIÓN.

[Volver al Índice]

El funcionamiento del CS con MIOAP estará sometido a evaluación propia, que será realizado de forma conjunta entre la Dirección Asistencial de la GAP de Ciudad Real (responsables designado) y el propio EAP . Además este proceso de evaluación tendrá una parte específica de la OCAU que concierne al usuario, reclamaciones presentadas, sugerencias y valoración de la satisfacción con la atención prestada.

Procesos a evaluar.

- 1) Agendas. Evaluación.
 - Indicador: Demora superior a 24 horas.
 - Indicador: Evaluación actividad agente citador.
 - Evaluación agenda completa de todos los paciente citados en un día.
 - Clasificación correcta administrativa.

Estudio de consultas administrativas para evaluar dos indicadores: porcentaje de las correctamente citadas y porcentaje de visitas que se podrían realizar de forma no presencial.

- Clasificación correcta demanda: estudio de la consulta a demanda solicitada por el paciente.

Indicador: Porcentaje de consultas autocitadas, con respecto al total.

2) Circuitos demanda burocrática. Evaluación.

- Indicador: Número de pacientes que completan el circuito, entre el número total de pacientes que entran en el circuito.
- Análisis de los circuitos para establecer modificaciones que aumenten el número de pacientes que completan el circuito.

Indicador: Número de pacientes citados en cada circuito mensualmente.

3) Circuitos demanda clínico asistencial. Evaluación.

- Indicador número de pacientes sin cita para el día que acude a enfermería entre el número total de pacientes sin cita para el día que acude a medicina.

4) Consulta demanda enfermería. Evaluación.

- Número de consulta a demanda en enfermería sobre la actividad total.
- Número total de consultas de enfermería sin cita que siguen el proceso.

5) Derivaciones. Evaluación.

- Tasa de derivación inferior a la media del área.
- Calidad Hojas interconsulta (HIC) con anamnesis, antecedentes personales, fármacos, exploración y diagnóstico. Porcentaje del cumplimiento de los ítems.

6) Asistenciales. Evaluación.

- Adecuación tratamiento estatinas en prevención primaria.
- Porcentaje de pacientes con HbA1c inferior a 7 en pacientes diabéticos tipo
- Número de domicilios programados.

7) Atención al usuario. Evaluación.

- Encuesta anual de evaluación de satisfacción.

Repercusión de la evaluación.-

Se establecerán propuestas de mejora en las áreas evaluadas, para lograr un incremento en la tasas de los indicadores. En el proceso de evaluación, además de los datos cuantitativos, será importante la valoración cualitativa realizada por todos los profesionales del EAP.

La evaluación de la atención prestada a los usuarios, se realizara además de por una encuesta anual, valorando las reclamaciones presentadas estableciendo mejoras en las áreas percibidas como negativas por el usuario y la OCAU.

6.PRODUCTIVIDAD VARIABLE. Incentivos.

[Volver al Índice]

La productividad variable asignada al EAP que pilote el MIOAP estará justificada por el esfuerzo añadido que supone el cambio de forma de trabajo para desarrollar este modelo.

El plan anual de logros de objetivos del SESCAM, de la GAP-CR y del EAP se basará en los siguientes puntos:

1. Docencia y Calidad.

Docencia 5%. Participará de la bolsa general del área, que se reparte entre todos los profesionales de las diferentes categorías que realizan actividades de docencia, formación e investigación que se remiten a la UDFI de la GAP Ciudad Real.

Calidad. 5% del total de la bolsa de incentivación. Valoración implantación modelo MIOaP , como proyecto de mejora.

2. Bolsa específica.

Compuesta por el 90% de la cantidad asignada a los profesionales que componen el EAP. Se definirán criterios que se deben cumplir por el conjunto del equipo para obtener el porcentaje correspondiente, los criterios serán definidos por la GAP de Ciudad Real y serán elegidos por el EAP. La GAP Ciudad Real evaluará el cumplimiento de los objetivos, devolviendo la cantidad lograda para que se proceda al reparto dentro del EAP.

- Pacto de sustituciones.
- Pacto de consumo.
- Objetivos comunes recogidos en el Contrato Clínico Asistencial de la GAP C.R.

Pacto de sustituciones.

Definido en general por el SESCAM y en particular para algunos EAPs, implica la consecución del objetivo, ponderándose el grado de cumplimiento en el caso de no alcanzarse totalmente. (ver Anexo).

Pacto de consumo.

Evaluación del gasto en pacto de consumo durante el año 2011, el importe final no debe superar el gasto real 2010.

Objetivos asistenciales área.

Vendrán definidos por el contrato de gestión del año en curso y serán comunes a los objetivos de otros centros de salud. (Ver anexo CG 2011)

CRITERIOS				
10%	PACTO	DE	SUSTITUCIONES	
20%	PACTO	DE	CONSUMO	
70%	OBJETIVOS	CG	GAP	CIUDAD REAL

7. COMITÉ TÉCNICO.

[Volver al Índice]

Coordinador del Proyecto: Francisco Angora Mazuecos. Director Gerente G.A.P Ciudad Real.

Autores:

Francisco Angora Mazuecos. Director Gerente G.A.P Ciudad Real.
 Pedro A Fernández-Layos Barba. Director Médico G.A.P Ciudad Real.
 Enrique González Hidalgo. Coordinador UDFI G.A.P Ciudad Real.
 M^a Teresa Martínez Sánchez. Directora Gestión G.A.P Ciudad Real.
 Agustina García Pliego González Mohino. Directora Enfermera G.A.P Ciudad Real.
 M^a José Barreda Pérez-Prat. Responsable OCAU, G.A.P Ciudad Real.
 M^a Jesús Salve Díaz-Miguel. DUE CS Ciudad Real I, GAP Ciudad Real.
 M^a Ángeles Calleja. Coordinadora Equipo Médico G.A.P Ciudad Real.
 M^a Victoria Sánchez Avilés. Coordinadora Equipo Médico G.A.P Ciudad Real.
 Manuela Altamirano. Responsable Enfermera G.A.P Ciudad Real.
 José María Flores Ibarra. Responsable Enfermera G.A.P Ciudad Real
 Juanjo Peña Caba. Coordinador Unidades Administrativas G.A.P. Ciudad Real.
 Ramón Barrios García. Responsable Calidad GAP-CR.

8. BIBLIOGRAFIA. (ver “documentos base consultados”, en pagina 7).

9. ANEXOS

[Volver al Índice]

ANEXO. GUIAS DE CONSENSO CLÍNICO

- **HTA** (Guía 2007 para el manejo de la hipertensión arterial. Grupo de trabajo para el manejo de la hipertensión arterial de European Society of Hypertension ESH y la European Society of Cardiology ESC.).
- **PREVENCIÓN ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES** (Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la práctica clínica del CEIPC 2008)
- **DIABETES** (ADA)
- **EPOC** (Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de la EPOC).

- **INSUFICIENCIA CARDIACA.**
- **PLANIFICACIÓN FAMILIAR**
- **CUIDADOS DE LAS HERIDAS** (Guía de cuidados de heridas de el área Ciudad Real).
- **ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE TERMINAL** (Estrategia en cuidados paliativos en el SNS).
- **CONTROL DE EMBARAZO BAJO RIESGO** (Embarazo bajo riesgo GAP Ciudad Real).
- **CONSULTA JOVEN.**
- **“GUIA PRÁCTICA DE LA SALUD” de semFYC (unidades para uso comunitario).**
-

ANEXO. OBJETIVOS ASISTENCIALES 2011:

[\[Volver al Índice\]](#)

Criterio		Indicador	Valor
1	Cirugía Menor	Número de cirugía menores registradas en Turriano superior al valor pactado	Pacto
2	DPC Cérvix	Número de citologías realizadas y registradas en Turriano pactado	Pacto
3	Ecografía	Número de ecografías realizadas y registradas en Turriano pactado	Pacto
4	Indicadores Efectividad Clínica.	Indicadores cumplidos por EAP / Total indicadores del EAP	
		% Población con despistaje de diabetes realizado	67
		% de diabéticos registrados en Turriano en ≥ 14 años	7,3
		% Población con despistaje de HIPERTENSIÓN ARTERIAL realizado	60
		% de Hipertensos registrados en Turriano en ≥ 14 años	18
		% de población con despistaje de TABAQUISMO realizado	48
		% de fumadores registrados en Turriano en ≥ 14 años	11
		% de población con despistaje de OBESIDAD realizado	44
		% de obesos registrados en Turriano en ≥ 14 años	11
		% de obesos incluidos en protocolo / programa	68
% de pacientes ≥ 20 años con IMC >30 con seguimiento enfermería (plan cuidados actualizado semestralmente)	≥ 20		

		% de pacientes >= 20 años con IMC>30 con seguimiento enfermería con reducción al menos del 10 % de peso	20
		% de población con despistaje de ALCOHOLISMO realizado	40
		% de bebedores excesivos registrados en Turrano en ≥ 14 años	3,5
		% de pacientes inmovilizados con seguimiento enfermería (plan cuidados actualizado último año) (programa inmovilizado)	50
		Nº de mujeres entre 25 y 64 años incluidas en protocolo de prevención de Ca de cérvix	>= 25
		% de mujeres en protocolo con al menos una citología cervicovaginal en los últimos 3 años	>= 95
		% mujeres incluidas en programa de visita puerperal.	>= 80
		% de niños con registro de IMC a los 11 años.	>= 65
		% de niños de 11 años con IMC>= percentil 90 con seguimiento enfermero (plan cuidados actualizado anualmente)	>= 20
		% de niños con registro de los hábitos alimenticios en el control de 13-14 años	>= 60
		% de niños con registro de exploración de columna vertebral a los 11 años.	>= 60
5	Pacto derivación	Número de tasas cumplidas por EAP/ Total de tasas del EAP	HG Ciudad Real
		Alergia	14
		Cardiología	14
		Dermatología	51,63
		Digestivo	20,75
		Endocrinología	9,62
		Hematología	1,81
		Medicina Interna	3,8
		Nefrología	2,22
		Neumología	7
		Neurología	20,25
		Psiquiatría	15,18
		Rehabilitación	21,01
		Reumatología	24,79
		Cirugía General	18,98
		Urología	17,21
	Traumatología	37,2	

		Otorrinolaringología	31,76
		Oftalmología	44,54
		Ginecología:	116,03
		Cirugía Vasculat	4,03
		Pediatría	54,59
		Obstétrica	24,37
6	Cobertura gripe-neumococo	% pacientes vacunados Gripe en el EAP	70%
		% paciente con vacunación Neumococo en mayores de 65 años en el EAP	
7	Educación para la salud.	Nº Actividades de Educación para la Salud grupales dirigidas a pacientes crónicos acreditadas	>= 2/EAP/año
8	Pacto de consumos	Importe de consumo por EAP	
9	Facturación a terceros	Importe facturado a terceros en el EAP	Incremento 20%
10	Criterio propuesto por el EAP		
11	Reclamaciones	Informe de reclamaciones presentadas en el centro que hagan referencia a las instalaciones o servicios prestados	90% de la reclamaciones informadas en los 7 primeros días
12	UUAU Atención Usuario		

ANEXO. PACTO DE SUSTITUCIONES:

[\[Volver al Índice\]](#)

El pacto de sustituciones entre el EAP-GAP esta dimensionado, en caso de ser viable y previa negociación , en función de unas normas generales (dispersión geográfica, nº de TSI, tamaño de la plantilla, porcentaje de pensionistas, idiosincrasias históricas de la población), y otras específicas de las características y peculiaridades de cada CS y EAP. Definición exacta de las situaciones en que el resto del EAP podría asumir la ausencia sin generar sustitución o mayor carga de trabajo del algún profesional, por estamentos (médico de familia, enfermera de familia, o auxiliar administrativo).

Motivos a valorar: Formación / Días de Libre Disposición / Otros: fallecimientos familiar, deber inexcusable, etc / IT, según duración / Carga de trabajo esperada vs carga de trabajo real / Atención Continuada - Sustituciones / Incapacidad Temporal – Sustituciones / Vacaciones – Sustituciones / Falta de sustitutos en bolsa - Cobertura.

Para la concesión de vacaciones en periodo estival, navidad o semana santa, será condición la no ausencia simultánea del 25% por estamentos. A valorar según peculiaridades en cada EAP.

ANEXO. PROCESOS EN CONSULTA ENFERMERA:

[Volver al Índice]

FOMENTO DE CONDUCTAS GENERADORAS DE SALUD

- Actividades de enseñanza de autocuidados
 - Atención de problemas de cuidados por déficits de conocimiento: en diabetes, hipertensión, EPOC, etc.
 - Actividades de motivación del autocuidado
- Valoración e identificación de riesgos en salud
- Valoración e identificación de riesgos sociosanitarios
- Programa de promoción de hábitos de vida saludables
- Desarrollo de programas de promoción de la salud:
 - Grupos de jóvenes y/o adolescentes
 - Grupos de ancianos
 - Grupos de mujeres en el climaterio
- Desarrollo de programas de prevención de riesgos:
 - Grupos de desintoxicación tabáquica
 - Grupos de mujeres con incontinencia urinaria
 - Grupos de adultos en riesgo de enfermedades cardiovasculares.

SEGUIMIENTO Y CONTROL DE USUARIOS CON PATOLOGÍA CRÓNICA

- Atención y cuidados a pacientes diabéticos
- Atención y cuidados a pacientes hipertensos
- Atención y cuidados a pacientes con EPOC
- Atención y cuidados a pacientes obesos
- Atención y cuidados a pacientes con hipercolesterolemia
- Atención y cuidados a pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales

Áreas de cuidado: (Proceso de Atención de Enfermería)

- Adherencia al tratamiento
- Alimentación-Nutrición
- Actividad-Ejercicio
- Estilo de vida

ATENCIÓN AL NIÑO SANO

- Atención y seguimiento del niño sano
- Fomento de la lactancia materna
- Vacunación infantil

ATENCIÓN AL ADULTO

- Programa de prevención de enfermedades cardiovasculares
- Atención y prevención de hábitos tóxicos: tabaco y alcohol

- Prevención: vacunación del adulto: tétanos, hepatitis B y gripe
- Programa de la mujer sana: DPC de cérvix, etc.

ATENCIÓN AL ANCIANO

- Detección precoz y valoración del anciano de riesgo (frágil)
- Atención y cuidados al cuidador principal
- Atención y cuidados a pacientes con deterioro cognitivo
- Atención y cuidados a pacientes con problemas de discapacidad

PROCESOS EN LA ATENCIÓN EN DOMICILIO

ATENCIÓN A PACIENTES INMOVILIZADOS

Proceso de Atención de Enfermería con Plan de Cuidados

- Prestación de cuidados a pacientes inmovilizados permanentemente
- Prestación de cuidados a pacientes inmovilizados temporalmente
- Aplicación de técnicas y procedimientos a pacientes inmovilizados
- Apoyo al cuidador principal
- Valoración e identificación del riesgo sociosanitario

ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINAL

Proceso de Atención de Enfermería con Plan de Cuidados

- Prestación de cuidados al paciente terminal
- Aplicación de técnicas y procedimientos a pacientes terminales
- Programa de atención integral al paciente terminal
- Apoyo a la familia

ANEXO. TECNICAS EN PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DE LA ENFERMERA (“PNTs”):

[Volver al Índice]

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

- Realización de citología.
- Realización de electrocardiograma.
- Determinación del INR.
- Realización de espirometría.
- Extracción muestra de sangre.
- Realización y lectura de MANTOUX.
- Test de embarazo.
- Test de metabolopatías.
- Tira reactiva de orina.
- Toma de muestra biológica.
- Toma de constantes vitales.
- Determinación de glucemia.
- Doppler vascular. Índice ITB.
- Cooximetría.

PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

- Administración de aerosolterapia.
- Administración de oxigenoterapia.
- Aplicación de crioterapia.
- Cura de heridas.
- Extracción de tapones.
- Aplicación de medicación intramuscular.
- Extracción de cuerpo extraño ocular.
- Colocación/cambio de Sondaje vesical.
- Colocación/cambio de Sondaje nasogástrico.
- Aplicación/retirada de sutura.
- Vacunación.
- Aplicación de vendajes.

OTROS PROCEDIMIENTOS

- Demanda de material.
- Tareas administrativas propias.
- Tareas colaborativas voluntarias.

ANEXO. APOYO Y SOPORTE AL AUTOCUIDADO. FORMACIÓN A GRUPOS DE PACIENTES CON PATOLOGÍA CRÓNICA:

[Volver al Índice]

Justificación.

En APS observamos que los pacientes con patología crónica acuden con frecuencia al CS por consultas de dudosa relevancia o trascendencia y que suelen generar solapamiento asistencial médico/enfermera (M/E), lo que es debido, en gran parte a falta de conocimientos en el manejo de su enfermedad, excesiva dependencia de los profesionales de la salud y escasa responsabilización del paciente y/o familia, como principales proveedores de cuidados, en su proceso.

Pretendemos potenciar el AUTOCUIDADO, apoderando a los pacientes, lo que requiere educar, informar y formar para generar confianza y hábitos de autocuidado, con el objetivo principal mejorar en calidad de vida y minimizar su dependencia.

Diseño.

Identificar áreas de mejora y dar respuesta a dudas y necesidades reales o sentidas: desde la consulta (M, E), mediante preguntas directas, observación e HC conoceremos las dudas más frecuentes, niveles de formación e información y preocupaciones. Así obtendremos los datos suficientes para decidir que conocimientos esenciales, hábitos y habilidades debemos enseñar.

Definir la composición de los grupos en función de: tipo de patología / nivel de conocimientos o nivel cultural /ser grandes demandantes / lograr mayor efectividad para el paciente.

Grupos elegidos inicialmente por su relevancia y volumen de demanda:

- 1.- DIABETES MELLITUS (DMI, DMII, SINDROME X)
- 2.- HIPERTENSION ARTERIAL
- 3.- OBESIDAD
- 4.- EPOC / ASMA
- 5.- ARTROSIS

Componentes: para cada patología los grupos se conformarán por edades y/o niveles de conocimientos y culturales. En general con pacientes (10) de un mismo cupo, que asistirán solos y/o con sus cuidadores un día por semana, un total de 2-3 sesiones de 45-60 minutos cada una.

Personal: la responsabilidad de ésta actividad recae sobre el equipo de Enfermería que trabajará por pares entrenadas en una patología.

Cada curso lo impartirá una enfermera entrenada, mas la del cupo afectado. Cada grupo de patología concreta tendrá asignado día y hora fijos de la semana.

Se contará con la presencia del médico, trabajador social y otros miembros del equipo para determinados apartados en algunas de las sesiones.

Metodología: test inicial sencillo de conocimientos y actitudes sobre su patología, evaluando en cada sesión lo revisado en la anterior. Para conseguir pacientes mas activos y con la pericia necesaria en su autocuidado, trabajaremos la adquisición de habilidades y especialmente la motivación.

Evaluación a través de test final formal-informal. Trimestralmente el personal enfermero evaluara la idoneidad y posibles modificaciones de las sesiones, así como la repercusión en la mejora y calidad del autocuidado y en la demanda de los servicios sanitarios.

Registro: en Turriano deberá quedar reflejada la asistencia a estas sesiones así como su impacto en el grado de motivación y cumplimiento, que M/E evaluaran periódicamente.

GRUPO DE DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE

Primer Encuentro:

- ¿Por qué estamos aquí?
- Test de conocimientos y habilidades
- definir la enfermedad
- Etiología. Síntomas.
- Pronóstico: Consecuencias del buen y del mal abordaje
- Evolución

Segundo Encuentro:

- Dieta
- Ejercicio
- Higiene y normas de vida.

Tercer Encuentro:

- Tratamiento: ADO
- Adherencia al tto
- Autoresponsabilización
- Relación con el personal sanitario del C.S.
- Evaluación

GRUPO DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE

Primer Encuentro:

- ¿Por qué estamos aquí?
- Test de conocimientos y habilidades
- Definir la enfermedad
- Etiología. Síntomas.
- Pronóstico: Consecuencias del buen y del mal abordaje
- Evolución

Segundo Encuentro:

- Dieta

- Ejercicio
- Higiene y normas de vida.

Tercer Encuentro:

- Tratamiento: Insulinoterapia.
- Adherencia al tratamiento.
- Auto-responsabilización.
- Relación con el personal sanitario del C.S.
- Evaluación.

GRUPO OBESIDAD**Primer Encuentro:**

- ¿Por qué estamos aquí?.
- Test de conocimientos y habilidades.
- Definir la enfermedad.
- Etiología. Síntomas.
- Pronóstico: Consecuencias del buen y del mal abordaje.
- Prevención.

Segundo Encuentro:

- Dieta.
- Ejercicio.
- Higiene y normas de vida.
- Desmitificación.
- Adherencia al tratamiento.
- Auto-responsabilización.
- Relación con el personal sanitario del C.S.
- Evaluación.

GRUPO HTA**Primer Encuentro:**

- ¿Por qué estamos aquí?.
- Test de conocimientos y habilidades.
- Definir la enfermedad.
- Etiología. Síntomas.
- Pronóstico: Consecuencias del buen y del mal abordaje.
- Prevención.

Segundo Encuentro:

- Dieta.
- Ejercicio.

- Higiene y normas de vida.
- Adherencia al tto
- Auto-responsabilización.
- Relación con el personal sanitario del C.S.
- Evaluación.

GRUPO DE EPOC

Primer Encuentro:

- ¿Por qué estamos aquí?.
- Definir la enfermedad.
- Etiología. Síntomas.
- Pronóstico: Consecuencias del buen y del mal abordaje.
- Prevención.
- Dieta / Ejercicio / Normas de vida.

Segundo Encuentro:

- Manejo de inhaladores.
- Adherencia al tratamiento.
- Auto-responsabilización.
- Relación con el personal sanitario del C.S.
- Evaluación.

GRUPO DE ARTROSIS

Primer Encuentro:

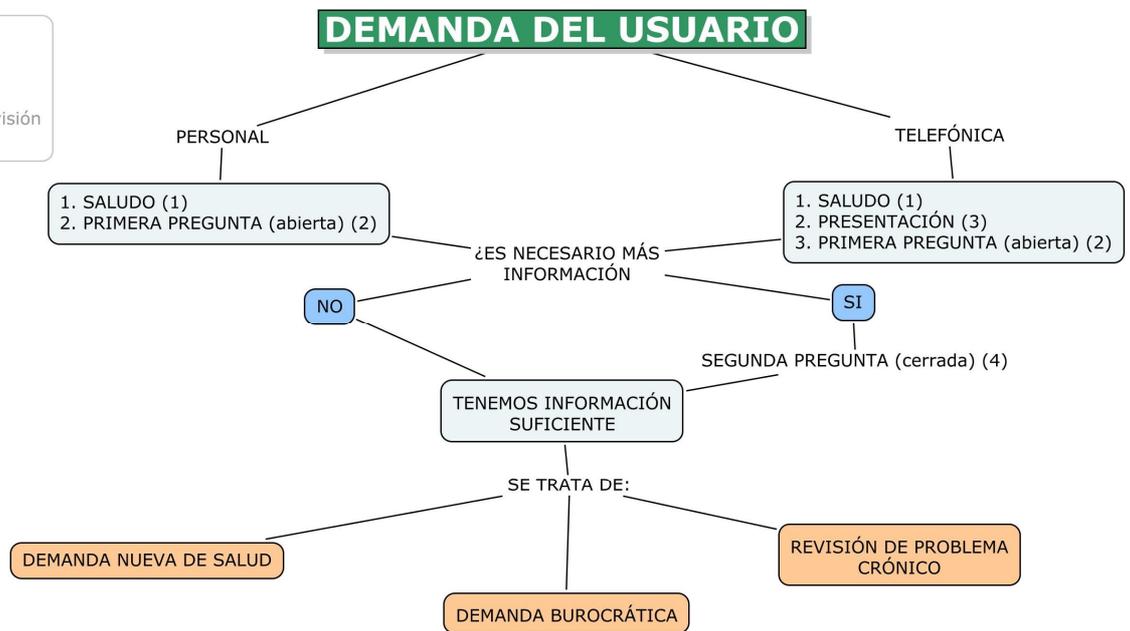
- ¿Por qué estamos aquí?.
- Test de conocimientos y habilidades.
- Definir la enfermedad.
- Etiología. Síntomas.
- Pronóstico: Consecuencias del buen y del mal abordaje.
- Prevención.

Segundo Encuentro:

- Dieta.
- Ejercicio.
- Higiene y normas de vida.
- Adherencia al tratamiento.
- Auto-responsabilización.
- Relación con el personal sanitario del C.S.
- Evaluación.

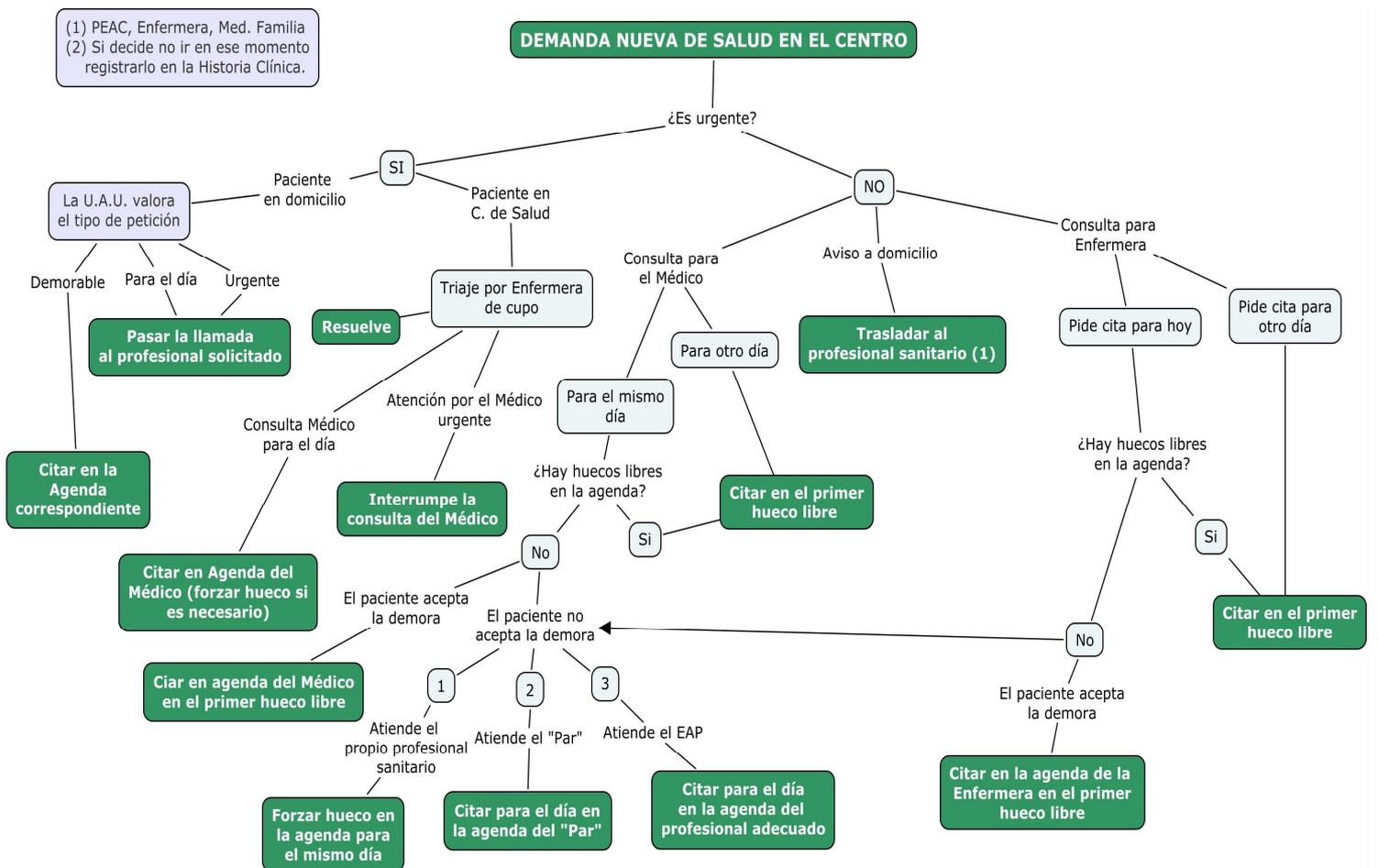
ANEXO. FLUJOGRAMA GENERAL <<DEMANDA ASISTENCIAL>>: [Volver al Índice]

(1) Buenos días / Centro de Salud ...
 (2) ¿En qué puedo ayudarle?
 (3) Le atiende Paula
 (4) ¿Es un problema nuevo de salud, relacionado con documentos, una revisión de un problema de salud,...?



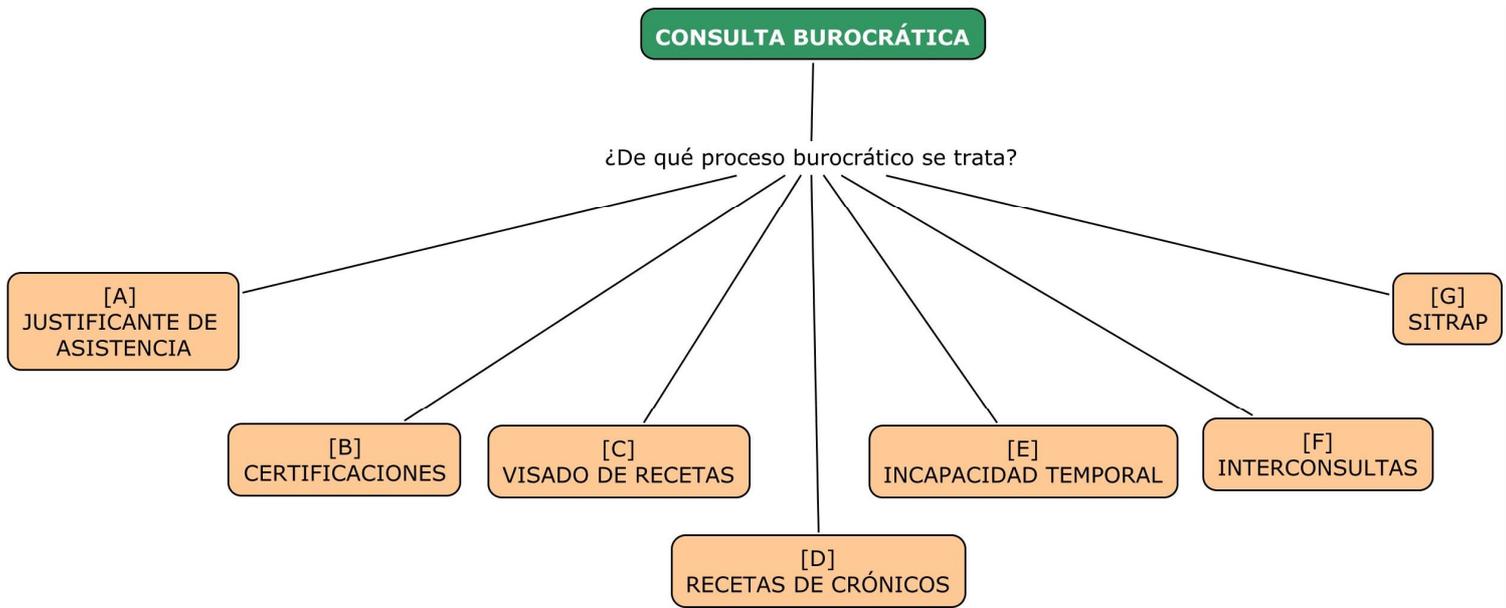
ANEXO. FLUJOGRAMA <<DEMANDA NUEVA DE SALUD>>:

[Volver al Índice]



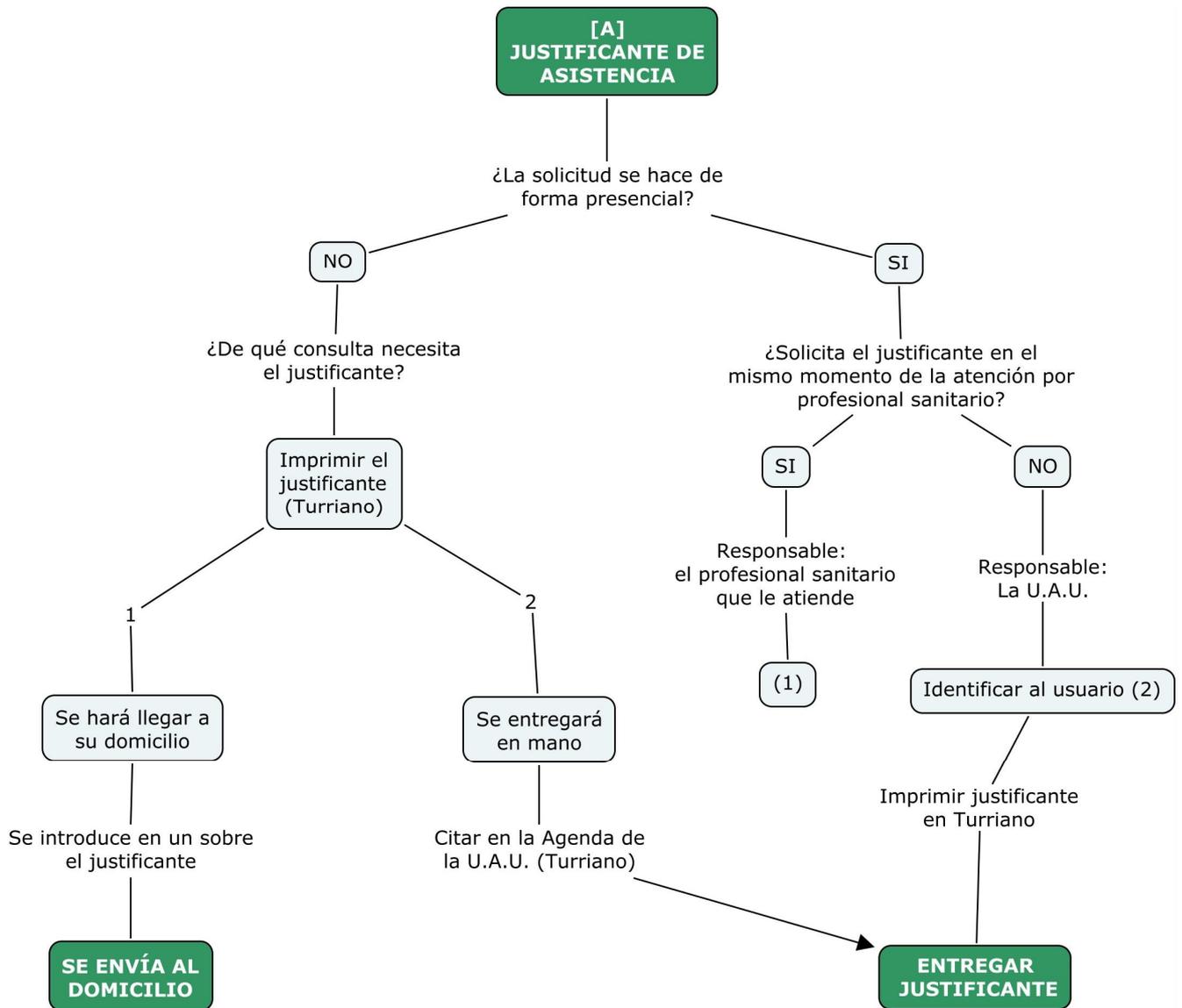
ANEXO. FLUJOGRAMA <<DEMANDA BUROCRÁTICA>>:

[Volver al Índice]



ANEXO. FLUJOGRAMA <<JUSTIFICANTE ASISTENCIA>>:

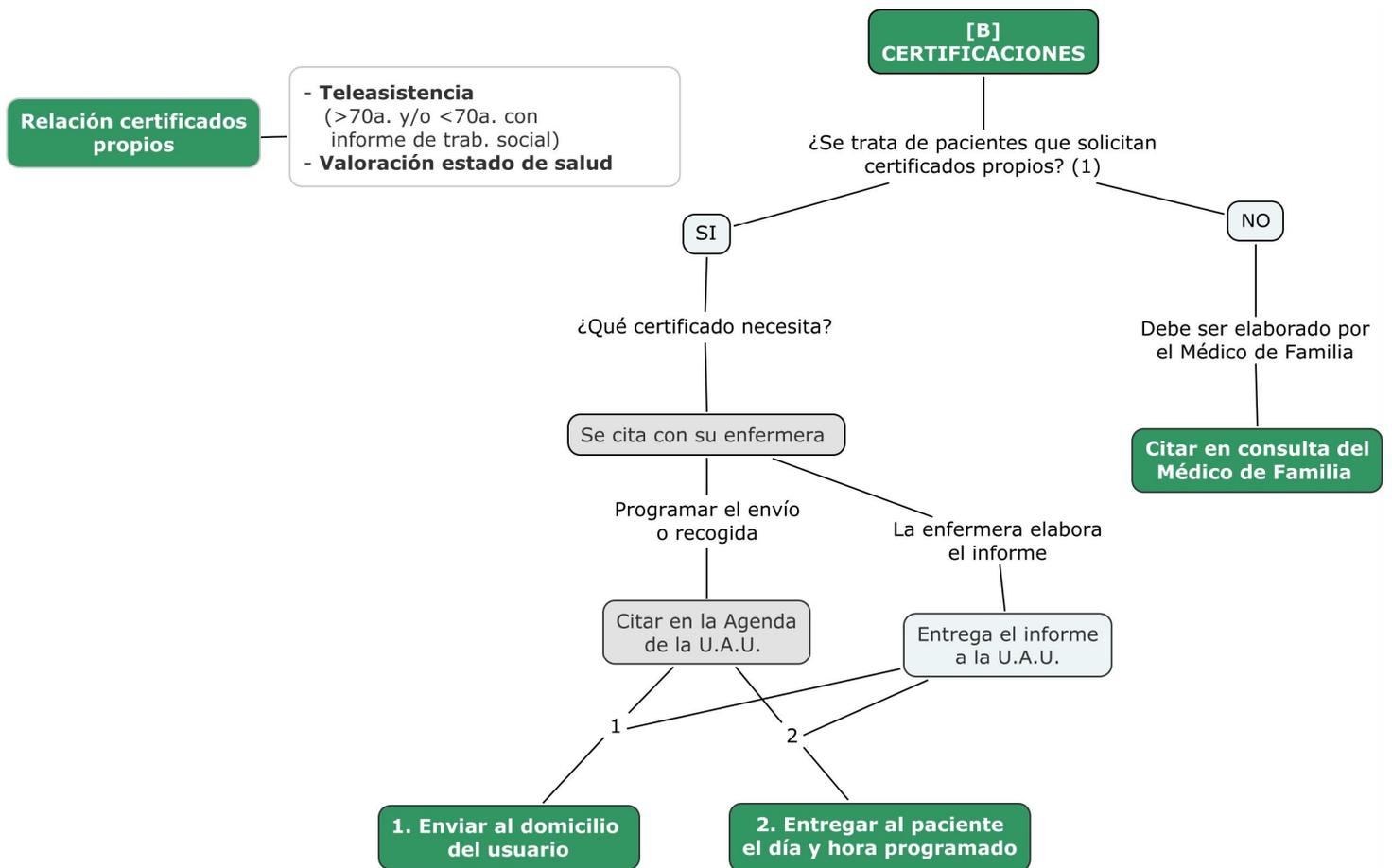
[Volver al Índice]



(1) Si el paciente se encuentra en este punto de atención NO puede darse esta posibilidad
 (2) Puede solicitar persona distinta al interesado siempre que presente autorización más DNI.

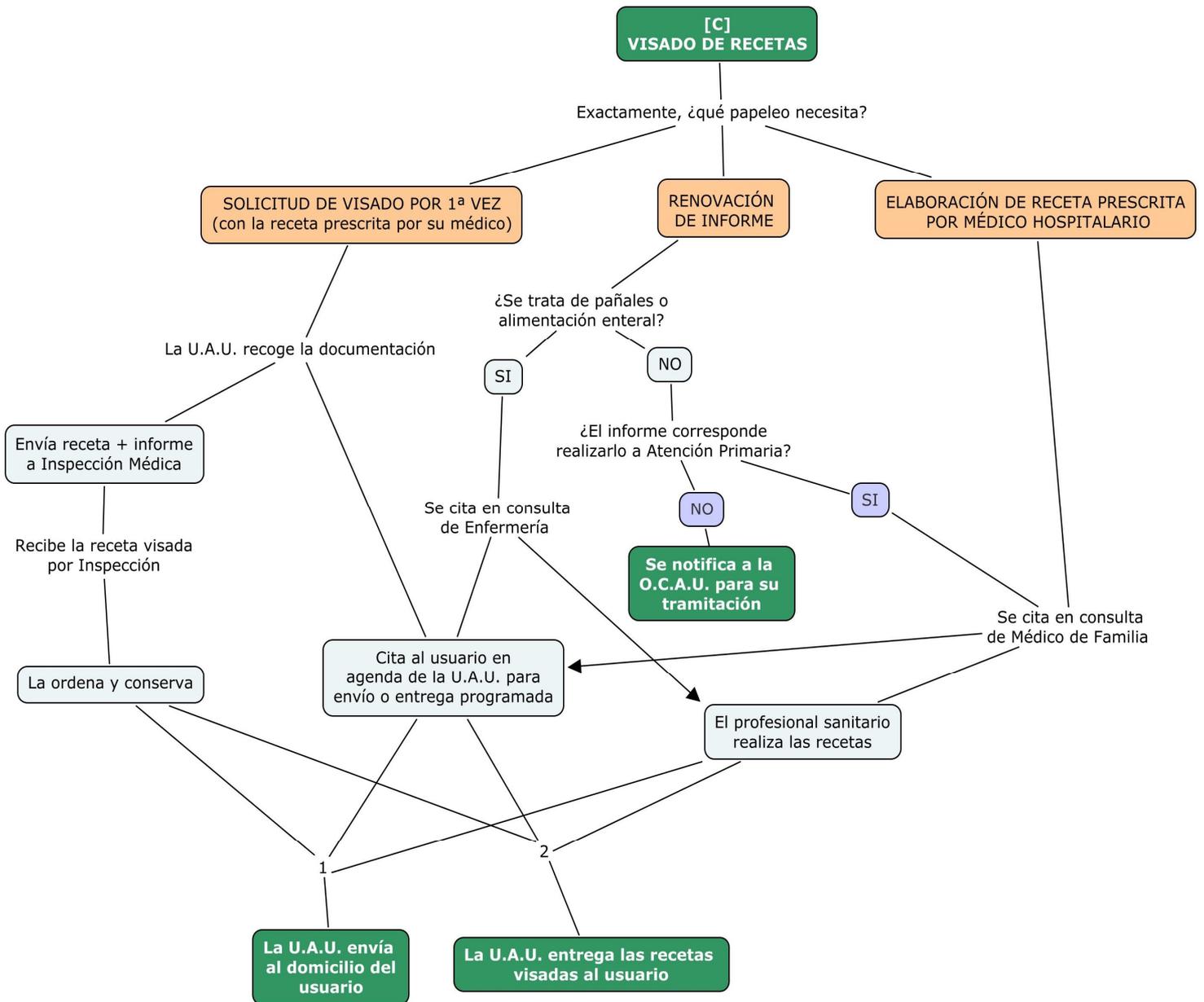
ANEXO. FLUJOGRAMA CERTIFICACIONES:

[Volver al Índice]



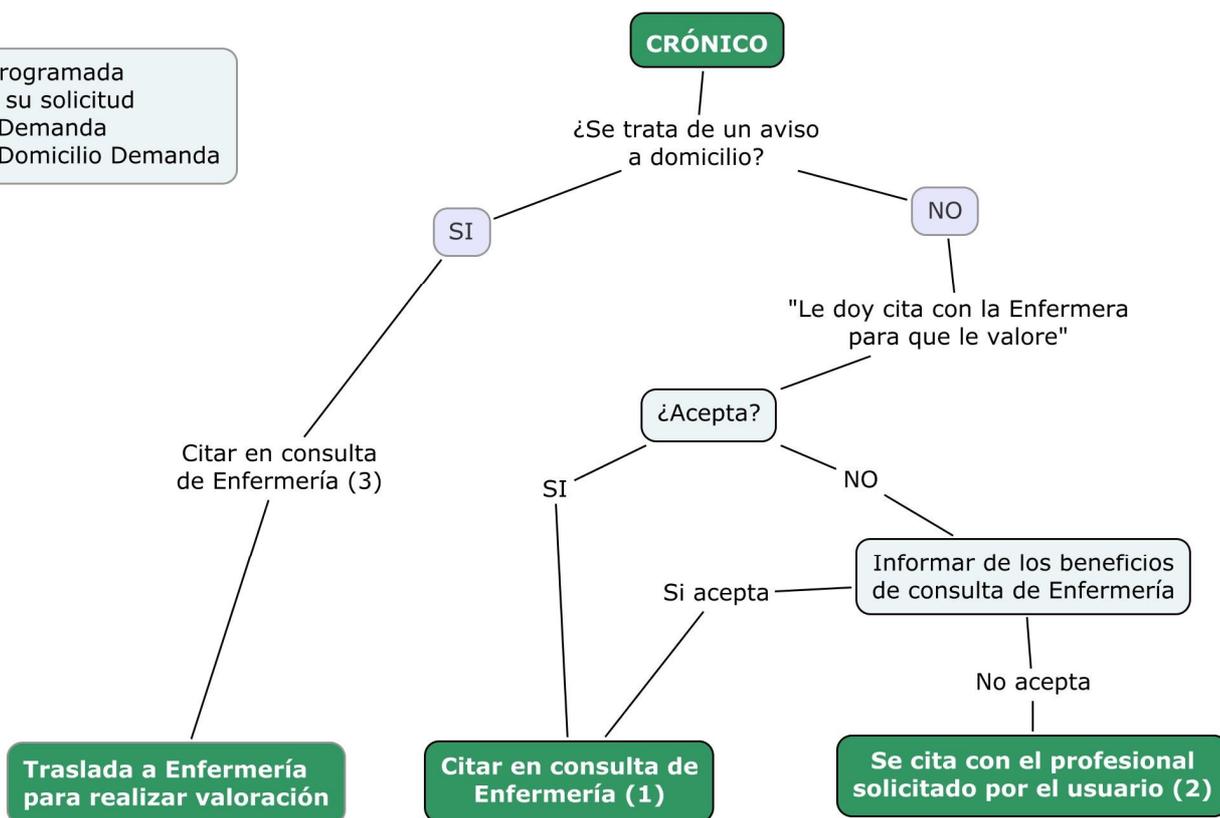
ANEXO. FLUJOGRAMA <<VISADO DE RECETAS>>:

[Volver al Índice]



ANEXO. FLUJOGRAMA <<RECETAS A PACIENTES CRÓNICOS>>: [Volver al Índice]

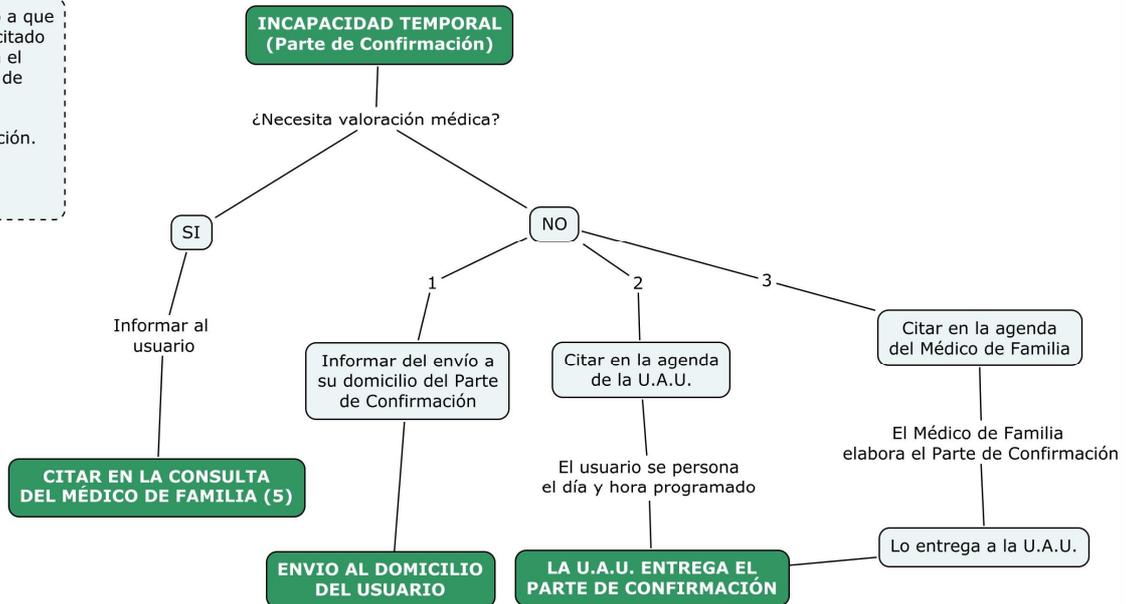
- (1) Demanda o Programada en función de su solicitud
- (2) Tipo de cita: Demanda
- (3) Tipo de cita: Domicilio Demanda



ANEXO. FLUJOGRAMA <<INCAPACIDAD TEMPORAL>>

[Volver al Índice]

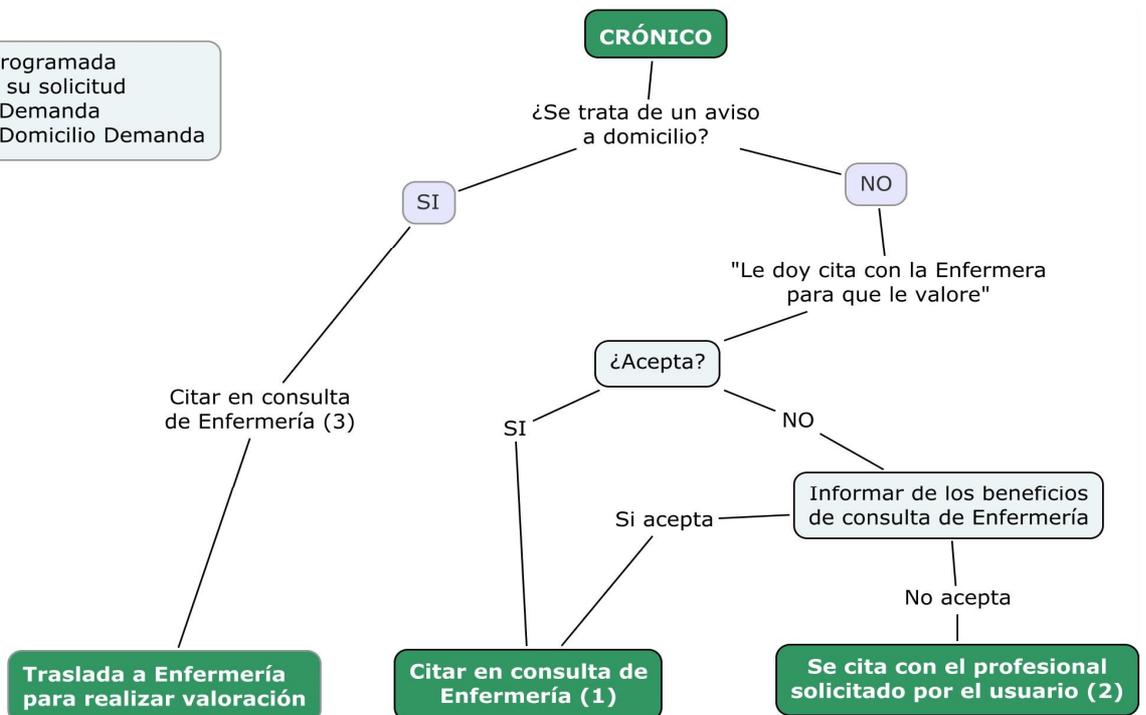
- (1) Esta situación será excepcional debido a que normalmente el Médico de Familia habrá citado previamente al usuario para valoración en el acto sanitario en que se le emitió el Parte de Baja
- (2) Huecos reservados para esta intervención.
- (3) Consulta no presencial
- (4) Para entrega programada
- (5) Tipo de cita: Demanda



ANEXO. FLUJOGRAMA <<CONSUTA POR PATOLOGÍA CRÓNICA>>:

[Volver al Índice]

- (1) Demanda o Programada en función de su solicitud
- (2) Tipo de cita: Demanda
- (3) Tipo de cita: Domicilio Demanda



ANEXO. <<MAPA DEL MIOAP PARA PROCESOS ASISTENCIALES EN AP>>:

[Volver al Índice]

