

# ESTRATEGIA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EUSKADI





# ESTRATEGIA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EUSKADI



*Euskadi, bien común*

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

Vitoria-Gasteiz, 2019

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la red Bibliotekak del Gobierno Vasco:

**<http://www.bibliotekak.euskadi.eus/WebOpac>**

**Edición:**

1.a, febrero 2019

**Tirada:**

300 ejemplares

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco  
Departamento de Salud

**Internet:**

**[www.euskadi.eus](http://www.euskadi.eus)**

**Edita:**

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia  
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco  
C/ Donostia-San Sebastián, 1  
01010 Vitoria-Gasteiz

**Diseño:**

Begoña Paino Ortuzar

**Impresión:**

Printhus

**Depósito Legal:**

VI-151/19



# ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	9
2. FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y MODELO ASISTENCIAL.....	17
3. ALGUNAS CIFRAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE EUSKADI.....	23
A. Estructura instalada.....	23
B. Actividad en Atención Primaria.....	25
C. Resultados en Atención Primaria.....	26
4. LÍNEAS ESTRATÉGICAS.....	43
LÍNEA ESTRATÉGICA 1: Revalorizar la función y el papel de la Atención Primaria.....	43
LÍNEA ESTRATÉGICA 2: Adecuar la estructura de los equipos de Atención Primaria a los retos demográficos y epidemiológicos.....	46
LÍNEA ESTRATÉGICA 3: Optimizar la organización y gestión en el contexto de los equipos de Atención Primaria.....	48
LÍNEA ESTRATÉGICA 4: Profundizar en el desarrollo profesional de enfermería en sus máximas competencias.....	51
LÍNEA ESTRATÉGICA 5: Evitar el gap asistencial en el relevo generacional en medicina de familia.....	57
LÍNEA ESTRATÉGICA 6: Consolidar el modelo de atención pediátrica en Atención Primaria.....	61
LÍNEA ESTRATÉGICA 7: Aplicación en Atención Primaria de los planes de normalización lingüística y de igualdad.....	66





## 1. INTRODUCCIÓN





# 1. INTRODUCCIÓN

A partir de las aportaciones recibidas en el Departamento de Salud que los diferentes agentes internos y externos a Osakidetza han realizado al documento “ESTRATEGIA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EUSKADI”, se ha desarrollado una fase de análisis y de síntesis de las mismas. La gran heterogeneidad de las aportaciones ha complicado este proceso pero sin ninguna duda han enriquecido una necesaria fase de reflexión y por tanto, es obligado reconocer y agradecer el esfuerzo realizado tanto interna como externamente al Departamento de Salud y Osakidetza.

El resultado final de este proceso, que se presenta en este documento recoge en la medida en que ha sido posible las aportaciones realizadas, pero necesariamente las líneas estratégicas se han tenido que centrar en determinados aspectos de la Atención Primaria. Es así que (no por considerarse elementos ajenos a la Atención Primaria), en este documento no se recogen acciones específicas en relación con los Puntos de Atención Continuada, que por sí solos requerirían un análisis en profundidad como ya ha sucedido en legislaturas anteriores en las que se ha tratado este aspecto de forma monográfica. Algunos otros aspectos también quedan también fuera del alcance y del planteamiento de este documento porque frente a la exhaustividad, se ha optado por centrarse en determinados aspectos considerados clave en el momento presente para reforzar la Atención Primaria.

Cabe recordar que el documento se ha expuesto para el debate con equipos directivos, profesionales, organizaciones sindicales, sociedades científicas, etc. con el propósito de definir y desplegar aquellas políticas y acciones que permitan mantener a Osakidetza como un servicio público, referente por la innovación de su modelo de organización, por la calidad de sus prestaciones y por la excelencia y el compromiso de sus profesionales. Por ello, tras el análisis efectuado en el documento base y el intenso debate observado en esos diferentes foros acerca del papel, de las fortalezas y debilidades de nuestra AP, se ha optado por un documento de síntesis que refleje la intención de la acción del Departamento de Salud y Osakidetza y que pretende ser el resultado de las diferentes propuestas, del debate suscitado ante las mismas y de su factibilidad organizativa

Cabe también recordar que en relación al PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SISTEMA SANITARIO DE EUSKADI se definía a la Atención Primaria (AP) como el nivel asistencial que, basándose en la longitudinalidad de la asistencia, la polivalencia de sus profesionales, el trabajo en equipo y la accesibilidad, presta una asistencia

encaminada a resolver la mayoría de los problemas de salud de las personas y su comunidad, en coordinación con el nivel hospitalario, con la red de salud mental, con los servicios sociales y con la red de salud pública.

La Atención Primaria tiene una gran potencialidad para guiar a los sistemas de salud a la consecución de buenos resultados, de forma equitativa y a un coste razonable y sostenible.

De hecho en Euskadi, desde el inicio de su reforma en la década de los 80, la Atención Primaria ha jugado un papel fundamental en el sistema sanitario vasco, y ha desarrollado funciones imprescindibles para proporcionar a todas las personas que viven en Euskadi una asistencia sanitaria de calidad.

Entre estas funciones cabe destacar las siguientes:

- La AP es el principal actor del sistema en provisión de servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- La función de puerta de entrada, que ha permitido consolidar la figura de las y los profesionales de Atención Primaria como referentes del paciente, capaces de atenderle directamente o bien de orientarle hacia el recurso sanitario que mejor se adecúa a sus necesidades; cabe destacar, en este sentido, la capacidad de resolución con que cuenta la Atención Primaria.
- La continuidad asistencial, básica para el control adecuado de los problemas crónicos.
- La longitudinalidad asistencial, como característica distintiva del nivel de Atención Primaria frente a cualquier otro dispositivo asistencial del sistema.
- ....

Funciones todas ellas que, sin duda, hacen de la Atención Primaria un eslabón fundamental del sistema sanitario. El sistema público de salud, articulado en dos niveles asistenciales: Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH), ha sido capaz de proporcionar una asistencia sanitaria de calidad a los ciudadanos gracias a que a pesar de una evidente fragmentación del sistema cada uno de los dos niveles ha complementado al otro ofreciendo en su conjunto una respuesta adecuada a las necesidades de la población vasca.

Sin embargo, el cambio demográfico que ha venido derivado de un aumento progresivo de la esperanza de vida y de una bajada notable en las tasas de fecundidad está transformando nuestra sociedad hacia un envejecimiento progresivo y por ello modificando el patrón epidemiológico al que el sistema sanitario debe dar respuesta. Un patrón que se modifica además con la llegada de

personas con patrones sociales y culturales diferentes al nuestro. Se destacan de esta forma nuevos retos asistenciales a los que dar respuesta; básicamente cinco:

1. La complejidad de los problemas crónicos con una mayor prevalencia de la comorbilidad y la complejidad en las personas mayores.
2. La fragilidad y la dependencia que acompañan al envejecimiento y por tanto una necesidad cada vez mayor de una respuesta coordinada de los dispositivos asistenciales sanitarios y sociales.
3. La sostenibilidad de un sistema sanitario que tiene que dar una respuesta adecuada a una sociedad cada vez más envejecida y más empoderada en cuestiones de salud. Teniendo en cuenta, además, que el desarrollo tecnológico tiene respuestas diagnósticas y terapéuticas cuya introducción en la cartera de servicios debe ser adecuadamente equilibrada (en riesgos, costes y beneficios), para no poner en riesgo la capacidad del sistema sanitario.
4. El cambio de valores y cultura de la sociedad actual que lleva a considerar la salud como un bien de consumo así como la medicalización de muchas situaciones para las que la sociedad y el sector profesional han definido respuestas sanitarias que podrían haberse encauzado de otra manera y que supone además un desafío, añadido al tecnológico y al epidemiológico, para la sostenibilidad a la que se hacía referencia en el punto anterior.
5. La atención a personas inmigrantes con condicionantes sociales y culturales específicas que condicionan patrones de utilización y necesidades asistenciales diferentes, además de barreras idiomáticas que requieren más tiempo de atención.

En este contexto, es evidente la necesidad de adaptar la organización y la respuesta del sistema a un escenario epidemiológico y social que avanza en la dirección indicada. En este sentido, las líneas estratégicas del Departamento de Salud para el periodo 2017-2020 se proponen articular los diferentes dispositivos asistenciales para proporcionar, especialmente a los pacientes con problemas crónicos, una atención resolutoria lo más cercana a su domicilio y en coordinación con los servicios sociales. El nivel de Atención Primaria y la coordinación sociosanitaria son las dos piezas clave sobre las que debe basarse la adaptación del sistema.

Como se exponía en el documento base para la definición de esta estrategia, Euskadi cuenta con un buen modelo de Atención Primaria. Un modelo mejorable, fortaleciendo, desarrollando y valorizando el papel de AP, para lo cual el Departamento de Salud y Osakidetza va a desarrollar un Plan de acción que incluye

líneas estratégicas dirigidas en su conjunto a reforzar la Atención Primaria en el Sistema de salud:

**LÍNEA ESTRATÉGICA 1**

**Revalorizar la función y el papel de la Atención Primaria.**

**LÍNEA ESTRATÉGICA 2**

**Adecuar la estructura de los equipos de Atención Primaria a los retos demográficos y epidemiológicos.**

**LÍNEA ESTRATÉGICA 3**

**Optimizar la organización y gestión en el contexto de los equipos de Atención Primaria. El papel del Área administrativa (AAC).**

**LÍNEA ESTRATÉGICA 4**

**Profundizar en el desarrollo profesional de enfermería en sus máximas competencias.**

**LÍNEA ESTRATÉGICA 5**

**Evitar el gap asistencial en el relevo generacional en medicina de familia.**

**LÍNEA ESTRATÉGICA 6**

**Consolidar el modelo de atención pediátrica en Atención Primaria.**

**LÍNEA ESTRATÉGICA 7**

**Aplicación en Atención Primaria de los planes de normalización lingüística y de igualdad.**

La Dirección de Asistencia Sanitaria y la Dirección de Planificación informarán al Consejo Asesor del despliegue de las acciones contempladas en cada una de estas líneas que serán además objeto de una evaluación formal anual.

Desde el compromiso del Departamento y Osakidetza con los y las profesionales de la salud como principal activo y de fortalecer el Sistema Público Vasco de Salud, estas líneas estratégicas se complementan para reforzar el papel de la Atención Primaria. Situar al paciente en el centro del sistema pasa por tener profesionales competentes y comprometidos, especialistas en la persona en su integridad y en un contexto de longitudinalidad de la atención a lo largo del ciclo vital de la persona. La esencia en definitiva de los valores de la Atención Primaria en un sistema de atención universal.







## 2. FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y MODELO ASISTENCIAL





## 2. FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y MODELO ASISTENCIAL

Con frecuencia se hace referencia a la necesidad de demostrar que la Atención Primaria es un eslabón fundamental del sistema sanitario, asignando mayores presupuestos para la Atención Primaria. En algunos foros se plantea como necesario un porcentaje de financiación para la Atención Primaria en un discurso no apoyado en datos objetivos ni en evidencia alguna.

Este discurso de déficit de financiación tiene ciertamente debilidades de las que cabe destacar dos:

1. En Euskadi, el proceso de Atención Integrada se ha acompañado de importantes cambios en las estructuras de dirección y de gestión de las antiguas comarcas de AP, con lo que el análisis de las tendencias de gasto de personal en Euskadi adolece de un sesgo no documentado.
2. La incorporación de tecnologías es la que condiciona en países de nuestro entorno el crecimiento del gasto sanitario. La tecnología de la Atención Primaria son precisamente las y los profesionales y su estructura está ligada al tamaño de la población que permanece relativamente estable en comparación con el crecimiento asociado al desarrollo tecnológico que la sociedad y la propia Osakidetza (profesionales y gestores), exigen. Pero este hecho no implica que el aumento del gasto sanitario derivado de la incorporación de tecnologías sea consecuencia exclusiva de la actividad de la atención hospitalaria. Esto, evidentemente no es así. Una parte muy importante de este desarrollo tecnológico está asociada a solicitudes de pruebas desde la Atención Primaria.

En cualquier caso, es obvio que el nivel de Atención Primaria requiere un esfuerzo de financiación y, en este sentido, el desarrollo de esta estrategia va a suponer un incremento presupuestario en los próximos años y el compromiso del Departamento de Salud se sitúa por tanto en el aumento de la financiación de la Atención Primaria.

Ello no impide que haya que ser conscientes de que el actual modelo de Atención Primaria basado en profesionales asalariados que trabajan en equipo en centros de salud con un presupuesto fundamentalmente ligado al número de profesionales que trabajan en AP es incompatible con una financiación que compita con la del resto del sistema (profesionales + tecnologías) en ritmo de crecimiento.

Las aportaciones recibidas al documento base no han orientado a ningún tipo de cambio de modelo. Lo más cercano a una línea de este tipo se ha referido a

mayores niveles de autogestión sin más concreción. En este sentido aunque siempre hay áreas de avance, los niveles de autogestión en Atención Primaria no podrán solucionar el problema de fondo más importante que se observa en este momento: la falta de profesionales en un modelo que ha gestionado las ausencias sobre la base de una bolsa de profesionales con baja empleabilidad.

Modelo asistencial, autogestión y financiación son tres conceptos íntimamente relacionados. Por ello el Departamento de Salud y Osakidetza creen necesario una identificación precisa del presupuesto asociado a la Atención Primaria en términos de plantilla, equipamientos y actividad derivada de la toma de decisiones a este nivel al menos en términos de interconsultas, pruebas complementarias y terapéuticas.

Este puede ser el punto de partida para iniciar el debate sobre un cambio de modelo que permita una mayor autogestión al nivel de Atención Primaria. Un modelo que vaya más allá de un límite de consultas al día o de la inyección adicional de recursos profesionales como respuesta (la única posible en el modelo actual), al incremento de demanda asistencial.







### 3. ALGUNAS CIFRAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE EUSKADI



### 3. ALGUNAS CIFRAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE EUSKADI

Resulta imposible resumir en unas páginas algo tan complejo como la actividad asistencial en el nivel de Atención Primaria y los resultados que se derivan de esta y de sus interacciones con otros agentes del sistema social y del propio sistema sanitario. Se ha optado por consiguiente por extraer algunos indicadores que den una idea de la estructura de AP, de la actividad y de los resultados intermedios de la Atención Primaria.

#### a) ESTRUCTURA DE AP INSTALADA

En AP desarrollan su actividad 4.505 profesionales distribuidos en las categorías que pueden apreciarse en la tabla 1.

PEDIATRAS	ENFERMERÍA		MÉDICOS DE FAMILIA	MATRONAS	AAC Y OTROS
	PEDIATRÍA	ADULTOS			
323	251	1.289	1.404	134	1.104

**Tabla1. Profesionales de AP (sólo se contabilizan aquellos que desarrollan su trabajo íntegramente en los diferentes centros de salud y/o consultorios). Datos a 31 de diciembre de 2018.**

Por lo que se refiere a la distribución poblacional por UAP, de acuerdo con los criterios de población promedio asignada a cada cupo médico y teniendo en cuenta el porcentaje de población de 75 años y más años, las 135 UAP de Euskadi se pueden distribuir de la siguiente forma:

Nº TISes	% DE 75 Y MÁS AÑOS				TOTAL UAPs
	>15 %	10 a 15 %	5 a 10 %	<5 %	
>1500	5	26	5	2	38
1400 a 1500	4	33	4	1	42
1300 a 1400	8	20	4	1	33
< 1300	6	15	1	0	22
Total UAPs	23	94	14	4	135

**Tabla 2. Distribución de UAP en función del promedio de TISes por cupo médico y porcentaje de mayores de 75 años. Diciembre 2018.**

Desde otra perspectiva, de acuerdo con la relación número de TISes y % de RUB 4 y 5 agregados (alta y muy alta carga de morbilidad de acuerdo con la clasificación ACGs, la distribución de las UAP sería la siguiente:

PROMEDIO TISes	% DE RUB 4 Y 5 AGREGADOS							TOTAL UAPs
	8 a 10,9	11 a 11,9	12 a 12,9	13 a 13,9	14 a 14,9	15 a 15,9	16 o más	
>1000	1				3	2		6
1000-1199	1		1	1	1	2		6
1200-1399		1	6	9	13	6	8	43
1400-1499	7	4	7	10	6	6	2	42
1500-1599	4	4	10	5	3	4	2	32
>1600	2	2	1				1	6
Total UAPs	15	11	25	25	26	20	13	135

**Tabla 3. Distribución de las UAPs en función del número de TISes y de la carga de morbilidad (RUB 4 y 5 agregados).**

En relación a los profesionales de enfermería cabe analizar la estructura desde la perspectiva de la ratio enfermera por médico de familia, que permite un análisis comparativo en relación a las diferentes CCAA.

CC.AA. 2017	ENFERMERAS	MAPs	RATIO
Andalucía (AN)	0,58	0,74	0,78
Aragón (AR)	0,74	0,88	0,84
Asturias, Principado de (AS)	0,67	0,78	0,86
Balears, Illes (IB)	0,5	0,62	0,81
Canarias (CN)	0,61	0,75	0,81
Cantabria (CB)	0,71	0,83	0,86
Castilla y León (CL)	0,89	1,11	0,80
Castilla - La Mancha (CM)	0,74	0,84	0,88
Cataluña (CT)	0,7	0,75	0,93
Comunitat Valenciana (VC)	0,64	0,76	0,84
Extremadura (EX)	0,85	0,91	0,93
Galicia (GA)	0,67	0,82	0,82
Madrid, Comunidad de (MD)	0,5	0,68	0,74
Murcia, Región de (MC)	0,57	0,75	0,76
Navarra, C. Foral de (NC)	0,74	0,8	0,93
País Vasco (PV)	0,69	0,79	0,87
La Rioja (RI)	0,86	0,84	1,02
Ceuta (CE)	0,51	0,63	0,81
Melilla (ML)	0,58	0,63	0,92
España (ES)	0,65	0,77	0,84

**Tabla 4. Número de profesionales por 1000 habitantes por CCAA y Ratio enfermera/ MAP. Fuente: Indicadores clave del SNS 2017.**



Desde una perspectiva funcional, la enfermería puede analizarse en los dos perfiles funcionales que actualmente trabajan en AP: adultos y pediatría, si bien hay que señalar que 53 enfermeros o enfermeras desarrollan su actividad en ambos grupos etarios. Ajustando esta situación, el número de profesionales y las ratios observadas son las siguientes:

	Nº DE PROFESIONALES	RATIO ENFERMERA/MAP
Enfermeras/os de adultos	1.289	0,92
Enfermeras/os de pediatría	251	0,78
Total enfermeras/os AP	1.540	0,89

**Tabla 5. Profesionales de enfermería en AP en adultos y pediatría y ratios correspondientes Diciembre 2018.**

## b) ACTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

Para analizar la presión asistencial observada en Atención Primaria pueden valorarse diferentes parámetros. En primer lugar cabe destacar el promedio de consultas al día por cada médico de familia y la frecuentación de las personas a la consulta de medicina de familia. De acuerdo con las memorias anuales de Osakidetza, la evolución de estos parámetros es la siguiente.

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>MEDICINA</b>	<b>VISITAS/DÍA</b>	26,1	26,6	26,5	27,0	26,8	27,5	28,5
	<b>FRECUENTACIÓN</b>	4,4	4,5	4,6	4,7	4,7	4,8	5,0
<b>PEDIATRÍA</b>	<b>VISITAS/DÍA</b>	21,5	22,4	21,7	21,6	21,5	22,1	22,7
	<b>FRECUENTACIÓN</b>	6,1	6,2	5,8	5,9	6,0	6,2	6,3
<b>ENFERMERÍA</b>	<b>VISITAS CENTRO/DÍA</b>	10,3	10,6	10,2	9,6	8,0	8,3	8,4
	<b>VISITAS DOM/DÍA</b>	1,0	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2
	<b>VISITAS/DÍA</b>	11,3	11,7	11,3	10,6	9,2	9,5	9,6

**Tabla 6. Evolución de las visitas y de la frecuentación en Atención Primaria. Fuente: memorias anuales Osakidetza.**

Es importante señalar que el método de medida del número de consultas en las memorias de Osakidetza ha sido el mismo por lo que la tabla 6 permite una valoración de la tendencia en consultas de los últimos años y por tanto una estimación de si la demanda asistencial ha crecido y en qué medida. Téngase también en cuenta de que se trata de consultas por médico y no de consultas por cupo médico, ya que el concepto cupo no se corresponde con el concepto plaza de médico o médica en AP.

Hay que precisar que estas cifras reflejan medias de consultas atendidas por profesional, por lo que hay situaciones individuales que podrían superar estas cifras, como es el caso de la acumulación de dos agendas en un profesional en momentos puntuales.

En cualquier caso, por lo que se refiere al número de consultas, obviamente no son equivalentes en necesidad de tiempo y/o dedicación las consultas con paciente en el centro de salud o las consultas en el domicilio del o la paciente. Estas últimas requieren un mayor esfuerzo en todos los sentidos. Por la misma razón, las consultas con paciente no tienen equiparación alguna con las telefónicas o las dedicadas a tareas administrativas. Esta tipología de consulta y la variabilidad en la necesidad de tiempo de dedicación obliga a utilizar como parámetro de comparación las consultas con paciente que por otra parte son las que se analizan en atención hospitalaria. En este sentido, la evolución del promedio de consultas/día con paciente, en centro de salud o en el domicilio del o la paciente, es la que puede apreciarse en la tabla 7.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>CENTRO DE SALUD</b>	24,22	24,02	23	24,42	23,32	23,31	23,69	23,84
<b>DOMICILIO</b>	0,47	0,48	0,48	0,43	0,37	0,38	0,38	0,39

**Tabla 7. Evolución de las consultas presenciales en Atención Primaria.**  
Fuente: Agendas de consulta de Osabide.

### c) RESULTADOS EN AP

Le evaluación de resultados en salud es un tema complejo y más aún cuando se trata de evaluar los resultados de la actividad en promoción y prevención de la salud. No sólo por el ámbito temporal en el que se aprecian resultados derivados de estas actividades sino también por otro tipo de variables concomitantes (legislativas, sociales, tecnológicas, etc), que influyen en este tipo de resultados.

En cualquier caso, en este documento se recogen los datos más significativos que se desprenden de la evaluación del Contrato Programa y en análisis específicos de los resultados del sistema sanitario. No se incluyen datos de cobertura de vacunación o de programas de screening por ejemplo no por su incuestionable importancia sino por necesidad de síntesis.

El análisis de las condiciones sensibles a los cuidados ambulatorios (ACSC), da una idea del impacto de la atención integrada en estos procesos a través del trabajo colaborativo e interdependiente entre las y los profesionales de atención primaria y hospitalaria, en el objetivo de evitar ingresos por descompensación y/o complicaciones de estas condiciones o problemas de salud. El indicador **Hospitalizaciones potencialmente evitable (HPE)** es por ello un buen marcador del desempeño de la Atención Primaria.

Se trata sin duda de uno de los indicadores de resultados intermedios más importantes para valorar el impacto de la Atención Primaria, que como se comentaba en el documento base, tan buenos resultados ha dado en el conjunto del sistema sanitario.

Como señala un reciente informe<sup>1</sup>, en el año 2016 se produjeron en Euskadi 8.516 admisiones por HPE, situando la tasa en 66 hospitalizaciones por cada 10.000 habitantes mayores de 39 años. Respecto a 2015, el conjunto de HPE se redujeron en 799 los casos y en 7,05 puntos por 10.000 su tasa cruda.

<sup>1</sup> Hospitalizaciones potencialmente evitables en el País Vasco. Atlas de variaciones en la práctica médica en el SNS. Pendiente de publicación.

CONDICIONES CLÍNICAS SUSCEPTIBLES DE SER HPE	Nº DE CASOS			TASAS CRUDAS		
	PAÍS VASCO	PAÍS VASCO	ESPAÑA	PAÍS VASCO	PAÍS VASCO	ESPAÑA
	2016	2015	2015	2016	2015	2015
ANGINA NO PRIMARIA SIN PROCEDIMIENTO	456	543	14.464	3,55	4,25	5,78
ASMA	588	617	5.852	4,55	4,83	2,33
DESHIDRATACIÓN	339	426	10.450	2,62	3,34	4,17
COMPLICACIÓN AGUDA DE LA DIABETES	112	120	2.387	0,87	0,94	0,95
DESCOMPENSACIÓN DE LA EPOC	3.743	4.119	63.858	29,00	32,30	25,53
REAGUDIZACIÓN O DESCOMPENSACIÓN DE LA ICC	3.275	3.490	56.349	25,38	27,37	22,53
<b>TOTAL HPE</b>	<b>8.516</b>	<b>9.315</b>	<b>153.360</b>	<b>65,99</b>	<b>73,04</b>	<b>61,31</b>

Tasas por cada 10.000 habitantes mayores de 39 años. La población utilizada en los denominadores se corresponde con el censo INE

**Tabla 8. Número de episodios y tasas crudas de hospitalizaciones potencialmente evitables. Año 2016<sup>1</sup>**

Si lo comparásemos con las cifras del conjunto del Estado español para el año 2015 (último año del que se dispone de información homogénea sistemáticamente recogida del conjunto del SNS), los casos de HPE representarían un 6,1% del total de HPE realizadas en el conjunto del SNS. En esa comparativa, el País Vasco presenta tasas más elevadas en las condiciones clínicas de EPOC, ICC y Asma, y presenta tasas inferiores en Angina, Deshidratación y Diabetes.

En la tabla 9 puede apreciarse la situación en cada una de las OSIs en relación al número de casos y tasas de las diferentes patologías.

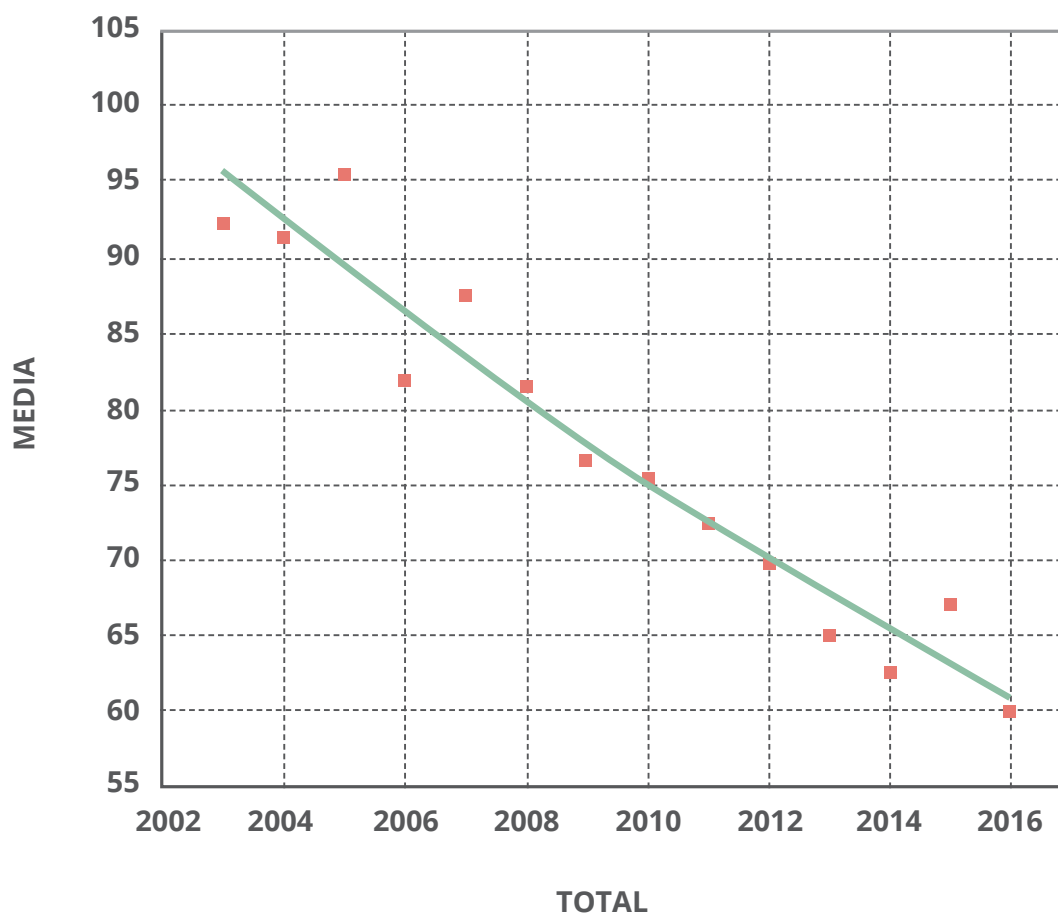
	ANGINA	ASMA	DESHI- DRATA	DIABE- TES	EPOC	ICC	TOTAL HPE	Tc ANGINA	Tc ASMA	Tc DESHI- DRATA	Tc DIABE- TES	Tc EPOC	Tc ICC	Tc TOTAL HPE
1. ARABA	25	73	38	23	538	391	1.088	1,58	4,62	2,40	1,45	34,02	24,73	68,80
2. EZKERRALDEA-ENKAR- TERRI-CRUCES	27	60	28	4	352	328	799	2,69	5,97	2,79	0,40	35,04	32,65	79,54
3. BARAKALDO-SESTAO	58	29	22	5	171	206	491	7,52	3,76	2,85	0,65	22,18	36,72	63,69
4. BILBO-BASURTU	102	115	58	15	681	557	1.528	4,79	5,39	2,72	0,70	31,95	26,13	71,68
5. URIBE	42	49	22	5	291	263	672	3,37	3,93	1,76	0,40	23,32	21,08	53,86
6. BARRUALDE-GALDAKAO	20	126	53	21	533	415	1.168	1,10	6,95	2,93	1,16	29,42	22,90	64,46
7. DEBABARRENA	25	29	5	4	191	133	387	5,75	6,67	1,15	0,92	43,95	30,60	89,04
8. DEBAGOIENA	10	25	12	4	103	103	257	2,64	6,59	3,16	1,05	27,17	27,17	67,78
9. GOIERRI-UROLA	10	10	8	6	140	132	306	1,88	1,88	1,50	1,13	26,27	24,77	57,43
10. TOLOSALDEA	37	8	13	3	137	92	290	10,26	2,22	3,61	0,83	38,00	25,52	80,45
11. DONOSTIALDEA	72	46	67	20	500	563	1.268	3,38	2,16	3,14	0,94	23,47	26,43	59,52
12. BIDASOA	29	18	13	2	103	91	256	6,37	3,96	2,86	0,44	22,64	20,00	56,26
13. ARABAKO ERRIOXA-RIOJA ALAVESA	2	0	0	0	3	1	6	3,11	0,00	0,00	0,00	4,66	1,55	9,32
<b>PAÍS VASCO</b>	<b>459</b>	<b>588</b>	<b>339</b>	<b>112</b>	<b>3.743</b>	<b>3.275</b>	<b>8.516</b>	<b>3,55</b>	<b>4,55</b>	<b>2,62</b>	<b>0,87</b>	<b>29,01</b>	<b>25,38</b>	<b>65,99</b>

Las poblaciones para la construcción de las tasas cruda son del censo a 1 de julio de 2016 (INE) por OSI en el País Vasco.

**Tabla 9. Número de casos (episodios) y tasas crudas de hospitalizaciones potencialmente evitables en las OSI del País Vasco. Año 2016<sup>1</sup>.**

Por lo que se refiere al indicador conjunto de HPE, ese mismo estudio señala una tendencia significativamente decreciente, de forma continuada a lo largo del período 2003-2016 (gráfica 1). Lo que señala un enfoque y un desarrollo adecuados de las diferentes acciones que se vienen desarrollando en Atención Integrada en Euskadi.

No obstante hay una amplia variabilidad por OSI y un significativo margen de mejora en las tasas crudas que variaron en 26,59 puntos por 10.000 entre OSI Tolosaldea, que presentó la tasa más elevada de 80,45 hospitalizaciones por cada 10.000 habitantes mayores de 39 años y la OSI Uribe, que presentó la tasa más baja de 53,86. Para el año 2016, se estimó que el 55,2% del global de HPE del conjunto de Euskadi corresponde al volumen de casos que queda por encima del umbral de referencia o benchmark. Es decir, si las tasas crudas de las OSI de Euskadi hubieran presentado un valor equivalente al del percentil 10 de la distribución de tasas de las áreas sanitarias del conjunto del SNS en el año 2015, se hubieran registrado 4.697 casos menos<sup>1</sup>.



Gráfica 1. Representación gráfica de la regresión de las tasas ajustadas de las HPE en personas mayores de 39 años, País Vasco 2003-16<sup>1</sup>

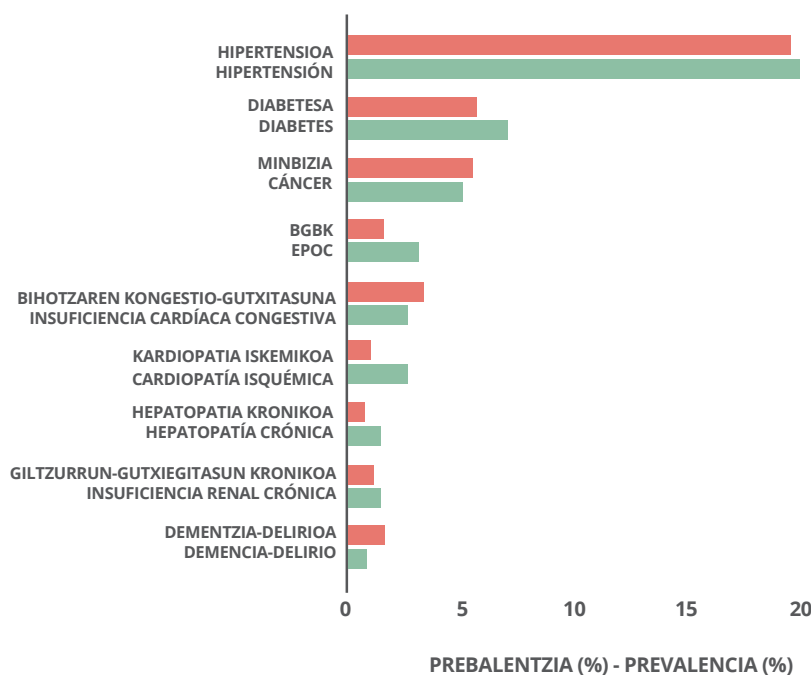
OSI	CASOS	POBLACIÓN	TASA CRUDA	TASA ESTANDARIZADA	CASOS > BENCHMARK	% CASOS > BENCHMARK
1. ARABA	1.088	158.137	68,80	80,44	626	57,5%
2. EZKERRALDEA-ENKARTERRI-CRUCES	799	100.447	79,54	87,24	497	62,2%
3. BARAKALDO-SESTAO	491	77.098	63,69	67,89	259	52,7%
4. BILBO-BASURTU	1.528	213.161	71,68	73,48	889	58,2%
5. URIBE	672	124.779	53,86	66,22	298	44,3%
6. BARRUALDE-GALDAKAO	1.168	181.193	64,46	72,29	647	55,4%
7. DEBABARRENA	387	43.462	89,04	92,39	258	66,7%
8. DEBAGOIENA	257	37.916	67,78	72,00	143	55,6%
9. GOIERRI-UROLA	306	53.286	57,43	61,66	149	48,7%
10. TOLOSALDEA	290	36.048	80,45	91,95	182	62,8%
11. DONOSTIALDEA	1.268	213.038	59,52	66,78	630	49,7%
12. BIDASOA	256	45.501	56,26	65,79	119	46,5%
13. ARABAKO ERRIOXA-RIOJA ALAVESA	6	6.438	9,32	10,63	0	0,0%
PAÍS VASCO	<b>8.516</b>	<b>1.290.504</b>	<b>65,99</b>	<b>73,09</b>	<b>4.697</b>	<b>55,2%</b>

Benchmark: p10 de la distribución nacional.

**Tabla 10. HPE. Distribución de casos, tasa ajustada por 10.000 habitantes mayores de 39 años y volumen de casos por encima del umbral de referencia realizados en las OSI del País Vasco. Año 2016<sup>1</sup>.**

## MORBILIDAD ATENDIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA

En la gráfica adjunta puede apreciarse la prevalencia de las patologías las crónicas más comunes entre las personas aseguradas en el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza (mujeres en la columna roja). El problema crónico más común es la hipertensión, que afecta al 19,6% de las mujeres y al 20,1% de los hombres.



**Gráfica 2. Prevalencia bruta de problemas de salud seleccionados en Atención Primaria<sup>2</sup>**

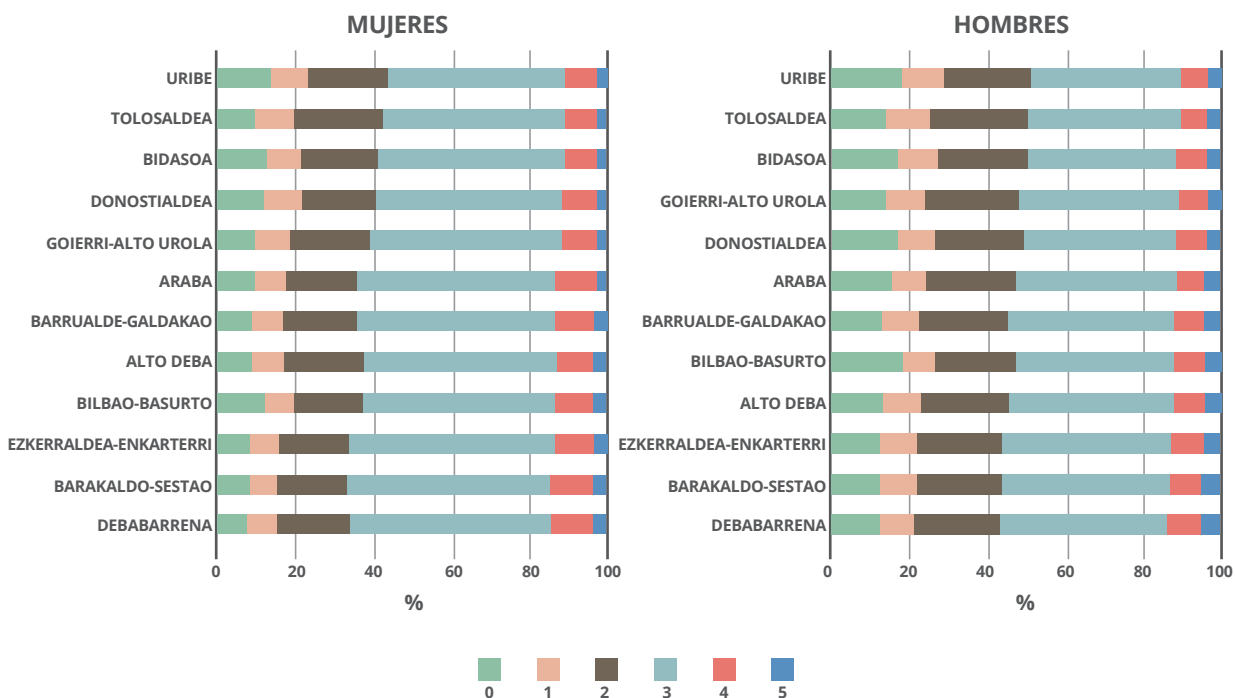
<sup>2</sup> Información sistema ACG del periodo septiembre de 2015 y el 31 de agosto de 2016. Servicio de estudios del Departamento de Salud.

### CARGA DE MORBILIDAD

Para analizar la carga de morbilidad en Atención Primaria, en el Departamento de Salud y Osakidetza se viene utilizando el índice RUB basado en el sistema de clasificación ACG (Ambulatory Care Groups) y da una medición de “carga de morbilidad” o “uso esperado de recursos”.

El RUB clasifica a las personas en una de las 6 categorías de uso esperado de recursos (0-No usuario; 1-Usuario saludable; 2-Baja morbilidad; 3-Morbilidad moderada; 4-Alta morbilidad; 5-Muy alta morbilidad). De esta forma las personas que se espera utilicen el mismo nivel de recursos (misma carga de morbilidad), están agrupadas juntas, aunque tengan enfermedades muy diferentes.

Como puede apreciarse en la gráfica 3, la población con un uso esperado de recursos elevado (RUB 4 y 5 agregados), se distribuye de forma desigual geográficamente, de manera que las OSI en la base de la gráfica(Debarrena y Barakaldo-Sestao) presentan un porcentaje mayor de personas con mayor uso esperado de recursos por morbilidad alta y muy alta. Uribe, presenta el menor uso esperado de recursos asociado a la carga de morbilidad.



Gráfica 3. Distribución del uso esperado de recursos (RUB) por OSI, mujeres y hombres<sup>2</sup>. En rojo y azul porcentaje de personas con alta y muy alta carga de morbilidad.

## DIABETES MELLITUS

Centrando el análisis en la diabetes, una de las condiciones crónicas más prevalentes que mayor impacto tiene en la carga de morbilidad y en la vida de las personas, y objeto de intervención continua en Osakidetza, el cuadro de mandos para la evaluación del contrato programa arroja para 2018 los siguientes indicadores:

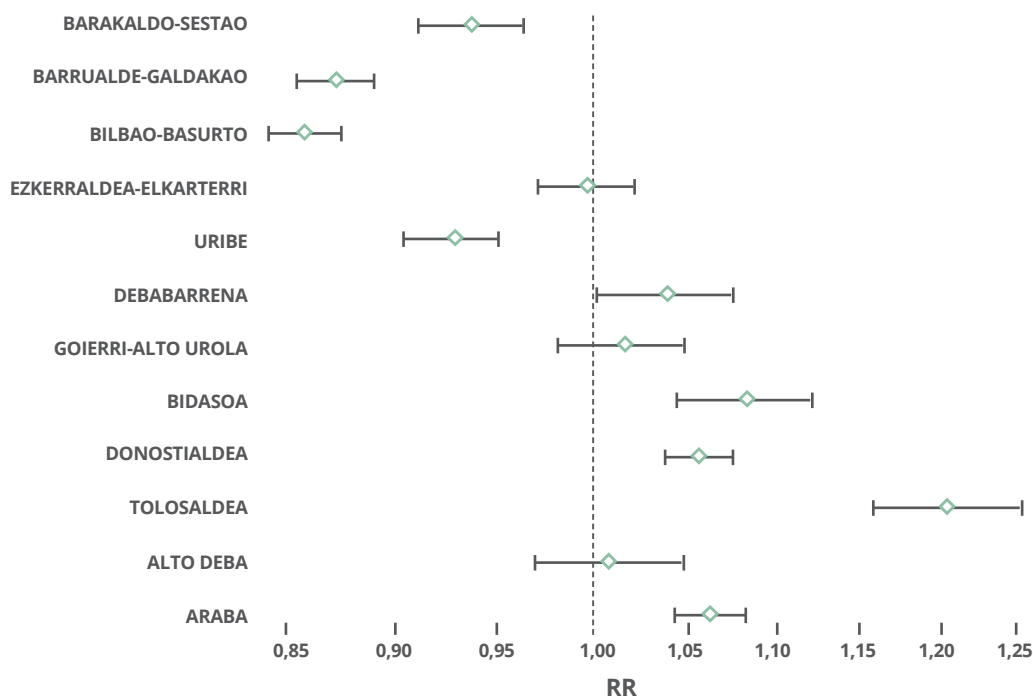
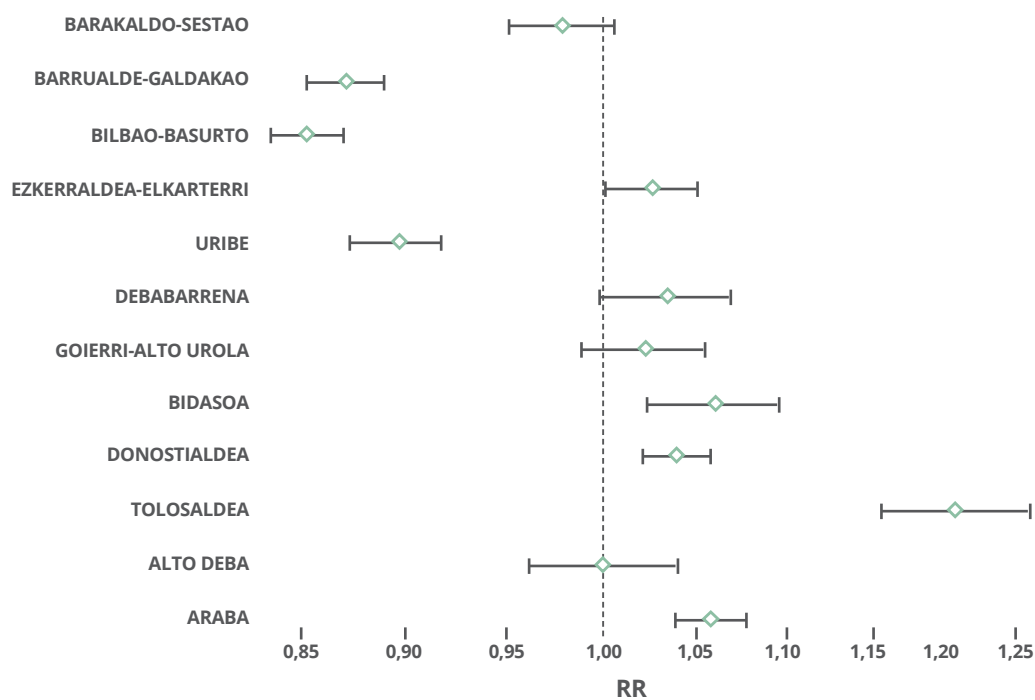
- El 42,09 % de los diabéticos muestran parámetros de buen control de HbA1c
- Un 35,84 % de los pacientes con DM mantienen cifras de buen control de TA.

Las poblaciones con mal control de acuerdo con los criterios establecidos de buen control en 2017, fueron objeto de seguimiento en 2018. En estas subpoblaciones los resultados observados son los siguientes:

- El 58,37 % de los pacientes diabéticos con mal control previo tienen en 2018 criterios de buen control
- 38,07 % de los pacientes diabéticos con mal control de la TA en 2017, tienen en la evaluación de 2018 cifras de buen control.

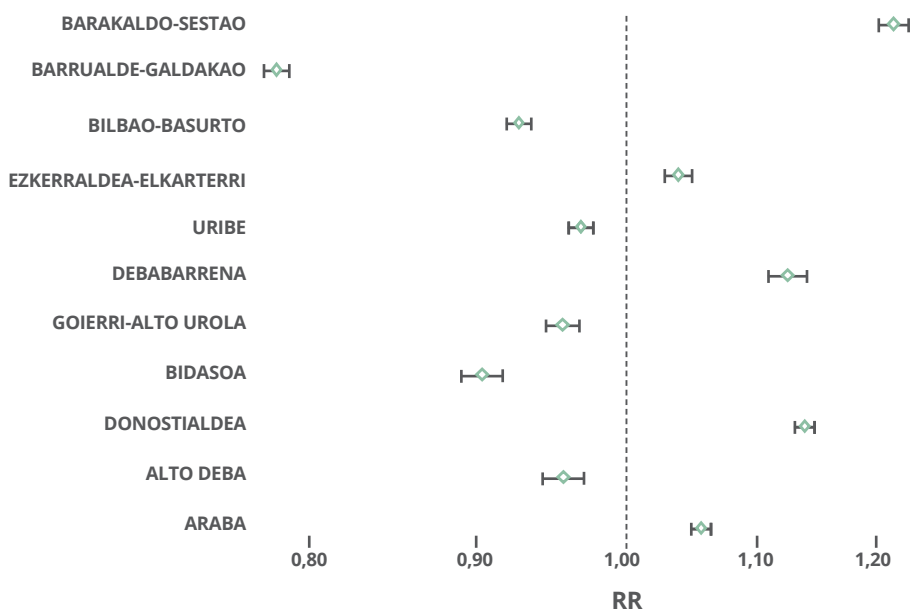
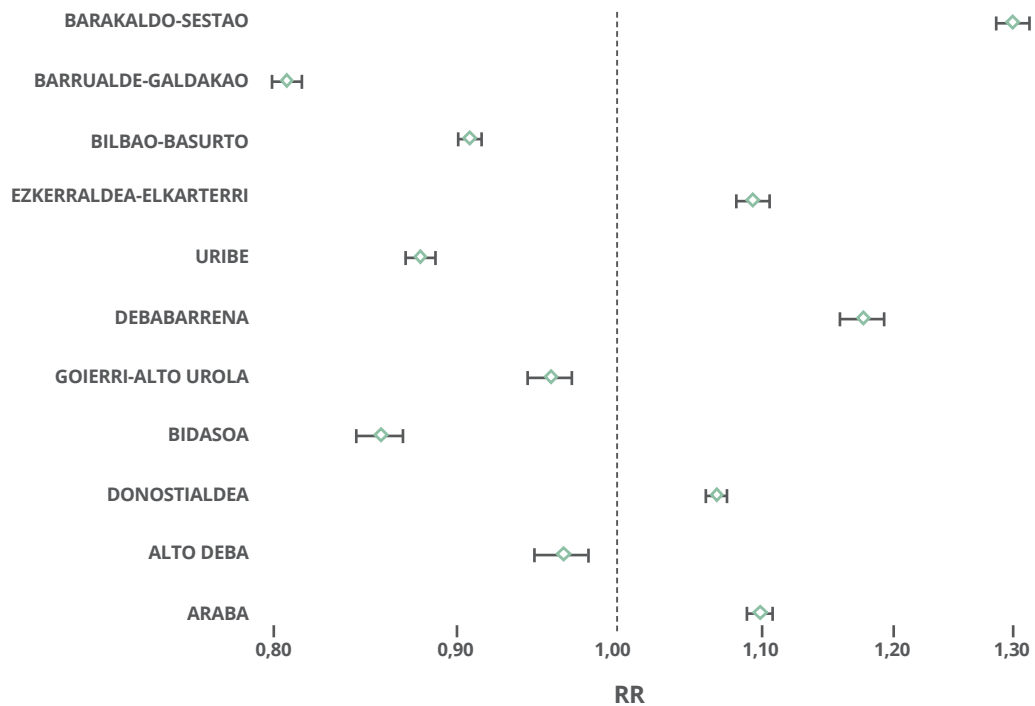
Por último, en relación a la utilización de recursos por parte de los pacientes diabéticos observada en las diferentes OSIs se han analizado las tasas de ingresos y las de derivaciones por este motivo a los especialistas de Hospital.

La distribución de las tasas ajustadas por la edad de los ingresos y de las derivaciones de las y los pacientes diabéticos se muestran en las dos gráficas siguientes en las que se aprecia una amplia variabilidad entre OSIs y en consecuencia márgenes de mejora para algunas de ellas.



Gráfica 4. Tasas de ingresos hospitalarios en mujeres (arriba) y en hombres (abajo), por OSI ajustadas por edad tomando como referencia la tasa de hospitalización de la comunidad (CAPV=1,0)<sup>2</sup>





Gráfica 5. Tasas de derivaciones en mujeres (arriba) y en hombres (abajo), por OSI ajustadas por edad tomando como referencia la tasa de la comunidad (CAPV=1,0)<sup>2</sup>

## CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Como indicador de una buena continuidad asistencial puede utilizarse el porcentaje de reingresos a los 30 días como un proxy a este concepto. La tendencia en estos últimos años parece mantenerse estable.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
% REINGRESO A LOS 30 DÍAS	6,55%	6,49%	6,61%	6,65%	6,65%	6,71%	6,42%	6,22%	6,53%
Nº REINGRESOS A LOS 30 DÍAS	15.556	15.648	15.760	16.239	16.777	17.079	16.168	16.112	16.658

Tabla 11. % reingresos a los 30 días 2010-17. Cuadro de mandos del Contrato-Programa

## PACIENTES COMPLEJOS PLURIPATOLÓGICOS (PPP)

El análisis de los pacientes complejos seleccionados por el sistema de estratificación puede dar una idea del grado de avance en el objetivo de dar a estas personas una atención personalizada y lo más cercana posible a su domicilio.

Las tres estratificaciones estadísticas realizadas hasta la fecha y la inclusión de pacientes PPP por parte de los clínicos, ha tenido como consecuencia un número de PPP relativamente estable en torno a los 12.000 pacientes a los que ofrecer un plan de atención individualizado en un contexto de Atención Integrada.

AÑO	PPP INCLUIDOS EN EL PERIODO	FALLECIDOS	PPP AL FINAL PERIODO
2012	7.022	1.172	5.850
2013	2.001	1.187	6.664
2014	7.696	2.374	11.986
2015	1.649	2.338	11.297
2016	4.536	2.265	13.568
2017	1.053	2.295	12.326
2018	1.598	1.968	<b>11.956</b>

Tabla 12. Evolución de la población de PPP 2012-18.

Se analizan a continuación algunos indicadores de los 13.568 pacientes que inician el periodo 2016 a los que se incluyen en el periodo 2017, es decir 14.621 PPP.

Como se aprecia en las tablas 15 a 18, estos pacientes son visitados frecuentemente por el personal de enfermería en sus domicilios como expresión de su complejidad y al mismo tiempo de la intensidad de los planes de cuidados personalizados.

La variabilidad observada entre OSIs apunta probablemente a diferentes estrategias de abordaje y debe ser analizada a la luz de los resultados en visitas a urgencias por estos pacientes, ingresos y tasas de reingresos.

OSI	Nº PPP	Nº VISITAS	NO VISITADOS	PROMEDIO VISITAS	PACIENTES NO VISITADOS
ALTO DEBA	429	1.866	154	4,3	35,9%
ARABA	1.478	5.504	482	3,7	32,6%
ARABAKO ERRIOXA	36	284	18	7,9	50,0%
BARAKALDO SESTAO	708	5.094	406	7,2	57,3%
BARRUALDE-GALDAKAO	1.563	8.289	713	5,3	45,6%
BIDASOA	394	2.539	213	6,4	54,1%
BILBAO-BASURTO	2.580	14.686	1.101	5,7	42,7%
DEBABARRENA	784	3.755	340	4,8	43,4%
DONOSTIALDEA	3.233	15.184	1.414	4,7	43,7%
EZ ENK CRUCES	1.170	7.168	772	6,1	66,0%
GOIERRI-ALTO UROLA	989	5.426	389	5,5	39,3%
TOLOSALDEA	339	1.511	114	4,5	33,6%
URIBE	918	3.664	335	4,0	36,5%
TOTAL	14.621	74.970	6.451	5,1	44,1%

**Tabla 13. Visitas de enfermería a domicilio en el periodo 2017.**

OSI	Nº PPP	Nº VISITAS	NO VISITADOS	PROMEDIO VISITAS	PACIENTES NO VISITADOS
ALTO DEBA	429	596	138	1,4	32,2%
ARABA	1.478	1.626	418	1,1	28,3%
ARABAKO ERRIOXA	36	133	18	3,7	50,0%
BARAKALDO SESTAO	708	1.046	291	1,5	41,1%
BARRUALDE-GALDAKAO	1.563	2.586	645	1,7	41,3%
BIDASOA	394	431	130	1,1	33,0%
BILBAO-BASURTO	2.580	3.495	987	1,4	38,3%
DEBABARRENA	784	1.250	316	1,6	40,3%
DONOSTIALDEA	3.233	5.176	1.297	1,6	40,1%
EZ ENK CRUCES	1.170	1.713	490	1,5	41,9%
GOIERRI-ALTO UROLA	989	2.649	430	2,7	43,5%
TOLOSALDEA	339	386	96	1,1	28,3%
URIBE	918	1.115	317	1,2	34,5%
TOTAL	14.621	22.202	5.573	1,5	38,1%

**Tabla 14. Visitas médicas a domicilio en el periodo 2017.**

OSI	Nº PPP	Nº VISITAS URGENCIAS	NO VISITAN URGENCIAS	PROMEDIO URGENCIAS	PACIENTES CON ALGUNA VISITA
ALTO DEBA	429	651	266	1,5	62,0%
ARABA	1.478	2.388	935	1,6	63,3%
ARABAKO ERRIOXA	36	18	9	0,5	25,0%
BARAKALDO SESTAO	708	1.342	489	1,9	69,1%
BARRUALDE-GALDAKAO	1.563	2.517	970	1,6	62,1%
BIDASOA	394	603	250	1,5	63,5%
BILBAO-BASURTO	2.580	4.064	1.559	1,6	60,4%
DEBABARRENA	784	1.151	504	1,5	64,3%
DONOSTIALDEA	3.233	2.918	1.527	0,9	47,2%
EZ ENK CRUCES	1.170	1.789	693	1,5	59,2%
GOIERRI-ALTO UROLA	989	1.220	555	1,2	56,1%
TOLOSALDEA	339	143	76	0,4	22,4%
URIBE	918	1.277	515	1,4	56,1%
TOTAL	14.621	20.081	8.348	1,4	57,1%

**Tabla 15. Visitas a urgencias en el periodo 2017.**

OSI	Nº PPP	Nº DE INGRESOS	REINGRESAN
ALTO DEBA	429	380	7,2%
ARABA	1.478	1.475	9,6%
ARABAKO ERRIOXA	36	26	5,6%
BARAKALDO SESTAO	708	628	7,1%
BARRUALDE-GALDAKAO	1.563	1.506	10,6%
BIDASOA	394	412	8,9%
BILBAO-BASURTO	2.580	2.395	9,0%
DEBABARRENA	784	839	12,1%
DONOSTIALDEA	3.233	3.131	9,7%
EZ ENK CRUCES	1.170	1.031	9,3%
GOIERRI-ALTO UROLA	989	817	5,9%
TOLOSALDEA	339	160	5,3%
URIBE	918	754	7,0%
TOTAL	14.621	13.554	9,0%

**Tabla 16. Ingresos y reingresos en el periodo 2017.**

## INTERCONSULTAS

Una Atención Primaria resolutoria teóricamente debería resolver más problemas de salud y por tanto requerir menos interconsultas con las y los especialistas del hospital. Por ello en el contrato-programa se monitorizan 3 especialidades que se consideran relevantes a la hora de testar esta hipótesis.

	PRIMERAS CONSULTAS		CONSULTAS SUCESIVAS		TOTAL CONSULTAS		ÍNDICE SUCESIVAS/PRI MERAS		CONSULTAS PRESENCIALES	
	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017
<b>CARDIOLOGÍA</b>	37,4	36,4	126,2	124,7	163,6	161,1	3,4	3,4	9,1	7,7
<b>ENDOCRINO</b>	17,4	18,2	105,4	104,6	122,8	122,8	6,1	8,5	11,5	11,0
<b>RESPIRATORIO</b>	26,4	24,4	118,0	112,5	144,4	136,9	4,5	4,6	6,2	4,4
<b>TOTAL</b>	<b>81,2</b>	<b>79</b>	<b>349,6</b>	<b>341,8</b>	<b>430,8</b>	<b>420,8</b>	<b>4,6</b>	<b>4,6</b>	<b>26,8</b>	<b>23,1</b>

**Tabla 17. Interconsultas a atención hospitalarias monitorizadas en el contrato-programa.**

## FARMACIA

A partir del año 2013 todos los facultativos médicos, con independencia del ámbito asistencial al que pertenecen, disponen de un único sistema informático de prescripción de receta corporativo (PRESBIDE) integrado en la eRezeta. Este hito ha permitido avanzar hacia el historial farmacoterapéutico único y la gestión integrada y compartida de la medicación por parte de todos los profesionales sanitarios que hacen el seguimiento farmacoterapéutico del paciente. Actualmente cerca del 37% de las prescripciones crónicas son iniciadas desde los ámbitos de especializada y salud mental. Después, son generalmente monitorizadas desde Atención Primaria. Todas estas prescripciones están incluidas en los valores de los indicadores que se obtienen para el contrato programa, es decir, no son indicadores que estrictamente/exclusivamente se derivan de la actividad de Atención Primaria.

No obstante la calidad en la prescripción de farmacia es un ámbito de trabajo compartido por los médicos y farmacéuticos de AP y por ello se seleccionan los siguientes indicadores como reflejo de un esfuerzo continuado en la mejora de la calidad de la prescripción:

INDICADOR	VALOR ANUAL DEL INDICADOR				
	2014	2015	2016	2017	2018
<b>ANTIBIÓTICOS SISTÉMICOS (DHD)</b>	17,31	20,51	21,52	18,98	17,68

Una tercera parte de las consultas de Atención Primaria están relacionadas con enfermedades infecciosas y en muchos casos se utilizan antibióticos para su tratamiento. El uso innecesario de antibióticos genera resistencias, supone la «medicalización» de problemas banales y comporta mayores efectos secundarios y costes económicos, que se asocian a una mayor frecuentación a consultas médicas y urgencias.

INDICADOR	VALOR ANUAL DEL INDICADOR				
	2014	2015	2016	2017	2018
PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA (CI) QUE RECIBEN ESTATINA	91,24	89,72	91,07	90,93	92,15

Las estatinas en dosis moderadas disminuyen la mortalidad total y la mortalidad cardiovascular, así como los eventos cardiovasculares en pacientes con cardiopatía isquémica. Durante estos últimos años se han alcanzado y mantenido unas cifras óptimas de tratamiento de estos pacientes, en gran medida gracias al seguimiento y revisión constante que se hace de estos pacientes por parte de las y los facultativos de AP.

INDICADOR	2016	2017	2018
DISMINUCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE SYSADOA (DHD)	6,62	5,83	5,28

Los SYSADOA no han demostrado modificar la historia natural de la artrosis y tienen una relación coste-efectividad desfavorable. En los últimos años, en Euskadi se está observando una disminución de la prescripción de estos medicamentos desde el despliegue del indicador en el contrato-programa y el de las actividades de formación encaminadas a su no utilización.







## 4. LÍNEAS ESTRATÉGICAS



# LÍNEA ESTRATÉGICA 1:

## Revalorizar la función y el papel de la Atención Primaria.

### **ACCIÓN 1: Consolidación del Consejo Asesor para la Atención Primaria.**

Entre los Consejos Asesores del Departamento actualmente hay dos, el de Salud Mental y el de Atención Primaria, que tienen como misión asesorar en elementos estructurales del sistema sanitario. Esto traduce la determinación del Departamento de Salud y Osakidetza en fortalecer el papel de la AP en el conjunto del sistema sanitario reconociendo a esta área (como sucede con la Salud Mental), una prioridad de desarrollo y fortalecimiento.

El Consejo Asesor para la Atención Primaria creado con la vocación de servir de foro de análisis de los diferentes aspectos que pueden fortalecer el nivel de AP, tiene también como misión el análisis e informe de las iniciativas que se trasladan a la AP de forma corporativa. Su constitución regulada por Orden del Consejero incorpora a personas de las diferentes sociedades científicas así como a expertos en Atención Primaria del Departamento, de Osakidetza e independientes.

### **ACCIÓN 2: Desarrollo de una sistemática explícita en cada OSI para el despliegue de protocolos y/o acuerdos entre AP y AH, que en todos los casos debe impedir que las decisiones (asistenciales y/o de gestión), de los servicios de AH se trasladen directamente a las UAP sin consenso previo con las mismas.**

Variaciones en la carga asistencial en AP puede derivarse en ocasiones de decisiones que se toman en atención hospitalaria sin el necesario consenso con la Atención Primaria, como actor competente e implicado. Por ello es imprescindible desarrollar una sistemática que exija el consenso previo entre las y los profesionales y el informe al Consejo Clínico Asistencial (Decreto 100/2018, de 3 de julio), para el despliegue de cualquier iniciativa venga de un nivel asistencial o de otro. En el primer trimestre de 2019 las Direcciones Asistenciales de las OSIs establecerán mediante circular el procedimiento para el despliegue de protocolos y acuerdos.

### **ACCIÓN 3: Analizar y actualizar en su caso la cartera de pruebas complementarias que se pueden solicitar con carácter general por parte de los médicos/as de familia.**

Por medio de la Instrucción 7/2003 de la Dirección general de Osakidetza, posteriormente modificada en 2008, se definió una cartera de pruebas complementarias accesibles a la solicitud de AP. Durante el primer trimestre de

2019 se analizará la situación en cada OSI y, en su caso se actualizará mediante instrucción de la Dirección General la cartera de pruebas complementarias de Atención Primaria.

#### **ACCIÓN 4: Consolidación de la cátedra de Atención Primaria en la UPV/EHU.**

Aunque “a priori” definir los programas de estudio de medicina no sea función del Departamento de Salud, no cabe duda de que esta área de desarrollo de la medicina de familia y de la Atención Primaria contribuirán al prestigio y por tanto al fortalecimiento de la AP. Por ello, ante la falta de sensibilidad histórica de la facultad de medicina hacia la medicina de familia, en 2018 se ha procedido por parte del Departamento de Salud a la firma del convenio de colaboración con la UPV/EHU para el desarrollo de una cátedra de Atención Primaria.

Durante los próximos años el objetivo de esta cátedra será la introducción de la Medicina de familia como una materia más en el programa de estudios de la Facultad de Medicina.

#### **ACCIÓN 5: Despliegue de la fisioterapia como parte de la cartera de servicios de Atención Primaria.**

Se ha iniciado en el Centro de Salud de Zabalzana el despliegue de la fisioterapia como una prestación más de la AP. El propósito del Departamento es ampliar esta prestación de forma progresiva al conjunto de Euskadi. Para 2019 el objetivo es consolidar la fisioterapia en AP en Araba en 3 centros de salud de referencia para este servicio para después, en 2020 extender esta prestación a la OSI Bilbao Basurto y en años posteriores al resto de Euskadi.

En el caso de OSI Araba esto significará la creación de 6 plazas de fisioterapeutas a los que se añadirán 8 más en 2020 para OSI Bilbao-Basurto.

#### **ACCIÓN 6: Abordar las funciones de Farmacéutico de Atención Primaria (FAP), incorporando a las funciones ya consolidadas aquellas nuevas funciones derivadas del contexto de una Atención Integrada.**

Las funciones del FAP como complemento de las funciones del personal de medicina, pediatría y enfermería en la optimización del tratamiento farmacológico, han demostrado su impacto en el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes, en especial su contribución a la deprescripción de medicamentos potencialmente inadecuados, previniendo resultados negativos asociados a la medicación, y contribuyendo a de esta manera a un uso más seguro y eficiente de

los medicamentos. En esta línea el Contrato Programa ya establece la necesidad de asegurar las funciones de los farmacéuticos de AP. Una línea que deberá reforzarse con la actualización y homogeneización en todas las OSIs de la cartera de servicios de los FAP, incluyendo indicadores específicos de seguimiento farmacoterapéutico.

**ACCIÓN 7: Definir un modelo de contabilidad financiera del gasto en Atención Primaria que permita identificar el gasto asociado a Atención Primaria como punto de partida para el posterior debate de modelos asistenciales y de organización asociados a mayores niveles de autogestión y a la gestión de presupuestos ligados a la actividad en AP.**

Como se ha señalado antes en el epígrafe de financiación de la Atención Primaria, avanzar realmente en autogestión implica una reflexión acerca de los cambios necesarios en el modelo actual de Atención Primaria, que hagan posible asumir una mayor responsabilidad en las derivadas de las tomas de decisiones clínicas desde este nivel asistencial. Una gestión clínica que avance más allá de la gestión de los recursos de Atención Primaria hacia la gestión del proceso asistencial.

Para ello desde el Consejo Asesor se creará un grupo de trabajo para definir durante el primer semestre de 2019 las bases de este modelo de contabilidad y posteriormente las bases de un modelo que permita mayores niveles de autogestión.

## LÍNEA ESTRATÉGICA 2:

### Adecuar la estructura de los equipos de Atención Primaria a los retos demográficos y epidemiológicos.

El envejecimiento de la población y el aumento de la dependencia y de la cronicidad que lleva asociados plantea la necesidad de reforzar las estructuras asistenciales fundamentalmente en el ámbito de la medicina de familia y de la enfermería. Para ello las actuaciones a desplegar son:

**ACCIÓN 8: Reforzar con nuevos cupos de medicina de familia** aquellas UAP que mantienen una carga asistencial elevada. Como puede apreciarse en la tabla adjunta, tomando como criterio general el reforzo de aquellas UAP en las que se observa un número de TISes superior a 1.500 TISes por médico/a de familia y además un % de personas mayores de 75 años superior al 10% serían 36 las UAP a reforzar.

Si se incluye también a las UAP con promedio de TISes superior a 1.400 y con un % de mayores de 75 años superior al 15% sería necesario reforzar otras 4 unidades más.

Nº TISes	% de 75 y más años				TOTAL UAP
	>15 %	10 a 15 %	5 a 10 %	< 5 %	
>1500	5	26	5	2	38
1400 a 1500	4	33	4	1	42
1300 a 1400	8	20	4	1	33
< 1300	6	15	1	0	22
Total UAPs	23	94	14	4	135

Tabla 2.- Distribución de UAPs según número de TISes y % de población mayor de 75 años.

Lógicamente, este crecimiento en (aproximadamente), 40 plazas de medicina de familia debe ser **matizada con la presión asistencial observada en la práctica ajustando además las necesidades de nuevas plazas a la carga de morbilidad observada**. De hecho de acuerdo con la recomendación que establezca el Consejo Asesor se utilizarán como base teórica para definir las necesidades de nuevas plazas alguno de los expuestos en el capítulo de estructura instalada (tablas 2 y3).

El despliegue de las nuevas plazas será progresivo en el curso de los dos próximos años. En cualquier caso se establece como objetivo la dotación de 20 plazas en el primer semestre de 2019.

**ACCIÓN 9: Reforzar con nuevas plazas de enfermería los EAP con menor ratio Enfermera/Pediatra** de forma progresiva en los próximos 2 años. No hay

argumentos sólidos basados en evidencias de buena práctica que aconsejen como estándar la ratio 1:1. No obstante, en términos comparativos se observan déficits en algunas UAP y especialmente en enfermería de pediatría. Por otra parte, las líneas estratégicas plantean un desarrollo del perfil de enfermera o enfermero que aporte más valor al proceso asistencial en AP. Por todo, es necesario también reforzar las plantillas de enfermería a medida que se vayan desplegando y desarrollando nuevas competencias por enfermería.

La progresiva dotación debe realizarse de acuerdo con el ratio de partida y sobre todo de acuerdo con el desempeño de nuevas funciones asistenciales asignadas a la enfermería en especial, como se señala más adelante, la consulta de enfermería para la resolución de procesos leves y aquellas situaciones de salud que la enfermería puede resolver, tanto en el caso de los adultos como en el de la pediatría, con especial relevancia en este último caso en la atención al niño o niña sana.

Tomando como referencia la ratio observada en enfermería/médicos de familia, será necesario incrementar la plantilla de enfermería (especialmente en pediatría), en aproximadamente 46 plazas. Un reto planteado para los 2 próximos años, de forma progresiva y paralela al despliegue de nuevas competencias en enfermería pediátrica. Como en la acción precedente se plantea como objetivo la dotación de 23 nuevas plazas en el primer semestre de 2019.

Este objetivo, llevaría a Euskadi a situarse en una ratio global enfermera/médico de Atención Primaria de 0,92 y aunque habría que descontar el efecto de aumento de plazas en medicina de familia, esto nos situaría en una ratio similar a las de las CCAA que más recursos dedican a la atención sanitaria en AP.

### **ACCIÓN 10: Analizar y adecuar en su caso los perfiles funcionales de las personas que trabajan en las áreas administrativas de las UAP.**

Varias categorías profesionales desarrollan su trabajo en el área administrativa de los centros de salud. La estrategia en Atención Primaria plantea como se ha mencionado la necesidad de que el área administrativa pueda dirigir a las personas que solicitan asistencia al recurso o proceso más adecuado complementando la labor del resto de profesionales de los equipos de Atención Primaria. Parece necesario en consecuencia analizar y adecuar en su caso las necesidades de estos profesionales desde la perspectiva de las competencias que deben desarrollar ajustando los procedimientos de selección de personal a la formación y capacitación necesarias para trabajar en estas áreas.

Un análisis que permitirá establecer la oportunidad o no de un sistema de gestión de listas de contratación diferenciando la AH y la AP por las diferentes tareas que se desarrollan en cada ámbito.

Este análisis liderado desde la Dirección de RRHH de Osakidetza debe poder presentarse al Consejo Asesor en el tercer trimestre de 2019.

## LÍNEA ESTRATÉGICA 3:

### Optimizar la organización y gestión en el contexto de los equipos de Atención Primaria.

... afianzando un modelo de trabajo en equipo en el que cada perfil profesional despliega sus capacidades para complementar las funciones del resto de perfiles profesionales.

#### 3.1 ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA

Una de las cuestiones que ha suscitado mayor consenso entre las diferentes aportaciones analizadas es la relativa a la burocratización de las consultas médicas. Es preciso analizar cada tarea y el valor que aporta al proceso asistencial para plantear su redistribución:

- De manera que las tareas administrativas, en base a la entidad de las mismas recaigan en el personal más adecuado; es decir, en el que tenga competencias y habilidades para gestionarlas.
- Y de manera también que se evite su gestión en el contexto de la Atención Primaria cuando o bien, no es este el nivel asistencial que debe gestionarlas o cuando dicha gestión pueda ser realizada o resuelta en un ámbito no asistencial.

Con esta intención se plantean las siguientes **ACCIONES** para:

**ACCIÓN 11: Actualización de la Instrucción de la Dirección General que procedimenta la actividad administrativa asegurando de forma explícita el cumplimiento de la Instrucción de Osakidetza que definen y organizan la responsabilidad del despliegue de tareas administrativas.**

Una actualización que se corresponderá con las funciones y competencias de los profesionales de Atención Primaria y Hospitalaria facilitando la asunción de tareas administrativas de acuerdo con las capacidades y habilitación de los diferentes profesionales que intervienen en el proceso asistencial.

La instrucción una vez analizada e informada por el Consejo Asesor de Atención Primaria, se formalizará en febrero de 2019.

**ACCIÓN 12: Reposición de dispositivos informáticos y adecuación de software en toda la red de Atención Primaria.**

La reposición de este tipo de material servirá para mejorar las prestaciones de los actuales equipos. Osakidetza priorizará la renovación de los equipos informáticos



de Atención Primaria de manera que el recambio con carácter general, de todos los equipos de las 135 UAP se completará a lo largo del año 2019 de forma prioritaria frente a la reposición de equipos de otros niveles asistenciales.

**ACCIÓN 13: Asegurar ante los diferentes agentes la función del médico/a de familia en la elaboración de informes clínicos** de acuerdo con la ley de autonomía del paciente, excluyendo de su responsabilidad la emisión de informes que supongan un juicio de la capacidad de un paciente para desempeñar competencias que le faculden para un determinado puesto de trabajo. Desde la Dirección de Planificación se formalizarán contactos con las instituciones y organismos identificados informándose del progreso de las gestiones en el Consejo Asesor.

### 3.2 ATENCIÓN A LA DEMANDA

Es necesario profundizar y afianzar un modelo de trabajo en equipo en el que cada perfil profesional despliega sus capacidades para complementar las funciones del resto de perfiles profesionales en el desempeño de la actividad asistencial.

En esta línea y como elemento de gestión de la demanda de asistencia, la definición de las características que debe tener la agenda de citas en Primaria para facilitar el trabajo del personal médico de familia y de enfermería en la atención a los diferentes tipos de consultas (presenciales, telefónicas, administrativas) y especialmente al paciente indomorable debe residir en el propio EAP sobre una base común definida de forma corporativa.

**ACCIÓN 14: En el contexto del Consejo Asesor de AP, se definirán las características básicas sobre las que el JUAP debe gestionar las agendas de la UAP.**

Los profesionales del AAC, juegan un papel esencial al recibir en primera instancia la solicitud de demanda de asistencia. El desarrollo de competencias que le permitan atender la solicitud de asistencia y asignarle la información y el recurso más adecuado es un aspecto de gran trascendencia y condiciona la efectividad y eficiencia en el proceso asistencial. Esto es especialmente importante para el caso de las personas que solicitan una atención indomorable. Se formalizará un grupo de trabajo en el Consejo Asesor en el mes de febrero.

**ACCIÓN 15: Despliegue en el ámbito del AAC, del procedimiento corporativo que define el triaje en la solicitud de demanda asistencial y las opciones de asignación de consulta asistencial enfermera o médica.**

En diferentes OSIs se aprecian proyectos de Consultas a Procesos Autolimitados, de Atención a Procesos Leves o de triaje enfermero que parece conveniente caracterizar de forma estándar y extender al conjunto de las UAP. La atención por enfermería en consulta debe permitir desarrollar dos aspectos claves de la práctica enfermera.

1. La educación sanitaria en procesos autolimitados o leves con el objetivo de desmedicalizar una serie de procesos que no requieren intervención de una o un profesional sanitario.
2. La resolución de procesos asistenciales que no requieren la intervención de una o un profesional médico más allá de una prescripción o trámite administrativo.

Con una denominación homogénea en todas las Unidades de Atención Primaria (UAP) la consulta de enfermería de atención a la demanda debe desplegarse tanto en atención a personas adultas como en pediatría para resolver problemas de salud que profesionales con este perfil es capaz de resolver y/o controlar y para apoyar al conjunto de actividades del área asistencial en AP.

## LÍNEA ESTRATÉGICA 4:

### Profundizar en el desarrollo profesional de enfermería en sus máximas competencias.

La estrategia de Atención Primaria pasa necesariamente por consolidar la figura de la enfermera o el enfermero como un profesional, con un campo de acción específico, cercano al ámbito comunitario y referente en el ámbito asistencial en colaboración con la labor de médico de familia y/o pediatra. Una labor por tanto, de equipo en el que la complementariedad entre profesionales se plantea como la expresión de la interdependencia del trabajo de los diferentes profesionales en un proceso asistencial que es único para cada paciente.

Esto implica el **despliegue de la consulta de enfermería** manteniendo obviamente actividades asistenciales comunes. Pero implica además una orientación al ámbito sociosanitario y comunitario en el que la enfermera o el enfermero pueda desplegar las funciones de la enfermería comunitaria. Por tanto se diferencian cuatro prioridades de desarrollo del perfil de enfermería:

1. La referenciabilidad (asignación de cupo), de la enfermera/o.
2. El despliegue de la consulta de enfermería.
3. El desarrollo de la función de enfermería comunitaria.
4. La mejora continua en la continuidad asistencial.

**Con carácter general en Atención Primaria se desplegarán los perfiles de enfermería de adultos y pediatría** en trabajo en equipo con médico de familia o pediatra y con un cupo poblacional asignado.

En los últimos años, se han desplegado también en Osakidetza otros dos perfiles profesionales en enfermería:

1. La ECA (enfermera de competencias avanzadas), que se establece con un cupo concreto de personas identificadas como PPP. A estas personas este perfil de enfermería las atiende a lo largo de todo su proceso de vida dentro del continuum asistencial.
2. Y la ECA que se constituye como un servicio a personas identificadas como PPP que se encuentran en un momento de descompensación de sus patologías

crónicas. Este perfil, a diferencia del anterior sólo atiende a estas personas hasta compensar sus patologías devolviendo después el control de su proceso crónico a la EAP, en un perfil profesional más parecido al de la enfermería de hospitalización a domicilio en el que el concepto de longitudinalidad no forma parte de su cometido.

El debate suscitado con las propuestas del documento base han puesto en evidencia la gran disparidad de opiniones acerca del despliegue estructural de ambos perfiles y, en consecuencia, se opta por mantener ambos perfiles en el entorno de experiencias piloto y como alternativa de organización para las UAP.

Otro elemento diferencial en los últimos años ha sido el desarrollo de las especialidades de enfermería. Un desarrollo que ha sido desigual en función de la especialidad pero que sin duda debe profundizarse y tenerse en cuenta en el proceso de contratación como más adelante se plantea.

**ACCIÓN 16: Desarrollo y despliegue del decreto de libre elección de enfermera o enfermero**, ofertando a los pacientes la elección del equipo médico/a-enfermera/o preferentemente pero preservando el derecho de los ciudadanos a optar por otra modalidad de asignación.

Como ya se apuntaba, en función del turno de las y los profesionales se aprecia una amplia heterogeneidad que deberá corregirse de forma progresiva.

	POBLACIÓN	MEDIA
Total OSI	Personas adultas	1.561
	Pediatría	1.152
Turno mañana	Personas adultas	1.400
	Pediatría	1.172
Turno tarde	Personas adultas	1.990
	Pediatría*	1.222

\*9 OSIs

Tabla 18. Medias de TISes por profesional de enfermería en Osakidetza.

Esta heterogeneidad requiere una respuesta progresiva en dos fases:

- **Fase 1:** adscripción inicial de la población a la enfermera o enfermero que actualmente está identificada en cada UAP como la de referencia, la que el sistema tiene identificada para ofertar citas en la web.
- **Fase 2:** balance de cargas de trabajo de acuerdo con los cambios efectuados por las personas adscritas y con las variaciones de plantilla que puedan ir generándose en el conjunto de la OSI de acuerdo con las bajas vegetativas de los diferentes servicios y unidades y con el refuerzo previsto en la línea estratégica primera.

En este sentido, el o la Coordinadora de Enfermería debe gestionar y liderar el equipo de enfermería para dar a la población la mejor atención, y, en el caso de su población asignada, asegurar el equilibrio de cargas de trabajo teniendo en cuenta aspectos individuales como la participación en actividades comunitarias o la participación desigual en tareas comunes en función del turno etc., en definitiva, impulsando una gestión participativa por objetivos. La existencia por ejemplo, de un mayor número de TISes por enfermera en el turno de tarde se acompaña de una menor dedicación de estas profesionales a las tareas comunes de la UAP (extracciones, electrocardiogramas, domicilios extracciones), lo que incrementa la carga asistencial en turno de mañana.

**ACCIÓN 17: Reconocimiento para las listas de contratación de una experiencia de dos años para las enfermeras o enfermeros EIR especializadas en medicina de familia y comunitaria y en pediatría.** Para este colectivo la no aceptación de propuestas de contratación que no sean relativas a su propia especialidad no implicará penalización para su posible contratación en el ámbito de su especialidad.

Como se ha señalado en Atención Primaria se desplegarán los perfiles de enfermería de adultos y pediatría. La puesta en marcha de las especialidades EIR de enfermería familiar y comunitaria y de pediatría requiere la consideración del reconocimiento de esta realidad en las listas de contratación para enfermería de AP que en el momento actual no pueden requerir una especialidad determinada como requisito.

En este sentido las dos especialidades trabajan en el ámbito de la Atención Primaria al igual que las enfermeras y enfermeros generalistas cuyo ámbito competencial no quede incluido en el de la especialidad de enfermería médico-quirúrgica (pendiente de definir por el Ministerio).

Se trata por tanto de mantener un perfil abierto para la Atención Primaria pero identificando al mismo tiempo dos perfiles diferenciados: adultos y pediatría.

### **ACCIÓN 18: Despliegue de procedimientos y algoritmos para procesos que el personal de enfermería puede resolver con el despliegue progresivo de la consulta de enfermería.**

Consulta por tanto que no se perfila como una consulta específica de triaje ni tan siquiera limitada a determinados procesos leves, sino como parte de la actividad enfermera, capaz de resolver determinados problemas y, en su caso, dirigir al paciente hacia la consulta médica.

El objetivo que esta acción persigue es dar más competencias asistenciales a la enfermera que de esta forma se convierte, como el médico de familia en un referente de Atención Primaria para la ciudadanía capaz de resolver determinados problemas de salud.

Se trata de una medida que ya ha sido desplegada con éxito en varias UAP y que en el futuro próximo debe de desplegarse en el resto de UAP. Es una medida que sin duda ayudará a empoderar a la ciudadanía como respuesta a la medicalización de numerosos procesos vitales.

El despliegue de la consulta de enfermería y el propio desarrollo de la enfermera o enfermero con población asignada debe de acompañarse del desarrollo efectivo de la libre prescripción de enfermera de acuerdo con la normativa básica actualmente vigente.

**ACCIÓN 19: Desarrollo del decreto de indicación y dispensación de determinados productos** en relación al proceso de acreditación profesional que deberá ser efectivo en el primer semestre de 2019.

### **ACCIÓN 20. Despliegue de la función de enfermera comunitaria**

El enfoque poblacional es una de las características distintivas de la Integración estructural en OSIs. Por ello, es necesario que las UAP y especialmente enfermería de AP desarrollen acciones que aprovechen los activos locales en salud. Si bien esto se puede aplicar a pacientes de cualquier edad, este aspecto es especialmente importante para favorecer el envejecimiento activo y saludable y para ello es básica la evaluación de la fragilidad y dependencia de las personas mayores para que, en coordinación con los servicios sociales de base, pueda proponerse un plan individualizado a la situación de la persona mayor.

Para las personas en situación de fragilidad con o sin condiciones crónicas complejas, es necesario desplegar acciones más allá de la tradicional consulta a domicilio, que permitan atender a estas personas en su domicilio siempre que sea necesario,

intensificando la acción coordinada con las y los trabajadores sociales de base, aprovechando tanto los apoyos existentes como los activos locales que pueden ayudarle en un envejecimiento saludables. Se trata de una función esencial de la enfermería de AP, máxime cuando se sitúa como una o un profesional referente para estas personas en situación de fragilidad.

### **ACCIÓN 21: Mejora continua en el proceso de aseguramiento de la continuidad asistencial.**

La continuidad de los cuidados se refiere a la coordinación de la asistencia prestada por las y los profesionales con quienes entra en contacto la persona en las interfases en el sistema sanitario y con el social. La continuidad asistencial es un elemento fundamental para obtener los mejores resultados en salud y requiere definir estándares asistenciales bien definidos así como escalas de valoración del riesgo/complejidad para el inicio y/o mantenimiento de los diferentes planes de cuidados. Para reforzar la continuidad y optimizar su efecto conviene, entre otros aspectos identificar a las personas ingresadas con alto riesgo de reingreso tras el alta hospitalaria. Las valoraciones focalizadas y actualizadas de las enfermeras/os de AP o la administración de instrumentos de valoración del riesgo de reingreso como el índice LACE pueden identificar a las personas con mayor riesgo y programar al alta, la intervención de la enfermera/o de AP para el desarrollo de un plan de continuidad de cuidados individualizado que minimice el riesgo de reingreso.

Se ha consolidado un perfil hospitalario de **enfermería de enlace (EEH)**. El papel que juega la EEH es clave para asegurar la continuidad asistencial, especialmente desde el medio hospitalario hacia el comunitario.

En la línea de los contenidos del contrato programa con las OSIs, todas y todos los pacientes deben ser valorados por la enfermera o enfermero de enlace entre otros aspectos mediante un índice de probabilidad de reingreso (LACE o similares). Las personas con alta probabilidad de reingreso deben ser evaluadas y seguidas en su domicilio por la enfermera o enfermero referente de AP que tiene el paciente.

### **ACCIÓN 22: Liderazgo de Enfermería ante los nuevos retos. La figura del o de la Coordinadora de Enfermería. Definición de puesto funcional y provisión de los mismos.**

El perfil competencial de la enfermera o enfermero ha contenido siempre el papel gestor, tanto de cuidados como de recursos humanos y materiales, y se considera una pieza clave en la gestión de las organizaciones sanitarias. Este hecho, junto con los cambios introducidos recientemente en nuestro sistema sanitario (integración

de las organizaciones sanitarias, nuevos roles de Enfermería...) sumado a la implicación activa de las y los profesionales de Enfermería de AP en los proyectos puestos en marcha y a los nuevos retos (especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, prescripción enfermera...), hacen más necesaria que nunca una figura enfermera dentro de los EAP que lidere el necesario proceso de adaptación de estos profesionales.

La situación actual en Osakidetza respecto a la instauración de la figura de responsable/coordinador de enfermería en todos los centros es heterogénea y por tanto la definición explícita de esta figura y su implantación generalizada y homogénea en los CS de las distintas organizaciones, permitirán potenciar la gestión de los propios centros y facilitar la adaptación de estos a los nuevos retos.

El puesto de responsable/coordinador de enfermería debe de considerarse como un mando intermedio similar al de una supervisión de un centro hospitalario y por tanto debe ser **convocado y cubierto mediante el procedimiento reglamentario** correspondiente. Obviamente debe reconocerse a las y los profesionales que actualmente desempeñan estas funciones y articular en los próximos años el procedimiento regulatorio que haga posible esta acción.

Cabe precisar que como en el caso del JUAP, la función de gestión del o la responsable/coordinadora de enfermería debe compaginarse con sus funciones asistenciales, estableciéndose criterios similares a los del JUAP para facilitar el desarrollo de la doble función gestora y asistencial.

Con carácter general antes de finalizar el primer semestre **todas las UAP contarán con un o una responsable/coordinadora** de enfermería con dependencia funcional y jerárquica del JUAP. No obstante, cabe considerar algunas excepciones como en aquellas UAP en las que el JUAP sea enfermera salvo que la complejidad de la UAP aconseje de manera excepcional la coexistencia de los dos puestos cubiertos por profesionales de enfermería. A este respecto, cabe señalar que el 20% de las UAPs de Osakidetza cuentan con un JUAP enfermero (29 UAPs), y de ellas el 52% (15 UAPs) cuentan también con responsable/coordinador de enfermería.

A lo largo de 2019 se definirán normativamente las funciones y los criterios de asignación y convocatoria en cada UAP, de este puesto funcional. En el primer semestre de 2020 se desplegará esta figura en todas las UAP.



## LÍNEA ESTRATÉGICA 5:

### Evitar el gap asistencial en el relevo generacional en medicina de familia.

La plantilla estructural tiene además necesidades de sustitución extremadamente variables derivadas de vacaciones, permisos y reducciones de jornada reconocidas por el actual convenio, así como de ausencias por enfermedad.

Estas necesidades y la relación entre jubilaciones previstas e incorporaciones de médicos/as de familia al sistema dan un balance negativo para los próximos años. La situación de escasez de profesionales, difícil de precisar con exactitud por ser imposible de predecir cuándo se jubila un profesional en concreto, se va a agravar previsiblemente hasta 2025-26, momento en el que se revertirá el déficit entre jubilaciones y formación de nuevos y nuevas especialistas.

Evitar el gap asistencial en un relevo tan masivo requiere, además de un incremento de MIRes en medicina de familia, de otras medidas que hagan atractivo el trabajo en AP para el médico/a de familia.

La planificación del número de especialistas a formar es una tarea compleja. A las necesidades de la AP hay que sumar las que se derivan de otros servicios como hospitalización a domicilio, emergencias y puertas de urgencia de hospitales además de las necesidades de contratación de otros ámbitos como el de la medicina privada o el de la gestión. En épocas no muy lejanas el exceso de formación de especialistas conducía a una bolsa de médicos en paro que en muchos casos sólo trabajaban 3 ó 4 meses al año. Esta situación fue consecuencia de un modelo de sustituciones basado precisamente en la existencia de esta bolsa de desempleo, un modelo que habría evitado las dificultades actuales en la contratación de médicos /as de familia pero un modelo también socialmente inaceptable y que, por otra parte, no ha tenido su equivalente en el ámbito de la medicina hospitalaria.

#### **ACCIÓN 23: Sistemática en la planificación de la formación MIR en Medicina Familiar y Comunitaria**

En el corto plazo y al menos hasta el 2025 es necesario realizar un esfuerzo en la formación de MIRes en la especialidad de Medicina de Familia. Para ello se han acreditado en estos últimos meses 16 plazas más para la formación de especialistas tras solicitar al Ministerio un procedimiento excepcional de acreditación responsable como alternativa para agilizar el proceso de acreditación de plazas docentes y

obtener además la acreditación de plazas que estaban endientes de acreditación. La próxima convocatoria, Euskadi ofertará 107 plazas.

Será imperativo ajustar las necesidades de MIR de Familia a las necesidades del sistema teniendo en cuenta que una vez producido el relevo generacional, las necesidades de recambio de profesionales van a ser muy bajas. Este ajuste podrá ser mejor valorado a partir de 2024-5, pero hasta entonces es necesario hacer un esfuerzo en la formación de médicos o médicas de familia.

### **ACCIÓN 24: Consideración como docentes al conjunto de plazas médicas y de enfermería de los centros de salud acreditados para la docencia.**

Es necesario prestigiar a los centros de salud docentes y articular medidas de reconocimiento del centro docente. En este sentido, a los efectos de movilidad de personal o tomas de posesión de nuevas plazas, en los centros de salud docentes, los profesionales que se incorporen deberán responsabilizarse de la docencia en las mismas condiciones que los profesionales a los que relevan.

Igualmente la figura del tutor docente en medicina y en enfermería debe ser debidamente reconocida en términos de carrera profesional.

### **ACCIÓN 25: Consolidar para la Atención Primaria un modelo de refuerzo asistencial para la Atención Primaria eficaz y sostenible.**

Es necesario consolidar un modelo de refuerzo asistencial que evite la generación en el futuro próximo la generación de bolsas de médicos/as de familia con baja empleabilidad como modelo de gestión de sustituciones. Aunque pueda resultar cómodo para gestionar y para la conciliación de la vida familiar y laboral, es un modelo poco equitativo y profesional y socialmente inaceptable. Por ello es necesario avanzar hacia un modelo diferente a través de 2 líneas de trabajo:

- La planificación de periodos críticos en cada UAP definiendo en cada OSI un Plan individualizado de Contingencias a nivel de UAP para periodos críticos: vacaciones y ausencias prolongadas.
- El equilibrio complementario de refuerzos profesionales, con ajuste de jornada y/o fórmulas alternativas de gestión de las sustituciones, por parte del personal estructural de la UAP para hacer posible la conciliación sin generar para ello una bolsa de profesionales con baja empleabilidad.

En el contexto del Consejo Asesor se formará un grupo de trabajo que analice el problema y proponga las posibles alternativas. En este sentido parece oportuno alejarse de la forma de pago por acto durante la jornada habitual (la llamada

ampliagenda), pero es posible explorar otras fórmulas que permitan asumir con normalidad el trabajo asistencial más allá de la fórmula una ausencia-una sustitución. El riesgo de esta fórmula de financiación es bien conocido y conduce a una bolsa de profesionales altamente cualificados con baja empleabilidad.

Entre otras medidas ya se han implantado:

- El contrato estable flexible, que pretende facilitar el refuerzo de las UAP proporcionando al mismo tiempo un contrato estable al sustituto. La creación en cada OSI de una o más UAP sin población asignada, propuesta en el documento base, posibilitaría la conversión en estructurales (plazas estatutarias fijas provistas mediante OPE), de las plazas de refuerzo necesarias en cada OSI, pero tal vez por no entenderse, no ha tenido una buena acogida en determinados foros, motivo por el que se analizará en el contexto del Consejo Asesor como una posible medida.
- El pago de complemento de productividad en equivalencia al nivel de atención hospitalaria.
- La acumulación parcial del cupo del o de la profesional ausente hasta un número de TISes que el Consejo Asesor deberá orientar.

### **ACCIÓN 26: Favorecer el despliegue progresivo de jornadas de trabajo que permitan alternar turnos de mañana y tarde.**

La apertura de las UAP en horario de mañana y tarde es una medida que garantiza la accesibilidad de los pacientes, lo cual constituye uno de los principios de la Atención Primaria.

La rotación de turnos de mañana y tarde favorece la conciliación de la vida laboral y familiar y fortalece además la cohesión de los equipos de Atención Primaria. Frente al riesgo de originar equipos diferenciados de mañana y de tarde, esta medida favorece la organización asistencial, aumenta la cohesión y hace más atractiva la labor profesional de las y los profesionales de AP. Aunque se trata de una medida cuyo despliegue pueda plantearse en otras categorías profesionales, en el corto plazo el objeto de esta medida se centra en los médicos o médicas de AP.

### **ACCIÓN 27: Optimización de perfiles profesionales.**

Mientras se produzca el grueso del relevo generacional, va a ser necesario el aprovechamiento de otras especialidades médicas como neumología, neurología, geriatría, medicina interna etc., para servicios en los que no se requiere una

especialidad determinada (urgencias, hospitalización a domicilio...) de forma que se favorezca el despliegue del perfil de medicina de familia en Atención Primaria de forma prioritaria.

**ACCIÓN 28: OPE extraordinaria y específica en Medicina de Familia.**

La estabilización de la plantilla es siempre una necesidad pero sin duda el recambio generacional que se está produciendo entre los médicos/as de familia es un argumento incuestionable para priorizar una OPE para Atención Primaria. Una OPE que debería materializarse en el segundo semestre de 2019 en concatenación con la última OPE.

## LÍNEA ESTRATÉGICA 6:

### Consolidar el modelo de atención pediátrica en Atención Primaria.

El modelo de Atención Pediátrica en Euskadi plantea retos derivados en parte por la falta de profesionales que dirijan su carrera profesional hacia la Atención Primaria. Pero tan importante como acometer este problema es la corrección de una inadecuada distribución de funciones entre las y los profesionales médicos pediatras y enfermería pediátrica que se acompaña además de una utilización muy elevada de los servicios de pediatría en Atención Primaria.

No asistimos a una situación deficitaria de profesionales pediatras sino a una inadecuada distribución de los mismos que es necesario corregir.

PEDIATRÍA	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
RR QUE FINALIZAN	18	24	24	24	24	24	27	27	27	27	27	27
JUBILACIONES	14	16	21	12	16	15	7	8	8	4	9	13
SUPERAVIT	4	8	3	12	8	9	20	19	19	23	18	14

**Tabla 19. Evolución de la relación jubilaciones/incorporaciones de Médicos de Familia. Datos a diciembre 2018. Para el cálculo de déficit acumulado se parte del equivalente al número de plazas de AP que no están ocupadas por especialistas en pediatría.**

Para el Departamento de Salud y Osakidetza no hay ninguna duda de que el modelo de atención en pediatría es un modelo a preservar y consolidar y que con carácter general todas las plazas de pediatría puedan ser desempeñadas por especialistas en pediatría constituye un objetivo a conseguir en los próximos años. Esto no impide que en determinadas zonas geográficas los médicos/as de familia continúen prestando la asistencia pediátrica en primera instancia con el apoyo de una o un pediatra consultor.

Una de las acciones que es necesario acometer es la relativa al refuerzo de las plazas de enfermería pediátrica ya abordada con anterioridad en este documento, y como se señalaba este refuerzo debe de acompañarse del desarrollo de nuevas funciones por estas profesionales. No cabe duda de que el papel de enfermería en los controles y consultas de pediatría debe cambiar sustancialmente.

**ACCIÓN 29: Derivado de los cambios demográficos en Euskadi, se efectuará a nivel de UAP la posible conveniencia de redistribución de determinados cupos pediátricos con generación de cupos de mayor tamaño, siempre llevando a cabo los ajustes retributivos necesarios.**

Debido a la caída en la natalidad, y excluyendo las UAP del ámbito rural de las OSI Araba y Rioja Alavesa, como puede apreciarse en la tabla 20 tomando como

criterio general el análisis de aquellas UAP en las que se observa un número de TISes pediátricas menor de 600 TISes por médico pediatra y combinado con el % de niños menores de 2 años de cada UAP, cabe valorar la conveniencia y posibilidad del ajuste de plazas al menos en 10-13 UAP. Un análisis que debe efectuarse teniendo en cuenta aspectos como la dispersión geográfica pero sin duda un análisis obligado por la evolución demográfica.

Nº TISes	% NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS				TOTAL UAP
	>25 %	20 a 25 %	15 a 19 %	< 15 %	
> 1200	0	0	6	0	6
1000 a 1200	1	3	19	1	24
800 a 999	0	1	51	3	55
600 a 799	0	2	31	5	38
< 600	0	0	5	0	5
Total UAPs	1	6	107	9	128

**Tabla 20. Distribución de UAP en función de TISes pediátricas.**

En estas UAP, durante el primer semestre de 2019 se efectuará un análisis pormenorizado de la posibilidad de equilibrar cargas asistenciales con el resto de UAP de las respectivas OSIs.

**ACCIÓN 30: Con carácter general se mantendrá la actual distribución de pediatras en las diferentes UAP, priorizando el ajuste horario de la actividad asistencial hacia horarios de mañana frente a la concentración de pediatras.**

Aunque muchos y muchas profesionales se muestran favorables a la concentración de pediatras en determinados centros (sobre todo en zonas urbanas), hay una serie de elementos que la desaconsejan:

- Una de las características básicas más importantes de la AP y mejor valorada por la ciudadanía es la accesibilidad y cercanía de este nivel asistencial.
- En la actual red asistencial, la concentración de servicios pediátricos precisaría de la reordenación no sólo de profesionales, sino también de espacios, soporte administrativo, etc.
- Para muchas personas disminuir los puntos de atención pediátrica supondría establecer una situación de desigualdad en el acceso. Esto sería especialmente relevante en zonas rurales y periféricas, precisamente donde las desigualdades entre la población son mayores y hay mayores dificultades para la contratación de pediatras.

Por consiguiente, exceptuando situaciones puntuales en periodos y momentos vacacionales, no se efectuarán movimientos de concentración de pediatras en situaciones de normalidad asistencial.

**ACCIÓN 31: Cualquier tipo de planteamiento de incremento de plantillas en la Pediatría hospitalaria, por aumento de demanda, enfermedades emergentes, etc., previamente a su aprobación, debe ser analizado por la Dirección de Asistencia Sanitaria, y abordado conjuntamente con la Dirección de Planificación, Evaluación y Ordenación Sanitaria del Departamento de Salud.**

A medio plazo, la proporción entre oferta y demanda debería de permitir dotar a la totalidad de las plazas de atención pediátrica en AP de Pediatras. En este sentido, el balance es favorable entre la capacidad de formación de Pediatras frente a las jubilaciones previstas. Apoya también esta hipótesis el hecho de que no se va a producir un aumento de la demanda por la menor tasa de nacimientos (a priori todo lo contrario), y que actualmente contamos con una plantilla joven en los hospitales.

**La cobertura de las plazas de Pediatras para Atención Primaria es una prioridad para el Departamento y Osakidetza.** Por este motivo, con carácter general, deben mantenerse estables y sin crecimiento las plantillas de pediatría hospitalaria existentes en cada uno de los hospitales de Osakidetza. Este debe ser un mensaje inequívocamente asumido por todas las Organizaciones de Servicios para las que la dotación de especialistas de pediatría en AP debe ser una prioridad compartida.

Por otra parte, la dotación de plantillas de pediatría en hospitales de Osakidetza teniendo en cuenta que en el ámbito extrahospitalario las y los profesionales que atienden a los niños y las niñas tienen la misma especialidad y formación, supera en su conjunto lo que debería ser una situación equilibrada. Por ello, **priorizar la Atención Primaria debe implicar la estabilización de las plantillas en los hospitales** y dirigir a los profesionales recién formados hacia la atención primaria.

Priorizar de forma inequívoca la contratación de pediatría en Atención Primaria dirigiendo a los nuevos Pediatras a las plazas de AP vacantes de forma corporativa es el sentido que tiene la medida ya implementada de gestionar las necesidades de contratación con una única lista de contratación centralizada en los Servicios Centrales de Osakidetza (SSCC).

La contratación de los Residentes que terminan su formación (habitualmente en el mes de mayo), para ser acorde con la prioridad de cobertura de AP, debe tener como norma general la cobertura de las vacantes de hospital sólo y únicamente en los casos de jubilación (previo análisis corporativo de su pertinencia). Ante la cobertura temporal de una plaza de pediatría hospitalaria debe prevalecer la prioridad de Atención Primaria.

Las y los nuevos especialistas que no tengan cabida en hospitales según los criterios previos, sólo pueden ser contratados en el nivel de AP de Osakidetza, como reflejo de la prioridad de contratación en este nivel aunque ello suponga la asumir el riesgo de que el especialista se encamine hacia otro servicio de salud.

**ACCIÓN 32: Desarrollo de una OPE específica de pediatría de AP, priorizando la oferta de plazas de AP frente a la oferta de plazas en hospitales.**

Esta medida, al igual que la propuesta para Medicina de Familia, permitirá atraer hacia la Atención Primaria tanto a talento externo a la CAE como de la propia CAE. Como en el caso de la Medicina de Familia la aspiración es poder realizar esta OPE a finales del año 2019 en concatenación con la última OPE.

**ACCIÓN 33: Garantizar la permanencia a los MFyC que ocupan las plazas de AP en pediatría por unos años, reconociendo tanto el tiempo trabajado como tiempo en atención primaria y proporcionando las condiciones laborales de la plaza que ocupan.**

En los últimos años el número de plazas de pediatría ocupadas por médicos de familia se ha mantenido más o menos estable. La contratación de MFyC para atención pediátrica sigue siendo necesaria a día de hoy, si bien el objetivo debe ser ir reduciendo estas situaciones en la medida de lo posible y al mismo tiempo facilitar que los médicos y las médicas de familia desempeñen estas funciones durante un horizonte temporal más o menos prolongado.

Esto implica:

- a) Reconocer del tiempo prestado en pediatría en las mismas condiciones que el reconocimiento prestado en Atención Primaria de adultos a todos los efectos (OPE, carrera profesional etc.).
- b) Garantizar la correspondencia de condiciones al puesto efectivamente desempeñado.
- c) Garantizar en su caso un tiempo de reciclaje en función del tiempo de trabajo en medicina infantil, cuando el médico/a de familia vuelve a incorporarse a un cupo de medicina de adultos.

**ACCIÓN 34: Racionalizar el despliegue de consultas monográficas de subespecialidades en pediatría mediante la planificación del mismo con una visión de conjunto del sistema sanitario vasco.**

El sistema de organización de la atención pediátrica en los hospitales comarcales que cuentan con maternidad y atención pediátrica orienta a las OSIs al despliegue



de consultas monográficas. Y esto es así a pesar de que no hay ninguna diferencia entre la formación de los pediatras de Atención Primaria y la de los pediatras de hospital. No cabe ninguna duda de que es necesario disponer de centros de referencia para consultas monográficas de subespecialidades de pediatría, pero la prevalencia de estas patologías y el volumen de actividad no justifican su despliegue a nivel comarcal. El despliegue de estas unidades de subespecialidades pediátricas no debe estar en relación con la disponibilidad de recursos profesionales (por necesidad de mantener las de guardias que se derivan de tener maternidad), sino que se deben corresponder con necesidades asistenciales identificándose el centro de referencia que aporte más valor a la asistencia al niño o a la niña. Por tanto, con carácter general, en el periodo de un año, las consultas monográficas de subespecialidades se centralizarán en las 4 OSIs de Osakidetza que cuentan un hospital universitario.

En este proceso, que se liderará desde la Dirección de Asistencia Sanitaria, las y los pediatras adscritos a hospitales no universitario apoyarán a la atención pediátrica en Atención Primaria o alternativamente formarán parte mediante acuerdos de gestión clínica de las consultas monográficas que se establezcan en los hospitales universitarios. En este análisis se incluirá el efecto de facilitar que pediatras de AP que quieran hacer guardias en hospitales puedan hacerlo adaptando su calendario de guardias a las necesidades de la consulta de AP así como que nuevas contrataciones en plantilla estructural de AP lleven aparejada la asunción voluntaria de guardias en los correspondientes hospitales comarcales.

Complementariamente, desde la Dirección de Planificación del Departamento se analizarán las consultas monográficas en el conjunto de Euskadi, desde una perspectiva de planificación ajustada a las necesidades asistenciales será analizada.

## LÍNEA ESTRATÉGICA 7:

### **Aplicación en Atención Primaria de los planes de normalización lingüística y de igualdad.**

En el ámbito de la salud se despliega una actividad de gran trascendencia humana y social, por ello la comunicación y la empatía con el paciente son elementos claves de la calidad del servicio.

Situar al paciente en el centro del sistema y ofrecer una atención de calidad implica, entre otros aspectos, garantizar la atención en el idioma en el que el paciente se expresa y por el que libremente opte. Del mismo modo, todo profesional tiene derecho a trabajar en su lengua oficial de preferencia. Por estos motivos, basados en los derechos lingüísticos legalmente reconocidos, es imprescindible avanzar en la normalización del uso del euskera en el sistema público vasco de salud. Este aspecto es especialmente importante en Atención Primaria, que constituye un elemento primordial y esencial en la atención sanitaria, centrado en las personas y el más cercano a la ciudadanía.

Tal y como indica el II Plan de Normalización del uso del Euskera de Osakidetza, es preciso avanzar en líneas como la ampliación de la oferta de servicios bilingües en los centros de Atención Primaria, la extensión del sistema de identificación de servicios, unidades y profesionales bilingües, las medidas de capacitación idiomática del personal, o la presencia progresivamente mayor del euskera en la documentación clínica y en los documentos de información.

Por otra parte, salvaguardar la equidad en salud implica, entre otras cuestiones, el fomento de la consideración de la perspectiva de género en todas las actuaciones que se desarrollan en el sistema de salud en su conjunto y también, por supuesto, en la Atención Primaria. En cuanto a las personas que trabajan en AP, es reseñable el nivel de feminización de su personal, que es superior al de otros ámbitos asistenciales. Aunque en el sector público sanitario se han conseguido avances importantes en términos de igualdad, se mantienen situaciones que es necesario superar. Si se analiza quiénes integran los mandos intermedios, se observa que existen todavía desequilibrios y desigualdades en materia de género, lo cual constituye sin duda un ejemplo de situaciones en las que hay que continuar incidiendo y avanzando.

Así, para impulsar la igualdad efectiva entre hombres y mujeres profesionales de Atención Primaria y para integrar la perspectiva de género en todos los ámbitos de este nivel asistencial, es necesario seguir desarrollando en las organizaciones los planes de igualdad vigentes en nuestra Administración y en el Ente público Osakidetza.

**ACCIÓN 35: Se monitorizará la consideración de la perspectiva de género en el nombramiento de mandos intermedios (JUAPs, coordinadores de enfermería...) así como la efectividad del despliegue de ambos planes.**

Es un hecho la incorporación explícita en el Decreto de Estructura de la responsabilidad de los cargos directivos de las OSI en materia de desarrollo de los Planes de igualdad y de Normalización Lingüística, por tanto de esta responsabilidad se deriva el despliegue de las acciones que se monitorizarán con carácter anual a través de la evaluación del Contrato-programa que prevé una autoevaluación de las organizaciones seguida de una auditoría de contraste por parte del Departamento de Salud y Osakidetza.

