

ESTRATEGIA PARA UN NUEVO ENFOQUE DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.

PRINCIPADO DE ASTURIAS
2018 – 2021

ÍNDICE

1.-INTRODUCCIÓN

2.- DESARROLLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN ASTURIAS

3.- EL MOMENTO QUE VIVIMOS

4.-LÍNEAS DE ACTUACIÓN

4.1. El trabajo multidisciplinar en equipo.

4.2. La capacidad resolutive, la continuidad asistencial y la coordinación con el resto de ámbitos asistenciales, servicios e instituciones.

4.3. El uso de tecnologías y los sistemas de información.

4.4. La calidad como un sistema común evaluable y seguro.

4.5. Orientación comunitaria, actividades preventivas y de promoción de la salud

4.6. Atención integral y coordinación de las personas con enfermedades crónicas.

4.7. Los cuidados

4.8. Formación y docencia.

4.9. Investigación en Atención Primaria.

5.- SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.

6.- ANEXOS:

ANEXO 1.- CARTERA DE SERVICIOS

ANEXO 2.- ACTIVIDAD ASISTENCIAL

7.- GRUPO DE TRABAJO

8.- BIBLIOGRAFÍA

1.-INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años los cambios sociodemográficos, la mejora de las comunicaciones, las novedades tecnológicas y el avance del conocimiento científico en Asturias han hecho que sea necesario un nuevo enfoque del sistema sanitario y en especial de la Atención Primaria.

Tanto el envejecimiento de nuestra población, que ha incrementado las personas con enfermedades crónicas y el índice de dependencia de nuestros ciudadanos, como el avance de los sistemas de información y la incorporación de nuevas tecnologías nos hace reorientar nuestro sistema sanitario hacia los cuidados, la coordinación sociosanitaria y la Atención Primaria.

La Atención Primaria tiene una función primordial en la realización y coordinación de actividades, así como de recursos, destinados a la prevención y atención de las personas con enfermedades crónicas, así como a la atención de las personas con necesidades de cuidados paliativos, dado el carácter longitudinal de la asistencia que ofrece, su proximidad al entorno más inmediato del/de la paciente y su configuración en equipos multidisciplinares.

A esto se añade que las expectativas ciudadanas respecto al sistema sanitario son cada vez más altas y sus actuaciones tienen que buscar mejorar la calidad de vida de la población. El nuevo enfoque organizativo debe considerar a la o el paciente como centro del sistema, orientando los procesos a la búsqueda de la continuidad asistencial y al mismo tiempo posibilitar la autonomía de gestión y la descentralización en la toma de decisiones de los y las profesionales, cuya práctica clínica debe incorporar la práctica basada en la mejor evidencia existente.

Por todo lo anterior, la Atención Primaria ha demostrado ser el eje del sistema sanitario público de forma que su reorientación marca el modelo del sistema sanitario del futuro, que definimos como universal, equitativo, seguro, de calidad, con criterios de evaluación y sostenible.

En esta estrategia se recogen las propuestas elaboradas por grupos de profesionales, sociedades científicas y técnicos sanitarios del Servicio de Salud y la Consejería de

Sanidad con el fin de un nuevo enfoque de la Atención Primaria, con 9 líneas de actuación:

1. El trabajo multidisciplinar en equipo.
2. La capacidad resolutoria, la continuidad asistencial y la coordinación con el resto de ámbitos asistenciales, servicios e instituciones.
3. El uso de tecnologías y los sistemas de información.
4. La calidad como un sistema común evaluable y seguro.
5. Orientación comunitaria, actividades preventivas y de promoción de la salud
6. Atención integral y coordinación de las personas con enfermedades crónicas
7. Los cuidados
8. Formación y docencia.
9. Investigación en Atención Primaria.

Esta estrategia es la continuación de reflexiones y análisis previos ya reflejados en documentos como el “Plan de Acción con Atención Primaria de Salud 2014-2015.” y por lo tanto recoge acciones ya iniciadas en nuestro sistema sanitario con un nivel de implantación y de evaluación variable. Pretende ser un documento práctico, abierto y flexible, de forma que nos permita ir añadiendo nuevas acciones o modificando otras a medida que se van desarrollando y evaluando sus resultados.

Los objetivos finalistas de la Estrategia son:

- Impulsar una Atención Primaria como eje nuclear del sistema sanitario público, que garantice la continuidad asistencial de la atención a lo largo de toda la vida de la persona, actuando como gestor y coordinador de casos.
- Garantizar una estructura y dotación de recursos materiales y humanos estable que atienda a criterios de funcionalidad y necesidades integrales sanitarias y sociales.
- Adecuar las competencias y funciones de los/as profesionales del equipo de Atención Primaria a la reorientación estratégica.
- Aumentar la capacidad resolutive y la innovación de la Atención Primaria con el uso de tecnologías y sistemas de información.
- Evaluar y disminuir la variabilidad injustificada de la práctica clínica
- Orientar la Atención Primaria en el desarrollo de actividades relativas a la promoción y prevención de la salud individual y poblacional y ser el nexo entre el resto del sistema sanitario y la comunidad.
- Extender y difundir las buenas prácticas existentes.
- Avanzar hacia la excelencia en cuidados.
- Estimular que la Atención Primaria sea un espacio de gestión del conocimiento como una herramienta para el desarrollo profesional.
- Potenciar la investigación en la Atención Primaria.
- Fomentar las acciones de transparencia del presupuesto destinado a Atención Primaria a lo largo del tiempo, consolidando una asignación presupuestaria acorde con las nuevas responsabilidades y resultados que pudiera asumir con el desarrollo de esta Estrategia.

2.- EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN ASTURIAS

2.1.- LOS ORÍGENES: DE LOS AÑOS 40 A LOS 70

Los y las profesionales se centraban en la enfermedad y en los aspectos curativos de la misma y se atendía según la demanda expresada por los y las pacientes sin potenciar los aspectos preventivos. El modelo de trabajo de medicina y de enfermería era un modelo de trabajo aislado, sin contacto con el resto de compañeros/as que facilitase una práctica coordinada para el mantenimiento de actividades científicas conjuntas. La asistencia era más individual, de cada persona concreta, sin tener en cuenta factores familiares, sociales o ambientales. En conjunto puede decirse que el proceso de atención estaba centrado en la enfermedad y en la persona como paciente y no en la salud y en la comunidad.

2.2.- LA EXTENSIÓN DEL MODELO: DE LOS AÑOS 80 A LOS 90

Siguiendo las directrices de Alma-Ata en España se implanta la especialidad médica de Medicina Familiar y Comunitaria en 1978 (Real Decreto 2015/1978 y Real Decreto 3303/1978), formándose a partir de este momento un grupo de profesionales de la medicina, jóvenes, con un concepto de la Atención Primaria próximo a las directrices internacionales. Estos/as profesionales se formaban en unos centros especiales denominados Unidades Piloto de Medicina de Familia que luego se transformaron en Centros de Salud.

En 1984 se publica en España una normativa que va a sentar las bases del desarrollo de la Atención Primaria de Salud en nuestro país, se trata del Real Decreto 137/ 84 de Estructuras Básicas de Salud. En este Real Decreto se establecen los conceptos clave de lo que será la Reforma de la Atención Primaria:

- Se delimita la Zona de Salud
- Se crea el Centro de Salud
- Se define el Equipo de Atención Primaria

- Se establece la figura del Coordinador/a Médico/a
- Se enumeran las funciones de los Equipos de Atención Primaria
- Se fija la jornada de trabajo
- Se hace mención a la coordinación de niveles asistenciales
- Se fijan las ratios de personal sanitario
- Se establece que la población atendida podrá ejercer el derecho a la libre elección de médico/a dentro de la zona de salud.

Todos estos conceptos expresados anteriormente se ven reforzados por una Ley que marcará el devenir de la sanidad en el resto del milenio: la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

En este momento se establece la orientación global de la Atención Primaria en nuestro país:

1. De enfermedad y curación se orienta a salud, prevención y cuidado.
2. De tratamiento, cuidado ocasional y problemas específicos se busca promoción de la salud y cuidado continuo y global.
3. De un modelo centrado en especialistas con una visión fragmentada de la enfermedad y de práctica individual se busca un modelo centrado en especialistas con una visión general de personas, familias y comunidades y de trabajo en equipo.
4. De hablar en salud solo del sector sanitario a hablar de otros sectores como educación, alimentación, vivienda, etc.
5. De contar trabajar en salud solo los y las profesionales a contar la comunidad en un proceso de corresponsabilidad.

2.3.- LA CONSOLIDACIÓN DEL MODELO: DE LOS 90 A FINAL DE SIGLO

La década de los 90 supone una consolidación del modelo de Atención Primaria en toda Asturias. Es la fase en la que se extienden los Centros de Salud y se desarrollan elementos organizativos para afianzar el sistema, contando con el elemento clave de la participación profesional, sin la cual no sería posible el nivel actual de la Atención Primaria.

Entre los elementos organizativos y de desarrollo profesional de esta fase podemos describir aquellos diez que supusieron mayor impacto en el modelo: Cartera de Servicios, Contrato Programa / Contrato de Gestión, uso racional del medicamento, Programa Mostrador, satisfacción de la población, Sistema de Información, Tarjeta Sanitaria Individual, coordinación entre niveles asistenciales, Unidades de Apoyo y la informatización en Atención Primaria.

2.4.- EL NUEVO MILENIO

En el año 2002, se producen las transferencias sanitarias a nuestra comunidad autónoma. El instrumento legal es el Real Decreto 1471/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso al Principado de Asturias de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud.

Paralelamente a las transferencias se publican tres leyes de ámbito sanitario que introducen conceptos que obligarán al Ministerio de Sanidad y a las CCAA a desarrollar los contenidos de las mismas:

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

En estos años, desde las transferencias sanitarias, se ha profundizado en diversos aspectos de la Atención Primaria:

- Se ha completado el modelo de Atención Primaria, y todas las Zonas Básicas de Salud de Asturias tienen su Centro de Salud.
- Se ha instaurado una política de renovación de las estructuras de Atención Primaria que habían quedado obsoletas con el paso del tiempo.
- Se ha potenciado la unificación profesional de los distintos regímenes laborales de la administración sanitaria asturiana mediante el Decreto 1/2007, de 18 de enero, por el que se establece el procedimiento de integración en la condición de personal estatutario del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- Se ha desarrollado la especialidad de Enfermería familiar y Comunitaria, tras la publicación en el BOPA de la Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica su programa formativo.
- Se ha creado en 2005 un Grupo de Consenso para la Mejora de la Atención Primaria en Asturias, formado por las Sociedades Profesionales, Organizaciones Sindicales, Colegios Profesionales y Administración. Este grupo después de un prolongado trabajo elabora el documento que se centra en aspectos organizativos.
- Desde el año 2009 se comienza a elaborar el mapa de actividades comunitarias vinculado al Observatorio de la Salud en Asturias (OBSA) con el objetivo de visibilizar las diferentes actuaciones que se están desarrollando en nuestra comunidad y en las que la Atención Primaria tiene un papel muy relevante.
- Se ha trabajado desde Asturias en el Proyecto AP 21-Estrategias para la Atención Primaria del siglo XXI. Representantes de nuestra Comunidad

formaron parte del Grupo de Trabajo liderado desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, que elaboró el Documento final de las Estrategias.

- Desde el año 2015 se inicia un proceso de dinamización de los consejos de salud y las estructuras de participación vinculado al proyecto Asturias Actúa en Salud del OBSA.

Entre los documentos más recientes relacionados con la Atención Primaria en nuestra Comunidad destacan:

- El Proyecto de Gestión y Organización del Proceso Asistencial en Atención Primaria (GOPA).
- El Plan de Acción con Atención Primaria de Salud 2014-2015.

3.-EL MOMENTO QUE VIVIMOS

El momento que vivimos actualmente en la Atención Primaria de Asturias y su futuro desarrollo, está enmarcado por diversos factores **CONDICIONANTES**:

- **Envejecimiento poblacional**

Tenemos una situación demográfica caracterizada por el envejecimiento de la población, con un 24,4% de la población de Asturias que supera los 65 años y un 8,7% que tiene más de 80 años. El Consejo Económico y Social de Asturias señala que nuestra comunidad autónoma tiene en la primera década de este siglo una esperanza de vida elevada (77,5 años los hombres y 84,1 las mujeres) y la fecundidad más baja de la Unión Europea (1,08 hijos por mujer).

La población en Asturias, según datos de enero de 2017 (SADEI Padrón de habitantes 2016) es de 1.042.608, de los cuales 544.757 son mujeres. Se aprecia un descenso de más de 8.621 personas sobre los datos de población global respecto a 2015. Los datos indican que las personas mayores de 65 años duplican a aquellas menores de 17 años, en el caso de las mujeres (149.459 mayores de 65 años frente a 62.929 de

niñas y adolescentes); y es significativamente superior en el caso de los hombres (105.116 mayores frente a 66.640 niños y adolescentes).

La evolución de la población ha sido muy negativa en los últimos 35 años (1.129.556 habitantes en 1981), donde la población ha disminuido en 86.948 habitantes, de los que 20.390 corresponden a los últimos 15 años (Padrón de habitantes 2001)

Las proyecciones para los próximos años estiman que se mantiene este descenso de población, de forma que en el año 2031 habría 925.084 habitantes. (INE proyección de población 2016-2031)

Sin embargo estas estimaciones proyectan un incremento de la población mayor de 65 años para 2031 (319.963 habitantes, 34,5% del total) y fundamentalmente de la población mayor de 80 años (84.767 habitantes, 9,1% del total).

- **Determinantes sociales de la salud**

Es un hecho constatado que en los resultados de salud tienen una mayor influencia los condicionantes sociales que los sistemas sanitarios. Por ello es necesario que las políticas y las acciones que se adopten en materia de salud analicen, consideren e integren las causalidades que los determinantes sociales de la salud tienen en la salud individual.

Las circunstancias económicas y sociales asociadas a la pobreza afectan a la salud de por vida. Las personas que viven en un nivel socioeconómico más bajo suelen estar sometidas, como mínimo, a un riesgo doble de padecer enfermedades graves y muertes prematuras que las personas que viven en los niveles superiores, del mismo modo que los bajos indicadores socioeconómicos y educativos condicionan la adquisición de hábitos y estilos de vida no saludables.

- **Aumento de las personas con enfermedad crónica.**

Los sistemas sanitarios actuales de los países desarrollados, afrontan un reto sin precedentes en épocas anteriores, y es la asistencia a los y las pacientes con patologías crónicas prevalentes. Estos constituyen un grupo de usuarios muy importante, que ha crecido debido al envejecimiento poblacional y a las mayores

posibilidades tanto diagnósticas como terapéuticas ofertadas por los sistemas de salud y la sociedad actual. La prevalencia de las enfermedades crónicas en Asturias ha aumentado significativamente en las dos últimas décadas.

A nivel Europeo, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la patología crónica afecta de forma global al 35% de mujeres y 28,9 % de hombres y supone una mortalidad del 86%. Todo ello influenciado por los determinantes sociales de la salud.

En Asturias, en el año 2017, 333.634 personas padecían alguna enfermedad crónica.

Por todo ello la cronicidad supone un reto no sólo por el cambio en el enfoque del sistema sanitario sino desde el punto de vista de la sostenibilidad del mismo ya que el coste de la asistencia sanitaria aumenta de forma proporcional al aumento del envejecimiento y la cronicidad. Un paciente con varias patologías crónicas supone seis veces más gasto sanitario requiriendo más medios materiales y humanos para su atención, así como una mejor coordinación.

Una mejora clara sería la integración por parte de los y las profesionales en un modelo único de asistencia en que se establezca de manera visible cuales son las prioridades del Sistema, y que de forma nítida se planteen los puntos de actuación más eficientes para obtener beneficios en salud para la población que asisten.

Obviamente, y desde hace muchos años, se conocen cuáles son las patologías más prevalentes, su forma de abordaje y su incidencia en la salud poblacional, por tanto, es claro que en este documento no se va a descubrir ni a aportar nada nuevo al respecto, pero lo que pretendemos, es reorientar y disponer nuestros medios y profesionales, de forma que, actuando en puntos muy concretos y de forma protocolizada, el rendimiento de salud obtenido sea el máximo posible.

Para ello debemos no solo cambiar el punto de vista de los y las profesionales, sino aprovechar sus competencias y capacidades, de forma que se adjudique a cada cual aquello para lo que está más capacitado/a y obtener así un rendimiento máximo en su actuación.

Es así que la Medicina y la Enfermería de Atención Primaria, a la cual se irán sucesivamente sumando las respectivas promociones de especialistas en Enfermería y Medicina Familiar y Comunitaria, debe paulatinamente ir asumiendo, junto con sus labores asistenciales clásicas, actividades destinadas a la mejora de salud de la población, mediante actuaciones de Educación para la Salud, coordinación con el resto de los y las profesionales del Equipo de Atención Primaria, con las unidades sociosanitarias y con los y las pacientes y sus familiares.

Pero sobre todo es importante potenciar el concepto de Centro de Salud como equipo interdisciplinar en que sus integrantes trabajan por procesos, con modelos organizativos basados en la Gestión Clínica y en la gestión por procesos asistenciales. La práctica clínica tiene que tener en cuenta que la atención es el resultado de un proceso en el que intervienen distintos profesionales y distintas tecnologías, pero la respuesta debe ser única e integrada. La experiencia en Asturias ha sido positiva con una mejora de los resultados y una mayor implicación de los y las profesionales en la toma de decisiones.

La potenciación de las Tecnologías de la Información y Comunicación deben permitirnos, a su vez, conocer los niveles de salud, estratificar la población y trabajar en red, en coordinación con la atención hospitalaria y el resto de los dispositivos sin desplazamientos innecesarios de pacientes. Esto cobra especial relevancia en aspectos como la continuidad del cuidado, la atención domiciliaria, la educación para la salud o la transmisión de información entre distintos profesionales.

- **Hacia una orientación comunitaria**

Nuestro sistema sanitario nació con una tendencia “hospitalocentrista” basada en una atención sanitaria a los procesos agudos. Además esta atención era muchas veces realizada con una perspectiva biomédica y fragmentada, sin tener en cuenta una concepción biopsicosocial. La reforma de la Atención Primaria, mencionada anteriormente, consiguió dar un giro a esta concepción y añadir aspectos de atención integral e integrada, centrada en las personas y en las familias y comunidades y con una visión de salud colectiva y de salud pública.

En la Carta de Otawa, en 1986, se recogía el fortalecimiento de la acción comunitaria, la reorientación de los servicios sanitarios hacia la promoción de la salud y la generación de entornos saludables, como estrategias para guiar las políticas sanitarias. El papel de los equipos de Atención Primaria va más allá de prestar servicios asistenciales, creando vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos.

La orientación comunitaria puede entenderse desde tres niveles: uno, la práctica cotidiana en la consulta o en el domicilio; dos, la incorporación de una perspectiva de determinantes y causas en procesos de educación grupal y tres, acompañando procesos de acción comunitaria que se desarrollen en los territorios.

- **La persona como centro de la atención sanitaria. Autonomía y transparencia.**

Cada vez más las personas van adquiriendo control sobre las decisiones que afectan a su estado de salud, teniendo una mayor capacidad de elección e influencia sobre la atención que reciben.

Existe un nuevo entorno alrededor de la salud, un cambio de un modelo paternalista, fragmentado y reactivo hacia un modelo deliberativo, integrado y proactivo, donde tanto el profesional como el paciente, la familia y el movimiento asociativo, adoptan un nuevo papel activo, dinámico y bidireccional.

Es un proceso progresivo que se consigue con programas educativos de autogestión como los incluidos en los proyectos de “pacientes activos” y “escuelas de pacientes”.

- **Calidad y seguridad del paciente**

La búsqueda de la excelencia en la atención ha permitido implementar Estrategias de Calidad y Seguridad de Pacientes en nuestra Comunidad Autónoma.

La calidad en la asistencia sanitaria es un concepto multidimensional que comprende la atención centrada en el paciente, la accesibilidad, la continuidad de la atención,

la efectividad de la práctica clínica, la seguridad del paciente, el uso adecuado de recursos y la satisfacción del paciente, entre otras.

Pero sobre todo incluye el concepto de evaluación de resultados y la implicación de los y las profesionales, basados en los sistemas de información, para la mejora continua.

- **Gestión del conocimiento**

Una organización, cuyo mayor capital es el conocimiento profesional, debe potenciar todos los aspectos relacionados con la formación continuada y la transmisión del conocimiento generado en la misma.

Los objetivos formativos tienen que ir encaminados a mantener y mejorar la competencia profesional y contribuir a mejorar la calidad de los servicios. Deben de estar en consonancia con los objetivos asistenciales del Servicio de Salud y estar claramente encaminados a facilitar la consecución de los mismos.

El contenido de la Formación Continuada tiene que ser por una parte, el cuerpo de conocimientos, habilidades y actitudes definidos en el perfil profesional y por otra la consecución de los objetivos institucionales y a la vez ha de ser un elemento de motivación para el y la profesional y debe tener un carácter anticipatorio, detectando necesidades previsibles, aun cuando no hayan sido expresadas previamente por el ámbito profesional.

En Atención Primaria no solo se debe potenciar la formación continuada, sino también la formación de pregrado, postgrado y especialización. La presencia de futuros/as profesionales en las distintas unidades y equipos es por un lado una oportunidad para la mejora de dichos dispositivos con su participación activa y tutelada en las actividades de los mismos; y por otro también de aprendizaje y motivador para los y las profesionales del sistema que intervienen en su formación.

En el ámbito de la salud, la investigación pone a disposición del equipo de profesionales, evidencias que permiten mejorar el estado de salud de la población, fundamentar las prioridades y avanzar en la búsqueda de respuestas para los

problemas sanitarios. La investigación, tiene una importante vertiente de calidad y mejora que se traduce en una indudable rentabilidad para el propio sistema.

Es necesario fortalecer la investigación en la Atención Primaria con el objetivo de buscar la mejor evidencia existente. Se deben desarrollar redes de investigación en colaboración con otras instituciones y grupos de investigación.

- **Escasez de profesionales.**

La apertura simultánea de los centros de salud en el tiempo, va a producir también jubilaciones de profesionales de manera simultánea. Esto puede suponer que haya una carencia de profesionales, especialmente de medicina familiar y comunitaria y pediatría.

La planificación de necesidades futuras respecto a profesionales sanitarios debería tener en cuenta no sólo los cambios en demografía y epidemiología, sino además, los estándares de trabajo y productividad de los y las distintos/as profesionales.

- **Sostenibilidad del Sistema Sanitario.**

La crisis económica, aún persistente, junto con los factores condicionantes reflejados en este documento: el envejecimiento poblacional, el aumento de la cronicidad, las nuevas tecnologías y la escasez de profesionales han puesto en jaque la sostenibilidad del sistema sanitario.

La responsabilidad nos obliga a los y las gestores/as pero también a profesionales y a ciudadanos a dar un nuevo enfoque de la Atención Primaria como eje de nuestro sistema sanitario.

4.-LÍNEAS DE ACTUACIÓN

4.1. LÍNEA 1.- EL TRABAJO MULTIDISCIPLINAR EN EQUIPO.

Iniciativa 4.1.1: Establecer una política de Recursos Humanos que asegure la continuidad y calidad de la Atención Primaria

El envejecimiento progresivo de la plantilla de Atención Primaria requiere de un esfuerzo de planificación muy importante. Es imprescindible planificar y anticipar la cobertura de las vacantes que se generarán en un futuro y también mantener los y las profesionales en los EAP mediante un esfuerzo en la cobertura de ausencias y plazas vacantes.

- Favorecer la vinculación progresiva del personal eventual de Área a los EAPs de forma funcional. Esta vinculación hará posible su integración en los mismos y la continuidad en el actual Modelo de Atención.
- Seguir con el desarrollo de OPEs que disminuyan la tasa de temporalidad de los y las profesionales de Atención Primaria.
- Planificar una cobertura de las ausencias programadas, consensuadas entre la Gerencia del Área Sanitaria y los equipos, que repercuta en una mayor estabilidad de la relación equipo básico-usuario.
- Crear nuevas categorías, como la Enfermería Familiar y Comunitaria, para garantizar la calidad en la prestación de cuidados, su consolidación y continuidad.

Iniciativa 4.1.2: Redefinir la composición y funciones de los y las profesionales del Equipo de Atención Primaria

- Garantizar la libre elección de profesional sanitario, desarrollando la libre elección de profesional de enfermería, medicina y pediatría.
- Ajustar ratios poblacionales por profesional, teniendo en cuenta las características sociodemográficas de su población en función de la morbilidad, envejecimiento, necesidades asistenciales, educación para la salud, prevención y actividades comunitarias, y características geográficas sobre todo en relación a la dispersión.
- Establecer la Comisión de Dirección del Equipo/ Unidad de Gestión Clínica de Atención Primaria formado por: Director/a del EAP, Responsable de Enfermería, Responsable de la Unidad Administrativa, Responsable de formación y Responsable de Calidad.

Iniciativa 4.1.3: Mayor participación y autonomía de los y las profesionales en la gestión de los centros de salud.

- **Consolidar las Unidades de Gestión Clínica en Atención Primaria como modelo organizativo.**

La Gestión Clínica en Asturias está regulada por el Decreto 66/2009, de 14 de Julio, publicado en el BOPA de 23 de Julio de 2009, con una modificación posterior en la Disposición final primera del Decreto 163/2012 del 11 de Julio.

El decreto establece los principios básicos de funcionamiento del modelo de gestión clínica en Asturias. Los elementos esenciales recogidos en el Decreto son:

- la organización en unidades y áreas según el grado de complejidad
- la creación de la figura del director/a de unidad
- la creación de la comisión de dirección de la unidad

- el establecimiento de los requisitos para la creación de nuevas unidades
- el desarrollo del acuerdo de gestión como documento de compromiso de objetivos asistenciales, de calidad y de gestión a alcanzar

La Gestión Clínica se ha desarrollado y continuado en Centros de Salud de diferentes Áreas Sanitarias y requiere una actualización y un consenso amplio para mejorar el modelo actual.

- **Establecimiento del Director/a del EAP/UGC como figura de interlocución con la estructura directiva.**

Independientemente del modelo a consensuar es necesario establecer como figura de liderazgo y de interlocución con la estructura de la Gerencia de Área Sanitaria al Directo/a de la UGC/EAP con definición de sus funciones como marcar su dedicación.

La Comisión de Dirección del centro o Unidad será la figura de interlocución en caso de la ausencia del Director/a.

- **Reactivación del Consejo de Gestión de Atención Primaria en cada Área Sanitaria.**

El Consejo de Gestión de Atención Primaria es el órgano asesor de la Gerencia del Área Sanitaria y en especial de la Dirección de Atención Sanitaria y Salud Pública en el seguimiento del contrato programa, presupuesto, procedimientos y estrategias delegadas desde la Consejería de Sanidad y el Servicio de Salud.

Iniciativa 4.1.4 Reestructurar y adecuar los horarios de trabajo en los Centros de Salud

Para adecuar el trabajo de los y las profesionales al trabajo familiar y comunitario, que facilite el desarrollo de las intervenciones en y con la comunidad es necesario:

- Revisar criterios de organización de la agenda asistencial que debe contemplar la atención ordinaria, la atención urgente, las actividades de Educación para la Salud y las intervenciones en la Comunidad.
- Reconocimiento de todo el tiempo que implica llevar a cabo intervenciones comunitarias con la existencia de un Registro Unificado de Estrategias en Atención Primaria con indicadores de actividad comunes.

Iniciativa 4.1.5: Potenciar la labor de los profesionales de enfermería en AP

El desarrollo profesional de enfermería de Atención Primaria deberá incluir aspectos como:

- Normalizar la primera visita de enfermería, que incluya una valoración básica, completar la información de la historia, actividades preventivas y de educación para la salud.
- Incrementar la capacidad resolutoria de enfermería asumiendo patologías de baja complejidad, con el apoyo de la prescripción enfermera, mediante circuitos y protocolos de actuación basados en evidencia.
- Potenciar la consulta domiciliaria, orientada a la cronicidad y a prevención de la dependencia de las personas.:
 - Normalizar el contacto (presencial, domicilio o telefónico) al alta hospitalaria y de seguimiento de crónicos e inmovilizados
 - Protocolizar la coordinación entre los y las diferentes profesionales que atienden a domicilio
- Implementar la visita en el tránsito de pediatría a consulta de adultos, potenciando la educación afectivo-sexual, la prevención de hábitos tóxicos, la prevención de ITS y embarazos no deseados y la prevención de violencia de género.
- Potenciar la consulta “joven” en colaboración con los centros educativos.

- Trabajar con las personas en la comunidad llevando a cabo acciones de promoción de la salud, apoyando espacios de participación en salud o de acción comunitaria de acuerdo a las necesidades de salud de cada zona, asignando tiempos específicos en la agenda laboral, y normalizando indicadores y registros de actividad comunitaria en todas las áreas sanitarias.
- Apoyar a otros programas de salud pública que se consideren relevantes, y teniendo en cuenta las necesidades locales, incorporarlos en los centros de salud.

Iniciativa 4.1.6: Reorganización y modernización de la Atención Continuada en Atención Primaria.

El futuro del modelo actual de atención continuada presenta dificultades a medio y largo plazo por lo que requiere una reorganización:

- La integración de los Servicios de Urgencias y las distintas modalidades y categorías que trabajan en Atención Primaria, mejorará la continuidad asistencial y dará una mayor flexibilidad a la dotación de ambos equipos.
- Coordinación de los Servicios de Urgencias con el EAP.
- En el ámbito urbano, con el objeto de dar una mejor respuesta a la población, es necesario abordar el denominado “Síndrome de centro vacío”, derivado de la presencia de un único equipo asistencial por centro de salud. Es importante mejorar la dotación y potenciar la reorganización/unificación de los PACs.

Iniciativa 4.1.7.- Potenciar la labor de los y las profesionales de pediatría en AP

- Mantener el modelo actual de Pediatría de Atención Primaria, formado por la unidad básica pediátrica que asegure una atención integral de la población infantil. Dada la importante labor de la enfermería pediátrica en la salud infantil, el ratio enfermería pediátrica/pediatra tenderá a ser de 1:1.

- Mejorar la coordinación entre los y las profesionales hospitalarios-AP, que atienden a la población en edad pediátrica, basada en protocolos consensuados, para evitar la duplicidad de intervenciones sobre la población infantil, aumentar su capacidad resolutive y mejorar la continuidad asistencial.
- Mejorar la coordinación con el resto de dispositivos, del área sanitaria/zona básica de salud, implicados en la atención a la infancia.
- Coordinar con el resto del EAP los protocolos transversales, como el embarazo, parto y lactancia, y la educación para la salud del entorno familiar y comunitario.
- La figura del y de la Pediatra de Área Sanitaria debe adaptarse a las necesidades para las que fue creada enmarcando su actividad en las zonas rurales.
- Desarrollar la figura “pediatra coordinador/a de Atención Primaria” en el área sanitaria, con las atribuciones de pediatra asistencial, con tiempo de dedicación, encargado de supervisar asuntos varios de los y las pediatras de su zona como la docencia, la formación, los y las residentes, las rotaciones, los protocolos asistenciales o la coordinación con el hospital de referencia.
- Establecer un plan de mejora de los Centros de Salud, en coordinación con los Servicios de Pediatría Hospitalarios, en lo relativo a la promoción de la lactancia materna, obesidad, estilo de vida sano, hábitos tóxicos, embarazo precoz e ITS, así como el fomento del buen trato a la infancia y la prevención de la violencia de género y entre pares (vinculado al Plan Personal Jerárquico de la Atención Sanitaria a la Infancia y Adolescencia del SESPA/PPJ-ASIA).

Iniciativa 4.1.8: Reforzar el papel de los y las profesionales de las Unidades Administrativas en AP

- Normalizar e implantar un procedimiento de actuación en la atención al y a la paciente sin cita
- Dotar de mayor versatilidad a los y las profesionales de las unidades administrativas, evitando que una tarea sea llevada exclusivamente por una persona.
- Normalizar el circuito de informes y otras actividades no presenciales
- Revisar el proceso de gestión de citas
- Aplicar las “Recomendaciones No Hacer” que afecten a procesos no clínicos

Iniciativa 4.1.9: Impulsar el rol del resto de profesionales de las Unidades de Área

Las Unidades de Área están constituidas por profesionales, de diversas categorías, que refuerzan el papel de los EAPs. Se deberá impulsar el rol de:

A.- Trabajo Social:

El desarrollo profesional del Trabajo Social de Atención primaria deberá incluir aspectos como:

- Trabajar con Protocolos de Atención Social, con metodología de Trabajo Social (Casework, TS Familiar, Grupal y Comunitario)
- Protocolizar la derivación a la consulta del/de la Trabajador/a Social, por parte de medicina y enfermería.
- Potenciar el trabajo multidisciplinar, orientado a la cronicidad y la dependencia con la visión de la persona como centro de la intervención.

- Protocolizar la Valoración Social de las personas con enfermedades crónicas, dependientes, mayores de 80 años y las que estén en cuidados paliativos o con enfermedad oncológica avanzada.
- Integrarse en los Equipos de Coordinación Sociosanitaria Territoriales

B.- Matronas:

- Completar el modelo de matrona de Atención Primaria en todas las Áreas Sanitarias
- Normalizar la atención al embarazo normal y la participación en actividades preventivas, de educación para la salud y comunitarias, en relación a la mujer.
- Asumir un mayor número de competencias en la atención de la mujer dentro de los protocolos consensuados del Área Sanitaria (menopausia, cribado Ca Cervix, etc.)

C.- Fisioterapia:

- Normalizar la actividad preventiva y de educación y promoción de la salud
- Normalizar un procedimiento de continuidad asistencial entre Rehabilitación y fisioterapia hospitalaria y de Atención Primaria.

D.- Equipos de apoyo de cuidados paliativos de Área Sanitaria:

- Potenciar su papel como consultores y como apoyo en el seguimiento de pacientes que requieren cuidados paliativos.
- Mejorar la coordinación con los equipos de Atención Primaria.

E.- Unidades de Salud Bucodental (USBD):

- Reducir la variabilidad en la prestación de todas las actuaciones de las USBD.
- Fomentar aquellas actividades de promoción y prevención que se han demostrado eficaces en la reducción de la caries y de la enfermedad periodontal, a través de programas preventivos dirigidos a escolares y embarazadas.
- Mejorar el abordaje de la atención a los problemas de salud oral que se realiza desde los centros de salud, como el tratamiento de la caries, la cirugía bucal, la consulta del/de la adulto/a o la atención a la discapacidad e incluyendo actuaciones de salud comunitaria en la agenda de las USBD.
- Incluir a la población pre-escolar en actuaciones de prevención de la caries.

LINEA	INICIATIVA	ACCIÓN	INDICADOR	
<p>4.1.- EL TRABAJO MULTIDISCIPLINAR EN EQUIPO.</p>	<p>4.1.1.-Establecer una política de Recursos Humanos que asegure la continuidad y calidad de la Atención Primaria</p>	<p>Vincular el personal eventual de Área a los EAPs</p>	<p>Existencia de acuerdo de Gerencia área sanitaria y coordinadores de EAP sobre vinculación de personal eventual de área sanitaria</p>	
		<p>Disminuir tasa de temporalidad en Atención Primaria</p>	<p>Disminuir la tasa de temporalidad por debajo del 8%</p>	
		<p>Planificar una cobertura de las ausencias programadas, consensuadas entre la Gerencia del Área Sanitaria y los equipos</p>	<p>% de las Áreas Sanitarias que habrán planificado la cobertura de ausencias programadas consensuada entre la Gerencia y los EAP.</p>	
		<p>Crear nuevas categorías como la enfermería familiar y Comunitaria</p>	<p>Creación de las categorías en el Servicio de Salud del Principado de Asturias.</p>	
		<p>Asignar a cada ciudadano/a su profesional de referencia de los y las profesionales de Atención Primaria</p>	<p>>95% de usuarios con asignación de profesional médico y de enfermería. >90% de la población usuaria de Atención Primaria conocen a los y las profesionales de referencia en su Equipo de Atención Primaria. >95% de los niños y las niñas con asignación de profesional de pediatría.</p>	
		<p>Ajustar ratios poblacionales por profesional según características socio-demográficas y geográficas</p>	<p>% de ratios ajustados en Atención Primaria</p>	
		<p>Establecer la Comisión de Dirección del Equipo/UGC de Atención Primaria</p>	<p>% de equipos con documento consensuado de estructura directiva modelo AP y funciones de cada uno de los y las profesionales del Equipo.</p>	
		<p>4.1.3: Mayor participación y autonomía de los y las profesionales en la gestión de los centros de</p>	<p>Consolidar las Unidades de Gestión Clínica en Atención Primaria como modelo organizativo</p>	<p>% de Equipos de Atención Primaria con acuerdo de Gestión Clínica</p>

salud.	Establecer el y la Director/a del EAP/JGC como figura de interlocución con la estructura directiva	Elaborar documento de estructura directiva modelo AP y funciones de cada uno de los y las profesionales del Equipo.
	Reactivar el Consejo de Gestión de Atención Primaria en cada Área Sanitaria	Más de tres reuniones al año del Consejo de Gestión en cada área sanitaria
4.1.4.- Reestructurar y adecuar los horarios de trabajo en los Centros de Salud	Revisar criterios de organización de la agenda asistencial que debe contemplar la atención ordinaria, la atención urgente, las actividades de Educación para la Salud y las intervenciones en la Comunidad.	Grupo de trabajo que revise los criterios de organización de la agenda asistencial, extensión en la historia electrónica de Atención Primaria.
	Reconocer todo el tiempo que implica llevar a cabo actividades comunitarias	Elaborar registro unificado de estrategias en Atención Primaria con indicadores de actividad comunes
4.1.5: Potenciar la labor de los y las profesionales de enfermería en AP	Normalizar la primera visita de enfermería	% de primeras visitas con valoración enfermera/o e historia de enfermería.
	Incrementar la capacidad resolutive de la enfermería asumiendo patologías de baja complejidad, con el apoyo de la prescripción enfermera/o, mediante circuitos y protocolos de actuación basados en evidencia.	% de protocolos de actuación enfermera/o basados en la evidencia implementados en Atención Primaria.
	Normalizar el contacto al alta hospitalaria y de seguimientos de crónicos	% de pacientes con valoración, presencial, domiciliaria o telefónica, en Atención Primaria tras alta hospitalaria.
	Protocolizar la coordinación entre los y las diferentes profesionales que atienden los domicilios (SAC, SUAP, PALIATIVOS, TRABAJO SOCIAL)	Existencia de documento "Protocolo de coordinación entre los y las diferentes profesionales en la atención domiciliaria"

		Implementar la visita en el tránsito de pediatría a consulta de adultos.	% de mayores de 14 años con visita programada con el o la profesional de medicina y enfermería responsable.
		Potenciar la consulta “joven”.	% de centros de salud con desarrollo de la consulta “joven” en colaboración con centros educativos.
		Asignar tiempos específicos en la agenda laboral de las acciones comunitarias de promoción de la salud y participación.	Grupo de trabajo que revise los criterios de organización de la agenda asistencial, extensión en la historia electrónica de Atención Primaria. (Indicador Iniciativa 4.1.4)
		Apoyar a otros programas de salud pública que se consideren relevantes teniendo en cuenta las necesidades locales.	% de Centros de Salud que participen en programas de salud pública en relación con las entidades locales.
		Integrar los Servicios de Urgencias y las distintas modalidades y categorías que trabajan en Atención Primaria	Establecer modelo de atención de la urgencia en Atención Primaria Elaborar protocolo de coordinación de los Servicios de Urgencias de Atención Primaria con el Equipo.
		Coordinar los Servicios de Urgencias con los EAP	Reorganizar los puntos de atención continuada en Atención Primaria.
		Potenciar la reorganización /unificación de los Puntos de Atención Continuada (PACs)	
		Mantener el modelo actual de Pediatría de Atención Primaria	Garantizar al 100% la atención sanitaria de la población pediátrica de Asturias por el equipo pediatra-enfermería de pediatría
		Mejorar la coordinación hospital- AP basada en protocolos pediátricos consensuados	
		Mejorar la coordinación de Pediatría AP con el resto de dispositivos del área sanitaria implicados en la atención a la infancia	% Protocolos de Pediatría Atención Primaria - Hospitalaria y con servicios de referencia.
	4.1.7.- Potenciar la labor de los y las profesionales de Pediatría en AP		

	<p>4.1.8: Reforzar el papel de los y las profesionales de las Unidades Administrativas en AP</p>	<p>Coordinar con el resto del EAP los protocolos transversales</p> <p>La figura del/de la Pediatra de Área Sanitaria debe adaptarse a las necesidades para las que fue creada enmarcando su actividad en las zonas rurales.</p> <p>Desarrollar la figura “pediatra coordinador/a de Atención Primaria” en el área sanitaria</p> <p>Plan de mejora de los Centros de salud y Servicios de pediatría en lo relativo a la promoción de la lactancia materna, obesidad, estilo de vida sano, hábitos tóxicos, embarazo precoz e ITS, así como el fomento del buen trato a la infancia y la prevención de la violencia de género y entre pares (Plan Personal Jerárquico de la Atención Sanitaria a la Infancia y Adolescencia del SESPA; PPJ-ASIA).</p> <p>Normalizar e implantar un procedimiento de actuación en la atención al y a la paciente sin cita</p> <p>Potenciar la formación para conseguir mayor versatilidad a los y las profesionales de las unidades administrativas.</p> <p>Normalizar el circuito de informes y otras actividades no presenciales</p> <p>Revisar el proceso de gestión de citas</p> <p>Aplicar las recomendaciones del “no hacer” que</p>	<p>% Protocolos del centro de salud con la participación de Pediatría.</p> <p>Desarrollar la figura “pediatra coordinador/a de Atención Primaria”</p> <p>% de centros de Atención Primaria con formación, implantación y registro del Plan Personal Jerárquico de la Atención Sanitaria a la Infancia y Adolescencia del SESPA.</p> <p>% de centros con un procedimiento normalizado implantado en la atención al y a la paciente sin cita.</p> <p>% de profesionales de unidades administrativas de Atención Primaria que participan en actividades formativas del ámbito sanitario.</p> <p>% de centros con circuito normalizado de informes y otras actividades no presenciales.</p> <p>Elaborar un proceso normalizado de gestión de citas en Atención Primaria</p> <p>% de Áreas Sanitarias donde se ha implantado y evaluado un recomendación del</p>
--	---	--	---

		afecten a procesos no clínicos.	“no hacer” de procesos no clínicos.
		Trabajar con protocolos de Atención Social	% de profesionales formados en metodología de trabajo social
		Protocolizar la derivación a la consulta del/de la Trabajador/a social por parte del resto de profesionales del EAP	Existencia protocolo de derivación a la consulta del/ de la trabajador/a social en el Equipo de Atención Primaria
		Potenciar el trabajo multidisciplinar con la visión de la persona como centro de intervención. Participación de/del trabajador/a social en los protocolos del EAP orientados a la cronicidad o dependencia.	% de protocolos de Atención Primaria donde participa trabajo social
		Protocolizar la valoración social de los/las pacientes crónicos, dependientes, mayores de 80 años, con cuidados paliativos o con enfermedad oncológica avanzada.	% de protocolos de valoración social en personas con enfermedades crónicas en Atención Primaria % de protocolos de valoración social en personas con dependencia. % de protocolos en personas con enfermedad paliativa o con enfermedad oncológica avanzada.
		Integrar los Equipos de Coordinación Sociosanitaria Territoriales en la Atención Primaria.	% de Equipos de Atención Primaria donde participa un/a trabajador/a social del Área Sanitaria
		Completar el modelo de matrona de Atención Primaria en todas las áreas sanitarias.	% de áreas sanitarias con participación de matronas en Atención Primaria.
		Normalizar la atención al embarazo normal y la participación en actividades preventivas, de educación para la salud y comunitarias, en relación a la mujer.	% de centros de salud con existencia e implementación de protocolo de Atención al embarazo, parto y lactancia normal entre Atención Primaria y Hospitalaria y con la participación de matronas.
		Asumir un mayor número de competencias en la atención a la mujer dentro de los protocolos	% de citologías vaginales realizadas en Atención Primaria
	4.1.9: Impulsar el rol del resto de profesionales de las Unidades de Área		

	consensuados del área sanitaria	
	Normalizar la actividad preventiva y de educación y promoción de la salud desde el ámbito de la fisioterapia.	% de pacientes donde consta en la Historia Clínica de Atención Primaria consejos sobre la salud lumbar.
	Normalizar procedimiento de continuidad asistencial entre Rehabilitación y fisioterapia hospitalaria y de Atención Primaria.	Existencia e implantación de procedimiento normalizado de continuidad asistencial entre rehabilitación, fisioterapia hospitalaria y de Atención Primaria
	Potenciar su papel como consultores/as y como apoyo en el seguimiento de pacientes que requieren cuidados paliativos.	% de pacientes paliativos con registro en la Historia Clínica de Plan Individualizado realizado por el equipo de Atención Primaria o el equipo de apoyo de cuidados paliativos.
	Mejorar la coordinación de los Equipos de Apoyo de Cuidados Paliativos con el EAP	% de Centros de Salud con implantación de protocolo de atención integral de pacientes paliativos.
	Reducir la variabilidad individual en la prestación de todas las actuaciones de las USBD	100% de las Unidades de SBD que se adecuan al catálogo de prestaciones definidas
	Fomentar actividades de promoción y prevención en relación con las USBD	100% de las unidades de SBD que han implantado y evaluado el programa de prevención de la caries y la enfermedad periodontal en escolares y embarazadas
	Mejorar el abordaje de la atención a los problemas de salud oral que se realiza desde los centros de salud	100% de las Áreas Sanitarias que dispondrán de un plan que aborde la mejora de la atención de la salud oral
	Incluir a la población pre-escolar en actuaciones de prevención de caries.	100% de las áreas sanitaria dispondrán de un plan que aborde la inclusión de los pre-escolares en actuaciones de prevención de la caries.

4.2. LÍNEA 2.- LA CAPACIDAD RESOLUTIVA, LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y LA COORDINACIÓN CON EL RESTO DE ÁMBITOS ASISTENCIALES, SERVICIOS E INSTITUCIONES.

Iniciativa 4.2.1: Incorporar herramientas de ayuda a los y las profesionales en la toma de decisiones clínicas

Las Herramientas de Ayuda para la Toma de Decisiones (HATD) son instrumentos, basados en la evidencia, que ayudan a los y las pacientes a desarrollar el principio de autonomía en el sistema sanitario.

Estas herramientas, que se incorporarán a la Historia clínica informatizada, versarán sobre distintos aspectos asistenciales:

- Ayuda a la prescripción: Guías farmacoterapéuticas en la Historia Clínica de AP.
- Ayuda al diagnóstico y actuación profesional: Guías clínicas del SNS.
- Ayuda a la incorporación de tecnologías sanitarias: Informes de evaluación de tecnologías sanitarias de la red de Agencias de evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Iniciativa 4.2.2: Apoyar la prescripción enfermera/o

La Consejería de Sanidad ha realizado todas aquellas iniciativas, ante el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, tendentes al cambio de la redacción actual del Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano. La modificación afectará al personal de enfermería, en todos los aspectos que impidan la acreditación para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano.

Iniciativa 4.2.3: Evaluar y disminuir la variabilidad injustificada de la práctica clínica.

- Evaluar los protocolos corporativos de actuación y seguimiento de los procesos más frecuentes en Atención Primaria, con registro en los sistemas de información (Salud Sexual y reproductiva, Cardiovascular, EPOC, inmovilizados, paliativos,...)
- Formación a los y las profesionales en su utilización.
- Establecer evaluaciones periódicas y trasladar resultados a los y las profesionales.

Iniciativa 4.2.4: Establecer grupos de trabajo clínicos de Área entre profesionales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria

- Los y las profesionales de medicina y enfermería de Atención Primaria establecerán distintos grupos de trabajo con profesionales del Hospital, con el objetivo de establecer protocolos de continuidad asistencial entre niveles.

Esta modalidad de grupos de trabajo se desarrollará en todas las Áreas Sanitarias.

Iniciativa 4.2.5: Desarrollar la Consulta Virtual Colaborativa

Esta consulta es una modalidad de consulta no presencial entre atención primaria y atención hospitalaria. En ella los y las profesionales de ambos niveles asistenciales

realizan una interconsulta sin necesidad de la presencia del paciente a través de una petición de consulta o videoconferencia integrada en la historia clínica. Esta consulta se deberá extender a todos los Centros de Salud de la Comunidad Autónoma.

Iniciativa 4.2.6: Extender las modalidades de interconsulta no presencial con imagen asociada

Estas modalidades de interconsulta incluyen distintos campos de actuación:

- Extender el proyecto Teleoftalmología
- Extender el proyecto Teledermatología
- Consulta virtual de Heridas Crónicas dentro del proyecto de imagen digital.
- Extender el proyecto Telecardiología

Estas modalidades de interconsulta, que actualmente están implantadas en algunos Centro de Salud, se deberán implantar en la totalidad de los Centros de Salud de Asturias.

Iniciativa 4.2.7: Potenciar la consulta telefónica de resultados normales

La comunicación de resultados de pruebas realizadas a los pacientes con resultado normal, que no precisen un seguimiento posterior, puede realizarse de forma telefónica. Los Centros de Salud de Asturias dispondrán de tiempos de agenda destinados a este tipo de consulta.

Iniciativa 4.2.8: Implementar protocolos de continuidad asistencial entre Atención Primaria y Salud Mental.

Entre las medidas a adoptar destacan:

- Implantación del Protocolo de Riesgo de Suicidio
- Presencia de Psicólogos/as en Atención Primaria.
- Establecer protocolos de continuidad asistencial entre Salud Mental infanto-Juvenil y Pediatría de Atención Primaria
- Evaluación de los resultados de las consultas telefónicas de rápida resolución, puestas en marcha en todas las áreas sanitarias, e integración de la solicitud de consulta y respuesta en la Historia Clínica Electrónica.

Iniciativa 4.2.9: Establecer un grupo de trabajo clínico entre profesionales de Atención Primaria de la zona rural.

Tiene especial importancia la atención primaria de las zonas rurales para la puesta en marcha de protocolos de continuidad asistencial entre niveles y el uso de las nuevas modalidades de telemedicina para garantizar la equidad y la accesibilidad. Se desarrollará un grupo de trabajo específico en relación a la aplicación de las herramientas, sistemas de información y comunicación para las zonas rurales.

LINEA	INICIATIVA	ACCIÓN	INDICADOR
<p>4.2.- LA CAPACIDAD RESOLUTIVA, LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y LA COORDINACIÓN CON EL RESTO DE ÁMBITOS ASISTENCIALES, SERVICIOS E INSTITUCIONES.</p>	<p>4.2.1: Incorporar herramientas de ayuda a los y las profesionales en la toma de decisiones clínicas</p>	<p>Implantar la Guía farmacoterapéutica en la Historia Clínica de AP.</p>	<p>% de Equipos de Atención Primaria que conocen y usan la Guía Farmacoterapéutica en Atención Primaria</p>
		<p>Implantar Guías Clínicas de SNS</p>	<p>% Guías Clínicas del SNS implantadas en Atención Primaria</p>
		<p>Incorporar tecnologías sanitarias con informes de evaluación de tecnologías sanitarias en Atención Primaria</p>	<p>% de informes de la Oficina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias solicitados por el Área Sanitaria sobre tecnologías o guías de Atención Primaria</p>
		<p>4.2.2: Apoyar la prescripción enfermera/o</p>	<p>Realizar acciones para la modificación del Decreto 954/2015, de 23 de Octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano.</p>
<p>4.2.3: Evaluar y disminuir la variabilidad injustificada de la práctica clínica.</p>	<p>Evaluar los protocolos corporativos de actuación y seguimiento de los procesos más frecuentes en AP</p>	<p>Establecer la formación de los y las profesionales en la utilización de dichos protocolos</p>	<p>Desarrollo de cuadro de mandos con resultados de actuación y seguimiento de los procesos más frecuentes en AP individualizado, por centro de salud y por área sanitaria.</p>
		<p>Establecer evaluaciones periódicas y trasladar resultados a los y las profesionales</p>	
<p>4.2.4: Establecer grupos de trabajo clínicos de Área entre profesionales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria</p>	<p>Establecer grupos de trabajo de profesionales de Atención Primaria con Atención Hospitalaria. Establecer protocolos de continuidad asistencial</p>	<p>% de áreas sanitarias con implantación de más de un protocolo de continuidad asistencial Atención Primaria y Hospital de las patologías más prevalentes.</p>	

4.2.5: Desarrollar la Consulta Virtual Colaborativa	Extender el modelo de Consulta Virtual Colaborativa a todas las áreas sanitarias	% de centros con consulta virtual colaborativa implantada.
	Extender proyecto Teleoftalmología	% de centros con procedimiento y tecnología de teleoftalmología.
4.2.6: Extender las modalidades de interconsulta no presencial con imagen asociada	Extender proyecto Teledermatología	% de centros con procedimiento y tecnología de teledermatología.
	Extender proyecto de consulta virtual de Heridas crónicas dentro del proyecto de imagen digital	% de centros con procedimiento y tecnología para seguimiento de heridas crónicas..
	Extender proyecto Telecardiología	% de centros con procedimiento y tecnología de telecardiología.
4.2.7: Potenciar la consulta telefónica de resultados normales	Establecer tiempos de agenda destinados a la consulta telefónica de resultados normales.	Grupo de trabajo que revise los criterios de organización de la agenda asistencial, extensión en la historia electrónica de Atención Primaria.
	Implantar el Protocolo de Riesgo de Suicidio	% de centros de salud o unidades de gestión clínica del área sanitaria que cuentan con protocolo implantado para el abordaje de riesgo de suicidio.(Estándar 100%)
	Presencia de psicólogos/as en Atención Primaria	% de centros de salud o unidades de gestión clínica del área sanitaria con actividad de psicólogo/a implantada.
	Establecer protocolos de continuidad asistencial entre Salud Mental Infanto-Juvenil y Pediatría de Atención Primaria	% de áreas sanitarias con un protocolo normalizado e implantado de continuidad asistencial entre Salud Infanto-Juvenil y Pediatría de Atención Primaria
4.2.8: Protocolos de continuidad asistencial entre Atención Primaria y Salud Mental	Evaluar los resultados de las consultas telefónicas de rápida resolución e integración de la solicitud de consulta y respuesta en la Historia Clínica Electrónica.	% de los centros de salud con circuito de consultas telefónicas de rápida resolución establecidas

	<p>4.2.9: Establecer un grupo de trabajo clínico entre profesionales de Atención Primaria de la zona rural.</p>	<p>Se desarrollará un grupo de trabajo específico en relación a la aplicación de las herramientas, sistemas de información y comunicación para las zonas rurales.</p>	<p>Número de consultas realizadas y con registro en la Historia Clínica</p> <p>% de centros de salud con existencia de un sistema de telemedicina implantado.</p>
--	--	---	---

4.3. LÍNEA 3.- EL USO DE TECNOLOGÍAS Y LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

Iniciativa 4.3.1: Actualizar la Historia Clínica en Atención Primaria

La historia clínica electrónica debe persistir o mejorar en su concepción como elemento facilitador, adaptándose a la forma específica de trabajo en Atención Primaria y aportar información relacionada con los resultados clínicos que se pretenden alcanzar.

Los elementos clave de esta actualización deberán basarse en:

- Puesta en marcha de la Estación Clínica de Atención Primaria única e interoperable.
- Historia Clínica electrónica basada en la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2) y orientada a la organización de problemas de salud (Método de Wood).
- Avanzar en la interoperabilidad de la historia clínica, trabajando en la incorporación de snomed CT (terminología centrada en el y la paciente que proporciona conceptos para describir situaciones clínicas con precisión)
- Desarrollo de herramientas en la historia clínica que favorezcan trabajar con un abordaje biopsicosocial que recoja condicionantes sociales y de contexto de los y las pacientes.
- Desarrollo de herramientas que faciliten el uso de la historia clínica en el domicilio.
- Definir el cuadro de mandos que permita monitorizar y evaluar los resultados y los objetivos de los y las profesionales, los Equipos de Atención Primaria, el Área Sanitaria y planificar nuevas medidas de mejora. Esta herramienta debe permitir crear modelos para realizar una evaluación de la calidad de la atención sanitaria.

Iniciativa 4.3.2: Potenciar la utilización de la ecografía en Atención Primaria

La ecografía es una herramienta de diagnóstico y seguimiento clínicos, cada vez más utilizada en Atención Primaria.

La utilización de la ecografía que está en fase de expansión, deberá utilizarse de manera habitual en todos los Centros de Salud de Asturias.

- Elaboración de un Plan de utilización de Ecografía en Atención Primaria basado en escenarios clínicos.
- Extensión de la técnica con equipamiento y formación asociada en relación con centros de Atención Primaria, con preferencia con la equidad territorial y los centros docentes.

Iniciativa 4.3.3: Accesibilidad y nuevas modalidades de atención

- Facilitar los trámites de la ciudadanía en relación con el sistema sanitario, a través de la WEB y con el uso de APPs
- Incorporación de herramientas de seguimiento de los y las pacientes y de información desde el domicilio con el Equipo de Atención Primaria a través de la Historia Clínica. Puesta en marcha del Portal del/ de la paciente.

Iniciativa 4.3.4: Extender las modalidades de interconsulta no presencial con imagen asociada

Según se describe Iniciativa 4.2.6.

LINEA	INICIATIVA	ACCIÓN	INDICADOR
<p>4.3.- EL USO DE TECNOLOGÍAS Y LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN.</p>	<p>4.3.1: Actualizar la Historia Clínica en Atención Primaria</p>	<p>Poner en marcha la Estación Clínica de Atención primaria única e interoperable.</p>	<p>Adjudicación y puesta en marcha de la Estación Clínica de Atención Primaria única e interoperable.</p>
		<p>Basar la Clasificación Internacional de Atención Primaria CIAP-2</p>	<p>% de centros o unidades de gestión clínica con Clasificación Internacional de Atención Primaria CIAP-2</p>
		<p>Avanzar en la interoperabilidad de la historia clínica, trabajando en la incorporación de snomed CT</p>	<p>Desarrollar y pilotar nuevos modelos de interoperabilidad con snomed CT</p>
		<p>Desarrollo de herramientas en la historia clínica que favorezcan trabajar con un abordaje biopsicosocial que recoja condicionantes sociales y de contexto de los/las pacientes.</p>	<p>Desarrollar y pilotar nuevas herramientas que permitan introducir condicionantes sociales y de contexto de los/las pacientes como ayuda en la toma de decisiones.</p>
		<p>Establecer uso de herramientas que faciliten el uso de la historia clínica en el domicilio</p>	<p>Desarrollar y pilotar nuevas herramientas de telemedicina entre los y las pacientes que requieren seguimiento y los y las profesionales de Atención Primaria.</p>
		<p>Definir cuadro de mandos para monitorizar y evaluar resultados de los EAP.</p>	<p>Desarrollo de cuadro de mandos con actividad y resultados de protocolos de actuación y seguimiento de los procesos más frecuentes en AP individualizado, por centro de salud y por área sanitaria.</p>
<p>4.3.2: Potenciar la utilización de la ecografía en Atención Primaria</p>	<p>Elaborar Plan de utilización de Ecografía en Atención Primaria basado en escenarios clínicos</p>	<p>Elaborar e implementar Plan de utilización de Ecografía en Atención Primaria basado en escenarios clínicos.</p>	
	<p>Extender la técnica con equipamiento y formación a</p>	<p>% de centros o unidades de gestión clínica con uso de Ecografía % de profesionales de Atención Primaria que han recibido formación en</p>	

		todos los centros de AP	relación al Plan
4.3.3: Accesibilidad y nuevas modalidades de atención		Facilitar trámites WEB a la ciudadanía.	% de trámites Web para la ciudadanía puestos en marcha
		Desarrollar el Portal del/de la Paciente	Desarrollo y puesta en marcha del Portal del /de la Paciente.
4.3.4: Extender las modalidades de interconsulta no presencial con imagen asociada		Iniciativa 4.2.6.	Idem

4.4. LÍNEA 4.- LA CALIDAD COMO UN SISTEMA COMÚN EVALUABLE Y SEGURO.

Iniciativa 4.4.1: Implantar las “Recomendaciones No Hacer” en todos los Centros de Salud

En nuestra Comunidad Autónoma está vigente la *Estrategia de Seguridad del Paciente (SP) en Asturias 2015-2020*. En esta estrategia se contemplan acciones que deberán implementarse en todos los centros de salud y que se contemplan hasta la Iniciativa 4.4.11.

El proyecto de implantación de las “Recomendaciones No Hacer” en Asturias, está liderado por las sociedades científicas del Principado de Asturias y dirigido por la Oficina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Principado de Asturias.

- Establecer las recomendaciones de no hacer en todos los centros asistenciales de Atención Primaria.
- Establecer alertas o herramientas de ayuda en la historia clínica para los y las profesionales.

Iniciativa 4.4.2: Desarrollar la estructura de liderazgo en seguridad del/de la paciente más adecuada a las necesidades de la población del área sanitaria.

La participación y formación de los y las profesionales y el liderazgo de los equipos directivos son factores fundamentales sin los cuales no se puede abordar adecuadamente la seguridad del/de la paciente.

Entre las herramientas que se mostraron útiles en este camino, están establecer equipos de gestión de la seguridad del/de la paciente e implementar programas de seguridad, y para ello se debe:

- Establecer en cada centro de salud o unidad de gestión clínica, un/a responsable local de seguridad del paciente, que ejercerá las funciones de

vehiculizar, armonizar y coordinar las acciones en seguridad del paciente en su ámbito de actuación.

Iniciativa 4.4.3: Adecuar los tiempos de atención a las necesidades del/de la paciente, así como la continuidad de la asistencia.

Asegurar una respuesta correcta, según la situación clínica del/de la paciente, que permita cumplir los tiempos establecidos a nivel autonómico, tanto en atención urgente como programada y de deben de incluir al menos:

- Atención en los servicios de urgencias, según sistema de clasificación establecido.
- Aplicación del Código Ictus.
- Aplicación del Código Corazón.
- Normalizar el Procedimiento de traslados de pacientes
- Garantizar la continuidad asistencial, mediante la existencia un/a profesional médico/a y enfermero/a responsable del paciente, y la aplicación de criterios para la transición del mismo entre niveles asistenciales, así como un/a profesional que asegure la continuidad de cuidados, con especial atención a aquellas situaciones que puedan suponer un alto riesgo para el paciente.

Iniciativa 4.4.4: Valorar el grado de cultura en Seguridad del/de la Paciente como medio para detectar oportunidades de mejora.

La cultura de seguridad del/de la paciente en Atención Primaria incluirá:

- Evaluar periódicamente la percepción que tienen los y las profesionales de la seguridad del/de la paciente mediante instrumentos validados, como por ejemplo, la encuesta MOSP (Medical office survey on patient safety) en Atención Primaria.

Iniciativa 4.4.5: Garantizar una comunicación efectiva y sin errores entre los y las profesionales, tanto dentro de su propio dispositivo asistencial como en la transferencia de pacientes.

La comunicación constituye uno de los principales factores contribuyentes de los incidentes de seguridad comunicados en SiNASP en el periodo 2015-2017, por Atención Primaria en la Comunidad Autónoma. Se plantean las siguientes medidas:

- Implementar un procedimiento estructurado y sistemático de comunicación entre profesionales en la transferencia de pacientes.
- Disponer de una sistemática para la revisión de órdenes verbales o telefónicas en situaciones previamente definidas (situaciones de urgencia, atención domiciliaria, etc.).
- Protocolizar el procedimiento de corrección de información errónea asociada a un/a paciente.

Iniciativa 4.4.6: Mejorar la seguridad de las infraestructuras e instalaciones.

Entre las medidas adoptadas en este apartado se encuentran:

- Definir el mapa de riesgos de los centros de salud y unidades de gestión clínica del área, que al menos contendrá la identificación de los puntos críticos de riesgo y de caídas.
- Determinar las zonas y elementos de riesgo que precisan acciones correctoras o control del riesgo.
- Garantizar un plan de autoprotección centrado especialmente en caso de incendio (se incluirán otros riesgos conocidos cuando proceda) y asegurando entrenamiento apropiado, con simulacros periódicos y difusión de información sobre el modo de proceder trabajadores y pacientes.

- Elaborar en cada centro de salud y unidades de gestión clínica la relación de sus sistemas clave, implantar un protocolo de revisión regular y establecer una sistemática que permita la adecuada respuesta ante situaciones de fallo.
- Establecer una sistemática que permita la adecuada respuesta ante casos de contaminación biológica, química o ambiental.
- Implantar un procedimiento de limpieza e higiene de las instalaciones.

Iniciativa 4.4.7: Identificar y controlar de forma segura los residuos y materiales peligrosos.

Para lograr esta iniciativa se avanzará en:

- Garantizar la gestión de residuos y materiales peligrosos de acuerdo a la “Guía para la Gestión de Residuos Sanitarios del Principado de Asturias”.
- Difundir entre los y las profesionales del centro información actualizada sobre el manejo de materiales y residuos peligrosos y que hacer en caso de accidente.
- Definir el circuito para la gestión de material citotóxico y citostáticos de uso ambulatorio.

Iniciativa 4.4.8: Proporcionar un equipamiento sanitario fiable y seguro.

Para el desarrollo de esta iniciativa se plantea:

- Inventariar el equipamiento médico general con identificación del equipamiento médico de alto riesgo.
- Definir para los equipos: ficha de manejo, conservación, limpieza, así como la necesidad y, en su caso, periodicidad del mantenimiento preventivo

necesario, calibración o caracterización, que esté accesible para los y las usuarios/as del mismo.

- Asegurar un programa de mantenimiento del equipamiento sanitario acorde a la ficha de cada equipo.
- Identificar el estado de mantenimiento de cada equipo.

Iniciativa 4.4.9: Prevenir y controlar las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

La consolidación de esta iniciativa pasa por:

- Establecer una sistemática que permita la detección y el tratamiento precoz de pacientes con sepsis, sepsis grave o shock séptico en todos los niveles asistenciales (hospitalización, urgencias, sistema de atención médica urgente [SAMU] y centros de salud).
- Mantenimiento, actualización y consolidación de los protocolos autonómicos existentes:
 - Plan autonómico de higiene de manos en el Principado de Asturias
 - Guía Técnica: Limpieza, Desinfección y Esterilización en atención primaria.
- Asegurar el uso adecuado de antisépticos y desinfectantes en Atención Primaria.

Iniciativa 4.4.10: Prevenir y disminuir las resistencias antimicrobianas.

Para la puesta en marcha de esta iniciativa se pretende:

- Implantar programas de optimización de antimicrobianos en todos los dispositivos de nuestra comunidad.

- Elaborar y difundir periódicamente el mapa de resistencias y sensibilidad a antibióticos.
- Definir criterios de aislamiento y aplicar medidas que permitan el control de la difusión de microorganismos multirresistentes.
- Difundir buenas prácticas de prescripción en patologías infecciosas que precisen tratamiento antibiótico empírico, y establecer una guía terapéutica para el uso correcto de antibióticos adaptada al área sanitaria.
- Implementar las pruebas de diagnóstico rápido en el punto de atención al paciente.
- Implementar los Programas de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA) en el ámbito de Atención Primaria.

Iniciativa 4.4.11: Identificar riesgos asociados a la asistencia sanitaria y definir el abordaje de los efectos adversos graves en Atención Primaria.

La identificación de riesgos y el abordaje de efectos adversos se concretará en:

- Implantar en las áreas sanitarias el sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente (SINASP) de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria.
- Formar a los y las profesionales para la adecuada notificación.
- Fomentar y favorecer la comunicación de incidentes en el área sanitaria.

Iniciativa 4.4.12: Implantar el Sistema de Gestión de la Calidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SINOC) y evaluar el nivel de cumplimiento de sus objetivos por la Unidad de Certificación de Calidad del SESPA.

La certificación de los Centros de Salud como herramienta y no como un fin en sí

misma, favorece e impulsa procesos de mejora y evaluación. Dentro de las organizaciones, que han emprendido una línea de mejora continua, es un reconocimiento expreso y público al cumplimiento de los requisitos necesarios para desarrollar una atención de calidad por parte de los centros, y los induce a responder más adecuadamente a las necesidades de salud de la población, al trabajo en equipo y al desarrollo de la responsabilidad colectiva, favoreciendo el trabajo multidisciplinar.

Esta iniciativa se concreta en:

- Certificar los centros de salud por la Unidad de Certificación de Calidad del SESPA según el modelo de calidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias

LINEA	INICIATIVA	ACCIÓN	INDICADOR
<p>4.4.- LA CALIDAD COMO UN SISTEMA COMÚN EVALUABLE Y SEGURO.</p>	<p>4.4.1: Implantar las “Recomendaciones No Hacer” en todos los Centros de Salud</p> <p>4.4.2.- Desarrollar la estructura de liderazgo en seguridad del/de la paciente más adecuada a las necesidades de la población del Área Sanitaria</p> <p>4.4.3.- Adecuar los tiempos de atención a las necesidades del/de la paciente, así como la continuidad de la asistencia.</p>	<p>Establecer las recomendaciones del no hacer en Atención Primaria</p>	<p>% de EAP con información en Recomendaciones de “no hacer” en Atención Primaria.</p>
		<p>Establecer alertas o herramientas de ayuda en la historia clínica de AP</p>	<p>Existencia de alertas o herramientas de ayuda en la Historia Clínica de AP</p>
		<p>Establecer en cada centro de salud o unidad de gestión clínica, un/a responsable local de seguridad del/de la paciente, que ejercerá las funciones de vehicularizar, armonizar y coordinar las acciones en seguridad en su ámbito de actuación.</p>	<p>% de centros de salud o unidades de gestión clínica en Atención Primaria que tienen establecido un/a responsable local de seguridad del/de la paciente (Estándar 100%)</p>
		<p>Adecuar la atención en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria, según sistema de clasificación establecido.</p>	<p>% de centros de salud o unidades de gestión clínica de AP que cumplen con los tiempos de espera establecidos a nivel autonómico (atención en los servicios de urgencias, código ictus, código corazón, traslados de pacientes) (Estándar 100%)</p>
		<p>Adecuar la aplicación del Código Ictus.</p> <p>Adecuar la aplicación del Código Corazón.</p> <p>Normalizar procedimiento de traslados de pacientes.</p> <p>Garantizar la continuidad asistencial, existencia de un/a profesional médico/a y enfermero/a responsable del paciente, un/a profesional que asegure la continuidad de cuidados.</p>	<p>% de centros de salud o unidades de gestión clínica de AP con sistema de clasificación de pacientes implantados (Estándar 100%)</p> <p>% de centros de salud o unidades de gestión clínica de AP que tienen implantado un protocolo para el traslado de los y las pacientes (Estándar 100%)</p>

	<p>4.4.4.- Valorar el grado de cultura en Seguridad del/de la Paciente como medio para detectar oportunidades de mejora.</p>	<p>Evaluar periódicamente la percepción de los y las profesionales sobre la seguridad del paciente.</p>	<p>% de áreas sanitarias con informe basal de análisis de la encuesta MOSP con plan de acción acorde a los resultados obtenidos (Estándar 100%)</p>
	<p>4.4.5.- Garantizar una comunicación efectiva y sin errores entre los y las profesionales, tanto dentro de su propio dispositivo asistencial como en la transferencia de pacientes.</p>	<p>Implementar un procedimiento estructurado y sistemático de comunicación entre profesionales en la transferencia de pacientes. Disponer de una sistemática para la revisión de órdenes verbales o telefónicas Protocolizar el procedimiento de corrección de información errónea asociada a un/a paciente.</p>	<p>% de centros de salud o unidades de gestión clínica en las que existe y se aplica un procedimiento de transferencia de pacientes entre niveles asistenciales. (Estándar 100%) % de centros de salud o unidades de gestión clínica con una sistemática para la revisión de órdenes verbales o telefónicas. (Estándar 100%) Existencia e implantación de procedimiento de corrección de información errónea asociada a un/a paciente.</p>
	<p>4.4.6.- Mejorar la seguridad de las infraestructuras e instalaciones</p>	<p>Definir el mapa de riesgos de los centros de salud y unidades de gestión clínica del área, que al menos contendrá la identificación de los puntos críticos de riesgo y de caídas. Determinar las zonas y elementos de riesgo que precisan acciones correctoras o control del riesgo.</p>	<p>% de áreas sanitarias con mapa de riesgos de los centros de Atención Primaria. % de dispositivos que han realizado acciones correctoras o de control de los riesgos detectados.</p>
		<p>Garantizar un plan de autoprotección centrado especialmente en caso de incendio</p>	<p>% de dispositivos de Atención Primaria que disponen de un Plan de Autoprotección % de centros de salud o unidades de gestión clínica del área sanitaria que realizan periódicamente un simulacro de incendios y evacuación de las</p>

		<p>Elaborar en cada centro de salud y/o unidades de gestión clínica la relación de sus sistemas claves, implantar un protocolo de revisión regular y respuesta a situaciones de fallo.</p> <p>Establecer sistemática que permita la adecuada respuesta ante casos de contaminación biológica, química o ambiental</p> <p>Implantar un procedimiento de limpieza o higiene de las instalaciones</p> <p>Garantizar la gestión de residuos y materiales peligrosos de acuerdo a la "Guía para la Gestión de Residuos Sanitarios del Principado de Asturias"</p> <p>Difundir entre los y las profesionales del centro información actualizada sobre el manejo de materiales y residuos peligrosos y que hacer en caso de accidente</p> <p>Definir circuito para la gestión de material citotóxico y citostáticos de uso ambulatorio</p>	<p>instalaciones.</p> <p>% de centros de Atención Primaria del área sanitaria que cuentan con un sistema de supervisión de las instalaciones y adecuada respuesta en caso de fallo que incluye, al menos, los sistema clave, instalación eléctrica, calefacción, telefonía, informática, elementos contra incendios y la seguridad de las instalaciones.</p> <p>% de centros de Atención Primaria con un procedimiento de actuación ante avería e interrupción de suministros.</p> <p>% de centros de salud o unidades de gestión clínica con protocolo de actuación ante contaminación biológica, química o ambiental.</p> <p>% de centros de salud o unidades de gestión clínica que tienen implantado un procedimiento de limpieza e higiene de las instalaciones del área sanitaria.</p> <p>% de centros de salud o unidades de gestión clínica que realizan la gestión de residuos y materiales peligrosos de acuerdo a la "Guía para la Gestión de Residuos Sanitarios del Principado de Asturias.</p> <p>% de centros de salud o unidades de gestión clínica del área sanitaria con gestión de material citotóxico y citostático de uso ambulatorio de acuerdo al protocolo establecido.</p>
	<p>4.4.7.- Identificar y controlar de forma segura los residuos y materiales peligrosos</p>		

<p>4.4.8.- Proporcionar un equipamiento sanitario fiable y seguro</p>	<p>Asegurar un programa de mantenimiento del equipamiento sanitario acorde a la ficha de cada equipo</p>	<p>% de centros de salud o unidades de gestión clínica del área sanitaria con registros de mantenimiento del equipamiento médico según ficha de equipo.</p> <p>% de centros de salud o unidades de gestión clínica del área sanitaria con registro de incidencias y mantenimiento correctivo de los equipos médicos.</p>
<p>4.4.9.- Prevenir y controlar las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria</p>	<p>Establecer una sistemática que permita la detección y el tratamiento precoz de pacientes con sepsis, sepsis grave y shock séptico en Atención Primaria</p> <p>Consolidar el Plan Autonómico de higiene de manos</p>	<p>% de dispositivos con sistemática para la detección y el tratamiento precoz de pacientes con sepsis, sepsis grave o shock séptico en Atención Primaria.</p> <p>% de centros de salud o unidades de gestión clínica del área sanitaria con PBA en envases de bolsillo para la atención domiciliaria.</p> <p>Litros de consumo de Preparado de Base Alcohólica (PBA) en los centros de Atención Primaria (Estándar > de 3 litros /10000 consultas)</p>
<p>4.4.10.- Prevenir y disminuir las resistencias antimicrobianas</p>	<p>Establecer una guía terapéutica para el uso correcto de antibióticos</p> <p>Elaborar y difundir periódicamente el mapa de resistencias y sensibilidad a antibióticos</p> <p>Definir criterios de aislamiento y aplicar medidas que permitan el control de la difusión de microorganismos multirresistentes.</p> <p>Implementar las pruebas de diagnóstico rápido en el punto de atención al/ a la paciente.</p>	<p>% de centros de salud o unidades de gestión clínica del área sanitaria con una guía de uso adecuado de antibióticos implantada</p> <p>% de áreas con elaboración y difusión del mapa de resistencias y sensibilidades microbianas.</p> <p>% de áreas con la guía de control de la difusión de microorganismos multirresistentes en Atención Primaria implantada.</p> <p>% de centros de salud o unidades de gestión clínica con implantación de pruebas de diagnóstico rápido.</p>

		<p>Implementar los Programas de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA) en el ámbito de la Atención Primaria</p>	<p>% de centros de salud o unidades de gestión clínica del área sanitaria con política de antibióticos de uso restringido implantada. % de centros de salud o unidades de gestión clínica del área sanitaria con planes de formación específica en antibióticos.</p>
<p>4.4.11.- Identificar riesgos asociados a la asistencia sanitaria y definir el abordaje de los efectos adversos graves en Atención Primaria</p>	<p>Implantar en las áreas sanitarias el sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente (SINASP) de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria</p> <p>Formar a los y las profesionales para la adecuada modificación</p> <p>Fomentar y favorecer la comunicación de incidentes en el área sanitaria</p>	<p>% de centros de Atención Primaria con el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente implantado. (Estándar 100%)</p> <p>Porcentaje de profesionales formados en el sistema de notificación (Estándar > 80%)</p> <p>Número de notificaciones recibidas en el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del/ de la Paciente (<10 notificaciones /centro de salud/año)</p>	
	<p>4.4.12.- Implantar el Sistema de Gestión de la Calidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SINOC) y evaluar el nivel de cumplimiento de sus objetivos por la Unidad de Certificación de Calidad del SESP A</p>	<p>Certificar los centros de salud por la Unidad de Certificación de Calidad del SESP A según el modelo de calidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias</p>	<p>Porcentaje de centros de atención primaria certificados (Estándar 100%)</p>

4.5. LÍNEA 5.- ORIENTACIÓN COMUNITARIA, ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Iniciativa 4.5.1: Reforzar la Dirección de Atención Sanitaria y Salud Pública de las áreas sanitarias en sus funciones de coordinación en la atención comunitaria y en las actividades de prevención y promoción de la salud.

Establecer en cada área sanitaria la coordinación de las diferentes actividades comunitarias y de prevención y de promoción de la salud, dependiente de la Dirección de Atención Sanitaria y Salud Pública del área sanitaria, con las siguientes funciones:

- Servir de enlace con el Servicio de Salud y la Dirección General de Salud Pública para las actividades preventivas, comunitarias y de promoción de la salud.
- Coordinar las diferentes actividades de educación para la salud realizadas dentro o fuera de los centros y garantizar la coherencia, evidencia y adecuación de las mismas.
- Dinamizar los órganos de participación del área sanitaria.
- Establecer relaciones y trabajo colaborativo con otros agentes de salud existentes en el área sanitaria
- Mantener comunicación con los y las diferentes agentes de salud del territorio para la actualización del mapa de actividades comunitarias y así facilitar la posible utilización del mismo para la recomendación de activos.

Iniciativa 4.5.2: Utilización de la entrevista clínica integrada y la recomendación de activos.

La entrevista es la herramienta fundamental para establecer una buena relación terapéutica con la persona que acude a la consulta y se enfoca hacia el abordaje

psicosocial, la escucha activa, el refuerzo y fortalecimiento en la autonomía y la construcción de su salud y la contextualización en el entorno familiar y social de las personas.

La recomendación de activos de la comunidad es una herramienta más del abordaje psicosocial que se realiza en la entrevista clínica integrada, que ayuda a la desmedicalización y a conectar lo que pasa en la comunidad con lo que hay en la consulta. Es una herramienta que favorece la promoción de la salud, y revitaliza la Atención Primaria.

Permite a la medicina de familia, pediatría, enfermería y a otros profesionales de atención primaria consensuar con el y la paciente y en su caso recomendar recursos o actividades de la comunidad que puedan mejorar su bienestar. Requiere:

- Formación a los y las profesionales sanitarios en entrevista clínica y en técnicas de comunicación, así como sobre Recomendaciones de activos y sus beneficios para la salud del/de la paciente.
- Fomentar la instalación del icono del Observatorio de salud de Asturias (OSBA) a los y las profesionales interesados en su utilización en consulta.
- Fomentar la utilización de la información y recursos disponibles en la web del Observatorio de salud de Asturias (OSBA) <http://obsaludasturias.com/obsa/>

Iniciativa 4.5.3: Fomentar la educación para la salud individual y grupal orientada a los determinantes de la salud (EPS).

La educación para la salud supone el conocimiento de las personas y la población en aspectos relacionados con la salud y sus determinantes facilitando procesos de desarrollo de autonomía, habilidad y empoderamiento.

- Adecuar la educación para la salud individual o grupal a las necesidades detectadas o a los programas de promoción de la salud.

- Favorecer la participación de los y las profesionales que trabajan en Atención Primaria en los programas institucionales de EPS , reconociendo su trabajo en este ámbito y definiendo tiempos en la agenda laboral.
- Establecer una línea formativa en promoción de la salud que garantice los conocimientos, habilidades y prácticas de los y las profesionales sanitarios y de otros sectores.
- Integrar las actividades educativas con las iniciativas generadas desde el ámbito municipal (Escuelas Municipales de Salud)
- Detallar el circuito de elaboración, evaluación de la implementación, registro y evaluación de resultados de los programas de educación y promoción de la salud.
- Renovar la cartilla de salud infantil a partir del modelo que ha sido desarrollada a partir del PPJ-ASIA, con el objetivo principal de promocionar la salud, fomentar la educación sanitaria y el empoderamiento de los y las pacientes y sus cuidadores.

Iniciativa 4.5.4: Extender los programas de Autogestión de personas y cuidadores.

La salud no es un objetivo, es la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Es un concepto positivo, que incide en los recursos sociales y personales. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un/a individuo/a o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.

Aumentar las propias capacidades, adquirir herramientas y sentirse eficaces para incorporar en la vida buenos hábitos físicos y mentales de salud positiva, estos son elementos principales de los Programas de Autogestión, como concretamente es el programa Paciente Activo Asturias (PACAS).

Es lo que se ha dado en llamar “proactividad” o “paciente activo”. Personas que lejos de saber o conocer en exhaustiva sus procesos de enfermar, eligen las mejores opciones para su vida y para su salud.

Para la ayuda en su desarrollo se propone:

- Crear equipos responsables de PACAS en todas las áreas sanitarias compuestos por un/a referente de salud, un/a referente municipal y un/a referente de la ciudadanía local
- Organizar la difusión y captación de participantes de forma coordinada desde los equipos de referencia de PACAS en cada área
- Priorizar la captación a las personas y cuidadores más desfavorecidos, o con mayores necesidades de apoyo en su autocuidado
- Incluir indicadores del programa en la Cartera de servicios e incrementarlos gradualmente
- Asegurar el desarrollo homogéneo en todas las áreas sanitarias

Iniciativa 4.5.5: Extender los programas de cribado poblacionales.

- Revisar las diferentes actividades preventivas incluidas en cartera de servicios y en los diferentes programas de salud y normalizarlas.
- Programa de detección precoz del cáncer colorrectal. El cribado del Ca Colorrectal, que actualmente está limitado a las Áreas III y VII, y que durante el año 2018 se incorporará el Área I, V y VIII. Este cribado, que se extenderá a toda la Comunidad Autónoma, necesitará de un apoyo explícito de los y las profesionales de Atención Primaria para la adhesión de los y las pacientes al mismo.
- Programa de detección precoz de cáncer de cuello de útero. Actualmente es un programa de cribado oportunista, pero el planteamiento es establecer un

cribado poblacional en los próximos años. Es necesario establecer un protocolo único y criterios consensuados e ir preparando una posible adaptación en los centros de salud para la implantación poblacional.

- Programa de detección del cáncer de mama. Mantener la información sobre los criterios de detección precoz existentes en nuestro programa.

LINEA	INICIATIVA	ACCIÓN	INDICADOR
<p>4.5.- ORIENTACIÓN COMUNITARIA, ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.</p>	<p>4.5.1: Retorzar la Dirección de Atención Sanitaria y Salud Pública de las áreas sanitarias en sus funciones de coordinación con la Atención Primaria, la atención comunitaria y en las actividades de prevención y promoción de la salud.</p>	<p>Servir de enlace con el Servicio de Salud y la Dirección General de Salud Pública para las actividades preventivas, comunitarias y de promoción de la salud.</p>	<p>% de áreas sanitarias con designación de un/a responsable de la coordinación de actividades comunitarias, prevención y promoción de la salud dependiente de la Dirección de Atención Sanitaria y Salud Pública del área sanitaria.</p>
		<p>Coordinar las diferentes actividades de educación para la salud realizadas dentro o fuera de los centros y garantizar la coherencia, evidencia y adecuación de las mismas.</p>	
		<p>Dinamizar los órganos de participación del área sanitaria.</p>	<p>Número de proyectos comunitarios establecidos en el área sanitaria.</p>
		<p>Establecer relaciones y trabajo colaborativo con otros agentes de salud existentes en el área sanitaria</p>	<p>Mantener comunicación con los y las diferentes agentes de salud del territorio para la actualización del mapa de actividades comunitarias del OSBA y así facilitar la posible utilización del mismo para la recomendación de activos.</p>
<p>4.5.2: Utilización de la entrevista clínica integrada y la recomendación de activos.</p>	<p>Formación a los y las profesionales sanitarios en entrevista clínica y en técnicas de comunicación, así como sobre Recomendaciones de activos y sus beneficios para la salud del/de la paciente.</p>	<p>Fomentar la instalación del icono del Observatorio de salud de Asturias (OSBA) a los y las profesionales interesados en su utilización en consulta.</p>	<p>% de recomendación de activos para la salud por centro y por profesional.</p>
<p>Fomentar la instalación del icono del Observatorio de salud de Asturias (OSBA) a los y las profesionales interesados en su utilización en consulta.</p>		<p>% de difusión y formación a los y las profesionales de las áreas sanitarias sobre entrevista clínica y recomendaciones de activos de la comunidad.</p>	
<p>Fomentar la instalación del icono del Observatorio de salud de Asturias (OSBA) a los y las profesionales interesados en su utilización en consulta.</p>		<p>% de profesionales con el icono OSBA en Atención Primaria</p>	

		<p>Fomentar la utilización de la información y recursos disponibles en la web del Observatorio de salud de Asturias (OBSA)</p>	
	<p>4.5.3: Fomentar la educación para la salud individual y grupal orientada a los determinantes de la salud (EPS).</p>	<p>Adequar la educación para la salud individual o grupal a las necesidades detectadas o a los programas de promoción de la salud de la Dirección General de Salud Pública.</p> <p>Favorecer la participación de los y las profesionales que trabajan en Atención Primaria en los programas de EPS</p> <p>Establecer una línea formativa en EPS para profesionales del EAP y de otros sectores</p> <p>Integrar las actividades educativas con las iniciativas generadas desde el ámbito municipal (Escuelas Municipales de Salud)</p> <p>Detallar el circuito de elaboración, evaluación de la implementación, registro y evaluación de resultados de los programas de educación y promoción de la salud</p> <p>Renovar la cartilla de salud infantil a partir del modelo que ha sido desarrollada a partir del PPJ-ASIA, con el objetivo principal de promocionar la salud, fomentar la educación sanitaria y el empoderamiento de pacientes y sus cuidadores.</p>	<p>% de profesionales del EAP que realizan actividades de EPS</p> <p>% de profesionales de Atención Primaria con formación en EPS</p> <p>% de profesionales del ámbito educativo y otros que han recibido formación en EPS</p> <p>% de centros educativos o de otros ámbitos del área sanitaria donde se han realizado actividades de EPS</p>

<p>4.5.4.- Extender los programas de Autogestión de personas y cuidadores</p>	<p>Crear equipos responsables de PACAS en todas las áreas sanitarias</p>	<p>% de áreas sanitarias/EAP con responsable de PACAS. % de talleres PACAS desarrollados en las áreas sanitarias. % de pacientes con protocolo de paciente inmovilizado donde está registrado la persona cuidadora. % de las áreas sanitarias con desarrollo del programa PACAS</p>
	<p>Organizar la difusión y captación de participantes de forma coordinada desde los equipos de referencias de PACAS en cada área</p>	
	<p>Priorizar la captación a las personas y cuidadoras más desfavorecidas o con mayores necesidades de apoyo en su autocuidado.</p>	
	<p>Incluir indicadores del programa en la Cartera de Servicios e Incrementarlos gradualmente</p>	
<p>4.5.5.- Extender los programas de cribado poblacionales</p>	<p>Asegurar el desarrollo homogéneo del programa en todas las áreas sanitarias.</p>	<p>% de áreas sanitarias con programa de Cribado de Ca de Colon implantado. % de personas entre 50 y 69 años con cribado de Ca Colorrectal realizado registrado en la Historia Clínica % de mujeres entre 25 y 65 años con registro de citología vaginal en la Historia Clínica % de mujeres que participan en el programa de detección del cáncer de mama entre la población diana.</p>
	<p>Revisar las diferentes actividades preventivas incluidas en cartera de servicios y en los diferentes programas de salud y normalizarlas.</p>	
	<p>Programa de detección del cáncer de colorrectal</p>	
	<p>Programa de detección del cáncer de cuello de útero</p>	
	<p>Programa de detección del cáncer de mama</p>	

4.6. LÍNEA 6.- ATENCIÓN INTEGRAL Y COORDINACIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS.

Iniciativa 4.6.1: Poner en valor el papel de la Atención Primaria en los resultados en salud.

En esta iniciativa se plantea:

- Elaborar un Plan de Comunicación para poner en conocimiento de la población la cartera de servicios y los resultados de la Atención Primaria así como su papel nuclear en el Sistema Sanitario.
- Publicaciones mensuales de datos de actividad asistencial de Atención Primaria en el Portal Astursalud por Área Sanitaria y Comunidad Autónoma.

Iniciativa 4.6.2: Intervención en el ámbito familiar y social.

Esta iniciativa se plasma en la:

- Intervención en la prevención, detección y atención a la violencia de género, de maltrato infantil y de maltrato de mayores. Conocer los protocolos existentes y su correcto registro en los sistemas de información
- Colaboración con asociaciones y otros recursos sociales

Iniciativa 4.6.3: Potenciar la estrategia de atención a las personas con enfermedades crónicas de Asturias

En nuestra Comunidad Autónoma está instaurado, desde el año 2014, el proyecto de Personas sanas, poblaciones sanas: ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias.

Esta Estrategia se desarrollará en todos los EAPS de Asturias, en la actualidad se ha implantado en las áreas III, VII y VIII, y se extenderá al resto de Asturias.

Para lo que se llevarán a cabo las siguientes acciones:

- Establecer objetivos comunes Atención Hospitalaria-Atención Comunitaria-Atención Sociosanitaria y Salud Mental.
- Implantar en todas las áreas sanitarias el Programa de Autocuidado en la Cardiopatía Isquémica. Programa implantado en el área sanitaria III, que se extenderá el resto de las áreas sanitarias.
- Revisar los programas de atención a la cronicidad que están en marcha, para evaluar su pertinencia y grado de implantación
- Elaborar nuevos programas, si es necesario, para alcanzar el objetivo en cuanto a:
 - O Educación de paciente, familia, cuidadores
 - O Seguimiento proactivo del/de la paciente crónico/a
 - O Definición de Consultas de alta resolución de inicio en Atención Primaria e implementación.

Iniciativa 4.6.4: Desarrollar los contenidos del Plan de Atención Sociosanitaria para Asturias

Para el desarrollo de esta iniciativa se plantea:

- Mejorar la coordinación de la Atención Primaria con los hospitales de apoyo geriátricos del Área Sanitaria
- Establecer procedimientos de actuación conjuntos entre Atención Primaria, los recursos del Servicio de Ayuda en Domicilio (SAD) y los recursos de Servicios Sociales

- Mejorar la coordinación entre Atención Primaria y los centros residenciales de su área asistencial.
- Potenciar la coordinación entre pediatría de Atención Primaria y las Unidades de Atención Infantil Temprana y los equipos de intervención técnica de apoyo a la familia (EITAF, salud mental infantojuvenil...)
- Trabajar en red con servicios sociales, tercer sector y voluntariado, en aquellos casos de personas subsidiarias de cuidados paliativos y necesidades sociosanitarias.
- Identificar, en Atención Primaria, a las personas vulnerables con problemas de salud oral, para su derivación precoz a las Unidades de Salud Bucodental
- Potenciar el uso compartido de tecnologías, servicios y dispositivos de Atención Primaria con centros residenciales de personas mayores del ERA

Iniciativa 4.6.5: Desarrollar la atención domiciliaria planificada de medicina, enfermería y trabajo social.

El envejecimiento poblacional, el aumento de la cronicidad y la dependencia y el incremento de las personas que viven solas en los hogares, necesitan una planificación cada vez más ajustada de la atención domiciliaria.

- Se normalizará el proceso de atención domiciliaria, en todos los Centros de Salud de Asturias, en coordinación con servicios sociales.

LINEA	INICIATIVA	ACCIÓN	INDICADOR
<p>4.6.- ATENCIÓN INTEGRAL Y COORDINACIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS.</p>	<p>4.6.1: Poner en valor el papel de la Atención Primaria en los resultados en salud.</p>	<p>Elaborar Plan de Comunicación para los y las ciudadanos/as sobre la labor y resultados de la Atención Primaria</p>	<p>Elaboración de Plan de Comunicación para la ciudadanía sobre la labor y resultados de la Atención Primaria Campana de difusión sobre la Atención Primaria a la ciudadanía.</p>
		<p>Publicar mensualmente los datos de actividad asistencial de Atención Primaria en el portal Astursalud</p>	<p>Publicación mensual de los datos de actividad de la Atención Primaria.</p>
		<p>Intervenir en la prevención, detección y atención a la violencia de género</p>	<p>Nº de protocolos realizados en Atención Primaria Nº de notificaciones a la fiscalía según el protocolo.</p>
		<p>Intervenir en la prevención, detección y atención en maltrato infantil</p>	<p>Nº de protocolos realizados en Atención Primaria Nº de comunicaciones al Instituto de la Infancia según protocolo.</p>
		<p>Intervenir en la prevención, detección y atención en el maltrato de mayores</p>	<p>Existencia de protocolo para la detección y atención al maltrato de mayores en la Historia Clínica de Atención Primaria.</p>
		<p>Colaborar con asociaciones y otros recursos sociales</p>	<p>Nº de actividades formativas en Educación Para la Salud realizadas por los EAP en colaboración con asociaciones</p>
		<p>4.6.3: Potenciar la estrategia de atención a las personas con enfermedades crónicas de Asturias</p>	<p>Establecer objetivos comunes Atención Hospitalaria - Atención Comunitaria - Atención Sociosanitaria y Salud Mental Implantar en todas las áreas sanitarias el Programa de Autocuidado en la Cardiopatía Isquémica.</p>

		<p>Revisar los programas de atención a la cronicidad que están en marcha, para evaluar su pertinencia y grado de implantación</p>	<p>% de Áreas con el programa de atención a la cronicidad implantado.</p> <p>% de pacientes con multimorbilidad registrados por cupo</p> <p>% de áreas sanitarias con consulta colaborativa entre AP y Medicina Interna implantada.</p>
	<p>4.6.4: Desarrollar los contenidos del Plan de Atención Sociosanitaria para Asturias</p>	<p>Elaborar nuevos programas para la educación del/de la paciente crónico/a, familia y cuidadores</p> <p>Elaborar nuevos programas para el seguimiento del /de la paciente crónico/a</p> <p>Definir Consultas de Alta Resolución de inicio en Atención Primaria</p> <p>Estimular la coordinación de los Centros de Salud con los hospitales de apoyo geriátricos del Área Sanitaria</p> <p>Establecer procedimientos de actuación conjuntos entre Atención Primaria y recursos de Apoyo en domicilio (SAD) y recursos de atención diurna de Servicios Sociales</p> <p>Mejorar la coordinación entre Atención Primaria y los centros residenciales de personas mayores del ERA</p>	<p>% de cuidadores que han participado en un programa para la educación de Atención Primaria.</p> <p>% de pacientes polimedicados con protocolo de adecuación terapéutica realizado.</p> <p>Nº de Consultas de Alta Resolución por Área Sanitaria</p> <p>Porcentaje de residencias que disponen de protocolos conjuntos de cuidados en coordinación con AP</p> <p>Porcentaje de protocolos conjuntos de cuidados entre AP y la residencia puestos en marcha</p> <p>Nº de recursos de Apoyo en domicilio (SAD) y recursos de atención diurna que disponen de protocolos conjuntos de cuidados en coordinación con AP</p> <p>Nº de protocolos conjuntos de cuidados entre AP y recursos de Apoyo en domicilio (SAD) y recursos de atención diurna puestos en marcha</p> <p>Nº de centros residenciales de personas mayores del ERA que disponen de consultas planificadas del personal de salud en la propia residencia</p> <p>Nº de centros residenciales de personas mayores del ERA que disponen de protocolos conjuntos de cuidados en coordinación con AP</p> <p>Nº de protocolos conjuntos de cuidados entre AP y residencias puestos en marcha</p>

	<p>4.6.5: Desarrollar la atención domiciliaria planificada de medicina y enfermería</p>	<p>Potenciar la coordinación entre Pediatría de Atención Primaria, las Unidades de Atención Infantil Temprana y los equipos de intervención técnica de apoyo a la familia</p> <p>Trabajar en red con servicios sociales, tercer sector y voluntariado, en aquellas personas subsidiarias de cuidados paliativos y necesidades sociosanitarias.</p> <p>Identificar, en Atención Primaria, a las personas vulnerables con problemas de salud oral, para su derivación precoz a las Unidades de Salud Bucodental</p> <p>Potenciar el uso compartido de tecnologías, servicios y dispositivos de AP con centros residenciales de personas mayores del ERA.</p> <p>Normalizar el proceso de atención domiciliaria, en todos los centros de salud en coordinación con los servicios sociales.</p>	<p>Existencia de un protocolo común de coordinación entre las unidades de Atención Infantil Temprana-pediatría-servicios de rehabilitación</p> <p>Existencia de protocolo de derivación a la UAIT en la Historia Clínica de AP</p> <p>Porcentaje de personas en el proceso final de la vida con valoración o revisión de la situación de dependencia</p> <p>Porcentaje de personas en el proceso final de la vida con Documento de Instrucciones Previas otorgado en el ámbito sanitario de Asturias</p> <p>Existencia de protocolo de atención a personas al final de la vida en centros residenciales sociales</p> <p>Existencia de protocolo de promoción de la salud oral y cuidados para personas que viven en centros residenciales del ERA</p> <p>Existencia de protocolo de atención a personas con discapacidad intelectual y problemas de salud oral</p> <p>Nº de centros residenciales para personas mayores del ERA que tengan implantado un sistema de recogida de analíticas en coordinación con el SESPA</p> <p>Nº de centros residenciales para personas mayores del ERA que tengan coagulómetros integrados en la historia clínica electrónica</p> <p>Nº de centros residenciales para personas mayores del ERA que dispongan de sistemas de nebulización de apoyo</p> <p>Existencia de protocolos conjuntos sanitarios y sociales para la atención de personas en situación de dependencia en sus domicilios</p>
--	--	---	--

4.7. LÍNEA 7.- LOS CUIDADOS.

Iniciativa 4.7.1: Desarrollar procesos de cuidados normalizados para grupos de pacientes con necesidades de cuidados similares.

La mejora de la calidad de los cuidados exige que se determine la intervención de enfermería en relación a situaciones de salud concretas y que se mida los resultados de salud que se obtienen con ellas.

Para el desarrollo de esta iniciativa:

- Se definirán los diagnósticos de enfermería prevalentes en Atención Primaria, los resultados de la persona y las intervenciones de enfermería necesarias para ayudarle a conseguirlos. Se utilizarán los lenguajes profesionales estandarizados de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), la Nursing Interventions Classification (NIC) y la NOC. (Nursing Outcomes Classification).
- Se integrarán en los sistemas de información de Atención Primaria de manera que optimice la asistencia en la toma de decisiones clínicas, en la aplicación de la metodología enfermera/o.

Iniciativa 4.7.2: Asegurar la continuidad del cuidado.

Las necesidades de cuidados de las personas trascienden los ámbitos asistenciales. Los procesos de cuidados han de definirse de manera que ante una situación de salud determinada tanto la intervención de enfermería, como los resultados que miden su eficacia sean los mismos, adaptados, eso sí, al ámbito en el que se encuentra la persona. Además ha de contarse con una herramienta de comunicación entre niveles, como es el Informe de cuidados de enfermería, que describa la atención recibida en un proceso determinado.

La continuidad de los cuidados es una circunstancia que ha de tenerse en cuenta a la hora de diseñar los procesos asistenciales, por lo que:

- Se definirá la base de datos con los diagnósticos, resultados e intervenciones prevalente en Atención Primaria, integrando la atención definida para pacientes hospitalizados y de Salud Mental.
- Se implementará el Informe de cuidados de enfermería de Atención Primaria, según lo dispuesto en el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Se desarrollará la funcionalidad necesaria para ello.

Iniciativa 4.7.3: Fomentar el autocuidado mejorando la implicación de los y las ciudadanos/as en la protección de su salud y prevención de la enfermedad

El cambio de paradigma en la consideración de la persona, determina el respeto por su autonomía y la confianza en sus elecciones. En materia de cuidados de enfermería, esto implica la necesidad de poner a su disposición los conocimientos y el apoyo necesario para mejorar su autocuidado y así proteger su salud y prevenir la enfermedad o la agudización si ya existe.

Se desarrollaran las siguientes acciones:

- Detallar el circuito de captación de personas cuidadoras.
- Revisar y adecuar el actual programa de atención a las personas cuidadoras e integrarlo en todas las zonas básicas de salud.
- Colaborar con las acciones que se desarrollan en las Iniciativas 4.5.3 Fomentar la información y la educación para la salud (EPS) en la población y la 4.6.3 Potenciar la estrategia de Cronicidad en Asturias.

Iniciativa 4.7.4. Aumentar la calidad de los cuidados implementado la evidencia científica en sus procesos.

Se desarrollaran los siguientes proyectos:

- Implantación de guías de práctica clínica, con el apoyo y coordinación del Centro coordinador autonómico de Centros Comprometidos con la Excelencia en cuidados.
- Desarrollo de un proyecto de Recomendaciones al paciente basadas en evidencia
- Establecer una sistemática de información y formación a pacientes, familiares y cuidadores sobre los cuidados y sus riesgos.
- Aplicar o en su caso implantar, en base a la seguridad del/de la paciente, una sistemática que permita:
 - Prevención de caídas en los y las pacientes.
 - Prevención de úlceras por presión.
 - Detectar y abordar el dolor de los y las pacientes de una forma integral.
 - Actuar ante situaciones de emergencia grave de los y las pacientes.

LINEA	INICIATIVA	ACCIÓN	INDICADOR
4.7.- LOS CUIDADOS.	4.7.1.- Desarrollar procesos de cuidados normalizados para grupos de pacientes con necesidades de cuidados similares	Definir los diagnósticos de enfermería prevalentes en Atención Primaria, los resultados y las intervenciones de enfermería. Lenguaje NANDA, NIC y la NOC.	% de protocolos vigentes en Atención Primaria en los que se han definido diagnósticos de enfermería
		Integrar en los sistemas de información de Atención Primaria de manera que optimice la asistencia en la toma de decisiones clínicas con la metodología enfermera/o.	Existencia de un asistente de metodología de enfermería en la Historia Clínica de AP
	4.7.2.- Asegurar la continuidad del cuidado	Definir la base de datos con los diagnósticos, resultados e intervenciones prevalentes en Atención Primaria, integrándolo con la atención hospitalaria y de Salud Mental.	Existencia de la base de datos con los diagnósticos, resultados e intervenciones prevalentes en Atención Primaria.
		Implementar el Informe de cuidados de enfermería en Atención Primaria según lo dispuesto en el Real Decreto 1093/2010	% de áreas sanitarias con informe de cuidados de enfermería en AP implantado.
	4.7.3.- Fomentar el autocuidado mejorando la implicación de los y las ciudadanos/as en la protección de su salud y prevención de la enfermedad	Detallar el circuito de captación de personas cuidadoras	% de EAP con circuito de captación de personas cuidadoras implantado.
		Revisar y adecuar el actual programa de atención a las personas cuidadoras e integrarlo en todas las zonas básicas de salud.	% de Áreas Sanitarias con programa de atención a las personas cuidadoras revisado.
Colaborar con las acciones de las iniciativas 4.5.3 sobre fomentar la información y la EPS y la 4.6.3 para potenciar la estrategia de Cronicidad en Asturias.		% de profesionales de AP con formación específica en EPS que participan en actividades educativas en la comunidad.	

	<p>4.7.4.- Aumentar la calidad de los cuidados implementando la evidencia científica en los procesos de cuidados</p>	<p>Implantar las guías de práctica clínica, con el apoyo y coordinación del Centro Coordinador Autonómico de Centros Comprometidos con la Excelencia en cuidados</p> <p>Desarrollar un proyecto de Recomendaciones al paciente basadas en evidencia</p> <p>Elaborar una sistemática de información y formación a pacientes, familiares y cuidadores sobre los cuidados y sus riesgos</p> <p>Implantar sistemática prevención de caídas en los y las pacientes</p> <p>Implantar sistemática prevención de úlceras por presión</p> <p>Implantar sistemática para detectar y abordar el dolor de los y las pacientes de una forma integral</p> <p>Implantar sistemática para actuar ante situaciones de emergencia grave de los y las pacientes</p>	<p>% de centros comprometidos con la excelencia que disponen de guías de práctica clínica.</p> <p>% de áreas sanitarias con desarrollo de un proyecto de Recomendaciones al paciente basadas en evidencia.</p> <p>% de centros de salud o unidades de gestión clínica del área sanitaria con sistemática implantada para la información y formación a pacientes y familiares sobre los cuidados y los riesgos. (Estándar 100%)</p> <p>% de pacientes >65 años con valoración de riesgo de caídas, realizado en AP (Estándar > 80%)</p> <p>Número de pacientes valorados en AP con riesgo de caídas alto. (Monitorizar)</p> <p>% de pacientes con riesgo de caídas evaluado en AP que reciben consejo /información sobre prevención de caídas.</p> <p>Número de paciente inmovilizados que tienen realizada valoración de riesgo de UPP en AP. (Estándar 100%)</p> <p>% de paciente inmovilizados en AP para los que se ha establecido un plan de cuidados de UPP. (Estándar 100%)</p> <p>% de centros de salud o unidades de gestión clínica del área sanitaria con un procedimiento implantado para la detección y abordaje del dolor crónico (Estándar 100%)</p> <p>% de áreas sanitarias con un protocolo implantado de RCP (Estándar 100%)</p>
--	---	--	--

4.8. LÍNEA 8.- FORMACIÓN Y DOCENCIA

Iniciativa 4.8.1: Establecer un plan plurianual de formación

La Formación Continuada es un elemento esencial en cualquier organización, y lo es especialmente en aquellas en que la gestión del conocimiento y los avances de la tecnología tiene que aplicarse, sin solución de continuidad, a un colectivo numeroso y diverso.

Para la implementación de esta iniciativa:

- Se elaborará un plan plurianual de formación que estará basado en la detección de necesidades a nivel de organización sanitaria y a nivel de los profesionales, teniendo en cuenta las líneas estratégicas de la Consejería de Sanidad y del SESPA. Las actividades planificadas se diseñarán, atendiendo a las necesidades de salud de la población y adecuados a los diferentes perfiles profesionales.

Iniciativa 4.8.2: Revisar y desarrollar el papel de los y las tutores/as y centros docentes en el presente y futuro de la organización sanitaria

Esta revisión y desarrollo se materializará en las siguientes acciones:

- Formación específica y reglada para tutores/as y colaboradores/as docentes universitarios de pregrado, y personal en formación de AFyC, Pediatría y Enfermería.
- Convertir los centros docentes en centros de referencia.
- Velar y asegurar el cumplimiento de unas condiciones necesarias para el desempeño de la labor formativa.
- Recuperar la acreditación docente de las áreas sanitarias I, II, VI, VII y Jove.

- Incentivar y promover la figura de los y las tutores/as de medicina de familia, pediatría y enfermería.

Iniciativa 4.8.3: Mejorar los conocimientos y habilidades de los y las profesionales en las estrategias claves del sistema sanitario.

Esta iniciativa se concreta en:

- Normalizar un Plan de Acogida dirigido a todo profesional nuevo con los aspectos e información de las estrategias clave del sistema sanitario, seguridad, plan de autoprotección y normativas de obligado cumplimiento.
- Implantar un plan de formación continua en el uso de la historia clínica electrónica, con especial énfasis en la información que debe contener, la restricción de siglas y abreviaturas, y la normalización y difusión de los informes, que permita asegurar que se conocen y usan todos los recursos disponibles en la misma.

LINEA	INICIATIVA	ACCIÓN	INDICADOR
<p>4.8.- FORMACIÓN Y DOCENCIA</p>	<p>4.8.1: Establecer un plan plurianual de formación</p>	<p>Elaborar un plan plurianual de formación basado en la detección de necesidades de la organización sanitaria y los profesionales dentro de las líneas estratégicas de la Consejería de Sanidad y del SESPA.</p>	<p>Elaborar y desarrollar Plan de Formación anual basado en las líneas estratégicas de la organización y en las necesidades detectadas por la organización y los profesionales sanitarios.</p>
	<p>4.8.2: Revisar y desarrollar el papel de los y las tutores/as y centros docentes en el presente y futuro de la organización sanitaria</p>	<p>Desarrollar formación específica y reglada para tutores y colaboradores docentes universitarios de pregrado, y personal en formación de MFYC, Pediatría y Enfermería.</p> <p>Convertir los centros docentes en centros de referencia</p> <p>Velar y asegurar el cumplimiento de unas condiciones necesarias para el desempeño de la labor formativa.</p> <p>Recuperar la acreditación docente de las áreas sanitarias I, II, VI, VII y Jove.</p> <p>Incentivar y promover la figura de los y las tutores/as en Atención Primaria</p>	<p>Creación la Unidad Docente de Atención Primaria en la Universidad de Oviedo</p> <p>Elaborar Decreto de estructura de Formación Sanitaria Especializada del Servicio de Salud del Principado de Asturias</p> <p>Continuar trámites para la recuperación de la acreditación docente de las áreas sanitarias I, II, VI, VII y Jove.</p> <p>Convertir los centros docentes en centros de excelencia.</p>
	<p>4.8.3.- Mejorar los conocimientos y habilidades de los y las profesionales en las estrategias claves del sistema sanitario.</p>	<p>Normalizar un Plan de Acogida dirigido a todo profesional nuevo con los aspectos e información de las estrategias clave del sistema sanitario, seguridad, plan de autoprotección y normativas de obligado cumplimiento</p> <p>Implantar un plan de formación continua en el uso de la historia clínica electrónica, información que debe contener, restricción de siglas y abreviaturas y la normalización y difusión de los informes.</p>	<p>% de profesionales nuevos que han recibido un Plan de Acogida para el desarrollo de su trabajo con la información clave sobre seguridad, plan de autoprotección y normativas de obligado cumplimiento (Estándar 100%)</p> <p>% de Historias Clínicas que cumplen los criterios de calidad establecidos (Estándar 100%)</p> <p>% de profesionales con formación en el uso de la historia clínica electrónica (Estándar 100%)</p>

4.9. LÍNEA 9.- INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Iniciativa 4.9.1: Potenciar la investigación en Atención Primaria.

En esta iniciativa se desarrollarán las siguientes acciones:

- Identificación de las necesidades y situación actual de la investigación en Atención Primaria
- Establecer una estrategia para potenciar la investigación en Atención Primaria dentro del Plan Estratégico del Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias. (ISPA)
- Formación y herramientas de ayuda metodológica para la investigación.

LINEA	INICIATIVA	ACCIÓN	INDICADOR
4.9.- INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA.	4.9.1: Potenciar la investigación en Atención Primaria	<p>Identificar las necesidades y situación actual de la investigación en Atención Primaria</p> <p>Establecer una estrategia para potenciar la investigación en Atención Primaria dentro del Plan Estratégico del Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA)</p> <p>Establecer formación y herramientas de ayuda metodológica para la investigación</p>	<p>Elaborar mapa de necesidades y recursos de investigación en Atención Primaria</p> <p>Potenciar la creación de grupos de investigación y proyectos de investigación en el ámbito de la Atención Primaria</p> <p>% de profesionales de Atención Primaria con formación en Metodología de Investigación.</p>

5. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA

Una parte esencial de la estrategia es el establecimiento de mecanismos para el seguimiento y desarrollo de la misma, así como la evaluación de su implementación mediante la cumplimentación de una serie de indicadores, cuantitativos y cualitativos, que midan los resultados.

El seguimiento va a permitir corregir y subsanar posibles carencias en su implantación aprobando nuevas actuaciones a partir de los resultados obtenidos.

Para el seguimiento y evaluación se plantea la constitución de una Comisión de Seguimiento de la *“Estrategia para un nuevo enfoque de la Atención Primaria. Principado de Asturias 2018 - 2021”*.

La Comisión de Seguimiento estará presidida por la persona titular de la Dirección responsable en materia de planificación sanitaria en la Consejería de Sanidad, y formarán parte de la misma:

- La persona responsable de la asistencia sanitaria en el Servicio de Salud
- La persona responsable de la coordinación de la Estrategia.
- Dos técnicos de la Consejería de Sanidad, uno de ellos de la DG de Salud Pública.
- Tres técnicos del Servicio de Salud
- Dos personas de los Equipos Directivos de las áreas sanitarias.
- Dos personas en representación de la Sociedad Asturiana de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC)
- Dos personas en representación de la Sociedad de Enfermería en Atención primaria de Asturias (SEAPA)

- Dos personas en representación de la Sociedad española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN Asturias)
- Dos personas en representación de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG Asturias)
- Dos persona en representación de la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria (AAPap)

Ejercerá como Secretario la persona responsable de la coordinación de la estrategia.

La Comisión de Seguimiento se reunirá trimestralmente y tendrá las funciones de poner en marcha la estrategia, marcar el cronograma y los responsables de cada acción, establecer la planificación de la difusión y comunicación de la estrategia, elaborar el plan de formación en relación con las medidas de la estrategia, analizar la implantación y los indicadores monitorizados y evaluar los resultados de las medidas e iniciativas.

6. ANEXOS.-

6.1.- ANEXO 1.- CARTERA DE SERVICIOS

Uno de los aspectos que recogía la Ley de Cohesión y Calidad es el desarrollo de la Cartera de Servicios, que se estableció inicialmente en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Este Real Decreto del año 1995 recogía en su anexo I las prestaciones sanitarias facilitadas a las personas por el Sistema Nacional de Salud, entre las que destacaban las referidas a Atención Primaria.

Posteriormente se promulgó el vigente Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. En este Real Decreto se describe la Cartera de Servicios que debe implementarse en todas las CCAA en los ámbitos de Atención Primaria, Atención Especializada, Salud Pública, Salud Mental, Urgencias, Prestación Farmacéutica, Prestación Ortoprotésica, etc.

El nuevo Real Decreto 1030/2006, actualiza las prestaciones y añade nuevas competencias de la Atención Primaria, que se suman a las anteriores:

- Atención a la Adolescencia.
- Atención a personas con conductas de riesgo
- Atención a personas mayores
- Atención paliativa a enfermos terminales
- Atención a la Salud Mental

La Cartera de Servicios en Atención Primaria es completa y la desarrollan los Equipos de Atención Primaria y las Unidades de Área Sanitaria, que despliegan su

actividad en los Centros de Salud, Consultorios Periféricos, Consultorios Locales y domicilios.

Esta cartera comprende:

- Atención sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo
- Indicación o prescripción y realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos
- Actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria
- Actividades de información y vigilancia en la protección de la salud
- Rehabilitación básica
- Atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos
- Atención paliativa a enfermos terminales
- Atención a la salud mental en coordinación con los servicios de la red de Salud Mental.
- Atención a la salud bucodental

6.2.- ANEXO 2.-ACTIVIDAD ASISTENCIAL

	2013	2014	2015	2016	2017
MEDICINA					
Nº Total de Consultas	5.709.079	5.549.222	5.040.024	4.875.811	4.613.490
Presión Asistencial Real	37,93	37,03	33,99	33,48	31,65
%Población Atendida	74,57	74,98	75,74	77,78	78,67
Frecuentación real acumulada	8,09	7,82	7,11	6,75	6,35
PEDIATRÍA					
Nº Total de Consultas	634.481	605.407	600.296	597.010	567.509
Presión Asistencial Real	21,56	20,67	20,71	21,07	20,27
%Población Atendida	84,75	82,87	81,83	85,82	85,22
Frecuentación real acumulada	7,02	6,83	5,14	5,26	6,37
ENFERMERÍA					
Nº Total de Consultas	3.689.956	3.565.805	3.351.131	3.305.433	3.248.513
Presión Asistencial Real	24,52-	23,78-	22,56-	22,3-	21,83-
Enf. Familia-Enf. Pediatría	13,52	13,14	12,4	13,61	14,5
%Población Atendida	49,74-	48,6-	48,2-	47,27-	47,68-
Enf. Familia-Enf. Pediatría	58,53	57,72	54	58,05	64,62
Frecuentación real acumulada	7,29-	7,21-	6,91-	6,95-	6,76-

Enf. Familia-Enf. Pediatría	4,06	3,98	3,96	4,14	3,99
UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL					
Consultas	45.533	44.773	46.344	47.507	46.229
UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL					
Consultas	147.628	149.046	146.654	145.010	145.423
UNIDAD DE FISIOTERAPIA					
Consultas	367.939	373.020	362.784	355.740	353.254
MATRONA					
Consultas	63.165	70.874	72.446	68.866	86.503
ATENCIÓN CONTINUADA					
Nº Total de Usuarios/as Atendidos	849.352	868.372	904.390	945.770	956.740
Media Total Usuarios/as por dispositivo/día	23,81	24,26	28,12	27,09	26,87
% Usuarios/as derivados al hospital	3,41	3,18	3,43	3,37	3,36
DERIVACIONES ADULTOS	2013	2014	2015	2016	2017
LABORATORIO					
Nº Derivaciones Laboratorio	487.795	507.506	526.256	550.330	577.545
Derivaciones Laboratorio x 1.000 habitantes >= 14 años	515,56	535,93	561,59	592,74	625,28
Derivaciones Laboratorio x 1.000 consultas en >= 14 años	85,16	91,38	104,48	112,85	125,01
RADIOLOGÍA					
Nº Derivaciones Radiología	137.816	142.372	146.937	152.898	157.512

Derivaciones Radiología x 1.000 habitantes >= 14 años	145,66	150,34	156,80	164,68	170,53
Derivaciones Radiología x 1.000 consultas en >= 14 años	24,10	25,64	29,20	31,37	34,10
INTERCONSULTAS					
Nº Derivaciones Interconsultas	480.730	481.870	490.723	488.407	492.592
Derivaciones Interconsultas x 1.000 habitantes >= 14 años	508,09	508,85	523,67	526,04	533,31
Derivaciones Interconsultas x 1.000 consultas en >= 14 años	84,07	86,84	97,47	100,14	106,81

DERIVACIONES PEDIATRÍA	2013	2014	2015	2016	2017
LABORATORIO					
Nº Derivaciones Laboratorio	17.729	18.148	18.214	20.524	20.498
Derivaciones Laboratorio x 1.000 habitantes 0-14 años	166,26	169,63	171,02	194,79	195,99
Derivaciones Laboratorio x 1.000 consultas en 0-14 años	28,50	30,40	30,83	34,95	36,46
RADIOLOGÍA					
Nº Derivaciones Radiología	8.187	8.514	8.940	8.083	8.194
Derivaciones Radiología x 1.000 habitantes 0-14 años	76,78	79,58	83,94	76,72	78,35

Derivaciones Radiología x 1.000 consultas en 0-14 años	12,97	14,24	14,96	13,61	14,50
INTERCONSULTAS					
Nº Derivaciones Interconsultas	37.724	38.048	38.432	38.072	37.827
Derivaciones Interconsultas x 1.000 habitantes 0-14 años	353,77	355,64	360,85	361,34	361,68
Derivaciones Interconsultas x 1.000 consultas en 0-14 años	60,07	63,54	64,62	64,57	67,12

7.- GRUPO DE TRABAJO

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIO DE SALUD

BEATRIZ LÓPEZ PONGA.
BERNABÉ FERNÁNDEZ GONZÁLEZ.
DELIA PEÑACOBIA MAESTRE.
EMILIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ.
EMILIO VELASCO CASTAÑÓN.
LAURA MUÑOZ FERNÁNDEZ.
LUIS GAGO ARGÜELLO.

LUIS MARTINEZ ESCOTET.
MARTA PISANO GONZÁLEZ.
M CONCEPCIÓN SAAVEDRA RIELO.
ROCIO ALLANDE DÍAZ.
ROSARIO FERNÁNDEZ FLOREZ.
ROSENDO ARGÜELLES BARBÓN.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

Sociedad Asturiana de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC)

Sociedad de Enfermería de Atención Primaria del Principado de Asturias (SEAPA)

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN Asturias)

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG Asturias)

Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria (AAPap)

COLABORADORES/REVISORES

CARMEN GARCIA GONZÁLEZ
CARMEN ROYO CELADA
JOSÉ ÁNGEL ARBESÚ PRIETO.
JOSÉ MARÍA BLANCO GONZÁLEZ.
JOSÉ RAMÓN QUIRÓS GARCÍA.
JUAN SAAVEDRA MIJÁN.
MARCIAL ARGÜELLES SUÁREZ
ROSARIO HERNÁNDEZ ALBA
RUTH ÁLVAREZ OVIEDO.

MIGUEL ANGEL PRIETO GARCÍA
M NERI IGLESIAS FERNÁNDEZ.
OSCAR SUÁREZ ÁLVAREZ
OSCAR VEIRAS DEL RIO.
RAFAEL COFIÑO FERNÁNDEZ.
ROBERTO FONSECA ÁLVAREZ.
ROBERTO RODRÍGUEZ REGO.
SILVIA DÍAZ FERNÁNDEZ.

8.- BIBLIOGRAFÍA

1. Aguiló E. Contexto actual de la Atención Primaria: Dificultades y oportunidades para las actividades comunitarias. Revista clínica electrónica en Atención Primaria. Set 2008;16:1-6. Disponible en: <https://ddd.uab.cat/record/98658>
2. Aibar Remón C. ¿Nos creemos de verdad la necesidad de la participación del paciente? Rev Calid Asist. 24(5):183-4.
3. Aranaz JM, Mira JJ, Guilabert M, Herrero JF, Vitaller J y Grupo de Trabajo Segundas Víctimas. Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre las segundas víctimas. Trauma Fund MAPFRE 2013; 24: 54-60.
4. Astier-Peña MP, Torijano-Casalengua ML, Olivera-Cañadas G, Silvestre-Busto C, Agra-Varela Y, Maderuelo-Fernández J. Are Spanish primary care professionals aware of patient safety? Eur J Public Health.
5. Benedé Azagra CB. Actividades Comunitarias Desarrolladas en la Atención Primaria de Salud a través de los Equipos de Atención Primaria de Aragón. Universidad de Zaragoza; 2015 (tesis doctoral). Premio Isabel Fernández semFYC 2008. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=1215222>
6. Berger Z, Flickinger T, Dy S. Promoting Engagement by Patients and Families To Reduce Adverse Events. Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. 2013.
7. Bernáldez JP, Ruiz MVL. Repercusiones de la pobreza sobre la salud de los individuos y las poblaciones. FMC. 1 de febrero de 2016;23(2):50-60.

8. Borrel F, Bosch JM. Entrevista clínica y relación asistencial. La atención centrada en la persona. Cap. 4 del libro Atención Primaria. 7.^a Ed. Martín Zurro, et al. 2014 Elsevier.
9. Capella J, Braddick F, Schwartz H, Segura L, Colom J. Los retos de la prescripción social en la Atención Primaria de Catalunya: la percepción de los profesionales. Comunidad. Septiembre 2016;18(2):7.
10. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1986. Declaración de Shanghái sobre la Promoción de la Salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Shanghái, 2016.
11. Cofiño R, Álvarez B, Fernández S, Hernández R. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? Aten Primaria. 2005;35(9):478-483
12. Cofiño, R, Aviñó, D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? Gac Sanit. 2016;30(Supl. 1):93-98.
13. Consejo Económico y Social de Asturias. ¿Quién vive aquí? Envejecimiento, territorio y salud. Boletín 1 del Observatorio de Salud en Asturias. Dirección General de Salud Pública. Marzo, 2012. Disponible en <http://WWW.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/OBSA1m.pdf>
14. Decreto 31/2015, de 29 de abril, por el que se regulan la participación profesional y las comisiones clínicas en las áreas sanitarias del Servicio de Salud del Principado de Asturias [Internet]. Consejería de Sanidad. 2015 [citado 8 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <https://sede.asturias.es/portal/site/Asturias/menuitem.1003733838db7342ebc4e191100000f7/?vgnextoid=d7d79d16b61ee010VgnVCM1000000100007fRCRD&fecha=07/05/2015&refArticulo=2015-07890&i18n.http.lang=es>

15. Escartín P, Gimeno L. La historia de Pilar (lo socioeconómico en la consulta) (AMF 2013) No todo es clínica [Internet]. 2013 [citado 4 de julio de 2016]. Disponible en: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1159
16. Escartín P, Gimeno L, Cofiño R (2016) [Medicina Comunitaria en nuestro día a día. Gestión de lo Cotidiano](#) (2ª Edición). Barcelona: semFYC.
17. Estrategia de Atención Primaria de Andalucía. http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_renovacionap
18. Health I. In defence of a National Sickness Service. BMJ. 4 de enero de 2007;334(7583):19-19.
19. Informe anual 2016-2017. Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias a los antibióticos. Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
20. Instituto Nacional de la Salud. Atención Primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia. Madrid 2002.
21. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err Is Human: Building a Safer Health System. The National Academies Press; 2000.
22. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm 274, 15 noviembre 2002. :40126 a 40132.
23. López S, Suárez O, Cofiño R (coordinación técnica). Guía ampliada para la recomendación de activos (“prescripción social”) en el sistema sanitario. Principado de Asturias. Disponible en https://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/guia_ampliada_af.pdf

24. Manual de educación para la salud. Pamplona: Gobierno de Navarra; 2007.
Disponible en: <https://goo.gl/hoSj8i>
25. March S, Jordán M, Montaner I, Benedé CB, Elizalde L, Ramos M; el grupo del Proyecto frAC. ¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en atención primaria: Proyecto frAC. *Gac Sanit.* 2014;28(4):267-273.
26. March S, Torres E, Ramos M, Ripoll J, García A, Bulilete O, et al. Adult community health-promoting interventions in primary health care: A systematic review. *Prev Med.* 2015;76:S94-104.
27. March S, Ripoll J, Jordan Martin M, Zabaleta E, Benedé Azagra CB, Elizalde L et al. Factors related to the development of health-promoting community activities in Spanish primary healthcare: two case-control studies. *BMJ Open* 2017;7:e015934.
28. Martín-Delgado M, Fernández-Maillo M, Bañeres-Amella J, Campillo-Artero C, Cabré-Pericas L, Anglés-Coll R, et al. Conferencia de consenso sobre información de eventos adversos a pacientes y familiares. *Rev Calid Asist.* 2013;28(6):381-9.
29. Minnesota Department of Health. Consumer Guide to Adverse Health Events [Internet]. 2013 [citado 6 de febrero de 2018]. Recuperado a partir de: <http://www.health.state.mn.us/patientsafety/publications/consumerguide13.pdf>
30. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid 2015. [Consultado 14 enero 2018]. Disponible

en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicar_Reducir_Desigualdades.pdf

31. Ministerio de Sanidad. Proyecto AP21: Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria de Salud. 2007-2012.
32. Ministerio de Sanidad y Política Social. Cartera de servicios de atención primaria Desarrollo, organización, usos y contenido. Mayo 2010
33. Montaner I, Foz I, Pasarín MI. La salud: ¿un asunto individual...?. AMF 2012;8(7):374-382.
34. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Promot Educ. 2007;Suppl 2:17-22.
35. National Patient Safety Agency. Seven steps to patient safety: full reference guide [Internet]. 2004 [citado 6 de febrero de 2018]. Recuperado a partir de: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/>
36. Ontario College of Family Physicians. Poverty. A clinical tool for primary care in Ontario. Ontario: Ontario College of Family Physicians, University of Toronto; 2013.
37. Perez M, Elorriaga M, Castelao A, Rossell M, Berros M, Escribano R. Guía para la Gestión de Residuos Sanitarios del Principado de Asturias [Internet]. Consejería de Sanidad. 2014 [citado 6 de febrero de 2018]. Recuperado a partir de: https://tematico8.asturias.es/export/sites/default/consumo/sanidadAmbienta/sanidad-ambiental-documentos/guia_residuos.pdf
38. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con

- discapacidad y de su inclusión social [Internet]. BOE-A-2013-12632. [citado 6 de febrero de 2018]. p. 95635-73. Recuperado a partir de: <http://www.boe.es/boe/dias/2013/12/03/pdfs/BOE-A-2013-12632.pdf>
39. Reutter L, Kushner KE. "Health equity through action on the social determinants of health": taking up the challenge in nursing. *Nurs Inq.* 2010 Sep;17(3):269-80
40. Rodriguez Caldero C. Atención a las personas en su contexto social. *AMF* [Internet]. 2008 [citado 2011 Sep 2];4(4):195-202. Available from: http://www.amf-semfyc.com/web/downloader_articuloPDF.php?idart=355&id=Atencion_a_las_personas_en_su_contexto_social.pdf
41. SADEI (Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales)(Internet). Asturias. Disponible en <http://www.sadei.es/es/portal.do;jsessionid=D49C0712668A011D88ED0211FAB205FE>
42. Saturno P. Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica. *Rev Calid Asist.* 2009;24(3):124-30.
43. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Plan de Acción con Atención Primaria de Salud 2041-2015. Abril 2014.
44. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Proyecto de Gestión y Organización del proceso asistencial en Atención Primaria. 2008.
45. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Sistema de Información de Atención Primaria(SIAP). Informa de Indicadores de Actividad de Atención Primaria 2013-2107.
46. Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales (SADEI). Padrón de Habitantes de Asturias 2017.

47. Sociedad Asturiana de Medicina Familiar y Comunitaria. Propuestas para la mejora en el desempeño en Atención Primaria. Plan de acción para Atención Primaria 2017-2019. Agosto 2017.
48. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Orientación comunitaria: hacer y no hacer en Atención Primaria. 2018. Disponible en: <http://e-documentossemfyc.es/orientacion-comunitaria-hacer-y-no-hacer-en-atencion-primaria/>
49. Solet D, Norvell J, Rutan G, Frankel R. Lost in translation: challenges and opportunities in physician-to-physician communication during patient handoffs. Acad Med. 2005;80(12):1094-9.
50. Studdert D, Richardson M. Legal aspects of open disclosure: a review of Australian law. Med J Aust. 2010;193(5):273-6.
51. The HPI SEC & SSER Patient Safety Measurement System for Healthcare [Internet]. Healthcare Performance Improvement, LLC. 2009 [citado 6 de febrero de 2018]. Recuperado a partir de: <http://hpiresults.com/docs/PatientSafetyMeasurementSystem.pdf>
52. The Joint Commission. Leadership committed to safety [Internet]. Alerta nº 43. 2009 [citado 6 de febrero de 2018]. Recuperado a partir de: http://www.jointcommission.org/assets/1/18/sea_43.pdf
53. The Joint Commission International. Metas internacionales en seguridad del paciente [Internet]. Joint Commission International Accreditation Standards for Ambulatory Care. 2015 [citado 6 de febrero de 2018]. Recuperado a partir de: http://es.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/JCI_Ambulatory_Care_3e_STANDARDS_ONLY.pdf
54. The Joint Commission. Sentinel Event Data Root Causes by Event Type 2004 - 2014 [Internet]. [citado 6 de febrero de 2018]. Recuperado a partir de:

http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Root_Causes_by_Event_Type_2004-2014.pdf

55. Turabián JL, Pérez Franco B. Atención médica individual con orientación comunitaria - atención contextualizada: la figura es el fondo. Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria 2003. [Consultado 14 enero 2018].
<http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=16&art=08>
56. Turabián JL, Pérez Franco B. [Grandes misterios. ¿Puedes ver al monstruo del lago Ness?: el modelo biopsicosocial y las actividades comunitarias.](#) Atención Primaria, 2007; 38 (5): 216-4
57. [Turabián JL, Franco BP. Reflexiones sobre el presente y el futuro de la medicina de familia. Gac Sanit. 2013.](#)
58. Wilkinson R, Marmot M. Determinantes sociales de salud. Los hechos probados. 2003. (Consultado 15-12-2017) Disponible en <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/hechosProbados.pdf>
59. World Health Organization. Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks [Internet]. 2013 [citado 6 de febrero de 2018]. Recuperado a partir de: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/185779/e96814.pdf
60. World Health Organization. Prioridades mundiales para la investigación sobre seguridad del paciente [Internet]. [citado 6 de febrero de 2018]. Recuperado a partir de: http://www.who.int/patientsafety/research/priority_setting/es/
61. Wu AW. Medical error: the second victim. BMJ 2000; 320:726-7.
62. Zinn C. 14000 preventable deaths in Australian hospitals. BMJ [Internet]. 10 de junio de 1995 [citado 6 de febrero de 2018];310(6993):1487-1487. Recuperado a partir de: <http://europepmc.org/abstract/med/7787586>

