



# Plan de Atención Primaria de Salud **Castilla-La Mancha**

*Dirección General de Atención Primaria*



# Índice

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |                                                                                                                                                                                          |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>1. Introducción</b>                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>11</b> |                                                                                                                                                                                          |            |
| 1.1. Marco conceptual                                                                                                                                                                                                                                                                            | 11        |                                                                                                                                                                                          |            |
| 1.2. Marco normativo                                                                                                                                                                                                                                                                             | 12        |                                                                                                                                                                                          |            |
| 1.3. Marco estratégico                                                                                                                                                                                                                                                                           | 16        |                                                                                                                                                                                          |            |
| <b>2. Ámbito territorial</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>20</b> |                                                                                                                                                                                          |            |
| <b>3. Análisis de la situación</b>                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>26</b> |                                                                                                                                                                                          |            |
| <b>4. Estructura y Órganos de gobernanza</b>                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>32</b> |                                                                                                                                                                                          |            |
| <b>5. Plan de Atención Primaria de Salud en Castilla-La Mancha</b>                                                                                                                                                                                                                               | <b>33</b> |                                                                                                                                                                                          |            |
| 5.1. Elaboración y metodología                                                                                                                                                                                                                                                                   | 33        |                                                                                                                                                                                          |            |
| 5.2. Seguimiento y Evaluación                                                                                                                                                                                                                                                                    | 34        |                                                                                                                                                                                          |            |
| 5.3. Objetivos generales y específicos, líneas de acción e indicadores                                                                                                                                                                                                                           | 35        |                                                                                                                                                                                          |            |
| • Objetivo general 1: Dotar de la financiación adecuada necesaria para la implementación efectiva del presente plan                                                                                                                                                                              | 36        |                                                                                                                                                                                          |            |
| • Objetivo general 2: Incrementar el número de profesionales, garantizar su disponibilidad y mejorar las condiciones laborales de manera que se posibilite la accesibilidad, longitudinalidad, estabilidad, atracción del talento y en consecuencia se reduzca la temporalidad por debajo del 8% | 38        |                                                                                                                                                                                          |            |
| • Objetivo general 3: Aumentar la capacidad resolutive                                                                                                                                                                                                                                           | 42        |                                                                                                                                                                                          |            |
| • Objetivo general 4: Impulsar los sistemas de información y digitalización                                                                                                                                                                                                                      | 46        |                                                                                                                                                                                          |            |
| • Objetivo general 5: Consolidar el rol de las Enfermeras/os especialistas en Familiar y Comunitaria                                                                                                                                                                                             | 50        |                                                                                                                                                                                          |            |
| • Objetivo general 6: Reorganizar los equipos de Atención Primaria y los roles de cada perfil profesional                                                                                                                                                                                        | 54        |                                                                                                                                                                                          |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           | • Objetivo general 7: Adoptar la actualización de la cartera de servicios de Atención Primaria y ejecutar los cambios normativos                                                         | 57         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           | • Objetivo general 8: Fomentar la calidad asistencial y la practica basada en la evidencia científica                                                                                    | 61         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           | • Tabla de Priorización "No hacer"                                                                                                                                                       | 67         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           | • Objetivo general 9: Reforzar la orientación comunitaria, la promoción de la salud y la prevención en Atención Primaria                                                                 | 69         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           | • Objetivo general 10: Reforzar el liderazgo de la Atención Primaria como eje vertebrador del SNS poniendo en valor y difundiendo su impacto en resultados en salud y equidad            | 75         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           | • Objetivo general 11: Reforzar la Gobernanza y el modelo de dirección y liderazgo en Atención Primaria                                                                                  | 79         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           | • Objetivo general 12: Mejora la accesibilidad y gestionar la demanda asistencial con nuevos modelos organizativos                                                                       | 83         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           | • Objetivo general 13: Potenciar la docencia, la formación y la investigación en el ámbito de Atención Primaria de la Salud, así como la innovación y la transparencia de sus resultados | 89         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           | <b>6. Anexos</b>                                                                                                                                                                         | <b>94</b>  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           | 6.1 Grupo de trabajo para la elaboración y redacción del Plan de Atención Primaria                                                                                                       | 94         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           | 6.2 Revisores externos                                                                                                                                                                   | 97         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           | 6.3 Resumen de indicadores                                                                                                                                                               | 97         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           | <b>7. Bibliografía</b>                                                                                                                                                                   | <b>101</b> |





# Consejero de Sanidad

## Plan de Atención Primaria de Salud

Hace años, ante el reto de establecer un nuevo modelo para nuestro sistema sanitario público, que respondiera a nuestra realidad y necesidades específicas, definimos una hoja de ruta estratégica de manera ampliamente participada, que fue **nuestro Plan de Salud de Castilla-La Mancha Horizonte 2025**. Ya se apuntaba en ese momento la necesidad de orientar el sistema hacia la salud más que sólo a la respuesta ante la enfermedad, por lo tanto, dando valor a la prevención, la investigación y la formación en salud. En una base de partida, en un amplio territorio como el nuestro, con una elevada dispersión de nuestros núcleos de población, en una sociedad que evoluciona, había que poner especial atención a la realidad de la mayor esperanza de vida, al envejecimiento de la población, que hace especialmente relevante atender la cronicidad, así como su impacto en la continuidad asistencial y en los cuidados.

Con esta visión, e igualmente participativa, el **Plan de Atención Primaria** fortalece el compromiso de nuestro sistema sanitario con este ámbito asistencial imprescindible para construir más y mejor salud en nuestra población; haciendo el desempeño profesional en la Atención Primaria más atrayente, dotándola de mayor capacidad resolutoria, haciendo más ágil su labor y consolidando su relación con la actividad hospitalaria y la de salud pública.

A lo largo de estos años se ha venido realizando un esfuerzo inversor para fortalecer nuestra red de centros de salud y consultorios que ha permitido evolucionar favorablemente en este sentido; mejorando progresivamente las infraestructuras, invirtiendo en equipamiento, incorporando las tecnologías de la información y la comunicación en los procesos, y fortaleciendo a los propios equipos de Atención Primaria en sus diversas categorías profesionales.



Los amplios retos que tiene la salud en la sociedad actual necesitan de la aportación de las variadas competencias que ofrecen las diversas categorías profesionales que conforman los equipos de Atención Primaria y las Unidades de Apoyo, donde existe un amplio camino que recorrer para ganar en calidad y eficiencia. En este mismo sentido llegaron, y están afianzándose, nuevos canales de respuesta y resolución de salud digital como la teleconsulta, la videoconsulta o la interconsulta, que aún podrán ofrecer mucho más al sistema en el futuro en el que ya vivimos.

Es la Atención Primaria la que nos garantiza una atención sanitaria integral, equitativa, longitudinal, que conoce a la persona, a su familia y a su entorno, con capacidad para prevenir

la enfermedad, así como los hábitos y conductas de riesgo y hacer promoción de la salud, además de poder coordinarse con otros actores relevantes como los sociales o educativos. Por lo tanto, seguiremos fortaleciendo su orientación comunitaria y preventiva, con participación comunitaria, centrada en la atención primaria en salud y la acción intersectorial, con la visión "Una Salud", One Health, integrando la realidad de la salud humana, la salud animal y la salud ambiental en una misma realidad que no se puede fragmentar.

Este Plan es un compromiso amplio con el liderazgo de la Atención Primaria en la salud de la población en la línea que se está forjando en el seno del Sistema Nacional de Salud en el que estamos plenamente implicados como Comunidad.

**Jesús Fernández Sanz**

*Consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha*



## Director Gerente del SESCAM

Uno de los más significativos aspectos de valor diferencial de nuestro sistema sanitario público, desde su vigente conformación, es la imprescindible labor realizada a través de la Atención Primaria como garantía de ofrecer a toda la población el mayor nivel de salud y bienestar, con una amplísima presencia por todo el territorio, y con una responsabilidad, desde su origen en aspectos estratégicos como la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación en el entorno cotidiano de las personas.

En los últimos años han sido muchos los cambios que se han producido, tanto en la propia sociedad como en las disciplinas sanitarias. El aumento en la esperanza de vida de la población española, destacada incluso por encima del resto de países de nuestro entorno, supone nuevos retos para el sistema ante patologías que han pasado a ser crónicas y que necesitan una continuidad asistencial específica. Por otro lado, las propias disciplinas sanitarias están evolucionando a un ritmo sin precedentes. La innovación, la investigación y el conocimiento están permitiendo disponer de equipos más accesibles que, junto con los profesionales como valor esencial del sistema, nos posiciona ante una gran oportunidad estratégica en la conformación de nuestros Equipos de Atención Primaria, actualmente con gran proyección hacia el futuro.

En el marco de un amplio y participado diagnóstico sobre la salud en nuestra región, el Plan de Salud de Castilla-La Mancha Horizonte 2025, identificó ya nuevos objetivos para adaptar nuestro sistema a las necesidades específicas de nuestra población. El Plan de Atención Primaria de Salud es uno de los planes específicos con gran valor estratégico que nace alineado con el modelo de nuestro Sistema Nacional de Salud donde se encuentran el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria y el posterior Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria.



En este plan se incorpora la respuesta a las nuevas realidades sociales y del propio sistema, poniendo en valor los nuevos roles profesionales y el desarrollo de los perfiles por competencias, de las tecnologías de la información y la comunicación en salud, la colaboración entre ámbitos asistenciales, el impulso de la calidad, la investigación y la formación, todo liderado por un nuevo modelo de gobernanza.

Miles de profesionales trabajan a diario para hacer más y mejor salud en Castilla-La Mancha, a los que aprovecho aquí también para mostrar mi agradecimiento y máximo reconocimiento. Todos juntos desde la Atención Primaria, trabajando de forma participativa con otros ámbitos sanitarios, instituciones sanitarias y no sanitarias y con la participación de la sociedad alcanzaremos la transformación identificada en el presente documento.

**Alberto Jara Sánchez**

*Director Gerente del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha*





## Prólogo

Tener el honor de formar parte de este Plan supone una responsabilidad que realmente me emociona. Porque escribir sobre la Atención Primaria es pensar en las personas y la sociedad. Es hablar de conceptos poderosos, como el cuidado, el acompañamiento, la prevención, la promoción, la salud comunitaria, la salud emocional. Es pensar en transformación, en lo primordial y en lo primario. Pero habla de mucho más, habla de trabajo, de conocimiento, de ciencia y de experiencia unida al compromiso con la longitudinalidad, la accesibilidad, la transversalidad, la integralidad, la continuidad asistencial y la coordinación interniveles. Si estas significaciones las unimos a la mirada a lo familiar y lo comunitario conseguimos cerrar un círculo virtuoso.

La publicación del Plan de Atención Primaria de Castilla-La Mancha es una verdadera declaración de intenciones. Es recoger el compromiso y la apuesta por este nivel asistencial de un Gobierno Regional, una Consejería y un Servicio de Salud en busca de la excelencia.

En Castilla-La Mancha existe un amplio recorrido en la implementación y desarrollo de planes y estrategias que han contribuido al desarrollo de un modelo participativo, transformador e innovador.

Este Plan de Atención Primaria de Castilla-La Mancha es un paso más que pretende ser una guía, una herramienta para el conjunto de los profesionales, que les dirija a líneas estratégicas compartidas.

Impulsar un modelo de atención sanitaria basado en las personas, un modelo para la comunidad, que atiende, cuida y acompaña a los ciudadanos a tomar decisiones compartidas sobre su proceso. Y que dirige a los profesionales en un camino de desarrollo y mejora continua, apoyada en la formación, el desarrollo de competencias, la innovación y la investigación como pilares robustos y poderosos.

Promover la cultura de la esencia de la Atención Primaria, para que impregne todos los rincones de la organización requiere contar con un Plan que marque



la estrategia, planificación de objetivos y acciones concretas a desarrollar. En donde los planes operativos, más funcionales, se transformen en un trabajo de equipos multidisciplinares que comparten su ciencia y su conocimiento para mejorar la salud de las personas en una sociedad cambiante y transformadora, con sus retos, desafíos, riesgos e incertidumbre.

Crear un marco que aglutine estrategias pensadas y consensuadas por los diferentes agentes implicados. Promoviendo una participación compartida que aporta valor, marcada por un liderazgo transformacional, un liderazgo de 360°.

Quiero dar las gracias a todas las personas que han participado aportándonos valor en su elaboración. Este Plan es el resultado de un trabajo multidisciplinar en el que han intervenido profesionales de todos los perfiles, con un proceso participativo

de la ciudadanía y las aportaciones de sociedades científicas y colegios profesionales.

Realmente me hace mucha ilusión recoger estas frases que hablan de un trabajo de meses, de muchas personas que "creen que se puede".

Es un comienzo, un camino, un paisaje formado por miles de piezas que forman un gran puzzle. Cada una de las piezas son imprescindibles, con su forma, sus colores para poder ver un gran paisaje completo.

Trabajamos por y para las personas con el compromiso de sumar salud en una sociedad con grandes retos en los que la Atención Primaria debe ocupar un lugar relevante, facilitador, protagonista, encaminada a desarrollar los objetivos de una *One Health*.

**Ángeles Martín Octavio**

*Directora General de Atención Primaria*



# 1. Introducción

## 1.1. Marco conceptual

Ya desde la declaración de la Conferencia Internacional de Alma Ata en 1978<sup>1</sup>, se define a la Atención Primaria como el eje central del sistema sanitario, destacando su papel como garante de la accesibilidad, del uso eficiente de los recursos y de la corresponsabilidad del paciente y la comunidad.

*La Atención Primaria de Salud es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas.*

Así la definen OMS y UNICEF en su informe de 2018<sup>2</sup>, considerando que supone el enfoque más inclusivo, equitativo, costo eficaz y efectivo para mejorar la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social.

La Atención Primaria<sup>3</sup> es fundamental para que los sistemas de salud sean más resistentes en situaciones de crisis, sean más dinámicos en la detección de los primeros signos de epidemias y estén más preparados para actuar de forma temprana en respuesta a los aumentos en la demanda de servicios.

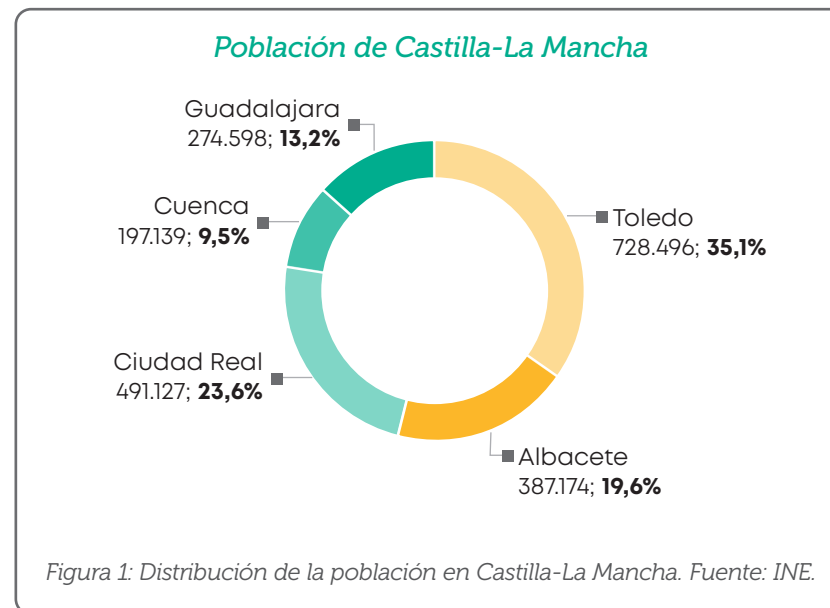
En nuestro país, la Atención Primaria experimentó un gran desarrollo desde los años 80, con su reforma y el desarrollo de los centros de salud y los Equipos de Atención Primaria y la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria<sup>4</sup>.

Se pretendió reforzar aún más con la creación, en 2010, de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria cuya formación se ha desarrollado de forma conjunta y coordinada con la de las médicas y médicos especialistas en Unidades Docentes Multiprofesionales<sup>5</sup>.

Sin embargo, en los últimos años se ha identificado la necesidad de cambios ante el impacto de las políticas de austeridad, la adaptación a los cambios sociales y otros aspectos como la cronicidad, la pluripatología, la fragilidad, la medicalización de la sociedad o a las expectativas de la ciudadanía.

En Castilla-La Mancha además, la Atención Primaria afronta específicamente las dificultades condicionadas por la baja densidad y la dispersión geográfica de la población, de marcado carácter rural<sup>6</sup>.

En Castilla-La Mancha hay una población de 2.078.534 habitantes residiendo en un total de 919 municipios en las 5 provincias que la componen (datos obtenidos del INE, a 1 de enero de 2023). La dispersión geográfica y el marcado carácter rural deben destacarse: 637 de estos municipios tienen menos de 1.000 habitantes y 261 entre 100 y 500 habitantes<sup>7</sup>.



Este aspecto se amplía y se explica más pormenorizadamente en las secciones que detallan el ámbito territorial y el análisis de la situación.

## 1.2. Marco normativo

En el ámbito nacional, las disposiciones más relevantes a tener en cuenta son las siguientes:

- La **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad**<sup>8</sup>.

Su objeto consiste en la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud y establece las bases para la creación del sistema sanitario público en España. El Sistema Nacional de Salud es definido como “el conjunto de Servicios de Salud de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados”, bajo los principios de universalidad, financiación pública, descentralización, equidad en el acceso, superando desequilibrios territoriales y sociales, e integración del sistema. En su artículo 54 establece que “cada Comunidad Autónoma elaborará un Plan de Salud que comprenderá todas las acciones sanitarias necesarias para cumplir los objetivos de sus Servicios de Salud. El Plan de Salud de cada Comunidad Autónoma, que se ajustará a los criterios generales de coordinación aprobados por el Gobierno, deberá englobar el conjunto de planes de las diferentes Áreas de Salud”.

- La **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**<sup>9</sup>. Tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones

de pacientes, personas usuarias y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía de pacientes y de información y documentación clínica. Se resalta así la importancia que tienen los derechos de las y los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales.

- La **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud**<sup>10</sup>. El objeto de esta ley es establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud. De aplicación a los servicios sanitarios de financiación pública y a los privados en los términos previstos en artículos y disposiciones de la propia ley.
- La **Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias**<sup>11</sup>. Regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas en lo que se refiere a su ejercicio por cuenta propia o ajena, a la estructura general de la formación de profesionales, al desarrollo profesional de estas y estos y a su participación en la planificación y ordenación de las profesiones sanitarias. Asimismo, establece los registros de profesionales que permitan hacer efectivo los derechos de la ciudadanía respecto a las prestaciones sanitarias y la adecuada planificación de los recursos humanos del sistema de salud.

Las disposiciones de esta ley son aplicables tanto si la profesión se ejerce en los servicios sanitarios públicos como en el ámbito de la sanidad privada.

- La **Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha**<sup>12</sup>. Esta Ley además de tener por objeto regular, en el marco de la legislación básica del Estado, los derechos y deberes en materia de salud, tanto de pacientes y personas usuarias como de las y los profesionales en Castilla-La Mancha, se pronuncia sobre la libre elección



del personal médico en su disposición transitoria segunda, así como en su articulado (art. 39).

- La **Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública**<sup>13</sup>. Esta ley tiene por objeto establecer las bases para que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible a través de las políticas, programas, servicios, y en general actuaciones de toda índole desarrolladas por los poderes públicos, empresas y organizaciones ciudadanas con la finalidad de actuar sobre los procesos y factores que más influyen en la salud, y así prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la colectiva. Los servicios sanitarios y en especial la Atención Primaria de Salud, deben asumir un papel más relevante en la acción preventiva y en la salud comunitaria. La efectividad de estas actividades preventivas se asegura mediante una adecuada coordinación con las acciones de salud pública y mediante una organización que permita aportar a los servicios sanitarios las mejores recomendaciones preventivas, dando prioridad a aquellas acciones más eficientes, optimizando así los recursos y evitando perjuicios innecesarios por acciones preventivas ineficaces.
- El **Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre, de regulación de la medicina de familia y comunitaria como especialidad de la profesión médica**<sup>4</sup>. Se crea la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria.
- El **Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud**<sup>14</sup>. Con absoluto respeto a las competencias estatutarias de las diferentes Comunidades Autónomas, el presente Real Decreto establece principios normativos generales conforme a los cuales sea posible la creación y puesta en funcionamiento de Zonas de Salud, a las que se atribuyen funciones integradas de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación dirigidas tanto a la persona, aisladamente considerada, como a los grupos sociales y a las comunidades en que se insertan quienes por otro lado participan activamente a lo largo de todo el proceso sanitario. Todo ello con el fin de garantizar el derecho a la salud de acuerdo con los

principios de la Constitución en su artículo 43.2 interpuesto desde la perspectiva de los artículos 53.1 y 53.3 de la misma Constitución.

- El **Real Decreto 1575/1993, de 10 de septiembre, por el que se regula la libre elección de médico en los servicios de atención primaria del Instituto Nacional de la Salud**<sup>15</sup>. El actual desarrollo de los servicios de atención primaria y la implantación progresiva de los centros de salud ha permitido mejorar la calidad de la asistencia, así como fomentar una relación más personalizada entre profesional médico y paciente, tanto por un mayor tiempo de dedicación como por una mayor cantidad y calidad de los servicios prestados. Esto ha permitido hacer más eficaz y efectivo el derecho a la libre elección de médico/a general y pediatra en los términos previstos en la Ley General de Sanidad.
- El **Real Decreto 1594/1994, de 15 de julio, por el que se desarrolla lo previsto en la Ley 10/1986, que regula la profesión de Odontólogo, Protésico e Higienista dental**<sup>16</sup>.
- El **Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería**<sup>5</sup>. Se crean las especialidades, entre otras, de Enfermería Familiar y Comunitaria de Enfermería Pediátrica.
- El **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**<sup>17</sup>. Determina que las prestaciones de la Cartera de Servicios Comunes de Salud Pública, de Atención Primaria, de Atención Especializada, de prestación de atención de urgencias, ortoprotésica, con productos dietéticos y de transporte sanitario se financiarán por las CC.AA. de conformidad con los acuerdos de transferencias y el sistema

de financiación autonómica vigente.

- El **Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud**<sup>18</sup>.
- El **Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios**<sup>19</sup>. Tiene por objeto consolidar, en un texto único, las sucesivas modificaciones que se han ido incorporando, desde su entrada en vigor, en la citada ley. Incorpora al ordenamiento jurídico español las Directivas 2010/84/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de diciembre de 2010, sobre fármaco- vigilancia, y 2011/62/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 8 de junio de 2011, sobre prevención de la entrada de medicamentos falsificados en la cadena de suministro legal, y se modifica la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, que regula todo lo relacionado con los medicamentos y productos sanitarios y la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.

**En el ámbito de la comunidad autónoma**, las disposiciones más relevantes a tener en cuenta son las siguientes:

- La **Ley 9/1982, de 10 de agosto, del Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha**<sup>21</sup>. Recoge en su artículo 32 que, en el marco de la legislación básica del Estado y, en su caso, en los términos que la misma establezca, es competencia de la Junta de Comunidades el desarrollo legislativo y la ejecución en materia de sanidad e higiene, promoción, prevención y restauración de la salud y coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social.

- La **Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha**<sup>22</sup>. Configura el Sistema Sanitario, definido como el conjunto de funciones, actuaciones, centros y servicios sanitarios dependientes de los poderes públicos a ellos vinculados. Tiene por objeto hacer efectivo, en el ámbito territorial de la comunidad autónoma, el derecho de la ciudadanía a la protección de la salud, reconocido en el artículo 43.1 de la Constitución Española<sup>23</sup>, mediante la ordenación sanitaria; y delimitar las actuaciones y regular las estructuras que configuran el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha, además de garantizar la participación ciudadana en dicho sistema. Su Título IV está dedicado al Plan de Salud de Castilla-La Mancha y regula sus objetivos, su contenido y el procedimiento que debe seguirse para su elaboración y aprobación.

La Ley crea también el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) como responsable de la provisión de servicios y encargado de la gestión de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Posteriormente, el Real Decreto 1476/2001<sup>24</sup>, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, transfirió a nuestra comunidad las funciones y servicios del mismo, dando cumplimiento a lo dispuesto en el Estatuto de Autonomía. El SESCAM asumirá, inmediatamente después, estas transferencias. En síntesis, esta ley viene a consolidar un sistema sanitario público integrado, de cobertura universal, solidario y equitativo, que reconoce la importancia de la ciudadanía tanto en la vertebración del propio sistema como en su condición de usuarias y usuarios del mismo, para lo que se establecen unas estructuras que han de responder con agilidad, eficacia, cercanía y calidad a sus demandas.

- La **Ley 5/2005, de 27 de junio de 2005, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha**<sup>25</sup>. Incorpora previsiones sobre asistencia farmacéutica en los Centros de Salud y estructuras de Atención Primaria.
- La **Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha**<sup>26</sup>. Profundiza en el desarrollo de los derechos



y deberes de la población en materia de salud, distinguiendo entre pacientes, personas usuarias del sistema y profesionales que prestan servicio en el mismo y estableciendo mecanismos que permitan a la ciudadanía adoptar un papel protagonista en el proceso de toma de decisiones relativas a la asistencia sanitaria. Esta norma permite no sólo que conozcan mejor sus derechos y obligaciones, sino también facilita su ejercicio efectivo, incrementando su seguridad jurídica y la de profesionales de la sanidad en su quehacer diario. No obstante, también la ciudadanía debe ser consciente de sus responsabilidades en relación con la salud, por eso la Ley define sus deberes sobre el cuidado de la propia salud, la utilización adecuada de los servicios sanitarios y el respeto a profesionales de la salud y otras personas usuarias.

- La **Ley 3/2014, de 21 de julio, de garantía de la atención sanitaria y del ejercicio de la libre elección en las prestaciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha**<sup>27</sup>
- La **Ley 2/2021, de 7 de mayo, de Medidas Económicas, Sociales y Tributarias frente a la Despoblación y para el Desarrollo del Medio Rural en Castilla-La Mancha**<sup>6</sup>. Esta Ley incorpora garantías específicas respecto de la Atención Primaria en el medio rural.
- El **Decreto 34/1986, de 22 de abril, de Ordenación Funcional de los Servicios de Atención Primaria de Salud**<sup>28</sup>. Desarrolla lo establecido en el Real Decreto 137/1984 de 11 de enero<sup>14</sup>.
- El **Decreto 273/2004, de 9 de noviembre, sobre la prestación de atención dental a la población de Castilla-La Mancha con edades comprendidas entre 6 y 15 años y a las personas con discapacidad que presenten determinadas condiciones clínicas**<sup>29</sup>.



El presente Decreto tiene por objeto la aprobación del Programa de Atención Dental Infanto-juvenil (PADI), que establecerá los criterios esenciales de actuación que deben regir la prestación sanitaria en materia de atención bucodental destinada a la población de Castilla-La Mancha con edades comprendidas entre 6 y 15 años y a las personas con discapacidad que presenten, sin límite de edad, alguna de las condiciones clínicas que figuran en el artículo 9 de este Decreto.

El Programa y la prestación bucodental para determinadas discapacidades contienen el conjunto de medidas preventivas y actuaciones asistenciales que garantizan una asistencia sanitaria bucodental, conforme a los criterios de igualdad, equidad, accesibilidad y calidad de los servicios a través de recursos prioritariamente públicos.

- El **Decreto 6/2019, de 12 de febrero, de creación en el ámbito del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam) de la categoría estatutaria de personal Enfermero/a Especialista y modificación de la denominación de otras ya existentes**<sup>30</sup>.
- El **Decreto 106/2023, de 25 de julio, de estructura orgánica y funciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha**<sup>31</sup>. Establece la estructura orgánica y las funciones de los Servicios Centrales y Periféricos del SESCAM y se crea por primera vez la Dirección General de Atención Primaria.
- La **Orden de 18/12/2012, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, de las Gerencias de Atención Integrada del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha**<sup>32</sup>. Esta Orden ha supuesto una gran reforma de la estructura orgánica del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, que ha favorecido la integración de ámbitos asistenciales y una simplificación de estructuras administrativas con la desaparición de determinadas Gerencias.

- La **Orden de 09/02/2016, de la Consejería de Sanidad, de acceso universal a la atención sanitaria en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha**<sup>33</sup>. Tiene por objeto extender la cobertura de asistencia sanitaria pública a cargo del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) a las personas extranjeras que residan irregularmente en cualquiera de los municipios de la región, así como crear la Tarjeta para la atención sanitaria de la población inmigrante en situación irregular en Castilla-La Mancha.

### 1.3. Marco estratégico

#### Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria<sup>34</sup>.

En noviembre de 2018 el Pleno del Consejo Interterritorial del SNS (CISNS) acordó con las CC.AA. la elaboración del documento sobre el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria (MAPyC). En el año 2019, a través de un proceso de reflexión participativo que contó con las CC.AA., sociedades científicas, colegios profesionales y asociaciones de pacientes y ciudadanía, se diseñó el MAPyC, siendo aprobado por el CISNS en abril 2019 (BOE número 109, de 7 de mayo de 2019)<sup>35</sup> con acción publicada para 2022-2023.

El MAPyC apuesta por la calidad de manera integral, incluyendo los componentes científicos y técnicos, los relacionados con la accesibilidad, recursos, organización y participación, de tal manera que cada paciente perciba que es el centro del sistema. Con su ejecución se pretende reforzar la Atención Primaria y Comunitaria para una mayor promoción de la salud, prevención y diagnóstico precoz de la enfermedad, mejora de su control, cuidados en salud, reducción de desigualdades sociales y territoriales y mejora de la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario.

El MAPyC se divide en 6 líneas estratégicas:

- » Estrategia A: Reforzar el compromiso del CISNS con el liderazgo de la Atención Primaria.

- » Estrategia B: Consolidar una política presupuestaria y de Recursos Humanos que garantice la efectividad y la calidad de la Atención Primaria.
- » Estrategia C: Mejorar la calidad de la atención y la coordinación con el resto de los ámbitos asistenciales, servicios e instituciones.
- » Estrategia D: Reforzar la orientación comunitaria, la promoción de la salud y la prevención en Atención Primaria.
- » Estrategia E: Potenciar el uso de las tecnologías de la información y la comunicación.
- » Estrategia F: Impulsar la Formación y la Investigación en Atención Primaria.

### **Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria<sup>36</sup>.**

Aprobado por el CISNS el 15 de diciembre de 2021 con la finalidad de dinamizar el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia cuya primera reforma es el fortalecimiento de la Atención Primaria y Comunitaria.

El Plan de Acción marcó como objetivos implantar de forma efectiva las acciones prioritarias contenidas en el MAPyC, y remodelar la Atención Primaria siguiendo las conclusiones del Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados en lo referente a Atención Primaria, que son:

- » Necesidad de una Atención Primaria estable, firme y robusta, una salud familiar y comunitaria clave en esta nueva situación y una salud pública potente que afronte las directrices y asesore las decisiones de las administraciones públicas.
- » El desarrollo e implementación del MAPyC aprobado por el CISNS.
- » El refuerzo de los recursos de la Atención Primaria de Salud como pilar esencial del Sistema Nacional de Salud.
- » Las medidas para abordar la precariedad laboral y cubrir puestos poco atractivos.
- » El impulso a los servicios de Atención Primaria y Comunitaria.

- » El reordenamiento de la Atención Primaria para atender los centros sociosanitarios y para una mejor coordinación con los servicios sociales.

El Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria, pretende contribuir al fortalecimiento de la Atención Primaria y Comunitaria favoreciendo su recuperación, con el fin de que sea accesible, integral, de calidad y orientada a la comunidad, con capacidad resolutoria y longitudinalidad, para cuidar de la salud de la población y facilitar la equidad en salud.

Los indicadores de evaluación permitirán valorar el grado de consecución del plan a lo largo de los años de desarrollo.

### **Plan de Salud de Castilla-La Mancha Horizonte 2025<sup>37</sup>.**

El Plan de Salud es el instrumento de planificación estratégica, dirección y ordenación del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha. Establece las orientaciones básicas, actuaciones fundamentales del sistema sanitario y los compromisos principales de las entidades prestadoras de servicios sanitarios en el desarrollo de los objetivos y prioridades de atención a la salud del Gobierno de la región.

El Plan de Salud contempla el análisis de los problemas de salud y de la atención sanitaria de la comunidad autónoma y de la situación de los recursos existentes, así como de la evaluación de los resultados de planes anteriores, el establecimiento de los objetivos de atención a la salud, la definición de actuaciones y la estimación de los recursos necesarios para atender al cumplimiento de los objetivos propuestos, tanto en lo que se refiere a la organización y desarrollo de actividades, servicios, planes sectoriales y programas, como a los medios materiales y personales precisos.



Además, comprende los mecanismos de evaluación del desarrollo y resultados del Plan de Salud y, en su caso, los procedimientos previstos para la modificación del mismo. El Plan de Salud determina las instituciones o entidades responsables del cumplimiento de los diferentes objetivos y se rige por un cronograma de actuaciones dentro del periodo de vigencia del mismo (horizonte 2025).

El Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha tiene como objetivo último la mejora del nivel de salud individual y colectiva o, en su caso, su mantenimiento o recuperación, a través de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de que disponen las Administraciones Públicas de la comunidad autónoma y otras instituciones y entidades privadas vinculadas al sistema.

Los principales retos a los que se enfrenta actualmente el sistema sanitario en nuestro contexto tienen que ver con:

1. La tendenciademográfica de envejecimiento y dependencia.
2. La baja densidad y dispersión de la población.
3. Los patrones epidemiológicos tendentes al aumento de la cronicidad y la pluripatología.
4. La necesidad de una gestión más eficiente de los recursos.
5. Las mayores exigencias de calidad y seguridad en la atención.
6. La disminución de las desigualdades en la atención sanitaria.
7. La introducción y adecuada explotación de las tecnologías de la información y comunicación (TIC).
8. El reciclaje y motivación del factor humano como sostén del sistema.
9. El adecuado dimensionamiento de los recursos humanos y tecnológicos.
10. Promover y conseguir la equidad de género en salud.
11. El impacto de los cambios del medio ambiente y de las enfermedades emergentes sobre la salud.



Para hacer que este sistema sea sostenible, seguro y de calidad, deben adecuarse a las condiciones sanitarias y sociales actuales tanto la estructura organizativa y funcional de la atención como el perfil profesional de los recursos humanos, así como el modelo de práctica clínica y gestión sanitaria.

Todo ello según los principios informadores recogidos en la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha:

- » Universalización de los servicios sanitarios de carácter individual o colectivo.
- » Equidad y superación de las desigualdades territoriales o sociales en la prestación de los servicios sanitarios.
- » Igualdad efectiva de acceso a los servicios sanitarios para toda la ciudadanía de la Comunidad Autónoma.
- » Participación comunitaria en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución.
- » Calidad de los servicios y prestaciones.
- » Humanización de los servicios y máximo respeto a la dignidad de los ciudadanos y ciudadanas.
- » Concepción integral e integrada del Sistema Sanitario en Castilla-La Mancha, haciendo especial énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- » Adecuación de las prestaciones sanitarias a las necesidades de salud de la población.
- » Descentralización, desconcentración, coordinación y responsabilidad en la gestión.
- » Eficacia, efectividad, eficiencia y flexibilidad de la organización sanitaria.
- » Responsabilidad y participación del colectivo de profesionales del ámbito de la salud en la organización y gestión de los recursos que tengan asignados.
- » Promoción del interés individual, familiar y social por la salud mediante una adecuada educación para la salud en Castilla-La Mancha y una correcta información sobre los recursos y servicios sanitarios existentes.

- » Evaluación continua de las actuaciones y estructuras que configuran el sistema sanitario.

El Plan de Salud de Castilla-La Mancha Horizonte 2025, aprobado y publicado en 2021, tiene entre sus 17 objetivos estratégicos "Potenciar el papel de la Atención Primaria de Salud como eje principal del sistema".



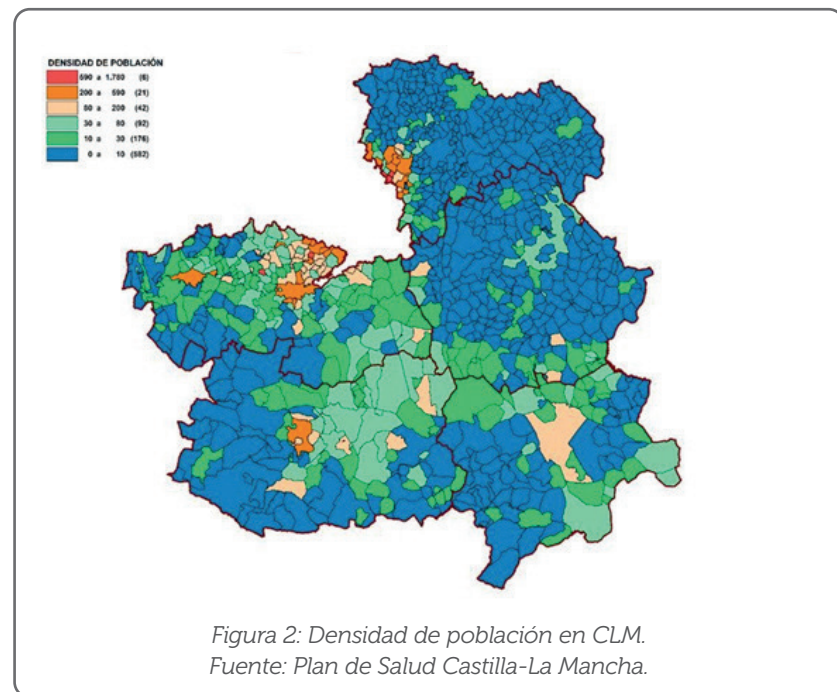


## 2. Ámbito territorial

La Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, con una superficie de 79.461 km<sup>2</sup>, representa el 15,7% del territorio nacional.

Según los datos del INE, a 1 de enero de 2023, Castilla-La Mancha tiene una población de 2.078.534 habitantes.

Castilla-La Mancha se caracteriza por una baja densidad de población, 25,8 hab/km<sup>2</sup>, muy por debajo de la española (92,9 hab/km<sup>2</sup>). Es la segunda con menor densidad de población entre las CC.AA., después de Castilla y León.



La estructura territorial de Castilla-La Mancha tiene un marcado carácter rural y el 48% del territorio está ocupado por municipios de escasa población. Según el INE 2023, un 69,5% de los municipios tenían menos de 1.000 habitantes y, de ellos, el 83,3% tenían menos de 500 habitantes (57,7% del total de municipios)<sup>7</sup>.

El **Mapa Sanitario de Castilla-La Mancha** se regula por el Decreto 13/1994<sup>38</sup>, de Ordenación Territorial de la Sanidad en Castilla-La Mancha (que se vio modificado por el Decreto 80/2003<sup>39</sup>, de 13 de mayo, de creación del Área de Salud de Puertollano) y por la Orden 166/2020, de 9 de octubre<sup>40</sup>, de la Consejería de Sanidad, por la que se modifica la Orden 201/2018 de 27 de diciembre, por la que se determina el Mapa Sanitario de Castilla-La Mancha<sup>41</sup>.

**La Ordenación territorial de la Sanidad en Castilla-La Mancha** se estructura en:

- » **Áreas de Salud:** constituyen el marco fundamental para el desarrollo de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y aseguran la organización y ejecución de las distintas disposiciones y medidas que adopta la Administración Sanitaria en la Comunidad, siendo ocho las Áreas de Salud: Albacete, La Mancha-Centro, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara, Talavera de la Reina, Toledo y Puertollano.
- » **Distritos de Salud:** en total son 36 que prestan servicios de apoyo en salud pública a las Zonas Básicas de Salud. En ellos trabajan el profesional Veterinario y Farmacéutico Oficial de Salud Pública, que realizan las funciones de inspección y control sanitario, protección de la salud pública y del medio ambiente y educación para la salud, entre otras.
- » **Zonas Básicas de Salud (ZBS):** unidades territoriales básicas de la atención primaria de salud. En ellas desarrollan su actividad los Equipos de Atención Primaria dentro del centro de salud y los consultorios locales. Son 208 ZBS.

## Áreas de Salud de Castilla-La Mancha

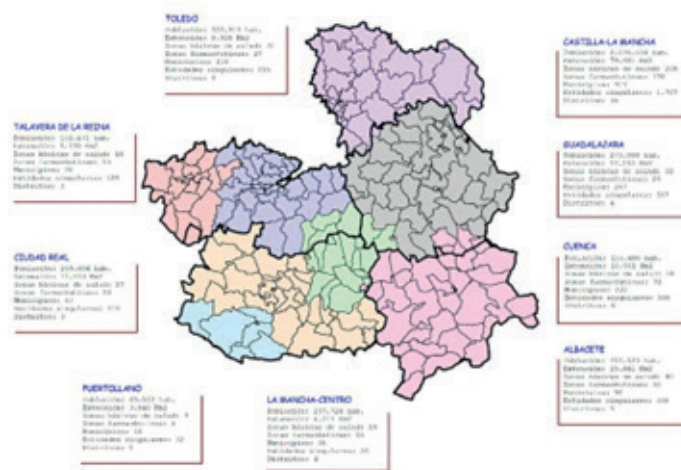


Figura 3: Población por Áreas de Salud de CLM. Fuente: Fuente: INE (Padrón municipal).

## Infraestructuras sanitarias y ordenación funcional

Los servicios sanitarios en Castilla-La Mancha se prestan en el conjunto de centros, servicios y establecimientos sanitarios que constituyen la red sanitaria pública de la Comunidad, sin perjuicio de los convenios o conciertos que se puedan establecer con otras entidades.

Las Zonas Básicas de Salud constituyen la demarcación geográfica y poblacional que sirve de marco territorial a la Atención Primaria y en las que desarrollan su trabajo profesionales del Equipo de Atención Primaria y sus unidades de apoyo (fisioterapia, profilaxis obstétrica-ginecológica, trabajo social, salud bucodental), garantizando la accesibilidad de la población a los servicios sanitarios

primarios. Cuando las especiales condiciones socioeconómicas, demográficas y de comunicaciones dificultan la creación de Zonas Básicas de Salud, pueden constituirse zonas especiales.

La delimitación de las Zonas Básicas de Salud se regula mediante Orden de la Consejería competente en materia de sanidad. Además, se regulan los Puntos de Atención Continuada, centros de salud con urgencias de 24 horas, y los Puestos de Atención Permanente (PAP), consultorios locales con urgencias 24 horas.

Con carácter general, la organización funcional del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha se articula a través de las Gerencias de Atención Integrada<sup>37</sup>, que gestionan en su ámbito, de modo unitario, recursos sanitarios (centros sanitarios y recursos humanos y materiales) dependientes del Sescam que pertenecen a los ámbitos asistenciales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria para posibilitar la continuidad asistencial, procurando la máxima integración de la información.

Las Gerencias de Atención Integrada son las de Albacete, Alcázar de San Juan, Almansa, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara, Hellín, Manzanares, Puertollano, Talavera de la Reina, Tomelloso, Valdepeñas y Villarrobledo, con sus hospitales de referencia, y se muestran en el mapa a continuación.

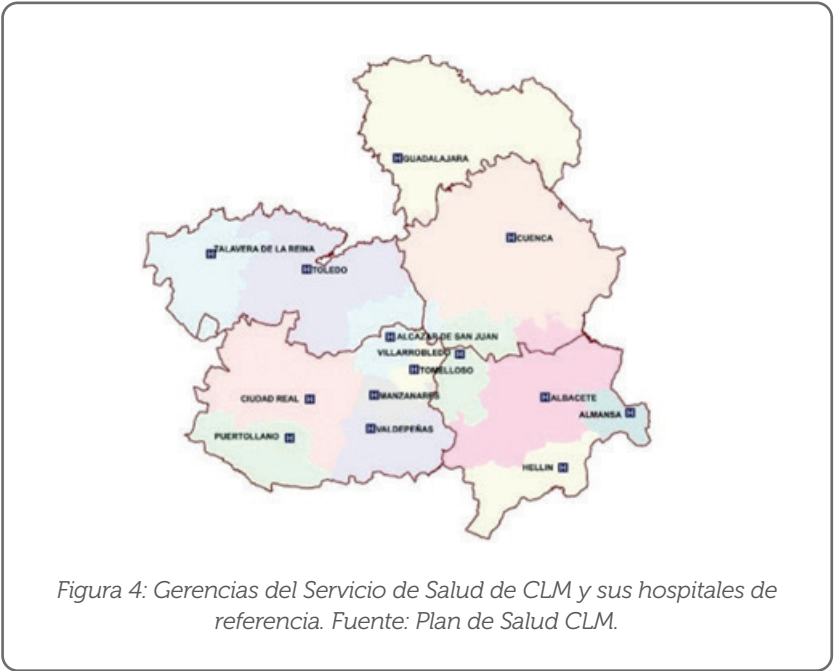
La ordenación funcional se completa con la Gerencia de Atención Primaria (GAP) y la Gerencia de Atención Especializada (GAE) de Toledo, la Gerencia de Coordinación e Inspección, la Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario (GUETS) y la Gerencia del Hospital Nacional de Parapléjicos (HNP).

Los centros de salud son los puntos de referencia básicos para la atención a las urgencias sanitarias en coordinación, en su caso, con los centros hospitalarios y los servicios de emergencias.



El Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha dispone de un Centro Coordinador, perteneciente a la GUETS, con objeto de asegurar la continuidad en la asistencia sanitaria urgente, no sólo en el tiempo, sino entre los diferentes ámbitos asistenciales.

Cuando las características climatológicas, geográficas, demográficas, de infraestructura viaria o de carácter epidemiológico lo requieran, se pueden establecer otros PAP y PAC en el número y localización que se considere oportuno.



Según los datos de SESCOAM, el número de Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) emitidas a 1 de enero de 2024 era de 1.979.292 lo que representa, para la población de Castilla-La Mancha, aproximadamente un 95% de cobertura sanitaria pública.

La Atención Primaria en Castilla-La Mancha se organiza en 208 zonas básicas de salud (204 en funcionamiento y 4 no funcionantes), reguladas en el mapa sanitario, que incluyen 203 centros de salud y 1.121 consultorios locales. Existen igualmente 182 puntos de atención continuada que atienden a la ciudadanía de forma ininterrumpida tanto en el medio rural como en el medio urbano.

| Zonas Básicas de Salud |            |              |            |            |
|------------------------|------------|--------------|------------|------------|
| GAI                    | ZBS        | Consultorios | Residencia | PAC        |
| ALBACETE               | 23         | 95           | 2          | 17         |
| ALMANSA                | 3          | 4            | 1          | 4          |
| CIUDAD REAL            | 19         | 49           | 0          | 16         |
| CUENCA                 | 32         | 243          | 0          | 29         |
| GUADALAJARA            | 30         | 412          | 0          | 28         |
| HELLIN                 | 9          | 57           | 0          | 9          |
| MANCHA CENTRO          | 10         | 14           | 0          | 9          |
| MANZANARES             | 3          | 4            | 0          | 2          |
| PUERTOLLANO            | 9          | 22           | 0          | 7          |
| TALAVERA               | 16         | 91           | 14         | 14         |
| TOLEDO                 | 30         | 100          | 2          | 27         |
| TOMELLOSO              | 5          | 1            | 0          | 4          |
| VALDEPEÑAS             | 8          | 15           | 0          | 10         |
| VILLARROBLEDO          | 7          | 14           | 0          | 7          |
| <b>Total general</b>   | <b>204</b> | <b>1.121</b> | <b>19</b>  | <b>183</b> |

Tabla 1: Distribución de ZBS, Consultorios, Residencias y PAC por GAI.

Fuente:

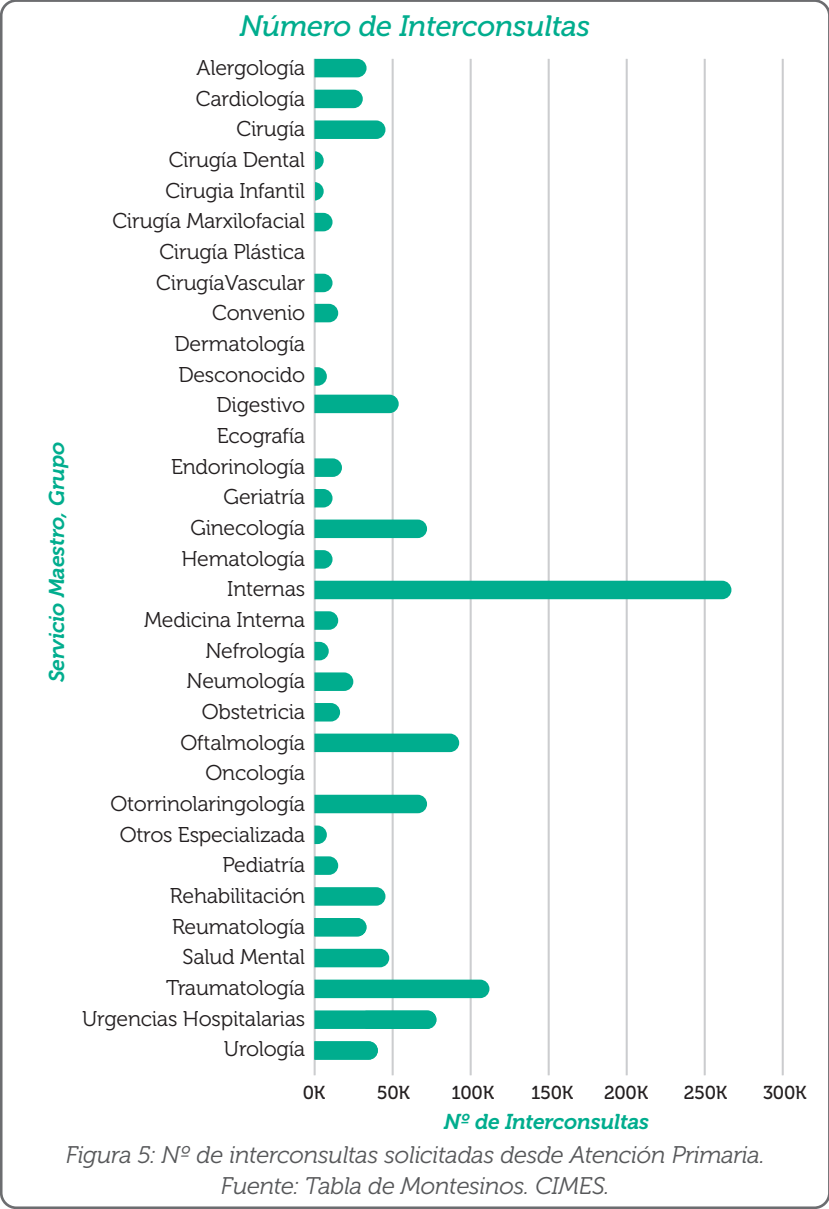
<https://www.castillalamancha.es/gobierno/sanidad/estructura/dgspoeis/actuaciones/mapa-sanitario>

Dada la dispersión de la población de Castilla-La Mancha, la distribución de tarjetas no es uniforme en toda la región siendo el objetivo disponer de cupos con una media de 1.750 TSI por médica/o de familia y enfermera/o y 1.250 TSI por pediatra de atención primaria.

La actividad de Atención Primaria en el año 2023:

| GRUPO                              | Nº TOTAL DE VISITAS |
|------------------------------------|---------------------|
| MEDICINA GENERAL                   | 12.258.976          |
| PEDIATRIA                          | 1.329.450           |
| ENFERMERÍA                         | 8.008.347           |
| URGENCIAS                          | 3.009.739           |
| PROFILAXIS OBSTETRICO-GINECOLOGICA | 358.187             |
| FISIOTERAPIA                       | 622.309             |
| UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL         | 365.306             |
| TRABAJADOR SOCIAL                  | 76.728              |

Tabla 2: Nº total de visitas en Atención Primaria en el año 2023. Fuente: Tabla de Montesinos. CIMES.



Existe un convenio en Atención Primaria con profesionales de los ámbitos de la optometría, podología y odontología para poder ofrecer a las personas usuarias esta atención más específica.

### **Prestaciones. Personas beneficiarias del Servicio de Salud**

En Castilla-La Mancha, en cuanto al régimen de aseguramiento sanitario, resulta de aplicación la legislación básica estatal, en concreto el art. 3 de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, y el art. 3 ter de la misma Ley respecto de extranjeros irregulares<sup>10</sup>. Estas referencias se complementan con el Real Decreto 1192/2012<sup>18</sup>, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

La Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) es el documento que en la actualidad acredita a las personas beneficiarias del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha y, por extensión, del Sistema Nacional de Salud.

La Orden de 23/03/2011, de la Consejería de Salud y Bienestar Social<sup>42</sup>, de la tarjeta sanitaria individual en Castilla-La Mancha, establece que se emitirá la TSI a todas aquellas personas residentes que estén empadronadas en cualquiera de los municipios de la comunidad autónoma y tengan reconocido el derecho a la asistencia sanitaria por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

Se precisa mencionar también en este apartado la Orden de 09/02/2016<sup>33</sup>, de la Consejería de Sanidad, de acceso universal a la atención sanitaria en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

### **Cartera de Servicios**

El **Real Decreto 1030/2006<sup>17</sup>, 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** establece las prestaciones, de la Cartera de Servicios Comunes de Salud Pública, de Atención Primaria, de Atención hospitalaria, de prestación de atención de urgencias, ortoprotésica, con productos dietéticos y de transporte sanitario.

Específicamente, la cartera de servicios comunes de Atención Primaria se encuentra recogida en su Anexo II.

Incluye, a modo de resumen, las prestaciones que siguen:

1. *Atención sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.*
2. *Indicación o prescripción y realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.*
3. *Actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.*
4. *Actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.*
5. *Rehabilitación básica.*
6. *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.*
7. *Atención paliativa a enfermos terminales.*
8. *Atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada.*
9. *Atención a la salud bucodental.*

## Recursos Humanos de la Atención Primaria de Castilla-La Mancha

Los efectivos de Atención Primaria, a fecha de publicación del Plan están alrededor de 7.500. Estos profesionales contemplan las distintas categorías profesionales que conforman los equipos de Atención Primaria, (enfermero/a, médico/a de familia, médico/a y enfermero/a PEAC, pediatra, fisioterapeuta, TCAEs, enfermero/a especialista en enf. obstétrico- ginecológica (matrona), higienista dental,

odontoestomatólogo/a, farmacéutico/a, técnico/a salud pública, personal de la función administrativa, celador/a, trabajador/a social, personal de tecnologías de la información, otro personal de gestión y servicios.





### 3. Análisis de la situación

Para el análisis de la situación de salud en Castilla-La Mancha, se han tenido en cuenta:

- » Los principales determinantes de salud, el estado de salud de la población y las características del sistema sanitario.
- » Los problemas emergentes.
- » Las oportunidades de mejora.

#### Determinantes de Salud

En Castilla-La Mancha, como en la mayoría de las Comunidades Autónomas de nuestro entorno, se están produciendo una serie de cambios demográficos, sociales, económicos y ambientales que, junto a modificaciones en los estilos de vida relacionados con la salud, condicionan en buena medida la salud y la morbimortalidad.

En la actualidad, los conocimientos conductuales y culturales para la salud derivados de las ciencias sociales y las humanidades nos ayudan a comprender los promotores y las barreras para lograr el nivel de salud más alto posible.

Al igual que la OMS, Castilla-La Mancha, está trabajando en construir una cultura de la salud en la que, en base a esos conocimientos, los ciudadanos puedan tomar decisiones saludables en su vida diaria y en la forma en que utilizan los servicios de salud.

#### Estructura poblacional

Castilla-La Mancha es la octava comunidad autónoma de España en cuanto a población se refiere.

Las personas mayores de 64 años representaban en 2019 el 19,0% de la población. Los datos de proyecciones de población hasta 2031 vienen a demostrar el progresivo envejecimiento de la población<sup>43</sup> castellano-manchega, que pasará a tener un 25,2% de población de 65 y más años de mantenerse esta situación demográfica.

La tasa de dependencia en Castilla-La Mancha en 2019 era de 54,2 similar a la del conjunto de España. Tasa que venía aumentando desde 2014. Sin embargo, los datos de evolución actualizados a 2023 muestran un valor de 53,14, tasa que presenta una tendencia con disminución desde el año 2019 en CLM<sup>44</sup>.

Este cambio en la tendencia hace necesaria un seguimiento y evaluación que permita valorar los resultados de la proyección de la población. Estos datos hasta el 2019 presentaban que en el año 2031, el índice de dependencia se elevaría al 60,9% (62,2% en España).



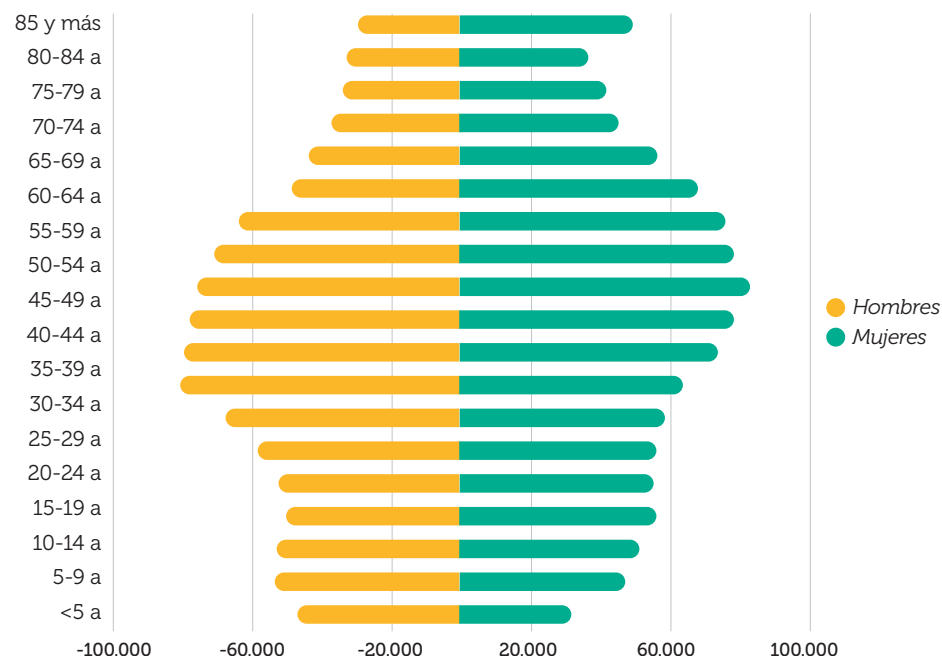


Figura 6: Pirámide de Población. Fuente: Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) 2023

Según las proyecciones de población del INE para Castilla-La Mancha, la población total disminuiría un 6,9% entre 2016 y 2031 (1,2% a nivel nacional). Sin embargo, la reducción sostenida de la tasa de mortalidad en edades avanzadas está resultando en un aumento del número de estas personas en el conjunto de la población, siendo bastante superior el número de mujeres que alcanzan una edad avanzada. La diferencia entre hombres y mujeres en años de esperanza de vida al nacer y a los 65 años ha disminuido en los últimos años y se estima que siga disminuyendo hasta 2065.

| Edad     | 2016    | 2031    | Acumulado | % de crecimiento |
|----------|---------|---------|-----------|------------------|
| 65 y más | 378.739 | 481.355 | 102.616   | 27,0             |
| 80 y más | 138.225 | 147.264 | 9.039     | 6,5              |
| 85 y más | 69.905  | 80.684  | 10.779    | 15,4             |

Tabla 3: Proyecciones del crecimiento de la población de 65 y más años. Castilla-La Mancha :2016-2031

La esperanza de vida en Castilla-La Mancha alcanzó en 2019 los 83,6 años (86,0 años en mujeres; 81,2 años en hombres). La evolución de los años de vida saludables al nacer (AVSn) y de los años de vida saludables a los 65 años (AVS65) se muestra a continuación.

| Castilla-La Mancha - Esperanza de vida al nacer |                           |                           |                   |
|-------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------|
| Fecha                                           | Esperanza de vida Mujeres | Esperanza de vida Hombres | Esperanza de vida |
| 2022                                            | 85,86                     | 80,89                     | 83,33             |

Tabla 4: Esperanza de vida en CLM. INE

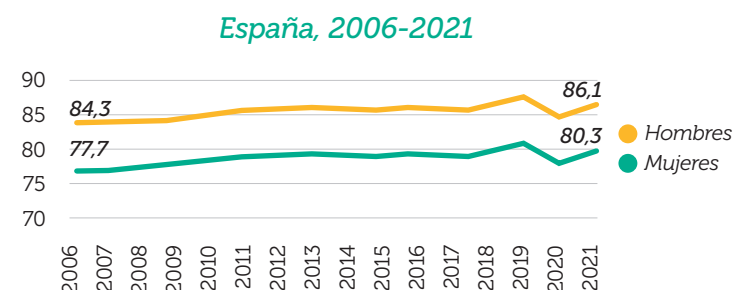


Figura 7: Esperanza de vida en España. Información y estadísticas sanitarias Ministerio de Sanidad<sup>45</sup>

Es previsible que la alta proporción de personas mayores cree necesidades adicionales de prestación de asistencia sanitaria y social, lo que entraña considerables costes y cambios estructurales. Además, los problemas característicos de las zonas rurales y las regiones con baja densidad de población, derivados de la lejanía o el aislamiento, la escasez de instalaciones o las condiciones del mercado laboral, determinan un mayor riesgo de pobreza y exclusión social.

Es necesario contemplar la soledad no deseada y el aislamiento social, siendo un fenómeno de importancia creciente, entendiendo este como la insuficiencia de redes sociales bien por proximidad, tamaño o falta de apoyo emocional entre otros<sup>46</sup>.

Según el Observatorio Estatal de Soledad No Deseada, en España se estima que el 13,4% de las personas sufren soledad no deseada<sup>47</sup> (datos del 2023), afectando más a mujeres (14,8%) que a hombres (12,1%), con una media de 6 años en esa situación, con efectos negativos sobre la salud física y mental y la calidad de vida de las personas que la sufren, pero también con efectos económicos.

En Castilla-La Mancha se publicó la Estrategia de Soledad no Deseada<sup>48</sup>, el 27 de noviembre de 2023.

### **Condiciones medio-ambientales y cambio climático**

El empeoramiento de la calidad del aire, las situaciones meteorológicas extremas (olas de calor, lluvias torrenciales o sequías), episodios de contaminación extrema, por ejemplo, de ozono, incendios, problemas de suministro de agua potable y alimentos, cambios en la distribución de enfermedades infecciosas, incremento de la demanda energética, etc,

supondrán un impacto negativo sobre la salud de la población de Castilla-La Mancha y sus servicios sanitarios. Este impacto no será puntual o aislado, sino que los diferentes factores que afectan a la salud actuarán sobre esta de forma sinérgica y multifactorial, por lo que las actuaciones deben tener en cuenta la multidisciplinariedad del problema.

Entre los efectos del cambio climático sobre factores que podrían afectar a la salud de las poblaciones cabe destacar que se ha modificado la distribución geográfica de algunos vectores de enfermedades infecciosas, así como la estacionalidad de algunos pólenes alergénicos. Además, no solo se ha incrementado el número de olas de calor o de frío, sino también su intensidad y, por tanto, la morbilidad relacionada con estos eventos, así como la relacionada con la conjunción de los efectos de una creciente contaminación atmosférica con episodios agudos de alto riesgo, como el previsible aumento del número de incendios y de sequías, o de otros fenómenos meteorológicos extremos.

La abundante evidencia científica publicada en los últimos años indica que existen fundamentalmente tres vías por las cuales el cambio climático afecta a la salud:

- Efectos directos, relacionados principalmente con condiciones climáticas extremas, como olas de calor, sequía o precipitaciones.
- Efectos mediados por sistemas naturales, como vectores, enfermedades transmitidas por el agua o contaminación atmosférica.
- Efectos mediados por sistemas humanos, como, por ejemplo, desnutrición, agricultura, y estrés mental.

El cambio climático y la despoblación, condicionan el *modus vivendi* de la población. Por otro lado, se incrementan las desigualdades entre los espacios rurales y urbanos, desde el punto de vista no solo social, sino también económico y ambiental.

Del total de los 919 municipios con los que cuenta la región tan solo el 4% se consideran urbanos (mayores de 10.000 habitantes), mientras que el 80% son rurales (menores de 2000), siendo el resto municipios intermedios, es decir entre los 10.000 y 2.000 habitantes.

Uno de los principales efectos constatados del problema demográfico de la despoblación es el envejecimiento, masculinización, la pérdida cuantitativa de recursos humanos, el descenso consiguiente de la densidad, y consecuentemente la falta de relevo generacional, y por tanto el sobre-envejecimiento de la población y falta de empleo para las generaciones más jóvenes, lo que se traduce en una tendencia al retroceso demográfico.

### Condiciones del entorno educativo

El entorno educativo es un escenario fundamental para generar salud y bienestar desde una perspectiva biopsicosocial. La educación es uno de los principales determinantes de la salud y cobra especial importancia en las primeras etapas de la vida donde se están adquiriendo conocimientos, actitudes y habilidades para el futuro. Es una fuente de recursos psicológicos y habilidades sociales que influyen en la adopción de estilos de vida saludable; quienes alcanzan mayor nivel educativo tienden a presentar mayores niveles de alfabetización en salud, elegir conductas más saludables, invertir más en salud y tener mayores probabilidades de estar empleados, lo que además se asocia a generación de ingresos económicos que permiten la inversión en salud y en conductas saludables, de forma que el ciclo se perpetúa<sup>49</sup>.

La educación es una de las herramientas más potentes para construir una sociedad equitativa y saludable, informada, proactiva y consciente en la toma de sus decisiones. Por todo ello, la formación en salud y la adquisición de habilidades para la vida debiera ser parte indisoluble de la educación que se imparte en el ámbito escolar y también del ocio educativo.

La población infantil que crece en entornos saludables alcanza mejores resultados educativos y llega a la vida adulta de forma más saludable. Las

conductas de salud de adolescentes escolarizadas/os y su contexto se están estudiando en el marco del estudio colaborativo de la OMS Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)<sup>50</sup>.

El nivel educativo se correlaciona con el riesgo de exclusión social.

### Condiciones del entorno local

En Castilla-La Mancha, contábamos a fecha del 2022, con un total de 17 municipios adheridos a la Red Española de Municipios Saludables<sup>51</sup>: Abenójar, Ajofrín, Alamillo, Azuqueca de Henares, Calzada de Calatrava, Carcelén, Fontanar, Illescas, Madridejos, Membrilla, Menasalbas, Miguelturra, Rielves, Robledo de Corpes, Santa Cruz de Mudela, Valdepeñas y Villar del Pozo.

También 9 municipios adheridos a la estrategia de promoción de la salud del Sistema Nacional de Salud: Ajofrín, Almansa, Camarena, Fontanar, Madridejos, Membrilla, Menasalbas, Miguelturra y Torrijos.

Así mismo, actualmente están registrados 230 centros saludables, los cuales se pueden consultar en el siguiente enlace [### Condiciones del entorno laboral](https://deportes.castillalamancha.es/depormap/mapa-depomad/escuelaspes?pimunicipioescuelas#pimunicipioescuelas=&-zoom=11&lat=38.3247&lon=-6.26375&layers=BTT, donde se desarrollan distintos programas educativos.</a></p></div><div data-bbox=)

El trabajo ocupa un lugar central e influencia el nivel de vida, la posición y las relaciones sociales, la autoestima y el desarrollo personal.



En Castilla-La Mancha, en el 2022, se produjeron 29.539 accidentes de trabajo, lo que supuso un incremento respecto al año anterior del 3.24 %.

Las últimas Encuestas Nacionales de Condiciones de Trabajo, realizadas antes de la pandemia por SARS-CoV-2, reflejaban un deterioro del entorno laboral<sup>52</sup>.

### Globalización<sup>53</sup>.

Los procesos sociales, económicos, culturales y políticos de los últimos 50 años se caracterizan por una creciente conexión e interdependencia globales que ha superado las limitaciones físicas o geográficas, dando lugar a una creciente dinámica transfronteriza que hace que los eventos que suceden en un lugar puedan tener repercusiones lejanas y ajenas a los mecanismos de control de un único estado.

En Castilla-La Mancha, se produjo una migración interior evolutiva que tuvo un incremento del 7% entre el 2019 y 2021 (Últimos datos publicados en instituto estadística Castilla-La Mancha).

| 2021 (P)    |         |         |             |         |         |
|-------------|---------|---------|-------------|---------|---------|
| Ambos sexos | Hombres | Mujeres |             |         |         |
| 38.847      | 20.485  | 18.362  |             |         |         |
| 2020        |         |         | 2019        |         |         |
| Ambos sexos | Hombres | Mujeres | Ambos sexos | Hombres | Mujeres |
| 35.891      | 19.085  | 16.806  | 36.209      | 19.186  | 17.023  |

Tabla 5: Migración interior con destino Castilla-La Mancha por provincia de origen, año y sexo. Fuente: Instituto de Estadística de Castilla-La Mancha. Disponible en: <https://estadistica.castillalamancha.es/datos-sobre-migraciones-interiores>.

En relación a la migración exterior, se ha producido un ligero ascenso, como se puede observar en la tabla adjunta, siendo la provincia de Toledo la que mayor número de personas ha acogido, siendo procedentes en su mayoría de Rumanía.

| 2021 (P)           |          |        |        |             |        |
|--------------------|----------|--------|--------|-------------|--------|
| Castilla-La Mancha | Albacete | C.Real | Cuenca | Guadalajara | Toledo |
| 15.108             | 2.535    | 2.835  | 1.796  | 2.475       | 5.467  |
| 2020               |          |        |        |             |        |
| Castilla-La Mancha | Albacete | C.Real | Cuenca | Guadalajara | Toledo |
| 14.104             | 2.239    | 2.536  | 1.524  | 2.274       | 5.531  |

Tabla 6: Migración exterior. Fuente: Instituto de Estadística de Castilla-La Mancha. Disponible en: <https://estadistica.castillalamancha.es/datos-sobre-migraciones-exteriores>

A la vez, en la última década, el mundo ha experimentado brotes de enfermedades infecciosas con riesgo de propagación a otros países que han requerido una respuesta internacional de una magnitud inédita hasta entonces, como la gripe, el Ébola, la epidemia del virus del Zika, la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo, el virus Chikungunya, el virus de la fiebre del Nilo o el dengue, muchas de ellas transmitidas por vectores en entornos alejados de su hábitat original<sup>54</sup>.

## Resistencia bacteriana

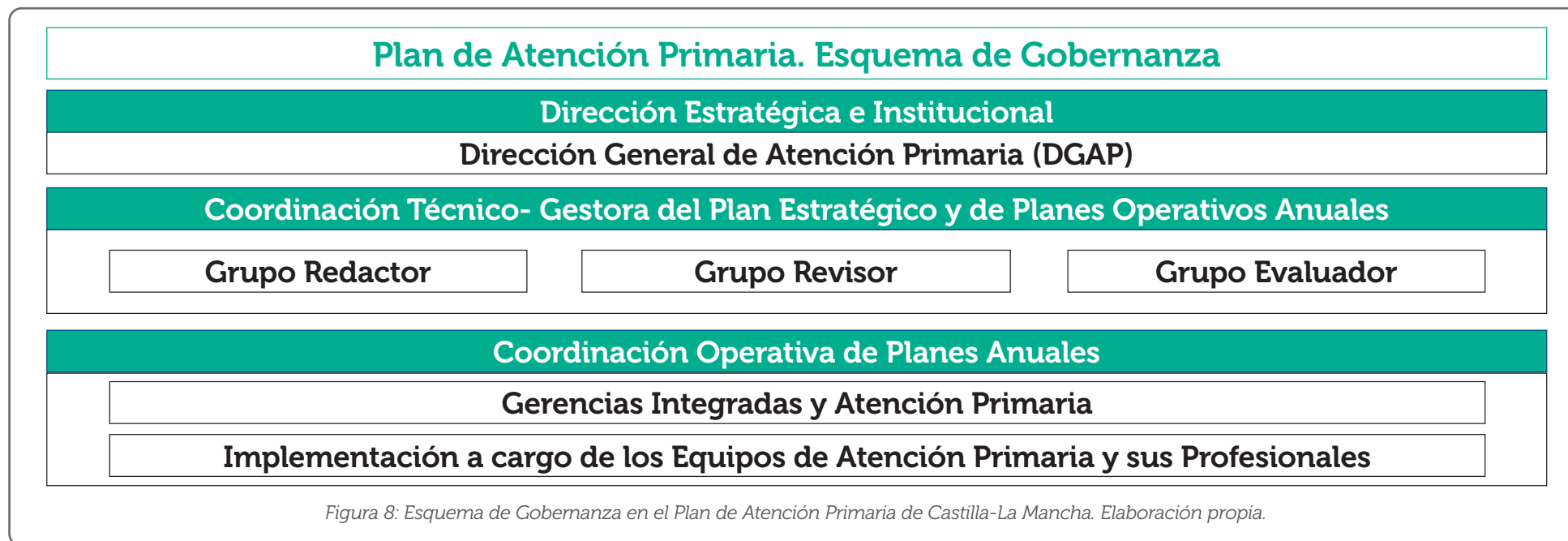
En Castilla-La Mancha contamos con el **Plan Regional frente a la Resistencia a los Antibióticos- PRAN Castilla-La Mancha salud humana**<sup>55</sup> que surge como una herramienta esencial para afrontar un grave problema de Salud Pública, como es el incremento de infecciones producidas por bacterias resistentes al tratamiento con antibióticos, y lo hace en consonancia con las políticas nacionales e internacionales sobre la materia, con el objetivo de promover el uso apropiado de antibióticos, reducir su consumo, disminuir el desarrollo

de resistencias, sensibilizar a todos los grupos de población, instituciones y profesionales implicados y lograr así mejores resultados en salud a través de un abordaje global e integral.

Este Plan establece las bases para el inicio, desarrollo e implementación de los Programas de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA) en el ámbito hospitalario, de Atención Primaria y sociosanitario en el ámbito territorial de Castilla-La Mancha.



## 4. Estructura y Órganos de Gobierno



Es preciso tener en cuenta para la estructura y los órganos de gobernanza del Plan Regional de Atención Primaria:

- **El Decreto 106/2023<sup>31</sup>, de 25 de julio, de estructura orgánica y funciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha** que establece la estructura orgánica y las funciones de los Servicios Centrales y Periféricos del SESCAM. En él se crea por primera vez la Dirección General de Atención Primaria.
- **La Orden de 18/12/2012<sup>32</sup>, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, de las Gerencias de Atención Integrada del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha** que supuso una gran reforma de la estructura orgánica del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.



## 5. Plan de Atención Primaria de Salud de Castilla-La Mancha

### 5.1. Elaboración y Metodología

El 15 de febrero de 2023 se puso en marcha por la Dirección General de Atención Primaria el proyecto de elaboración de un nuevo Plan de Salud de Atención Primaria de Castilla-La Mancha, tomando como base el Plan de Salud de Castilla-La Mancha Horizonte 2025<sup>37</sup>, así como el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022- 2023 del Ministerio de Sanidad<sup>36</sup>.

Se toman como referencia los 4 pilares y 5 principios básicos del Plan de Salud Horizonte 2025, y a los 9 objetivos de Atención Primaria que aparecen en dicho documento<sup>37</sup>.

Teniendo en cuenta igualmente los 13 objetivos del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023<sup>36</sup>, que integran y amplían los 9 objetivos citados anteriormente.

Se constituyeron 2 grupos de trabajo, de carácter multidisciplinar e integrados por profesionales con conocimiento y experiencia reconocida en los temas a tratar, puntos de vista complementarios, capacidad de consenso y trabajo en equipo de la misma relevancia, para la consecución del proyecto.

La división en dos grupos permite un enfoque interdisciplinar que persigue tener una doble evaluación y reflexión sobre el documento en dos fases diferenciadas.

- *Grupo de Elaboración: representación de parte de las gerencias y de las direcciones generales tanto del SESCAM como de la Consejería y Secretaría General del SESCAM*

- *Grupo de Revisión:*

- » *Profesionales de las gerencias que no forman parte del grupo de elaboración, con un objetivo importante de exploración y valoración de todos los aspectos del documento.*
- » *Secretaría General del Servicio de Salud y Direcciones Generales del Servicio de Salud y de la Consejería de Sanidad.*
- » *Unidad de Igualdad de Género.*
- » *Revisores externos: sociedades científicas y colegios profesionales, tal y como marca la normativa de la elaboración de los Planes de Salud antes de la validación.*

*La participación ciudadana se garantizó a través de un cuestionario al que se tuvo acceso desde el Portal de Transparencia de Castilla La Mancha.*





## 5.2. Seguimiento y Evaluación

Este plan contiene las principales directrices para la Atención Primaria y sienta las bases para su desarrollo e implementación en el ámbito territorial de Castilla-La Mancha. Del mismo modo, define la estructura y funciones de sus órganos de gobernanza, además de los objetivos estratégicos a desarrollar, todo ello tomando como referencia los principales documentos nacionales y regionales.

Se pretende consolidar las acciones ya implementadas con el trabajo y los planes de acción anteriores, estableciendo nuevas estrategias para el adecuado desarrollo de cada uno de los objetivos reflejados en este documento.

Para este fin, contará con un plan de acción anual que contendrá el desarrollo específico de las acciones concretas a realizar. Se elaborará un cronograma de desarrollo, implementación y seguimiento del Plan de Atención Primaria que contendrá las vías para la acción, el tiempo de ejecución, su grado de prioridad, así como el diseño de un procedimiento de evaluación del grado de cumplimiento de las acciones que se plasman en cada uno de los objetivos.

El cumplimiento de los objetivos y actuaciones propuestas serán evaluados durante el tiempo de vigencia del Plan y una vez concluido este, por la Comisión de Seguimiento del Plan de Salud (Orden 95/2021 de 15 de junio)<sup>56</sup>; la elaboración de informes de seguimiento del Plan tendrá carácter anual.



### 5.3. Objetivos generales y específicos, líneas de Acción e Indicadores





**Dotar de financiación adecuada necesaria para la  
implementación efectiva del presente Plan**



## JUSTIFICACIÓN

La financiación será adecuada, derivada de los Presupuestos Generales del Estado y de la Junta de Comunidades, acotando las necesidades que deben ser cubiertas, para conocer el montante económico necesario para satisfacerlas, a través de planes operativos con objetivos, acciones específicas e indicadores anuales.

## DESARROLLO DEL OBJETIVO

### Objetivos específicos (OE):

#### **OE.1.1: Elaborar un proyecto integral que incluya las acciones del Plan de Acción de Atención Primaria a implementar por la Comunidad.**

##### Descripción:

Disponer de un proyecto integral que incluya las acciones del Plan de Acción de Atención Primaria a implementar por parte de la Comunidad, valorando la dotación presupuestaria tanto de aquellas financiadas por parte de la comunidad como de aquellas que requieren co- financiación con el Ministerio de Sanidad, trascendental para la potencia de este ámbito de atención.

##### Acciones/actividades:

#### **A.1.1.1. Identificación de las necesidades de salud de la población.**

Indicador 1.1.1: ¿Se han identificado las necesidades de salud?

#### **A.1.1.2. Dotación presupuestaria.**

Indicador 1.1.2.: Porcentaje del presupuesto destinado al Plan de Atención Primaria.

#### **A.1.1.3. Acciones que requieren financiación por parte del Ministerio.**

Indicador 1.1.3: Porcentaje de acciones que requieren financiación del Ministerio con respecto al total.

#### **OE.1.2: Disponer de un presupuesto finalista para la implementación efectiva del Plan.**

##### Descripción:

Se hace precisa la disposición de un presupuesto específico y suficiente dirigida a la implementación efectiva de las acciones que están contenidas en este Plan, en un marco de co- financiación con el Ministerio de Sanidad, como herramienta económica necesaria para alcanzar los objetivos previstos.

##### Acciones/actividades:

#### **A.1.2.1. Disposición de un fondo finalista que satisfaga el 100% del presupuesto necesario, en un marco de co- financiación para la ejecución del Plan.**

Indicador 1.2.1 ¿Se dispone de un fondo finalista en el ejercicio anual?



*El precio es lo que pagas.  
El valor es lo que recibes.*

*Warren Buffett*



**Incrementar el número de profesionales, garantizar su disponibilidad y mejorar las condiciones laborales de manera que se posibilite la accesibilidad, longitudinalidad, estabilidad, atracción del talento y en consecuencia disminuir la temporalidad por debajo del 8%**



## JUSTIFICACIÓN

El reconocimiento de la longitudinalidad como característica esencial de la Atención Primaria, implica la necesidad de garantizar la estabilidad de las y los profesionales en cada centro, tanto de personal fijo como eventual: en este sentido, en la provisión eventual de servicios debería favorecerse la atención por el mismo grupo de profesionales, así como fomentar su estabilidad en el mismo centro de trabajo.

## DESARROLLO DEL OBJETIVO

### Objetivos específicos (OE):

**OE.2.1: Adecuar el número de profesionales y la atracción del talento en el ámbito de la Atención Primaria del SESCAM.**

#### Descripción:

Es importante la adecuación de las plantillas de los equipos (tanto con profesionales sanitarios como no sanitarios) para responder a las necesidades de la población adscrita.

Para ello se deben valorar las ratios poblacionales óptimas teniendo en cuenta las características sociodemográficas, económicas y morbilidad de la población atendida.

Así mismo, se hace necesario establecer las características para definir los puestos de difícil cobertura en base a diferentes variables que pueden ser socio-demográficas (nivel socioeconómico, conflictividad social, zonas despobladas...) geográficas (distancia a núcleos urbanos y/o centros hospitalarios, deficientes vías de comunicación, mala conectividad telefónica/internet...). Estos criterios deben reevaluarse periódicamente en base a los cambios que puedan producirse.

Favorecer la contratación de residentes de medicina y enfermería familiar y comunitaria al finalizar su residencia como interinas/os (ofertando las vacantes existentes en ese momento) o con contratos de larga duración

(al menos 3 años) tras su inscripción en las correspondientes bolsas de empleo favorecerá la retención del talento en nuestra comunidad.

Para ello debemos buscar la máxima calidad y la excelencia también en nuestra formación sanitaria especializada reconociendo la labor de quienes ejercen como tutoras y tutores de Atención Primaria, piezas clave de la misma.

### Acciones/actividades:

**A.2.1.1. Evaluación y adecuación de las necesidades de RR.HH. en Atención Primaria en base a la morbilidad atendida, los resultados en salud y las características sociodemográficas de cada Área de salud/centro de salud.**

Indicador 2.1.1.1: ¿Se ha elaborado un modelo para el cálculo de las necesidades de RR.HH. en Atención Primaria?

**A.2.1.2. Identificación de los puestos de difícil cobertura y de los incentivos (económicos y no económicos) para la atracción y retención en dichos puestos.**

Indicador 2.1.2.1: ¿Se han establecido los criterios para definir los puestos de difícil cobertura?

Indicador 2.1.2.2: ¿Se han establecido los incentivos (económicos y no económicos) asociados a los puestos de difícil cobertura?

Indicador 2.1.2.3: Porcentaje de los puestos de difícil cobertura cubiertos.

**A.2.1.3. Promoción de la contratación en Atención Primaria como personal estatutario fijo o de larga duración al finalizar la residencia, favoreciendo la cobertura de las vacantes en Atención Primaria y la**

**atención longitudinal, incentivando la permanencia de las y los profesionales en su puesto.**

Indicador 2.1.3: Porcentaje de residentes con contratos fijos, de interinidad o con una duración de al menos tres años en Atención Primaria, tras finalizar la residencia.

#### **A.2.1.4. Planificación de la oferta de Formación Sanitaria Especializada de las distintas especialidades que desarrollan su actividad en Atención Primaria.**

Indicador 2.1.4: Porcentaje de plazas ofertadas en Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria sobre las plazas acreditadas.

#### **A.2.1.5. Valoración de la acreditación de nuevas Unidades Docentes Multiprofesionales para favorecer el incremento de las plazas a ofertar.**

Indicador 2.1.5: Porcentaje de incremento de la capacidad para formar especialistas sobre la capacidad actual.

#### **A.2.1.6. Establecimiento de incentivos para la función tutorial.**

Indicador 2.1.6: ¿Se ha adoptado acuerdo de la mesa sectorial del SESCAM para el reconocimiento de incentivación de la función tutorial específicamente en Atención Primaria?

#### **OE.2.2: Reducir la temporalidad en el ámbito de la Atención Primaria del SESCAM.**

##### **Descripción:**

Mantener la tasa de temporalidad estructural por debajo del 8% fortalecerá las características de la Atención Primaria de Salud.

##### **Acciones/actividades:**

#### **A.2.2.1. Adopción de medidas normativas para reducir la temporalidad y flexibilizar la gestión de los recursos humanos en el SESCAM con el objetivo de situar y mantener la tasa de temporalidad estructural por debajo del 8%.**

Indicador 2.2.1: Tasa de temporalidad estructural.

#### **A.2.2.2. Puesta en marcha de procesos selectivos y creación de las vacantes necesarias para la transformación de los contratos de interinidad en contratos estatutarios fijos, con especial interés en las zonas de difícil cobertura.**

Indicador 2.2.2: Porcentaje de plazas vacantes cubiertas por contratos de interinidad.

#### **OE.2.3: Mejorar las condiciones laborales en el ámbito de la Atención Primaria del SESCAM.**

##### **Descripción:**

Este objetivo pretende flexibilizar los horarios y facilitar la gestión de la actividad de las personas de la organización, así como definir un modelo de carrera profesional basado en el verdadero desarrollo profesional valorando la obtención y mantenimiento de las habilidades, aptitudes y competencias específicas del trabajo en Atención Primaria.

##### **Acciones/actividades:**

#### **A.2.3.1. Mejora de la organización de la Atención Primaria y las condiciones laborales, incluyendo una mayor flexibilidad tanto en horarios como en organización y gestión de la actividad, para mejorar la motivación de las y los profesionales.**

Indicador 2.3.1: ¿Se ha adoptado acuerdo de la mesa sectorial que incluya un compromiso de seguimiento y evaluación anual de las medidas adoptadas?



**A.2.3.2. Impulso al concepto de carrera profesional en el ámbito de Atención Primaria basada en las habilidades, aptitudes y competencias profesionales, y asociada a un cumplimiento de objetivos y recertificación de estos de forma periódica, dotándolo presupuestariamente.**

Indicador 2.3.2: ¿Se ha constituido un grupo de trabajo para el impulso de la carrera profesional?

**A.2.3.3. Revisión de la figura del PEAC.**

Indicador 2.3.3.: ¿Se ha constituido un grupo de trabajo para la valoración en de la figura del PEAC?

**OE.2.4: Definir el proceso de seguimiento y actualización del mapa sanitario basado en la evidencia de los datos, así como los mecanismos de evaluación y mejora de este.**

**Descripción:**

El modelo de adecuación de los Recursos Humanos debería basarse al menos en los siguientes elementos:

- Las características sociodemográficas, población atendida, vías de comunicación, morbilidad atendida, necesidades de carácter estacional y previsible (cobertura de ausencias, vacaciones, bajas, aumentos estacionales de la población atendida, epidemias estacionales, etc.).
- La definición y el uso de modelos de planificación y de toma de decisiones basados en la evidencia de los datos disponibles utilizando/creando sistemas integrados de información y herramientas de analítica avanzada orientada a realizar una planificación territorial ajustada a la demanda y a la oferta de los servicios. Estos modelos han de tener en cuenta:
  - a. Identificación de las necesidades de salud de la población que faciliten la clasificación y estratificación de la misma en función de su morbilidad y nivel de riesgo.

- b. Identificación de los recursos sanitarios, sociales y de salud comunitaria.

**A.2.4.1: Estudio del mapa sanitario de Castilla-La Mancha con posibilidad de ajustes tanto en Áreas Sanitarias como en Zonas Básicas de Salud.**

Indicador 2.4.1: ¿Han sido definidos procesos de seguimiento, evaluación y actualización del mapa sanitario?



**Aumentar la capacidad de resolución**





## JUSTIFICACIÓN

El acceso a pruebas diagnósticas es una medida de demostrada efectividad que debe ir dirigida a aumentar la resolución y la eficiencia tanto de la Atención Primaria como del Servicio de Salud en su conjunto.

La mejora de la comunicación entre los distintos ámbitos es imprescindible en estos casos para el aumento de la capacidad resolutoria dentro del sistema.

El papel de este ámbito asistencial como garante de la accesibilidad, del uso eficiente de los recursos y de la corresponsabilidad entre paciente y comunidad hace que el Plan de Atención Primaria de nuestra comunidad se centre en esta cuestión.

## DESARROLLO DEL OBJETIVO

### Objetivos específicos (OE):

**OE.3.1: Mejorar el acceso a la indicación y utilización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos desde Atención Primaria, para incrementar la capacidad resolutoria en este ámbito de atención y gestionar la indicación por procesos.**

#### Descripción:

El aumento de la capacidad de resolución en Atención Primaria es una de las medidas mejor percibidas por pacientes y profesionales. Este objetivo pretende unificar la indicación de las pruebas diagnósticas en el sistema de salud, por proceso asistencial, independientemente del ámbito asistencial donde se produzca la solicitud.

#### Acciones/actividades:

**A.3.1.1. Unificación de los procedimientos diagnósticos hospitalarios accesibles desde Atención Primaria en toda la región, estableciendo una cartera de procedimientos diagnósticos comunes y accesibles para todos los ámbitos asistenciales en el SESCAM.**

Indicador 3.1.1: ¿Ha sido elaborada la relación de los procedimientos diagnósticos que deben realizarse en AP en Castilla-La Mancha actualizada, priorizada y aprobada?

### **A.3.1.2. Protocolización y gestión de los procesos asistenciales para disminuir la variabilidad no justificada entre profesionales.**

Indicador 3.1.2.1: ¿Ha sido elaborada la relación de procesos asistenciales protocolizados, bajo la gestión de indicación por proceso?

Indicador 3.1.2.2: Porcentaje de procesos asistenciales protocolizados e implementados en un periodo de tiempo.

Indicador 3.1.2.2: Porcentaje de pruebas diagnósticas a las que se tiene acceso desde Atención Primaria respecto el total de pruebas diagnósticas bajo la gestión de la indicación por proceso.

### **A.3.1.3. Garantía y promoción de un uso racional de los recursos, así como de la toma de decisiones basada en evidencias.**

Indicador 3.1.3 Número de recomendaciones "No hacer" difundidas e implementadas en un periodo de tiempo.

**OE.3.2. Identificar los procedimientos diagnósticos que deben ser realizados en Atención Primaria, la adquisición del equipamiento diagnóstico y el desarrollo de formación continuada necesaria.**

#### Descripción:

Se pretende identificar y unificar las pruebas diagnósticas que se pueden realizar en los centros de salud, dotándose del equipamiento necesario para mejorar la capacidad resolutoria



en este ámbito y por tanto mejorando la asistencia a la ciudadanía al recibir una evaluación lo más completa posible.

En base a la cartera de servicios comunes de Atención Primaria se identificarán las pruebas diagnósticas y se asegurará la dotación del aparataje diagnóstico necesario teniendo en cuenta, tanto las ratios poblacionales, como la accesibilidad de usuarias y usuarios al centro donde se le realizará la prueba. Las características de la población de nuestra Comunidad Autónoma, así como su dispersión geográfica, implican una distribución del aparataje acorde a las características de cada área sanitaria.

Junto con lo anterior, la formación adecuada para su uso de una forma eficiente y segura, va a permitir mejorar la actividad y resolución de estas pruebas diagnósticas, siendo necesario establecer una priorización respecto a la dotación a los centros de salud y consultorios de este material diagnóstico.

#### **Acciones/actividades:**

##### **A.3.2.1. Identificación y unificación de las pruebas diagnósticas que se pueden realizar en los centros de salud.**

Indicadores 3.2.1. Porcentaje de centros de salud con la cartera actualizada de procedimientos diagnósticos implantados respecto al total según priorización.

##### **A.3.2.2. Normalización regional del equipamiento diagnóstico necesario para mejorar la capacidad resolutive en atención primaria.**

Indicadores 3.2.2. ¿Ha sido elaborado un documento normalizado del equipamiento diagnóstico necesario para Atención Primaria?

##### **A.3.2.3. Formación y recursos necesarios para el incremento de actividad para mejorar capacidad resolutive.**

Indicadores 3.2.3. Porcentaje de actividades formativas incluidas dentro del Plan de Formación Continuada para incrementar la capacidad resolutive de Atención Primaria anualmente.

##### **OE.3.3: Optimizar los procesos administrativos que se realizan en Atención Primaria para conseguir la necesaria agilidad operativa en el desarrollo de los mismos.**

#### **Descripción:**

Mediante la optimización de los procesos administrativos se pretende mejorar la calidad en la atención y experiencia de paciente, intentando solucionar los problemas en un acto único, por el profesional adecuado en el momento de la atención.

Se debe proceder a dar visibilidad y desarrollo de las competencias profesionales de cada categoría profesional que permitan que los actos sean resueltos por quien sea competente en cada momento.

Es necesario facilitar herramientas en la historia clínica y redistribuir competencias en el Equipo de Atención Primaria. Para ello, es preciso sensibilizar a la totalidad de profesionales del impacto positivo que puede suponer una nueva y más eficiente redistribución en los roles del equipo.

El abordaje de lo anterior será una de las medidas que pretende impactar de forma importante en la desburocratización de las consultas de Atención Primaria.

#### **Acciones/actividades:**

##### **A.3.3.1. Aprobación del listado común de procedimientos administrativos identificados para ser optimizados.**

Indicador 3.3.1.: ¿Ha sido aprobado el listado común del SESCOAM de procedimientos administrativos que se han identificado para ser optimizados?

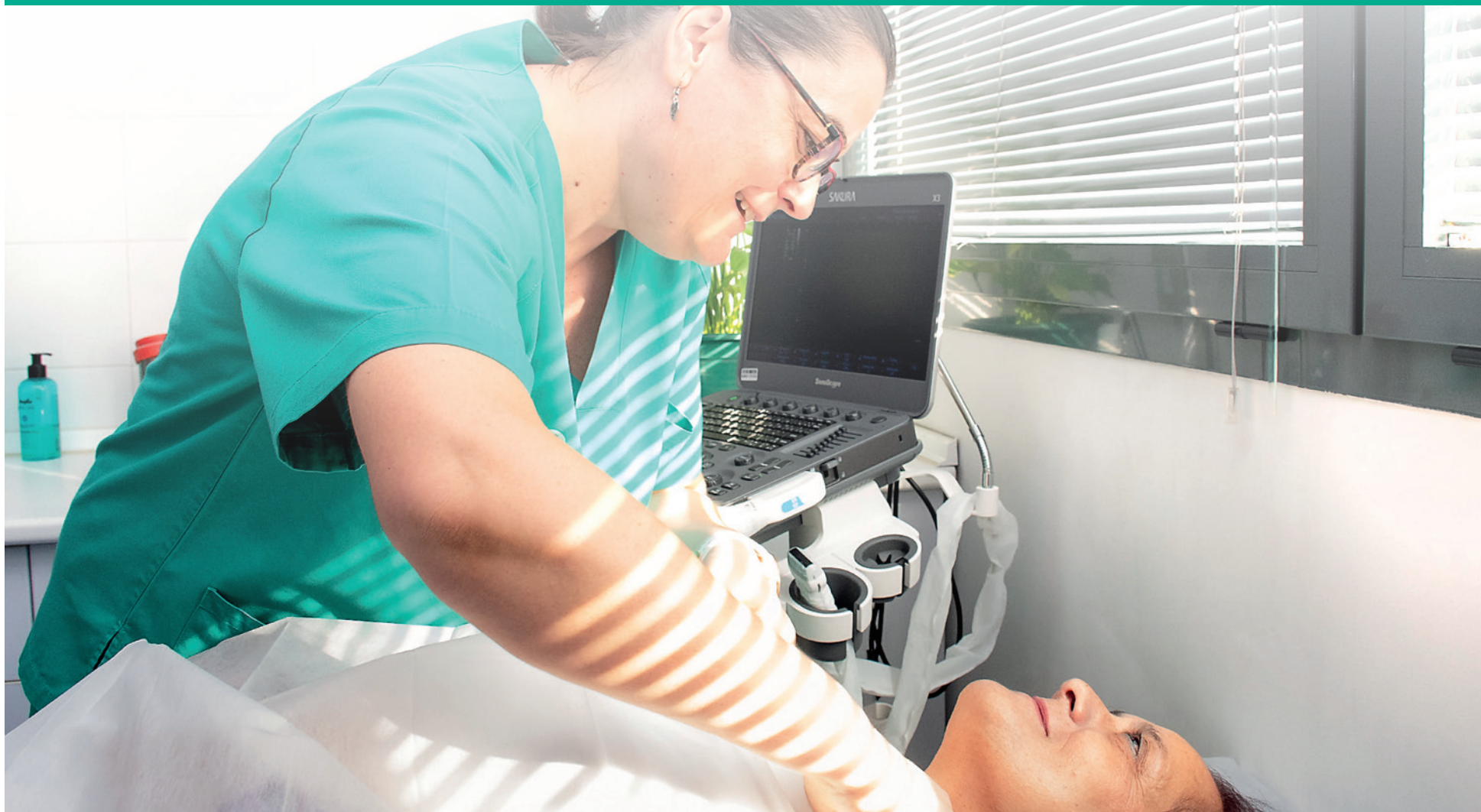
**A.3.3.2. Potenciación del papel del personal administrativo para agilizar procesos que influyen en todas las categorías profesionales del Equipo de Atención Primaria.**

Indicadores 3.3.2.: Porcentaje de procesos administrativos optimizados en relación al total de procedimientos administrativos identificados para ser optimizados.





**Impulsar los sistemas de información y digitalización**





## JUSTIFICACIÓN

El desarrollo en las últimas décadas de las tecnologías de la información ha puesto encima de la mesa la total necesidad de la adaptación de los sistemas de salud y formas de trabajo a esta nueva realidad.

Nuestra comunidad, además tiene una gran dispersión y una alta tasa de envejecimiento. Estas características hacen que la atención sanitaria sea más compleja y por ello es necesario recopilar y analizar datos relevantes, desarrollar un modelo de abordaje personalizado de pacientes, así como de sus patologías detectando riesgos de forma remota, realizando una evaluación continua de este modelo.

Para impulsar la atención personalizada y adaptada a cada paciente, en función de sus circunstancias de vida y de salud, se hace cada vez más necesario utilizar tecnologías Big Data e Inteligencia Artificial. El desarrollo de estas tecnologías precisa la capacitación de profesionales de la salud en su uso, como herramientas que ayuden a lograr una mejor prevención y control de las enfermedades crónicas de sus pacientes y mejorar su calidad de vida, pudiendo impactar positivamente en la toma de decisiones clínicas.

## DESARROLLO DEL OBJETIVO

### Objetivos específicos (OE):

**OE.4.1: Implementar las herramientas para facilitar la atención sanitaria en centros sanitarios inteligentes, a través de proyectos evaluados de teleconsulta, videoconsulta, acceso a imágenes médicas y chatbots para la mejora de la gestión de la demanda de la ciudadanía.**

### Descripción:

El objetivo va encaminado a reforzar las capacidades tecnológicas de los centros de salud, para así mejorar la calidad de los servicios a pacientes/ciudadanía y facilitar el trabajo de las y los profesionales.

La creación de una historia clínica digital debe permitir la interacción y el control de datos a las personas usuarias, incorporando dispositivos o aplicaciones de Internet de las Cosas (IoT) que ayuden a mejorar la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

### Acciones/Actividades

**A.4.1.1. Formación de una red virtual centrada en la ciudadanía que permitirá la continuidad de cuidados e información entre la institución sanitaria y las personas usuarias.**

Indicador 4.1.1: Número de servicios digitales implantados o desarrollados en Centros Sanitarios.

**A.4.1.2. Creación de una historia clínica digital y accesible para la ciudadanía.**

Indicador 4.1.2: ¿Se encuentra en desarrollo la historia clínica digital y accesible para la ciudadanía?

**A.4.1.3. Implantación de una plataforma regional que comparta información con la ciudadanía de manera ágil, permitiendo la monitorización remota teniendo en cuenta la dispersión de nuestra población y la cronicidad de las patologías.**

Indicador 4.1.3: Número de herramientas digitales de telemedicina implantadas.

**A.4.1.4. Formación continuada para profesionales en herramientas digitales y en su evaluación continua.**

Indicador 4.1.4: Número de actividades formativas relacionadas con herramientas digitales por gerencia.

**OE.4.2: Impulsar la atención personalizada adaptada a cada paciente en función de sus circunstancias de vida y de salud, dotando a las y los profesionales de capacidades de prevención, emisión de alertas individualizadas de salud y detección remota de riesgos y ayuda al diagnóstico, a través de tecnologías Big Data e Inteligencia Artificial.**

**Descripción:**

La tecnología BigData y la Inteligencia Artificial aportarán gran valor a profesionales y personas usuarias para prevenir y detectar riesgos de salud, por tanto, debemos incorporarlas en nuestro sistema sanitario. La utilización de tecnologías Big Data e Inteligencia Artificial también puede ser útil para la detección remota de riesgos de salud y el diagnóstico de enfermedades. Se pueden utilizar dispositivos portátiles para la monitorización de la salud de pacientes y enviar alertas a las y los profesionales de la salud cuando se detecten anomalías.

**Acciones/Actividades**

**A.4.2.1. Identificación de las necesidades y expectativas de las y los pacientes para poder brindar una atención personalizada adaptada a sus circunstancias de vida y salud.**

Indicador 4.2.1.1: ¿Se ha elaborado un protocolo para la identificación de las necesidades y expectativas de las y los pacientes?

Indicador 4.2.1.2: Número de tecnologías Big Data o Inteligencia Artificial para recopilar, analizar y procesar datos.

**A.4.2.2. Desarrollo de un modelo de atención personalizada adaptado a cada paciente.**

Indicador 4.2.2: Número de herramientas desarrolladas para poder detectar las necesidades y expectativas de las personas usuarias y brindar una atención personalizada teniendo en cuenta la situación de vida y salud de cada paciente.

**A.4.2.3. Detección remota de riesgos y ayuda al diagnóstico:**

Indicador 4.2.3: ¿Se han implementado tecnologías Big Data o Inteligencia Artificial para la detección remota de riesgos y ayuda al diagnóstico?

**A.4.2.4. Evaluación continua del modelo de atención personalizada.**

Indicador 4.2.4: Número de servicios digitales implantados y evaluados a través de indicadores de resultados en salud.

**OE.4.3: Implementar herramientas digitales evaluadas para el apoyo a los cuidados de personas con enfermedades crónicas y con altas necesidades, a través de dispositivos del internet de las cosas (IoT), sistemas de seguimiento remoto de la hospitalización y a domicilio, sistemas para la aplicación de ciencias ómicas y dispositivos de automonitorización.**

**Descripción:**

Es deseable implantar prestaciones de servicios virtuales para pacientes que precisan una atención personalizada y continua. Herramientas digitales que ayuden al cuidado de los usuarias y usuarios, que mejoren la calidad y seguridad de la atención, como el “espejo inteligente” fruto de investigadores en Castilla la Mancha, podrían facilitar la vida de las personas mayores o que viven en soledad.

La utilización de dispositivos por parte de las personas usuarias capaces de ser integrados en las historias clínicas podría mejorar el análisis de datos y mejorar la capacidad de prevención y diagnósticos en muchas ocasiones. Estas herramientas y dispositivos pueden mejorar el seguimiento en remoto y favorecer asistencia en el domicilio.

## Acciones/Actividades

### A.4.3.1. Implementación de herramientas digitales para el apoyo a los cuidados de personas con altas necesidades y patologías crónicas.

Indicador 4.3.1: Número de herramientas digitales implantadas para el apoyo a los cuidados de personas con altas necesidades y patologías crónicas.

### OE.4.4: Impulsar la transformación digital de los procesos de soporte a la gestión, para facilitar la evaluación y mejora continua de los servicios, la transparencia y la toma de decisiones basada en datos.

#### Descripción:

Es importante potenciar y adaptar herramientas digitales a las necesidades de nuestro entorno y los tiempos. Los portales de pacientes, así como las agendas inteligentes ayudarán a mejorar los tiempos y calidad percibida en personas usuarias y profesionales.

La mejora en la digitalización de los departamentos de recursos humanos llevará implícito una forma de trabajo más eficiente, evitando duplicidades y automatizando tareas mecánicas, aportando valor a la institución y a nuestras y nuestros profesionales.

## Acciones/Actividades

### A.4.4.1. Identificación de los procesos clave con el fin de impulsar la transformación digital de los procesos de soporte a la gestión.

Indicador 4.4.1: Número de servicios digitales implantados facilitadores de la transformación digital de los procesos de soporte a la gestión de la AP y Comunitaria.



***La tecnología es importante, pero lo único que realmente importa es qué hacemos con ella.***

*Muhammad Yunus*



**Consolidar el rol de las enfermeras/os especialistas  
en Familiar y Comunitaria en Atención Primaria**



## JUSTIFICACIÓN

La especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) lleva desarrollándose en Castilla-La Mancha desde 2011 en las Unidades Docentes Multidisciplinares, sin que este desarrollo fuera acompañado de estrategias de salida laboral una vez terminada la formación. Esto llegaba a generar cierta impotencia que, en muchas ocasiones, llevaba a terminar trabajando en unidades asistenciales totalmente diferentes a la Atención Primaria.

Dentro del Plan de Salud de Castilla-La Mancha Horizonte 2025<sup>37</sup> se establece como uno de sus pilares fundamentales el cambio del modelo organizativo del Sistema Sanitario (íntimamente unido al pilar de sostenibilidad del mismo), hacia un modelo salutogénico orientado a la promoción de la salud, la prevención y la asistencia compartida (AC), potenciando la Atención Primaria como eje fundamental de este cambio de modelo.

Dentro de este cambio, cobra especial relevancia la figura de enfermera/o especialista en EFyC, con una formación que le permite el máximo desarrollo de sus competencias dentro del Equipo de Atención Primaria, asumiendo nuevas responsabilidades acordes a su capacitación, fomentando a su vez la investigación, docencia e innovación en Atención Primaria.

## DESARROLLO DEL OBJETIVO

### Objetivos específicos (OE):

#### **OE.5.1: Creación de la categoría profesional de Enfermera/o Familiar y Comunitaria en Atención Primaria en nuestra comunidad autónoma.**

#### **Descripción:**

Para el desarrollo de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias<sup>11</sup>, se dictó el vigente Real Decreto 450/2005<sup>5</sup>, de 22 de abril sobre especialidades de Enfermería, estableciendo en su art. 2 las diferentes especialidades de Enfermería, siendo la especialidad de EFyC una de las 7 especialidades recogidas.

En Castilla-La Mancha, mediante el Decreto 6/2019 de 12 de febrero<sup>30</sup>, se creó la categoría estatutaria de enfermera/o especialista en el ámbito asistencial del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, estableciendo dicho decreto, la forma de acceso a la categoría tanto con carácter fijo como temporal. Reconoce, a su vez, al SESCAM como responsable de la planificación de sus necesidades en los centros, pudiendo ser actualizadas dichas plazas a través de creación progresiva de nuevas plazas en plantilla orgánica o reconversión de otras plazas, mediante modificación de la plantilla orgánica.

Este perfil debe favorecer la reorganización de las tareas asignadas de acuerdo a las nuevas necesidades asistenciales, impulsando nuevas estrategias y nuevos objetivos. Para ello, se debe favorecer también que asuman dentro de los Equipos de Atención Primaria puestos de liderazgo y gestión, que orienten al resto de profesionales del equipo en estas líneas de trabajo.

### **Acciones/actividades:**

#### **A.5.1.1. Creación de aquellas plazas de aumento de plantilla orgánica de enfermera/os en Atención Primaria, como plazas de enfermera/o especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria.**

Indicador 5.1.1: Porcentaje de las plazas de nueva creación de enfermera/o de Atención Primaria como enfermera/o especialista EFyC en plantilla orgánica.

#### **A.5.1.2. Incremento progresivo de plazas de EFyC en plantilla orgánica del SESCAM, mediante reconversión de las plazas de enfermera/o que queden vacantes, a plazas de enfermera/o especialista en EFyC.**

Indicador 5.1.2: Porcentaje de las plazas de enfermera/o vacantes, reconvertidas a plazas de enfermera/o especialista Enfermería Familiar y Comunitaria de En en plantilla orgánica.

**A.5.1.3. Integración como plazas de especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria de aquellas plazas ocupadas, en los Equipos de Atención Primaria, por personal titular con la titulación oficial correspondiente.**

Indicador 5.1.3: Porcentaje de plazas de especialista Enfermería Familiar y Comunitaria ocupadas por personal con la titulación oficial correspondiente.

**OE.5.2: Fomentar los nombramientos de enfermeras/os especialistas en Familiar y Comunitaria, incluyendo como mérito prioritario el título de especialista y arbitrar las medidas organizativas necesarias para ello y para el desarrollo de sus funciones.**

**Descripción:**

El SESCOG habilitó en febrero de 2022 una bolsa abierta y permanente de enfermeras/os especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria, para la cobertura temporal de plazas en la categoría de enfermera/o con la especialidad de EFyC dentro de los centros sanitarios de la Comunidad Autónoma.

En el marco del Plan de Perspectiva Contractual y Retención de Talento de años anteriores, se sigue trabajando para estabilizar y mejorar las condiciones de contratación.

**Acciones/actividades:**

**A.5.2.1. Modificación del pacto de selección de personal temporal del SESCOG para favorecer que los nombramientos de personal interino y sustituciones de consultas de enfermería de Atención Primaria sean cubiertos prioritariamente por enfermeras/os que tenga la especialidad Enfermería Familiar y Comunitaria.**

Indicador 5.2.1: ¿La Dirección General de RR.HH. y Transformación lleva a mesa sectorial del SESCOG propuesta de modificación en el pacto

de selección de personal temporal para la priorización de la especialidad de EFyC para la cobertura temporal de consultas de enfermería de Dirección General de RR.HH. y Transformación?

**OE.5.3: Valorar y priorizar procesos de uso, indicación y autorización de la dispensación de medicamentos y productos sanitarios por enfermeras/os y elaborar e implementar, tras su adaptación, los protocolos correspondientes.**

**Descripción:**

El objetivo que se persigue es impulsar el uso, indicación y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios sujetos a indicación médica por parte de enfermeras/os para mejorar los resultados en salud de las personas que atienden, a través de una atención sanitaria integral, segura, colaborativa, de calidad, basada en la evidencia y centrada en la persona.

La indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de enfermería, viene regulada por el RD 954/2015, de 23 de octubre<sup>57</sup>, y por las modificaciones realizadas por el RD 1302/2018, de 22 de octubre<sup>58</sup>.

La Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha reguló, mediante Orden 189/2020, de 4 de diciembre<sup>59</sup>, el procedimiento para la acreditación en Castilla-La Mancha de las enfermeras/os para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano. Dicha acreditación, se hizo de oficio para quienes tuvieran una experiencia laboral acreditada superior a un año, y se articuló el desarrollo de un curso de capacitación para las enfermeras/os con experiencia laboral inferior a un año, mediante un convenio con los colegios profesionales de Enfermería y la Universidad de Castilla-La Mancha.



En caso de fármacos sujetos a prescripción médica, su indicación viene desarrollada a través de guías. Son elaboradas y aprobadas por la Comisión Permanente de Farmacia y validadas por la Dirección General de Salud Pública. Hasta el momento de publicación de este documento, el Ministerio de Sanidad ha elaborado y publicado en el BOE un total de 8 guías: heridas<sup>60</sup>, quemaduras<sup>61</sup>, hipertensión<sup>62</sup>, diabetes<sup>61</sup>, ostomias<sup>63</sup>, fiebre<sup>64</sup>, anestésicos locales<sup>65</sup>, deshabitación tabáquica<sup>66</sup>, anticoagulación oral<sup>67</sup>.

La indicación enfermera/o se realiza, a través de la herramienta de receta electrónica de Turriano, por medio de la firma electrónica, previa solicitud por parte de la/el profesional de la certificación digital correspondiente, lo que otorga seguridad jurídica a las enfermeras/os que realizan la indicación.

Hasta el 31 de diciembre de 2023, las enfermeras/os de Castilla-La Mancha han realizado un total de 462.396 indicaciones (421.400 recetas de efectos y accesorios, y 40.996 recetas de medicamentos). Hasta ese momento solamente 4.100 de las 9.000 enfermeras/os acreditadas han solicitado la certificación digital, lo que supone un 46.22%. La integración de la indicación enfermera/o en la práctica asistencial favorece la educación a cada paciente en el manejo de su tratamiento, la adherencia al mismo y la detección de efectos adversos, mejorando el seguimiento de todas las personas enfermas crónicas y disminuyendo la variabilidad en la práctica al estar basadas las guías y protocolos derivados en la mejor evidencia disponible. En definitiva, es una herramienta que mejora la efectividad, la eficiencia y la calidad de la atención sanitaria.

El desarrollo de protocolos de indicación enfermera/o se recoge en el RD 954/2015<sup>56</sup>, con el fin de que estas profesionales alcancen su máxima competencia profesional en la indicación de medicamentos y productos sanitarios.

#### **Acciones/actividades:**

**A.5.3.1. Realización, a través de grupos de trabajo multidisciplinares, de la adaptación de las guías elaboradas en base al procedimiento establecido en el Real Decreto 954/2015<sup>56</sup>, de 23 de octubre por el Ministerio, tanto de las guías ya publicadas en el BOE en proceso**

**de adaptación, como de aquellas que el Ministerio de Sanidad continúe desarrollando.**

Indicador 5.3.1: ¿El SESCAM realiza la adaptación de las guías de indicación de medicamentos sujetos a indicación de enfermera elaboradas por el Ministerio de Sanidad durante los doce meses posteriores a su publicación en el BOE?

**A.5.3.2. Formación de enfermeras/os en el conocimiento y uso de las guías que se vayan adaptando, por medio de programas de formación continuada, así como a través de las y los formadores de Turriano de las diferentes Gerencias.**

Indicador I.5.3.2.: ¿El SESCAM ha promovido actividades de formación relacionadas con la indicación enfermera/o y su aplicación a través de los protocolos?

**A.5.3.3. Introducción de fórmulas que promuevan y estimulen el progresivo incremento del número de enfermeras/os de Atención Primaria que integran la indicación enfermera/o en su práctica asistencial.**

Indicador 5.3.3.1: Porcentaje de enfermeras/os de Atención Primaria que utilizan la indicación enfermera/o en su práctica asistencial al finalizar cada año.



**Reorganizar los equipos de Atención Primaria (EAP) y los roles de cada perfil profesional**



## JUSTIFICACIÓN

El propósito que se pretende conseguir es reorganizar los Equipos de Atención Primaria (EAP) y las Unidades de Apoyo (UA) para mejorar la respuesta a las actuales necesidades sanitarias de la ciudadanía, por parte del profesional más adecuado, a través de una redistribución de las tareas y cargas asistenciales entre las distintas categorías profesionales de Atención Primaria (AP), logrando con ello una mayor eficiencia y una mejor calidad asistencial.

El aumento de las enfermedades crónicas, el envejecimiento, la dependencia y la discapacidad va a requerir un esfuerzo por parte de los EAP para la adecuada orientación en el ámbito de los cuidados. Es esencial el desarrollo de su trabajo como un verdadero equipo, estableciendo nuevos roles que den respuesta a las necesidades actuales de las personas que atienden<sup>32,34,36,37</sup>.

## DESARROLLO DEL OBJETIVO

### Objetivos específicos (OE):

#### **OE.6.1: Desarrollar mapas de competencias y de los distintos perfiles profesionales de Atención Primaria, una vez definidos en la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud (CRHSNS).**

#### **Descripción:**

El reto que supone el cambio y la transformación de nuestro modelo sanitario requiere una revisión de los roles y perfiles de las y los profesionales de AP para adaptarse a esta realidad.

Esta valoración de las funciones y competencias mejorará el acceso a una atención integral y la seguridad de cada paciente optimizando la utilización de recursos en el proceso de atención.

Entre los aspectos a contemplar en esta reorganización, se encontrarían, entre otros:

- Potenciar el papel de las y los profesionales de las Unidades Administrativas

de AP para que actúen gestionando desde el inicio todos los procesos que se desarrollan en el EAP, de manera que puedan orientar la necesidad asistencial (ya sea sanitaria o administrativa) de cada paciente hacia la o el profesional más adecuado. Asimismo, debe mejorarse su capacitación, siendo corresponsables de la atención a la ciudadanía en su ámbito específico de competencia.

- Potenciar el desarrollo de las competencias de los y las Enfermeras de Familiar y Comunitaria de acuerdo con el programa formativo de la especialidad, liderando la gestión del cuidado de la salud de las personas, familia y comunidad en el continuum de su ciclo vital y en los diferentes aspectos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación en su entorno y contexto sociocultural.
- Potenciar la atención de las y los Médicos de Atención Primaria (MAP) a pacientes con patología crónica compleja y a las nuevas patologías emergentes, así como facilitar la dedicación a actividades preventivas, de promoción de la salud, investigación y docencia, todo ello en detrimento de aquellas actividades burocráticas que se demuestren innecesarias y, por tanto, carentes de valor.
- Continuar potenciando la participación de la fisioterapia en actividades preventivas, de educación y promoción de la salud, así como incrementar su capacidad resolutoria asumiendo patología aguda de baja complejidad y crónica estable mediante circuitos y protocolos de actuación basados en la evidencia.
- Fomentar el trabajo compartido entre profesionales del trabajo social del ámbito sanitario con el resto de profesionales en el desarrollo de protocolos orientados a la cronicidad, dependencia, vulnerabilidad o maltrato y/o atención a la soledad no deseada, trabajando siempre en la visión de la persona como centro de la intervención.



- Potenciar las funciones de las enfermeras/os Especialistas en Ginecología y Obstetricia (matronas) en la atención a la salud sexual y reproductiva, al embarazo de bajo riesgo en AP, la lactancia materna y su participación en actividades preventivas, de educación para la salud y comunitarias.
- Reducir la variabilidad en la prestación de todas las actuaciones de las Unidades de Salud Bucodental (USBD), fomentando aquellas actividades de promoción y prevención que se han demostrado eficaces, a través de programas preventivos.
- Potenciar el papel de las y los Farmacéuticos/as de AP en su labor de formación y apoyo a profesionales en el uso racional, eficiente y seguro de los medicamentos, impulsando el desarrollo del Plan Regional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN-CLM), así como en la revisión de los tratamientos de pacientes institucionalizadas/os en la comunidad.
- Potenciar las figuras de la psicología clínica en el ámbito del sistema sanitario y de la Enfermería Especialista en Salud Mental, como profesional consultor, gestor de casos y elemento de colaboración con AP en la continuidad asistencial, protocolizando los circuitos de derivación.
- Explorar la incorporación de nuevos perfiles profesionales como parte integrante de los Equipos de Atención Primaria.

En definitiva, es preciso acometer los cambios normativos necesarios para definir un nuevo modelo de Atención Primaria partiendo de la actual composición de los EAP y las Unidades de Apoyo<sup>68,69,70,71,72</sup>.

#### **Acciones/actividades:**

##### **A.6.1.1. Elaboración de una estrategia de implantación en el SESCAM del mapa de competencias de distintos**

##### **profesionales de AP y sus perfiles profesionales en función de los criterios que se determinen por la Comisión de Recursos Humanos del SNS (CRHSNS).**

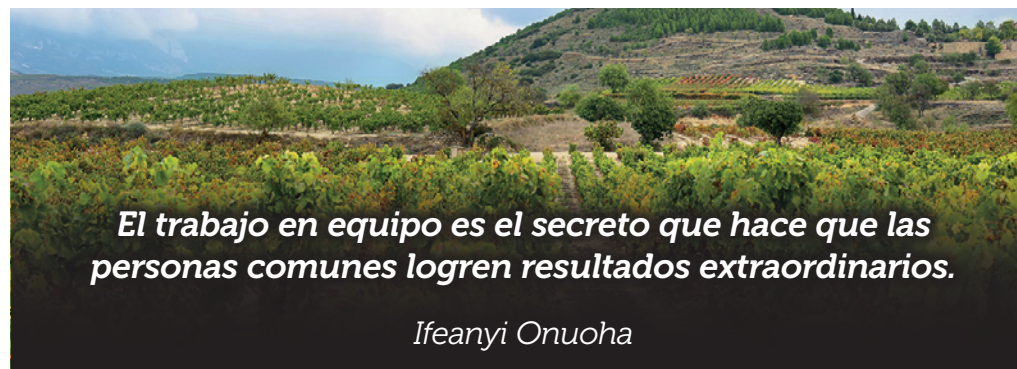
Indicador 6.1.1: ¿Se ha elaborado una estrategia y cronograma de trabajo que culmine, desde la publicación del acuerdo de la CRHSNS, con la implantación en todas las Gerencias del SESCAM del mapa de competencias de AP?

##### **A.6.1.2. Definición, identificación y adaptación de las tareas a realizar por cada uno de los perfiles profesionales y categorías de AP del SESCAM en el marco del acuerdo de la CRHSNS sobre competencias y perfiles profesionales de AP.**

Indicador 6.1.2: ¿Se ha creado un grupo de trabajo para la adaptación del acuerdo de la CRHSNS sobre competencias y perfiles profesionales de AP?

##### **A.6.1.3. Creación de planes de formación dirigidos a las distintas categorías profesionales, para mejorar la capacitación en estas nuevas competencias establecidas.**

Indicador 1.6.1.3: ¿Se ha diseñado un itinerario formativo, una vez terminado el trabajo de adaptación del acuerdo, para todas las categorías, con el objetivo de poder realizar la formación en el plazo de un año?



**Adoptar la actualización de la Cartera de Servicios de Atención Primaria y ejecutar los cambios normativos**



## JUSTIFICACIÓN

El objetivo que se persigue es adoptar la actualización de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS), en concreto del anexo II del RD 1030/2006, de 15 de septiembre<sup>17</sup> que establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización, en el sentido de adecuarlo a las necesidades actuales y futuras, comprendiendo todas las actividades, técnicas y procedimientos que deben prestarse en Atención Primaria (AP).

Toda actualización /ampliación de la cartera de servicios debe ir acompañada de los recursos necesarios para su aplicación, y garantizar los valores básicos de la AP como la accesibilidad y la longitudinalidad

## DESARROLLO DEL OBJETIVO

### Objetivos específicos (OE):

**O.E.7.1: Actualizar la cartera común de servicios de Atención Primaria, en especial en lo referente a indicación y realización de procedimientos diagnósticos en este ámbito en coherencia con la orientación necesaria para incrementar su capacidad de resolución.**

### Descripción:

La actualización y revisión de la cartera de servicios de AP es necesaria para adaptarnos a la constante evolución de las necesidades de salud de la población y para dar respuesta no solo al incremento de la pluripatología y consiguiente fragilidad, sino para proporcionar un mayor protagonismo e implicación de las personas en su propia salud fomentando así los autocuidados. Para ello, nuestra comunidad participará en el grupo de trabajo creado por el Ministerio para abordarlo<sup>34,36,37,66,68,69</sup>.

## Acciones / Actividades

### **A.7.1.1. Implantación en el Área de salud de los procedimientos aprobados en la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación (CPAF).**

Indicador 7.1.1.1: ¿Se ha realizado un registro de la modificación de recursos humanos y materiales tras la valoración previa a la implantación de la actualización de la cartera de servicios de atención primaria?

Indicador 7.1.1.2: Porcentaje de procedimientos diagnósticos implantados en cada Gerencia en relación con el total de procedimientos aprobados en la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación (CPAF).

### **O.E.7.2: Ampliar y desarrollar el servicio de atención comunitaria de la cartera básica común de Atención Primaria.**

### Descripción:

Teniendo como guía la Estrategia Regional de Salud Comunitaria, el objetivo que se persigue es identificar las actividades concretas con participación de la comunidad y que se deben desarrollar en todos los centros de salud y consultorios del SNS orientadas a la detección y priorización de sus necesidades y problemas de salud identificando los recursos comunitarios disponibles priorizando las intervenciones y elaborando programas orientados a mejorar la salud de la comunidad en coordinación con otros dispositivos sociales y educativos.

Se intenta homogeneizar las prestaciones de atención comunitaria en el SNS garantizando la equidad en su acceso independientemente del lugar de residencia.

Desde AP debemos ser capaces de generar dinámicas que favorezcan implicación de la comunidad en la toma de decisiones sobre la salud, para identificar actividades a desarrollar, orientadas a la detección, priorización de las necesidades y problemas en su entorno.



#### Acciones/actividades:

##### **A.7.2.1. Participación en reuniones del grupo de trabajo para la ampliación y el desarrollo de la estrategia de salud comunitaria.**

Indicador 7.2.1: ¿Se ha participado en las reuniones del grupo de trabajo para la ampliación y el desarrollo de la estrategia de salud comunitaria?

##### **A.7.2.2. Identificación de necesidades y problemas de salud.**

Indicador 7.2.2: ¿Se han registrado las necesidades de salud detectadas en las áreas?

##### **A.7.2.3. Valoración de recursos humanos y materiales.**

Indicador 7.2.3: ¿Se ha realizado un registro de la dotación de recursos humanos y materiales para poder realizar intervenciones y coordinaciones con la comunidad?

##### **A.7.2.4. Desarrollo de planes de actuación. Elaboración de procedimientos.**

Indicador 7.2.4: Número de actividades de promoción y prevención en coordinación con la comunidad a través de Consejos de Salud o proyectos comunitarios.

#### **O.E.7.3: Incorporar en la cartera de servicios las nuevas modalidades de atención no presencial estableciendo criterios de calidad de uso de cada una de las modalidades en atención.**

##### **Descripción:**

El objetivo que se persigue es que se reconozca como actividad asistencial que se presta aquellas que se desarrollan de forma no presencial. Esta nueva manera de prestar atención sanitaria en otro escenario se debe hacer en base a unos criterios que aseguren calidad y efectividad y se desarrollen dentro de los programas establecidos en el Servicio de Salud.

#### Acciones/actividades:

##### **A7.3.1. Desarrollo de nuevas modalidades de atención no presencial.**

Indicador 7.3.1. Porcentaje de agendas de las diferentes categorías de Atención Primaria con la modalidad no presencial incluida con respecto al total de agendas.

#### **O.E.7.4: Ampliar progresivamente la cartera común de servicios de salud bucodental del Servicio Nacional de Salud<sup>73</sup>.**

##### **Descripción:**

El objetivo que se persigue es doble:

- Homogeneizar las prestaciones de atención de salud bucodental en el territorio nacional garantizando la equidad en su acceso independientemente del lugar de residencia
- Incrementar los servicios comunes que hasta ahora no se prestaban por la sanidad pública con enfoque fundamentalmente preventivo y priorizando los siguientes colectivos donde la inversión en salud es manifiesta: infanto-juvenil, embarazadas, personas con discapacidad y personas diagnosticadas de procesos oncológicos del territorio cérvicofacial.

#### Acciones/actividades:

##### **A.7.4.1. Definición del número total de Unidades de Salud Bucodental (USBD) necesarias.**

Indicador 7.4.1. Número de USBD necesarias implantadas y número horas de trabajo estimadas.

#### **A.7.4.2. Planificación de la organización estructural y funcional de las USBD necesarias.**

Indicador 7.4.2.1: Inclusión de la población de 0 a 5 años en actuaciones de exploración, prevención y tratamiento. Cobertura alcanzada en población 0 a 5 años (niñas y niños atendidos/población diana) x100.

Indicador 7.4.2.2: Inclusión de la población de 6 a 15 años incluidos en actuaciones de exploración, prevención y tratamiento. Cobertura alcanzada en población 6 a 15 años incluidos: (niñas y niños atendidos/población diana) x 100.

Indicador 7.4.2.3: Cobertura alcanzada a mujeres embarazadas (embarazadas atendidas/población embarazadas estimadas) x 100.

Indicador 7.4.2.4: Inclusión de la población diagnosticada de procesos oncológicos del territorio cervicofacial. (Número total de pacientes oncológicos atendidas/os).

Indicador 7.4.2.5: Existencia de circuitos asistenciales entre Hospitalaria y Primaria para la atención a personas diagnosticadas de procesos oncológicos del territorio cervicofacial y personas con alteraciones conductuales severas objetivables. (Número total de pacientes discapacitados atendidas/os).

#### **A.7.4.3. Definición de los horarios de atención y la agenda de trabajo.**

Indicador 7.4.3. ¿Se ha realizado una valoración de los horarios de atención y agendas en las USBD de la región?

#### **A.7.4.4. Dotación de recursos materiales y humanos.**

Indicador 7.4.4. ¿Se dispone de un registro de la dotación de recursos humanos y materiales en las USBD?





**Fomentar la calidad asistencial la practica basada en la evidencia científica**





## JUSTIFICACIÓN

El Plan Regional de Calidad de Castilla-La Mancha<sup>74</sup>, Organizaciones de aprendizaje 2021-2025 comienza indicando que la Calidad es sinónimo de superioridad o excelencia, y la calidad de nuestro Sistema Sanitario, debe ser también la excelencia de la asistencia sanitaria que prestamos a la ciudadanía y a sus necesidades, así como la constante evolución e innovación junto a ella y poniendo al servicio de su salud todo el método y conocimiento científico disponibles.

Tenemos la responsabilidad de promover mejores resultados en salud desde la promoción de hábitos saludables y la prevención, mediante el establecimiento de actuaciones que perfeccionen la respuesta asistencial en todos los ámbitos, tanto de la Atención Primaria como Hospitalaria, con un modelo que debe ser comunitario, sostenible, humano y centrado en las personas, en constante evolución y mejora, apoyado en la participación, la formación y la investigación.

El Plan Regional de Calidad, está enmarcado en el Plan de Salud de Castilla-La Mancha Horizonte 2025<sup>37</sup> y desde su multidimensionalidad, contribuye al desarrollo de varias de sus líneas estratégicas: comparte la orientación a garantizar la sostenibilidad del Sistema Sanitario y se sustenta en las y los profesionales como principal activo de nuestra organización, para el cambio de la cultura organizacional.

Además, el Plan Regional de Calidad<sup>73</sup> está diseñado para contribuir al cambio de modelo organizativo del Sistema Sanitario, desarrollando un modelo de atención integral e integrada. Este modelo debe tener orientación comunitaria y ofrecer soluciones innovadoras para la atención de las personas, la mejora del desarrollo profesional y la calidad y seguridad en la práctica profesional.

Son dos los principios fundamentales para el desarrollo de esta cultura organizacional que nos permita aproximarnos a la máxima calidad en la prestación de servicios de salud en nuestra región: Mejora Continua y Respeto por las personas.

Todo ello fomentando las distintas dimensiones de la calidad asistencial, contribuyendo a potenciar el papel de la Atención Primaria de Salud como eje principal y al cambio de modelo organizativo que se pretende en nuestro sistema sanitario.

## DESARROLLO DEL OBJETIVO

### Objetivos específicos (OE):

**OE.8.1: Implementar las recomendaciones de “no hacer” en Atención Primaria pertenecientes al proyecto “Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España” según la actual metodología establecida entre Guía Salud y el Ministerio de Sanidad.**

### Descripción:

El sobrediagnóstico, la medicalización excesiva y la atención de bajo valor son términos que se utilizan para representar la prestación de servicios sanitarios en los que el potencial de daño supera el potencial de beneficio. Este uso excesivo de recursos diagnósticos y terapéuticos plantea problemas para la salud de las personas y para los sistemas de salud.

Por otra parte, los sobrecostes derivados de este sobreuso oscilan entre el 10% y el 30% del gasto total en salud en los países altamente desarrollados.

En abril de 2013 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad puso en marcha el proyecto denominado “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas”<sup>75</sup> siendo la relación de actividades que no aportan valor, defendida por las diferentes sociedades científicas de AP desde el año 2014 y se centra en las numerosas acciones que no han demostrado a lo largo de los años mejorar la calidad de la atención sanitaria ni los resultados en salud.

Este proyecto se enmarca en las actividades de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y tiene como objetivo disminuir las intervenciones innecesarias, entendidas como aquellas que no han demostrado eficacia, tienen escasa o dudosa efectividad o no son coste-efectivas.

El Plan de Salud de Castilla-La Mancha Horizonte 2025<sup>37</sup>, dentro de la Línea Estratégica de Calidad y Seguridad del Paciente, se ha propuesto desarrollar el "Proyecto No Hacer", cumpliendo así las recomendaciones mencionadas.

Una parte importante de las recomendaciones "No Hacer" atañen directamente a la Atención primaria, bien porque han sido propuestas por sociedades científicas de profesionales de su especialidad, o bien porque, aunque hayan sido propuestas por otras sociedades científicas, muchas de ellas se llevan a cabo en el nivel primario de atención sanitaria.

#### **Acciones/actividades:**

##### **A.8.1.1. Selección de las recomendaciones "no hacer" que se consideren prioritarias en Atención Primaria [Ver tabla 1].**

Indicador 8.1.1: ¿Se ha realizado la priorización de recomendaciones "no hacer"?

##### **A.8.1.2. Realización de una campaña de información sobre las recomendaciones "no hacer" seleccionadas dirigida a las y los profesionales de Atención Primaria.**

Indicador 8.1.2: ¿Se ha realizado campaña informativa sobre las recomendaciones "no hacer" para las y los profesionales?

##### **A.8.1.3. Realización de una campaña de información sobre las recomendaciones "no hacer" seleccionadas dirigida a la ciudadanía.**

Indicador 8.1.3: ¿Se ha realizado campaña informativa sobre las recomendaciones "no hacer" para la ciudadanía?

##### **A.8.1.4. Incorporación de un sistema automatizado en la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria (Turriano) que alerte a las y los profesionales sobre la recomendación.**

Indicador 8.1.4.1: Porcentaje de recomendaciones "no hacer", del total priorizadas para Atención Primaria, incorporadas en la Historia Clínica Electrónica.

Indicador 8.1.4.2: ¿Se ha establecido registro para monitorizar la adherencia por parte de las y los profesionales a las recomendaciones "no hacer"?

##### **A.8.1.5. Evaluación del efecto de la puesta en marcha de las recomendaciones de "no hacer" en Atención Primaria.**

Indicador 8.1.5: ¿Se ha incluido al menos un indicador en cuadro de mando para cada una de las recomendaciones "no hacer" incorporadas a Turriano?

#### **OE.8.2: Mejorar la calidad de la asistencia sanitaria a través de la implantación de modelos y herramientas de gestión.**

##### **Descripción:**

La Atención Primaria constituye el nivel básico asistencial, tal y como se describe en el Plan de Salud de Castilla-La Mancha horizonte 2025<sup>37</sup>. El Plan de Atención Primaria de Salud se articula considerando, entre otros, los objetivos de disminuir la variabilidad clínica injustificada, el aumento de la capacidad resolutoria de la Atención Primaria y la implicación de profesionales en la gestión de los recursos.

La aplicación de herramientas de diseño y gestión de procesos integrales, que han demostrado ser altamente eficientes en la estandarización e implantación de rutas asistenciales, facilitan la implicación de profesionales y el aprovechamiento de su conocimiento, favoreciendo de este modo la aplicación de

cambios en la asistencia sanitaria. Además, esta metodología implica la evaluación periódica y mantenida de los resultados en la atención al paciente para que, de manera objetiva y controlada puedan aplicarse mejoras basadas en la evidencia.

La definición de procesos asistenciales integrados aporta una visión completa de las intervenciones sanitarias sobre el proceso patológico que afecta al paciente, lo que facilita que las transiciones asistenciales entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria se lleven a cabo garantizando la adecuada atención a cada paciente.

Para la implantación de los procesos asistenciales integrados se requiere la adecuación de los sistemas de información y la participación de cada profesional que interviene en cualquier actividad del proceso, por lo que es esencial gestionar correctamente el talento y el conocimiento de la organización, favoreciendo la detección de buenas prácticas y su difusión y generalización.

#### **Acciones/actividades:**

##### **A.8.2.1. Estandarización y contribución a la mejora continua de procesos asistenciales integrados, garantizando su implementación en sistemas de información.**

Indicador 8.2.1.1: ¿Existe un listado de procesos asistenciales integrados orientados a la mejora de la continuidad asistencial estandarizados?

Indicador 8.2.1.2: Número de procesos asistenciales integrados orientados a la mejora de la continuidad asistencial estandarizados en los sistemas de información.

Indicador 8.2.1.3: Número de procesos asistenciales integrados orientados a la mejora de la continuidad asistencial implementados en los sistemas de información.

##### **A.8.2.2. Implementación de modelos y herramientas que contribuyan a la mejora de gestión y de la calidad de la asistencia sanitaria en atención primaria abordando las diferentes dimensiones de la calidad.**

Indicador 8.2.2.1: Porcentaje de centros de atención primaria que implementan modelos de gestión y de la calidad de la asistencia sanitaria.

Indicador 8.2.2.2: Porcentaje de procesos de gestión y de la calidad de la asistencia sanitaria implantados en los centros de atención primaria.

#### **OE.8.3: Gestionar el talento en gestión de la mejora profesional de Atención Primaria.**

##### **Descripción:**

En la Atención Primaria se integran múltiples actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social. El personal que realiza su actividad en la Atención Primaria acumulan gran cantidad de conocimiento sobre todas estas actividades y la puesta en común de este conocimiento es clave para la aplicación de herramientas de mejora continua.

También la sistematización del intercambio del conocimiento permite retener el talento en el SESCOG, favoreciendo la difusión de los resultados de la adopción de buenas prácticas tanto asistenciales como en gestión y la implantación de las mismas de manera generalizada en los centros de Atención Primaria.

##### **Acciones/actividades:**

##### **A.8.3.1. Fomento de la participación de profesionales de Atención primaria en el programa "Bolsa de Talento en Gestión de la Mejora".**

Indicador 8.3.1: Porcentaje de profesionales de Atención Primaria incluidos en el programa Bolsa de Talento en Gestión de la Mejora.



#### **A.8.3.2. Difusión del conocimiento científico generado a partir de la implantación de buenas prácticas en gestión.**

Indicador 8.3.2.1: Número de publicaciones de artículos en revistas científicas realizadas respecto de la implantación de buenas prácticas en gestión.

Indicador 8.3.2.2: Número de comunicaciones científicas realizadas en congresos respecto de la implantación de buenas prácticas en gestión.

#### **OE.8.4: Implementar las recomendaciones recogidas en las Estrategias de Salud del Sistema Nacional de Salud que se refieran a Atención Primaria, dedicando los recursos necesarios para tal fin.**

##### **Descripción:**

Las Estrategias de Salud son actuaciones sobre problemas de salud que, bien por su elevada prevalencia o bien por suponer una mayor carga asistencial, familiar, social y económica, requieren un abordaje integral, que tenga en cuenta todos los aspectos relacionados con la asistencia sanitaria, así como la coordinación con otros departamentos o instituciones.

Las distintas estrategias y programas de salud existentes serán monitorizados de forma continua a través de los grupos de trabajo estables coordinados a nivel autonómico.

##### **Acciones/actividades:**

##### **A.8.4.1. Implementación de la estrategia de Abordaje a la Cronicidad<sup>76</sup>.**

Indicador 8.4.1.1: Porcentaje de centros de salud que han implementado acciones priorizadas en la estrategia de Abordaje a la cronicidad.

Indicador 8.4.1.2: Porcentaje de acciones implementadas de las priorizadas en la Estrategia.

#### **A.8.4.2. Implementación de la Estrategia de Seguridad del Paciente<sup>77</sup>.**

Indicador 8.4.2.1: Porcentaje de centros de salud que tienen referente de Seguridad del Paciente.

Indicador 8.4.2.2: Porcentaje de Gerencias de Atención Integrada y de la Gerencia de Atención Primaria de Toledo que tienen elaborado un Plan Operativo Anual para implantar la Estrategia de Seguridad del Paciente que recoja los objetivos anuales para sus Equipos de Atención Primaria.

#### **A.8.4.3. Implementación de la estrategia de Promoción y Prevención<sup>78</sup>.**

Indicador 8.4.3: Porcentaje de centros de salud en donde se ha implantado la Estrategia de Promoción y Prevención.

#### **A.8.4.4. Implementación de la estrategia del Cáncer<sup>79</sup>.**

Indicador 8.4.4: Porcentaje de centros de salud en donde se ha implantado al menos 1 de las 5 líneas de la estrategia del cáncer.

#### **A.8.4.5. Práctica del enfoque de género en los distintos programas y estrategias de salud<sup>80</sup>.**

Indicador 8.4.5.1: Porcentaje de programas y estrategias de salud en las que se aplica el enfoque de género.

Indicador 8.4.5.2: ¿Se dispone de un plan de actuación contra la violencia de género en Atención Primaria?

#### **OE.8.5: Impulsar la mejora continua de la interoperabilidad de las historias de salud digitales como elemento de intercambio de información entre profesionales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria.**

### Descripción:

La Atención Primaria mejora la calidad de vida de la población por las características que la definen:

1. Atención integral.
2. Atención longitudinal.
3. Atención en la familia y en la comunidad.
4. Capacidad preventiva y de promoción de la salud que conlleva mejora de resultados en salud futura.
5. Atención equitativa.
6. Capacidad resolutive.
7. Capacidad de coordinación sociosanitaria.

Para su pleno desarrollo se requiere disponer de toda la información posible del resto de ámbitos asistenciales.

La coordinación entre los distintos ámbitos por los que puede pasar un paciente es imprescindible, además, para mejorar la calidad y la seguridad de los procesos asistenciales.

### Acciones/actividades:

#### **A.8.5.1. Adecuación de los sistemas de historia clínica de manera que se facilite su uso y acceso por profesionales de ambos niveles asistenciales.**

Indicador 8.5.1: ¿Se ha implantado un sistema de interoperabilidad de la historia de salud digital entre ambos niveles asistenciales?

#### **A.8.5.2. Formación de las y los profesionales de ambos niveles asistenciales en el uso de la historia clínica.**

Indicador 8.5.2: Número de actividades formativas realizadas sobre el uso de las historias clínicas digitales.



## Tabla 1. Priorización de las acciones en Atención Primaria de la estrategia “no hacer”

No solicitar densitometría de forma rutinaria en mujeres postmenopáusicas para valorar el riesgo de fractura osteoporótica, sin realizar antes una valoración de factores de riesgo.

No utilizar la terapia hormonal (estrógenos o estrógenos con progestágenos) con el objetivo de prevenir la enfermedad vascular en mujeres postmenopáusicas.

No usar tiras reactivas y glucómetros en pacientes con diabetes tipo 2 en tratamiento con fármacos orales no hipoglucemiantes, salvo situaciones de control glucémico inestable.

No realizar de forma sistemática la determinación de PSA a individuos asintomáticos sin antecedentes familiares de primer grado de cáncer de próstata.

No emplear la rifampicina junto con pirazinamida, por su elevada toxicidad, para la quimioprofilaxis primaria de la tuberculosis en las personas inmunocompetentes.

No dar antibióticos de forma rutinaria a niñas y niños con gastroenteritis.

No recomendar la indicación de realizar una radiografía de tórax en la bronquiolitis aguda.

Evitar el tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos en pacientes con enfermedad cardiovascular, enfermedad renal crónica, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca o cirrosis hepática y, en caso necesario, prescribirlos con mucha precaución.

No prescribir de forma sistemática tratamiento farmacológico de la hipercolesterolemia para la prevención primaria de eventos cardiovasculares en personas mayores de 75 años.

No prescribir de forma sistemática protección gástrica con inhibidores de la bomba de protones a pacientes que consumen antiinflamatorios no esteroideos que no presentan un riesgo aumentado de sangrado.

No prescribir bifosfonatos en pacientes con bajo riesgo de fractura.

No prescribir un nuevo medicamento en pacientes de edad avanzada sin haber revisado los tratamientos que ya tiene pautados.

No prescribir antibióticos en la faringoamigdalitis, salvo que exista una alta sospecha de etiología estreptocócica y/o que el resultado del Strep A sea positivo.

No retrasar el inicio del tratamiento fisioterapéutico en la enfermedad de Parkinson hasta la aparición de dificultades de movimiento.

No utilizar sólo técnicas pasivas en el tratamiento de las tendinopatías crónicas, pues la terapia activa es más efectiva.

No utilizar ejercicios autopasivos con polea en el tratamiento del miembro superior del paciente hemipléjico.

No se recomienda, para valorar el riesgo de caídas en la población geriátrica, utilizar el test “one leg stand”.

No utilizar percusión, clapping, vibración o drenaje postural para favorecer la eliminación de secreciones respiratorias.

No utilizar test serológicos para el diagnóstico de la enfermedad celiaca en niñas y niños, antes de que el gluten haya sido introducido en la dieta.

No utilizar de forma rutinaria povidona yodada en niñas y niños menores de dos años, especialmente en recién nacidos menores de un mes.

No recomendar el uso de flotadores para la prevención de las úlceras por presión.

No aplicar de manera habitual povidona yodada para limpiar las heridas crónicas salvo cuando se precise disminuir la carga bacteriana.

No utilizar apósitos de plata para prevenir la infección de lesiones cutáneas ni en heridas sin signos claros de infección local.

No realizar masajes sobre prominencias óseas para la prevención de las úlceras por presión.

No tratar el asma bronquial con broncodilatadores de vida media/larga sin corticoides inhalados.

No utilizar catéteres urinarios permanentes en pacientes sin indicación apropiada.

No utilizar rutinariamente antisépticos o antibióticos tópicos para el tratamiento de una úlcera por presión en personas adultas.

No utilizar abreviaturas en las hojas de prescripción.

No separar a la madre de la niña o el niño tras el parto, sin que haya ninguna causa médica que lo justifique.

No prescribir fibratos de forma rutinaria para la prevención primaria de enfermedad cardiovascular.

No indicar colocación de sonda nasogástrica ni gastrostomía percutánea en pacientes con demencia en fase avanzada.

No transfundir concentrados de hematíes en anemia ferropénica sin inestabilidad hemodinámica.



No indicar el cribado ni el tratamiento de la bacteriuria asintomática, incluyendo pacientes con sondaje vesical, salvo en el embarazo o en procedimientos quirúrgicos urológicos.

No usar ácido acetilsalicílico como prevención primaria en personas sin enfermedad cardiovascular.

No usar benzodiazepinas para el tratamiento del insomnio, la agitación o el delirio en personas de edad avanzada.

La determinación de los péptidos natriuréticos no está indicada para la toma de decisiones terapéuticas en la insuficiencia cardíaca crónica.

En la mayoría de ocasiones que se detecta una cifra de presión arterial elevada no existe indicación para iniciar tratamiento antihipertensivo de manera inmediata.

No solicitar múltiples pruebas en la valoración inicial de una persona con sospecha de enfermedad tiroidea. Solicitar primero la hormona estimulante de la tiroides (TSH) y si fuera anormal, continuar con evaluación adicional o con tratamiento, según los hallazgos.

No realizar cribado poblacional de déficit de Vitamina D, mediante la concentración en suero de 25-dihidroxiVitamina D (Calcidiol).

No solicitar una velocidad de sedimentación Globular (VSG) o eritrosedimentación para valorar la inflamación en pacientes con diagnóstico no definido. Para detectar el estado proinflamatorio en fase aguda solicitar proteína C reactiva (PCR).

No utilizar vendajes neuromusculares adhesivos, de forma indiscriminada y como primera línea de tratamiento, para disminuir dolor y mejorar la funcionalidad en toda patología neuromuscular.

No realizar pruebas de imagen (radiografía, RNM, TAC) en pacientes con dolor lumbar agudo sin signos de alarma.

No recomendar reposo en cama en pacientes con dolor lumbar agudo o subagudo.

No hacer radiografía simple de abdomen en la niña, el niño y adolescente de forma rutinaria con dolor abdominal agudo, salvo sospecha de obstrucción o perforación intestinal.



**Somos lo que hacemos día a día. De modo que la excelencia no es un acto es un hábito, por ello necesita ser parte de nuestro día a día.**

Aristóteles



**Reforzar la orientación comunitaria, promoción de la salud  
y prevención de la Atención Primaria**



## JUSTIFICACIÓN

Es necesaria una orientación comunitaria hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad para abordar los problemas de salud de la población, potenciando los activos para la salud desde un enfoque integral de determinantes sociales de la salud, con el objetivo de mejorar el bienestar de la comunidad. Para ello se hace necesario incidir en los mecanismos de coordinación entre atención primaria de salud, salud pública, entidades locales y otros sectores, así como facilitar la participación de la ciudadanía, en definitiva, abrir diálogo entre sectores y disciplinas diversas, para enriquecer las posibilidades en acciones comunitarias fomentando la participación social.

En la Atención Primaria se integran las actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

La Atención Primaria debe ser protagonista y liderar los cambios que se proponen, colaborando con la comunidad para conseguir poblaciones más comprometidas en el cuidado de la salud, más responsables y menos medicalizadas. Especialmente, tienen un papel relevante las actuaciones en la promoción de estilos de vida saludables y conductas seguras, en coordinación entre el ámbito sanitario, el familiar, el educativo y los servicios sociales, a nivel local y en cada una de las etapas de la vida.

Se trata de trabajar con la población impulsando medidas preventivas y educando a la población en hábitos saludables. Hay que incidir en el concepto de “desmedicalización” pensando en la relación riesgo/beneficio a largo plazo, y velar por la seguridad haciendo un uso racional de los recursos. Es

importante adecuar las intervenciones a la evidencia disponible y buscar alternativas, opciones no farmacológicas, para intervenir en los problemas de salud más frecuentes y sobre todo en situaciones (cronicidad, fragilidad) sobre las que, a pesar del intervencionismo sanitario, no podemos “curar”, y aprovechar las oportunidades para la prevención educando en salud.

Desarrollar la orientación comunitaria implica reconocer como esenciales la participación comunitaria en salud (herramienta transformadora dentro y fuera del sistema), la implicación activa de personas, familias y comunidades en su cuidado, más allá de su rol de paciente o cliente, para alcanzar el máximo potencial de salud independientemente de su posición u otras circunstancias sociales.

El nuevo enfoque de salud debe superar el modelo biomédico, más centrado en la enfermedad, y avanzar a una atención con sensibilidad hacia lo psicológico, social y comunitario (modelo biopsicosocial). Además, debe asumir sus dos caras: integrar el conocimiento biomédico cuando es necesario para abordar problemas específicos (atención centrada en la enfermedad) e interpretar el conocimiento complejo (atención centrada en la persona) y adaptar y priorizar las intervenciones buscando el equilibrio entre cargas y capacidades (medicina mínimamente disruptiva).

La orientación comunitaria tiene una metodología y una praxis específicas. Es una actividad propia de la Atención Primaria y forma parte de la cartera común de servicios de atención primaria del Sistema Nacional de Salud. Debe reflejarse en acuerdos de gestión, y contar con medios necesarios con formación, asesoramiento, apoyos técnicos y presupuesto<sup>34,36,81</sup>.

## DESARROLLO DEL OBJETIVO

### Objetivos específicos (OE):

**OE.9.1: Desarrollo e implementación de la estrategia regional reforzando la orientación comunitaria y salutogénica en el ámbito de la Atención Primaria<sup>82</sup>.**



### Descripción:

La Estrategia Regional de Salud Comunitaria proporciona un marco de trabajo en común, adaptado a la realidad de cada territorio de la comunidad, con la implicación en todo el proceso de diferentes agentes, incluida la ciudadanía. Está basada en la recomendación de activos, teniendo en cuenta la intersectorialidad y la participación en salud, con la finalidad de actuar sobre los determinantes sociales y mejorar la salud y el bienestar de las personas, de acuerdo a lo establecido en el Plan de Salud de Castilla-La Mancha, que la incorpora como estrategia y surge en desarrollo del mismo.

### Acciones/actividades:

#### **A.9.1.1. Publicación y difusión de la estrategia regional en el ámbito regional**

Indicador 9.1.1.1: Impresión de ejemplares en formato papel y alojamiento del documento en la página web del Plan de Salud de Castilla-La Mancha.

Indicador 9.1.1.2: Plan de Comunicación y difusión a todos los representantes y agentes implicados en los distintos niveles de gobernanza de la Estrategia.

#### **A.9.1.2 Poner en marcha las medidas organizativas necesarias para integrar la salud comunitaria en las funciones y organización de los diferentes ámbitos y niveles implicados en la estrategia.**

Indicador 9.1.1.2: Acuerdos y actuaciones en los diferentes ámbitos y niveles.

### **O.E.9.2: Estrategia de formación en abordaje biopsicosocial y acción comunitaria. Descripción:**

Para incluir la orientación comunitaria en la prestación de servicios sanitarios y desarrollar una atención comunitaria de calidad es necesario facilitar la formación continuada de las y los profesionales para que adquieran las habilidades y competencias necesarias.

Es indispensable elaborar un plan formativo de salud comunitaria específico, dentro del programa de formación continuada, que incluya el abordaje psicosocial, la educación para la salud, la acción comunitaria (potenciar relaciones y vínculos entre los diferentes agentes comunitarios) y la formación de formadores para llegar a todas y todos los profesionales.

Esta formación es fundamental que incluya un itinerario formativo completo en actividades comunitarias, con carácter multidisciplinar y para la totalidad de los profesionales que trabajan en el Equipo de Atención Primaria.

### Acciones y actividades:

#### **A.9.2.1 Elaborar un Plan formativo de salud comunitario específico en salud comunitaria para adiestrar a los profesionales de los Equipos de Atención Primaria en abordaje biopsicosocial y en acción comunitaria desde la consulta de Atención Primaria, a través de la entrevista clínica integral, las técnicas de comunicación y la recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios.**

Indicador 9.2.1.1: Se ha elaborado un Plan formativo de salud comunitario específico en salud comunitaria.

Indicador 9.2.1.2: Porcentaje de profesionales que han realizado formación en abordaje psicosocial y acción comunitaria.

#### **A.9.2.2. Elaborar una Guía de acción comunitaria con el desarrollo de los tres niveles de orientación comunitaria con enfoque de equidad y determinantes sociales de salud.**

Indicador 9.2.2.1: Guía de Acción Comunitaria elaborada.

Indicador 9.2.2.2: Elaboración y utilización de una Guía Didáctica para facilitar la formación presencial basada en la Guía de Acción Comunitaria.

**A.9.2.3. Formación de formadores en acción comunitaria, incluyendo una parte de formación práctica en competencias y habilidades, para llegar a la totalidad de profesionales.**

Indicador 9.2.3.1: Porcentaje de profesionales/ Gerencias que realizan esta formación.

**OE.9.3: Crear estructuras y mecanismos de coordinación para trabajar en salud comunitaria**

**Descripción:**

Es necesario generar y facilitar estructuras y/o mecanismos de coordinación, para trabajar en salud comunitaria a nivel de Comunidad Autónoma, Gerencias y Zonas Básicas de Salud, entre los diferentes agentes y con participación de la ciudadanía, con el objetivo de responder de forma coherente y sostenida a las necesidades y demandas de los diferentes contextos y grupos de población atendida, y que además sirvan de apoyo a los Equipos de Atención Primaria.

Se constituye un sistema de gobernanza como herramienta clave para facilitar e implementar el proceso de toma de decisiones e impulso en la puesta en marcha de la estrategia desde tres niveles de actuación para un trabajo coordinado, que potencie la participación de profesionales y ciudadanía y oriente la atención hacia la mejora de los resultados en salud.

Los órganos de gobernanza para trabajar en salud comunitaria en Castilla-La Mancha se articulan a través de la **dirección estratégica** que corresponde a la Dirección Institucional de la Consejería de Sanidad, de la **coordinación técnico-**

**gestora** a través de la Comisión Regional de Salud Comunitaria, que contará con representantes de los distintos niveles de actuación, y de los **Equipos técnico-operativos**, formados por profesionales que trabajan en salud comunitaria de forma activa y coordinada.

Cada Gerencia contará con una **comisión de salud comunitaria** liderada por la Dirección Gerencia y con participación de las y los responsables en salud comunitaria de los Equipos de Atención Primaria.

Cada EAP contará con una o un **responsable de salud comunitaria** nombrado/a por la Dirección asistencial.

**Acciones/actividades:**

**A.9.3.1. Constituir la Comisión Regional de Salud Comunitaria, con el objetivo de establecer el marco de consenso regional y las líneas estratégicas de trabajo para la consecución de los objetivos de la estrategia, favoreciendo la coordinación e implicación de los distintos niveles de actuación.**

Indicador 9.3.1.1: Comisión Regional de Salud Comunitaria constituida.

Indicador 9.3.1.2: Número de reuniones anuales de la Comisión Regional.

**A.9.3.2. Cada Gerencia contará con una Comisión de Salud Comunitaria liderada por la Dirección Gerencia y con participación de las y los responsables en salud comunitaria de los Equipos de Atención Primaria.**

Indicador 9.3.2.1: Número de Gerencias que han designado al responsable de salud comunitaria.

Indicador 9.3.2.2: Número de Comisiones de Salud Comunitaria constituidas.

Indicador 9.3.2.3: Número de reuniones anuales de las Comisiones de Salud Comunitaria.

**A.9.3.3. Cada Equipo de Atención Primaria contará con una o un responsable de salud comunitaria nombrado/a por la Dirección asistencial.**

Indicador 9.3.3.1: Porcentaje de Equipos de Atención Primaria que han designado al responsable de salud comunitaria.

#### **OE.9.4: Enlace a herramientas de recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios en la Historia de Salud Digital.**

##### **Descripción:**

La recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios es una herramienta efectiva para dar a conocer aquellos recursos que generan salud y bienestar y favorecen vínculos en la comunidad, lo cual, a su vez, puede generar condiciones de vida más saludables.

El enlace desde la Historia de Salud Digital a herramientas de recomendación de activos y recursos comunitarios favorece la generalización de su uso, ya que el/la profesional en la consulta puede acceder con facilidad a los activos y recursos del lugar donde vive y trabaja la persona, pudiendo realizar un consejo integral adaptado al aspecto o conducta que se quiere reforzar.

La finalidad es incluir en la Historia de Salud Digital de Atención Primaria enlaces a mapas o herramientas de visibilización de activos para la salud y recursos comunitarios con acceso de todos los profesionales sociosanitarios, y disponer de una herramienta que permita recomendar estos activos y prescribir y registrar las acciones comunitarias, facilitando la coordinación con servicios y entidades de la zona, potenciando el trabajo en red.

##### **Acciones/actividades:**

#### **A.9.4.1. Incluir el enlace a mapas de recursos comunitarios o herramientas de visibilización de activos para la salud en la Historia de Salud Digital.**

Indicador 9.4.1.1: Disponibilidad de enlace a herramienta de visibilización de activos y recursos comunitarios en la Historia de Salud Digital ("Localiza Salud")

Indicador 9.4.1.2: Grado de implementación en el uso de los mapas de activos y recursos comunitarios.

#### **A.9.4.2. Elaboración de un protocolo diseñado para la recomendación de activos para la salud.**

Indicador 9.4.2.1.: Elaboración del Protocolo para la recomendación de activos de acuerdo con la estructura de gobernanza definida en la estrategia regional, aprobado por la Dirección Institucional.

Indicador 9.4.2.2. Grado de implementación del Protocolo.

#### **A.9.4.3. Disponer de una herramienta en la Historia de Salud Digital que permita recomendar activos para la salud, prescribir y registrar las acciones comunitarias**

Indicador 9.4.3.1.: Disponibilidad de una herramienta de recomendación de activos y registro de actividades.

Indicador 9.4.3.2.: Grado de penetración en las distintas Gerencias del uso de la herramienta, así como del registro de actividades y de las acciones prescritas y registradas.

#### **A.9.4.4. Crear un sistema de evaluación y seguimiento de las acciones comunitarias realizadas y registradas.**

Indicador 9.4.4.1.: Sistema de evaluación y seguimiento implementado

Indicador 9.4.4.2: Grado de implementación del sistema de evaluación y seguimiento.

#### **OE.9.5: Definir los condicionantes sociales y del contexto familiar de las y los pacientes que sería recomendable incluir en la Historia de Salud Digital de manera homogénea.**

##### **Descripción:**

Incluir en la Historia de Salud Digital los condicionantes sociales de la persona y del contexto familiar facilita el



abordaje biopsicosocial en la consulta, de manera que las y los profesionales pueden conocer y tener en cuenta las condiciones de vida de la persona a la hora de hacer un diagnóstico, una recomendación, un seguimiento o una propuesta de manejo o de cuidados.

#### **Acciones/ actividades:**

##### **A.9.5.1. Definir los condicionantes sociales y del contexto familiar a incluir en la Historia de Salud Digital.**

Indicador 9.5.1.1: Relación de los condicionantes sociales y del contexto familiar incorporados en la Historia de Salud Digital.

#### **OE.9.6: Potenciar la investigación en salud comunitaria. Descripción:**

Promover la investigación en salud comunitaria facilita la evaluación y el diseño de las acciones, así como la mejora de resultados, la evidencia y la transferencia a la práctica de los profesionales de Atención Primaria, salud pública y otros agentes de salud comunitaria contando con convocatorias, tiempo y presupuestos específicos e integrar la experiencia de la ciudadanía y de las/los pacientes, en los proyectos de investigación, facilitando su participación activa en todo el proceso investigador, incorporando la diversidad afectivo-sexual y de género, como línea estratégica propia.

#### **Acciones/actividades:**

##### **A.9.6.1. Implementación de líneas de investigación en salud comunitaria.**

Indicador 9.6.1.1: Existencia de línea de investigación específica en salud comunitaria.

Indicador 9.6.1.2: A la línea de investigación se le ha incorporado la diversidad afectivo- sexual y de género.

##### **A.9.6.2: Favorecer la implicación de profesionales sanitarios, contando con convocatorias específicas en salud comunitaria.**

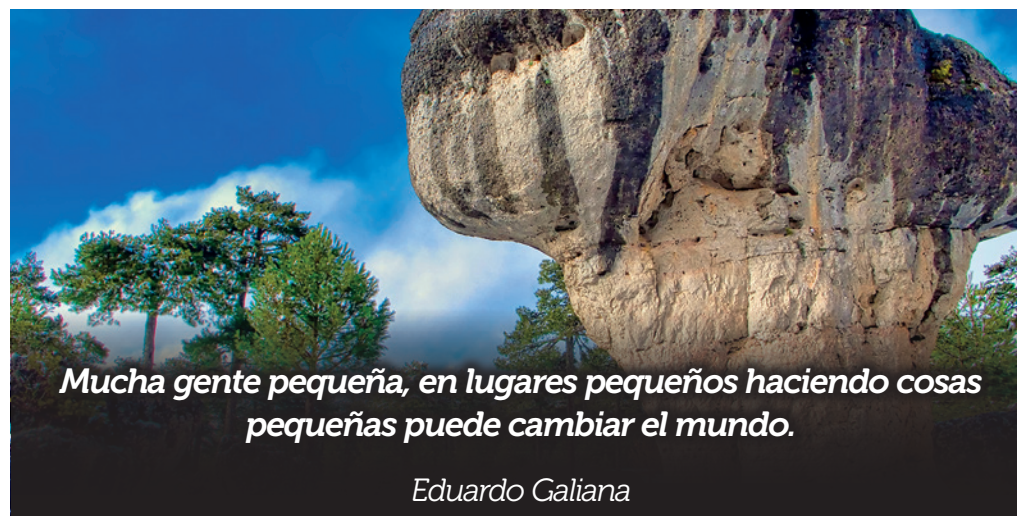
Indicador 9.6.2.1. Número de convocatorias específicas de investigación en salud comunitaria.

##### **A.9.6.3: Difundir los resultados de investigación de las iniciativas comunitarias.**

Indicador 9.6.3.1: Número de publicaciones en revistas indexadas.  
Indicador 9.6.3.2: Difusión de los resultados de investigación.

##### **A.9.6.4: Impulsar la evaluación de los resultados en salud de los programas y proyectos educativos implementados, facilitando la evidencia y la transferencia a la práctica profesional.**

Indicador 9.6.4.1.: Definir los resultados en salud, darlos a conocer y cuantificarlos en el ámbito de los programas y proyectos implementados.



**Reforzar el liderazgo de la Atención Primaria como eje vertebrador del Sistema Nacional de Salud poniendo en valor y difundiendo su impacto en resultado en salud y equidad**





## JUSTIFICACIÓN

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad<sup>8</sup>, da paso a la creación de dos ámbitos asistenciales: Atención Primaria y Atención Hospitalaria. El ámbito de la Atención Primaria es la base del sistema y el nivel asistencial sobre el que se fundamenta un estado de bienestar.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), en noviembre de 2018, acuerda el inicio del proceso de elaboración de un Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria (MAPyC)<sup>34</sup> que fue diseñado a través de un proceso de reflexión participativo con comunidades autónomas, sociedades científicas, colegios profesionales y asociaciones de pacientes y ciudadanía, siendo aprobado en el Pleno del CISNS el 10 de abril de 2019 y publicado mediante Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo (BOE número 19, de 7 de mayo de 2019)<sup>35</sup>.

Según éste, la Atención Primaria es un pilar indispensable en la garantía de la equidad en salud, dado su papel vertebrador del Sistema Nacional de Salud y su enfoque biopsicosocial, salutogénico y comunitario. De ahí, la necesidad de su impulso para renovar y mantener su liderazgo como eje del sistema sanitario y como agente de la ciudadanía ante el mismo.

En el "I Encuentro de Atención Primaria: Retos y Oportunidades", celebrado en Gran Canaria el 30 de septiembre y 1 de octubre de 2021, se presentó el análisis de las acciones que están llevando a cabo las distintas administraciones sanitarias en desarrollo de la Estrategia de Atención Primaria y Comunitaria y se han analizado las prioridades para la implantación del MAPyC, priorizando en especial las líneas estratégicas A y B. En concreto la línea estratégica A tiene como objetivo: Reforzar el compromiso del CISNS con el liderazgo de la Atención Primaria de Salud.

Todas estas actuaciones van en línea con las recomendaciones específicas 2020 realizadas por la Comisión Europea a España en el marco del Semestre Europeo. El cumplimiento del compromiso adquirido en la Reforma 1 del Componente 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia<sup>83</sup>. Se refiere a aumentar su capacidad de ofrecer respuestas más eficaces a los problemas de salud emergentes, mejorar la experiencia individual de la asistencia y prevenir las enfermedades y potenciar el papel de la atención primaria. Entre los objetivos específicos se encuentra en segundo lugar: Mejorar la capacidad resolutoria de la Atención Primaria e impulsar el carácter vertebrador de la Atención Primaria y su papel como agente de salud de los pacientes en todo el sistema sanitario. Todo este contexto queda reforzado tras la publicación, en el MAPyC<sup>34</sup>, del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023<sup>36</sup>, aprobado por el CISNS el 15 de diciembre de 2021.

Los organismos internacionales recomiendan reiteradamente contar con sistemas de salud basados en una Atención Primaria de calidad y universal ya que está demostrada la asociación entre la fortaleza de la AP y la mejora de los resultados en salud y equidad.

Se hace necesario visibilizar las características intrínsecas de la AP para poner en valor el trabajo de los profesionales y difundir los datos de resultados en salud a la población. "Mejorar el conocimiento del trabajo que se realiza en AP, para mejorar la salud de la ciudadanía."

## DESARROLLO DEL OBJETIVO

### Objetivos específicos (OE):

**OE.10.1: Elaborar una estrategia de comunicación crítica y veraz para poner en valor la Atención Primaria: su impacto en salud y equidad, y visibilizar el trabajo realizado.**



### Descripción:

Se trata de diseñar una estrategia de comunicación a nivel regional para visibilizar y poner en valor la Atención Primaria, dirigida por un lado a profesionales y por otro a la ciudadanía para conseguir:

- Motivación e implicación de profesionales.
- Participación ciudadana y satisfacción las personas usuarias.

### Acciones/Actividades:

#### **A.10.1.1. Diseño de una estrategia de información y difusión en medios y redes sociales para visibilizar el papel de la Atención Primaria, conocer las y los distintos profesionales del Equipo de Atención Primaria y de las Unidades de Apoyo y su propia organización.**

Indicador 10.1.1: Número de visualizaciones o likes de la campaña diseñada en medios y redes sociales.

#### **A.10.1.2. Elaboración de campañas publicitarias para dar a conocer las aplicaciones de cita previa y el resto de aplicaciones disponibles.**

Indicador 10.1.2.1: Porcentaje de personas de la ciudadanía que usan la aplicación de cita previa u otras analizadas.

Indicador 10.1.2.2: Número de pacientes sin cita previa que acuden a la consulta del profesional.

#### **A.10.1.3. Realización de encuestas de satisfacción a personas usuarias tras determinados procesos de atención recibida y evaluación de las mismas.**

Indicador 10.1.3.1: Número de encuestas realizadas.

Indicador 10.1.3.2: Número de conclusiones y mejoras extraídas de las encuestas analizadas.

#### **A.10.1.4. Realización de encuestas por parte de los equipos directivos a los puestos intermedios y al resto de profesionales de sus gerencias para valorar aspectos de mejora.**

Indicador 10.1.4: Número de mejoras detectadas y posteriormente percibidas por las y los profesionales.

### **OE.10.2: Mejorar la visibilidad del trabajo de la Atención Primaria a través de una mayor y mejor difusión pública de los datos recopilados en los sistemas de información centralizada del SNS, de forma accesible, intuitiva, abierta y multidispositivo.**

### Descripción

Difundir esta información de una forma ágil, intuitiva y accesible para que, tanto profesionales como población, puedan consultar los indicadores de seguimiento de AP y los resultados en salud más relevantes.

El rol vertebrador que la Atención Primaria y sus profesionales ejercen en el SNS viene determinado por los datos recogidos en los múltiples y potentes sistemas de información a los que la Comunidad Autónoma aporta sus datos periódicamente, y que permiten realizar análisis exhaustivos y conocer la opinión de la ciudadanía para establecer las prioridades y toma de decisiones en las políticas de salud.

### Acciones/Actividades

#### **A.10.2.1. Creación de contenido de forma continuada a través del mantenimiento de una red de información con profesionales y gerencias de las diferentes áreas sanitarias.**

Indicador 10.2.1: ¿Se ha establecido una red de información que permita la creación y actualización de contenido?

**A.10.2.2. Extracción de datos de los sistemas de información con elaboración de indicadores de seguimiento de Atención Primaria y resultados en salud para su difusión.**

Indicador 10.2.2: Número de indicadores relacionados con resultados en salud extraídos.

**A.10.2.3. Difusión en forma de mensajes cortos y concretos a profesionales y ciudadanía de forma periódica de los datos e indicadores extraídos del punto anterior.**

Indicador 10.2.3.1: ¿Se ha realizado una difusión activa de los indicadores extraídos?





**Reforzar la gobernanza y el modelo de dirección y liderazgo en Atención Primaria**





## JUSTIFICACIÓN

El objetivo que se persigue es potenciar la autonomía de gestión de los centros de Atención Primaria para la consecución de las metas previamente definidas, dotando tanto a órganos de dirección de los centros como a profesionales de los mismos de capacidades de gestión adecuadas, primando la participación de profesionales y ciudadanía en su diseño.

La gestión por procesos es una herramienta de gestión al alcance de las y los profesionales que favorece la implicación de todas las personas de la organización; una gestión integrada del conjunto de las actividades que se realizan, contribuye a eliminar (o cuando menos a comprender y documentar) las barreras funcionales y organizativas que con frecuencia producen problemas de coordinación y orienta las actividades hacia el cliente. Requiere una actitud crítica que apueste decididamente por el desarrollo de las personas y de la organización.<sup>35,36,37,66,67,68,69</sup>

## DESARROLLO DEL OBJETIVO

### Objetivos específicos (OE):

**OE.11.1: Definir e implementar un modelo de gobernanza que permita la autonomía en la gestión clínica de los centros de salud, potencie la participación de los/las profesionales y de la ciudadanía y oriente la gestión hacia la mejora de los resultados en salud.**

### Descripción:

Las coordinadoras y los coordinadores de los centros de salud deben ser personas líderes gestoras, seleccionados en base a un procedimiento basado en la definición de las distintas

competencias en gestión necesarias y disponiendo de los recursos necesarios para el desempeño de esta tarea de coordinación.

Se valorarán las distintas figuras líderes del Equipo de Atención Primaria facilitando que las y los profesionales sanitarios y no sanitarios del centro se impliquen en la gestión de los recursos mediante el desarrollo de modelos de trabajo que aumenten su capacidad de decisión generando una mayor satisfacción y un uso más eficiente de los medios disponibles.

Desde el punto de vista de la participación social y de la ciudadanía, es preciso potenciar los Consejos de Salud de Área y los Consejos de Salud de Zona regulados en el Decreto 13/2005, de 1 de febrero, de los Órganos de Participación en el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha (DOCM núm. 25, de 04-02-2005)<sup>84</sup> como verdaderos órganos de participación institucional y comunitaria que refuercen el papel de la ciudadanía en la planificación, control y evaluación de la gestión y de la calidad de la asistencia sanitaria prestada en Atención Primaria y que contribuyan a la difusión de campañas informativas dirigidas a la población sobre los acuerdos alcanzados.

### Acciones/actividades:

#### **A.11.1.1. Diseño de un modelo de gobernanza para la Atención Primaria regional.**

Indicador 11.1.1: ¿Se ha diseñado el modelo de gobernanza que concrete y regule la selección y el ejercicio de las figuras líderes definidas en el Equipo de Atención Primaria?

#### **A.11.1.2. Análisis de las retribuciones complementarias asociadas a las figuras líderes definidas en el Equipo de Atención Primaria.**

Indicador 11.1.2: ¿Se ha realizado el análisis de las retribuciones asociadas al liderazgo?

#### **A.11.1.3. Priorización y potenciación de la formación en habilidades directivas y predirectivas de los cargos intermedios que desarrollen las funciones de liderazgo.**

Indicador 11.1.3: Número de actividades formativas específicas en materia de habilidades directivas y predirectivas destinadas a las y los profesionales que desarrollen funciones de liderazgo.

#### **A.11.1.4. Impulso y desarrollo de la gestión por procesos como herramienta de gestión al alcance de la totalidad de profesionales de atención primaria<sup>85</sup>.**

Indicador 11.1.4.1: ¿Ha sido creado un grupo de trabajo para identificar, seleccionar y priorizar la implantación de procesos comunes en Atención Primaria?

Indicador 11.1.4.2: Número de actividades formativas específicas en materia de gestión por procesos en Atención Primaria programadas desde Servicios Centrales.

Indicador 11.1.4.3: Número de procesos implantados en cada uno de los centros de salud del SESCAM.

#### **A.11.1.5. Reactivación del funcionamiento de los Consejos de Salud de Área y los Consejos de Salud de Zona.**

Indicador 11.1.5.1: ¿Se ha revisado el modelo de los Consejos de Salud de Área y Consejos de Salud de Zona?

Indicador 11.1.5.2: Número de reuniones convocadas de los Consejos de Salud de Área y los Consejos de Salud de Zona.

#### **A.11.1.6. Elaboración de un cuadro de mando estandarizado y continuo**

Indicador 11.1.6: ¿Se ha creado un cuadro de mando con indicadores de consulta diaria?

#### **OE.11.2: Instaurar en todos los centros de salud acuerdos de gestión anuales con indicadores de seguimiento (contrato programa)**

#### **Descripción:**

Los contratos y acuerdos de gestión permiten establecer compromisos entre el SESCAM y las distintas Gerencias y, a su vez, entre éstas y las y los profesionales de los Equipos de Atención Primaria, en aras a conseguir los mejores resultados en salud para cada ejercicio. Estos compromisos ayudan a definir una visión compartida de los objetivos comunes, disminuyendo la variabilidad de la práctica clínica y aumentando la motivación profesional, ya que permiten trabajar en la gestión de sus propios indicadores, facilitando un seguimiento continuo de los mismos.

Estos contratos y acuerdos deben favorecer el avance en el cambio organizativo hacia un modelo sanitario donde, dentro de una estrategia necesaria e imprescindible de sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, destaquen:

- La voluntad de realizar un diagnóstico de salud para una mejor orientación de la actividad hacia resultados en salud.
- La participación e implicación de la totalidad de sus profesionales.
- Una gestión racional, socialmente responsable y eficiente de los recursos disponibles.

El contrato de gestión anual entre cada Gerencia y sus centros de salud se firma una vez formalizados los objetivos de gestión entre el SESCAM y cada Gerencia, adaptando los objetivos de resultados e indicadores a las características propias de cada Zona Básica de Salud, debiendo incluir los indicadores asistenciales más pertinentes relacionados con los procesos más prevalentes y programas que más eficientemente repercuten en salud, así como indicadores económicos y presupuestarios, pudiendo ser tanto generales

como específicos y afectando a la totalidad de profesionales del Equipos de Atención Primaria, tanto de manera individual como a nivel de Zona Básica. Asimismo, debe incluir indicadores de funcionamiento global del centro, accesibilidad y atención a tiempo, cartera de servicios, uso racional del medicamento, implantación de la gestión por procesos, objetivos de las unidades de apoyo, Asistencia Compartida y gestión clínica.

#### **Acciones/actividades:**

##### **A.11.2.1. Elaboración de acuerdos de gestión anuales para su instauración en todos los Equipos de Atención Primaria.**

Indicador 11.2.1: Porcentaje de Equipos de Atención Primaria que han implantado el acuerdo de gestión clínica.

##### **A.11.2.2. Adaptación y normalización de los sistemas de información de Atención Primaria facilitando cuadros de mandos integrales que permitan monitorizar el seguimiento trimestral y el cumplimiento final de los objetivos del contrato de gestión.**

Indicador 11.2.2: ¿Se han adaptado las aplicaciones informáticas a los cambios necesarios para realizar un correcto seguimiento de los indicadores y objetivos del contrato de gestión?

##### **A.11.2.3. Analizar las retribuciones complementarias en concepto de productividad variable asociadas al cumplimiento individual y de Equipos de Atención Primaria de los objetivos del contrato de gestión.**

Indicador 11.2.3: ¿Se ha realizado una revisión de las retribuciones complementarias asociadas al

cumplimiento individual y de Equipos de Atención Primaria de los objetivos del contrato de gestión?



***Una marca para una empresa es como la reputación para una persona, ganas reputación haciendo bien las cosas difíciles.***

*Jeff Bezos*



**Mejorar la accesibilidad y gestionar la demanda asistencial  
con nuevos modelos organizativos**



## JUSTIFICACIÓN

La Atención Primaria es clave para mantener la eficiencia y la sostenibilidad del sistema sanitario. Para afrontar estos retos es necesario garantizar la accesibilidad y la longitudinalidad como características esenciales de este nivel asistencial.

La accesibilidad es un elemento distintivo y primordial de una Atención Primaria de calidad. Las personas usuarias reconocen este elemento como primordial en este ámbito de atención; mejorarla implica facilitar el derecho a la asistencia sanitaria de la ciudadanía. También debe entenderse la accesibilidad como la prestación de la asistencia sanitaria en el momento preciso, con la calidad adecuada y a unos costes asumibles. A su vez, esta característica es clave para el desarrollo de todos los valores fundamentales de la Atención Primaria, en especial, de la longitudinalidad ya que esta última no puede existir sin un sistema accesible puesto que usuarias y usuarios buscarían alternativas diferentes a la asistencia por sus profesionales habituales.

Facilitar la accesibilidad de la población conlleva trabajar en el desarrollo de herramientas que permitan una adecuada gestión de la demanda. El aumento de la demora pone en riesgo no solo la accesibilidad sino a la propia Atención Primaria en su esencia.

En este contexto, el sistema sanitario y, en especial, la Atención Primaria, afronta el reto de la atención a una sociedad cambiante en la que las necesidades y demandas también se han modificado y para la que, en ocasiones, prima la inmediatez frente a la longitudinalidad y/o la continuidad asistencial. Para ello se deben estudiar nuevos modelos de gestión integral de la demanda, que impliquen a la totalidad de profesionales del Equipo de Atención Primaria (EAP), para ofrecer una atención integrada, accesible y eficiente.

## DESARROLLO DEL OBJETIVO

### Objetivos específicos (OE):

#### **OE.12.1: Definir e implementar objetivos de accesibilidad en función de las necesidades asistenciales.**

### Descripción:

Garantizar la accesibilidad permite el desarrollo del resto de valores de la Atención Primaria. Si se compromete la accesibilidad en este ámbito, se compromete la del resto del sistema sanitario, por lo que es fundamental disponer de un sistema ágil con capacidad de respuesta a las necesidades cambiantes de la población.

Se deben establecer unos objetivos de accesibilidad a la asistencia sanitaria en función de las necesidades de salud de la población. Estos objetivos deben permitir ofrecer la mejor y más eficiente respuesta en el tiempo y la forma más adecuados. Para ello, se deben conocer tanto las necesidades de la población de referencia como las características de la demanda teniendo en cuenta factores asistenciales, epidemiológicos, socioeconómicos y éticos. Igualmente se deben analizar las actividades y tareas que realizan los Equipos de Atención Primaria con objeto de racionalizar la actividad evitando aquellas actuaciones que ocasionan sobrecarga de trabajo y repercuten de forma negativa en la eficiencia del sistema.

Destacar la importancia de la accesibilidad telefónica de las personas usuarias a los centros sanitarios, que es, probablemente, uno de los aspectos que más preocupan a la población. Se debe estudiar el comportamiento de las llamadas identificando los picos de mayor afluencia para establecer las medidas correctoras en caso necesario.

Deben desarrollarse planes de organización de la respuesta ante eventualidades sobrevenidas por falta de profesionales que permitan responder de forma adecuada y eficiente.

Los objetivos, actividades y planes, así como los medios para su implementación deben ser valorados y autorizados por las Gerencias y

posteriormente consensuados con los Equipos de Atención Primaria y plasmados en los acuerdos de gestión y en las programaciones funcionales.

#### **Acciones/actividades:**

##### **A.12.1.1. Conocimiento y análisis de los motivos, características y comportamiento de la demanda por Área y Zona Básica de Salud.**

Indicador 12.1.1: ¿Se ha establecido un sistema para el análisis de la demanda en la Áreas y Zonas Básicas de Salud?

##### **A.12.1.2. Evaluación de la accesibilidad telefónica de los centros sanitarios.**

Indicador 12.1.2: Porcentaje de llamadas atendidas, sobre el total de llamadas recibidas.

##### **A.12.1.3. Desarrollo de planes de respuesta ante eventualidades sobrevenidas de falta de profesionales por zona básica que permitan responder a la demanda.**

Indicador 12.1.3: Número de zonas básicas de salud con planes de contingencia desarrollados.

##### **A.12.1.4. Definición, implementación y evaluación de objetivos de accesibilidad en todos los Equipos de Atención Primaria.**

Indicador 12.1.4: Porcentaje de Equipos de Atención Primaria con objetivos de accesibilidad definidos, implementados y evaluados.

##### **A.12.1.5. Inclusión en los acuerdos de gestión y en programaciones funcionales del desarrollo del plan de contingencias de cada EAP.**

Indicador 12.1.5.1: Porcentaje de Equipos de Atención Primaria con acuerdo de gestión firmado que incluye el desarrollo de un plan de contingencia.

Indicador 12.1.5.2: Porcentaje de Equipos de Atención Primaria con inclusión del plan de contingencia desarrollado en su programación funcional.

#### **OE. 12.2: Gestionar las solicitudes de atención en las primeras 24 horas. Descripción:**

Este objetivo pretende dar una respuesta en las primeras 24 horas a la ciudadanía de cuándo y cómo va a ser atendida, garantizando el acceso a los grupos de población con alta necesidad de cuidados y baja utilización de recursos.

Se debe establecer un sistema de clasificación de la demanda que permita ofrecer el tipo de cita más adecuado (presencial, telefónica, administrativa, domicilio, videollamada) en el tiempo/ momento más adecuado y con el profesional más indicado para su resolución.

Es preciso formar y capacitar a los profesionales de las unidades administrativas de los Equipos de Atención Primaria para dirigir la demanda a quienes consideran más adecuado y de mayor utilidad para dar la resolución al problema. Igualmente, la gestión de la demanda sin cita debe ser realizada, inicialmente, por profesionales de las unidades administrativas y, en caso necesario, por personal sanitario mediante criterios explícitos normalizados que permitan adecuar las citas y seleccionar aquellos procesos no demorables que requieren atención en el mismo día. Este colectivo es de crucial importancia para mejorar la gestión de las solicitudes de asistencia.

#### **Acciones/actividades:**

##### **A.12.2.1. Establecimiento de una estrategia para la gestión de todas las solicitudes de atención en las primeras 24 horas.**

Indicador 12.2.1: Porcentaje de usuarias y usuarios que solicitan atención sanitaria en su centro de salud y reciben respuesta en las primeras 24 horas.



#### **A.12.2.2. Formación y capacitación de las Unidades Administrativas.**

Indicador 12.2.2: Porcentaje de profesionales de las unidades administrativas que han realizado los cursos de formación específica.

#### **A.12.2.3. Definición de criterios normalizados y explícitos que permitan una canalización adecuada de la demanda.**

Indicador 12.2.3.1: ¿Se han definido unos criterios normalizados para la canalización de la demanda?

Indicador 12.2.3.2: ¿Se han establecido los circuitos que den respuesta a la canalización de la demanda?

#### **A.12.2.4. Campañas de educación para la salud a la población sobre el uso racional de los servicios sanitarios.**

Indicador 12.2.4.1: Número de campañas de educación para la salud realizadas.

#### **OE.12.3. Definir e implementar un modelo de gestión integral de la asistencia en los equipos con intervención del conjunto de profesionales del Equipos de Atención Primaria adaptado a las necesidades demandadas por la ciudadanía.**

##### **Descripción:**

Es necesario implementar un modelo de gestión integral de la asistencia que ayude a resolver las necesidades y las necesidades de salud de las personas de manera eficiente, además de trabajar de manera proactiva en mejorar los cuidados y prevenir las enfermedades. Todas las personas que pertenecen al Equipo de Atención Primaria deben analizar sus cargas de trabajo y tiempos de respuesta para el diseño de una agenda que les permita gestionar la demanda asistencial.

La Atención Primaria debe redirigirse hacia estrategias más orientadas a la promoción y prevención de la enfermedad. La entrada en vigor del Real Decreto 450/2005<sup>5</sup> que establece la creación de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, es una oportunidad para el desarrollo pleno de las competencias de Enfermería y adquirir el papel que le corresponde en la gestión de la asistencia, no olvidando otras competencias como las formadoras, gestoras e investigadoras.

Un elemento clave para la gestión integral de la asistencia es fomentar las Unidades Básicas de Atención (UBA) que, trabajando de forma coordinada y cooperativa, permiten garantizar y mejorar la respuesta sanitaria, dando continuidad a la atención y aumentando la confianza de la persona usuaria en el primer nivel asistencial.

Del mismo modo, para la gestión integral de la demanda y la asistencia se trabajará en la línea de orientar la demanda al profesional más adecuado en cada momento.

En este punto adquieren un papel fundamental las unidades administrativas de los Equipos de Atención Primaria, que como se expuso en el objetivo anterior, deben dirigir a la persona usuaria a la/el profesional más adecuado para la resolución de su demanda. Para ello se establecerán los protocolos de actuación/circuitos de atención necesarios y se proporcionará la formación específica.

Los Equipos de Atención Primaria planificarán la coordinación de las actividades entre el personal administrativo, médico/a, de enfermero/a y unidades de apoyo para mejorar la eficiencia del equipo ofreciendo a la persona usuaria el tipo de atención y cuidados que precise en el plazo de tiempo adecuado. Para ello se establecerán los protocolos de actuación/circuitos de atención necesarios y se proporcionará a las y los profesionales del Equipo de Atención Primaria la formación específica.

##### **Acciones/actividades:**

#### **A.12.3.1. Realización de reuniones de equipo para la coordinación de actividades relacionadas con la gestión integral de la asistencia.**

Indicador 12.3.1.1: Porcentaje de equipos que realizan reuniones de coordinación para implementar una gestión integral de la asistencia.

Indicador 12.3.1.2: Número de reuniones realizadas por Equipo de Atención Primaria al año.

#### **A.12.3.2. Establecimiento de las mejoras en las aplicaciones informáticas que permitan el seguimiento y evaluación de los modelos de gestión integral.**

Indicador 12.3.1: ¿Existe un listado de mejoras en las aplicaciones informáticas sobre los modelos de gestión integral?

Indicador 12.3.2: Porcentaje de mejoras realizadas en un año.

#### **A.12.3.3. Establecimiento de modelos de gestión integral de la demanda en los EAP.**

Indicador 12.3.3: Porcentaje de Equipo de Atención Primaria con un modelo de gestión integral establecido.

#### **A.12.3.4. Implementación de una estrategia de abordaje integral de pacientes hiperfrecuentadores**

Indicador 12.3.4: Porcentaje de Equipo de Atención Primaria con una estrategia implantada para abordar el paciente hiperfrecuentador.

### **OE.12.4: Fomentar la autonomía de las y los profesionales para la gestión de las agendas en coordinación con las direcciones de Atención Primaria y alineada con los criterios establecidos y con los objetivos definidos.**

#### **Descripción:**

Las y los profesionales del EAP tendrán autonomía para la gestión de sus agendas garantizando la respuesta a las necesidades de la población atendida. La UBA planificará sus agendas de forma coordinada y paralela, de forma que permitan un trabajo común y cooperativo adecuado a las características de su población.

Para facilitar la configuración de sus agendas sería recomendable establecer un modelo de agenda de referencia en el que se definan unos rangos porcentuales de actividad y que comprendan un conjunto homogéneo de motivos de consulta que faciliten a cada profesional la modulación de su agenda en función de las necesidades de la población a la que presta asistencia.

Estas agendas deben ser dinámicas, permitiendo los cambios que requiera la variación de la demanda, las necesidades de salud detectadas e incluso la estacionalidad. Igualmente serán revisadas y modificadas por la/el profesional en función del cumplimiento de objetivos y aparición de nuevas necesidades en el Equipo de Atención Primaria o eventualidades.

Una agenda adecuada debe partir de un análisis del comportamiento de la demanda y de las necesidades de salud de la población de referencia. Así mismo, requiere la evaluación de la estructura de la agenda y de la actividad que desarrolla la/el profesional, analizando que actividades debe hacer o dejar de hacer para tener una mayor efectividad (disminuir actividades burocráticas o las autogeneradas que puedan realizarse por otros profesionales del EAP). Debe comprender actividades de asistencia a demanda y programada, tanto presencial en el centro de salud/consultorio, como en el domicilio de la o el paciente o de forma telefónica. Igualmente se deben contemplar todas las actividades de atención comunitaria y tareas no asistenciales, así como aquello que conlleve coordinación interdisciplinar que permita el trabajo compartido y orientado a la atención al cupo de referencia, tanto dentro del equipo como con otros agentes de salud.

Es preciso mejorar los recursos telemáticos que permitan el contacto entre las personas usuarias y los profesionales de los centros de salud, desarrollando nuevas vías de comunicación (web, mail, App), además de los tradicionales.

#### Acciones/actividades:

##### **A.12.4.1. Implantación por parte de las Gerencias de un proceso para dotar de autogestión de las agendas en los centros de salud.**

Indicador 12.4.1: Porcentaje de Gerencias que tienen implantada la autogestión para la gestión de las agendas en los centros de salud en todas las categorías profesionales.

##### **OE.12.5: Establecer la accesibilidad inmediata (en las primeras 24 horas) en los problemas de salud no demorables.**

#### Descripción:

A pesar de la dispersión geográfica de nuestra comunidad, la accesibilidad inmediata por problemas de salud no demorables debe estar garantizada mediante la asistencia en los Equipos de Atención Primaria (tanto durante la jornada ordinaria como durante la atención continuada en los PAC), junto al Servicio de Emergencias Extra hospitalarias en las primeras 24h. Para ello es de vital importancia la creación de procedimientos consensuados de coordinación entre diferentes recursos de los niveles asistenciales.

Este procedimiento debe garantizar una respuesta asistencial, multidisciplinar, integral, eficaz, homogénea, de calidad, proporcionada y satisfactoria para las personas usuarias.

Los Equipos de Atención Primaria tendrán establecido un circuito de atención inmediata para aquellos procesos que no puedan demorarse 24 horas en ser atendidos. Estos circuitos serán conocidos por la totalidad de los profesionales del equipo y quedarán plasmados en la programación funcional del mismo.

#### Acciones/actividades:

##### **A.12.5.1. Elaboración y aprobación de un procedimiento regional para la gestión de los problemas de salud no demorables.**

Indicador 12.5.1.1: ¿Ha sido aprobado un procedimiento regional para gestionar los problemas de salud no demorables?

Indicador 12.5.1.2: Porcentaje de los problemas de salud no demorables que son atendidos en las primeras 24 horas con respecto al total.

##### **A.12.5.2. Establecimiento en cada equipo de un circuito de atención inmediata para aquellos procesos que no puedan demorarse 24 horas en ser atendidos.**

Indicador 12.5.2: Porcentaje de equipos con circuito establecido.

##### **A.12.5.3. Implementación de las aplicaciones informáticas que permitan discriminar los problemas no demorables atendidos en el día frente al total de actividad.**

Indicador 12.5.3. ¿Se dispone de las aplicaciones informáticas necesarias para medir esta actividad?

##### **A.12.5.4. Priorización de procedimientos consensuados de coordinación entre los recursos de los diferentes niveles asistenciales.**

Indicador 12.5.4. ¿Se ha elaborado la priorización de procedimientos consensuados de coordinación?





**Potenciar la docencia, formación y la investigación en el ámbito de la Atención Primaria de Salud así como la innovación y la transferencia de sus resultados**



## JUSTIFICACIÓN

La adecuada formación de las y los profesionales es uno de los principios fundamentales sobre el que se debe articular el Sistema Nacional de Salud (SNS) para garantizar la calidad y cohesión del mismo. Así se desprende, entre otras, de la Ley 16/2003<sup>10</sup>, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS que, en su artículo 34, señala que la formación y el desarrollo de la competencia técnica de las y los profesionales deben orientarse a la mejora de la calidad del SNS.

Entre los principios rectores de la formación del profesional sanitario contemplados en el Título II de la Ley 44/2003<sup>11</sup>, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, se determina la revisión permanente de las metodologías docentes y las enseñanzas en el campo sanitario para una mejor adecuación de los conocimientos profesionales a la evolución científica y técnica y a las necesidades sanitarias de la población.

De acuerdo con esta Ley, existen tres niveles básicos de formación: la formación universitaria, la formación especializada en Ciencias de la Salud o formación sanitaria especializada (FSE), y el mantenimiento de las competencias de estas y estos profesionales a través de la formación continuada.

Además, el Plan de Salud de Castilla-La Mancha Horizonte 2025<sup>37</sup> define 17 objetivos estratégicos, siendo el noveno de ellos *“promover la formación, la investigación y la innovación entre las y los profesionales del sistema sanitario”*.

Reconoce la investigación en Ciencias de la Salud como una actividad clave para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y la expectativa de vida de las personas, para aumentar su bienestar, así como para conseguir cambios innovadores

en la tecnología y los procesos utilizados en la misma, contribuyendo directamente a la prosperidad y al bienestar individual y colectivo, y recoge los objetivos generales en el ámbito de la investigación e innovación. Se debe crear un entorno que favorezca la innovación desde la prevención y promoción de la salud, la asistencia, y la propia gestión de los servicios sanitarios.

Todo ello se recoge así en el Plan de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud de Castilla-La Mancha Horizonte 2025<sup>86</sup> y en su objetivo 3.2 especifica la importancia de reforzar la investigación e innovación en el ámbito de la atención primaria.

La docencia y la formación, conjuntamente con la investigación, tienen en común elevar la calidad de la atención a la salud de la población, ya sea formando profesionales que respondan a las necesidades que tiene nuestro sistema de salud o con el desarrollo de la mejor práctica clínica basada también en la mejor evidencia disponible <sup>8,34,36</sup>.

## DESARROLLO DEL OBJETIVO

### Objetivos específicos (OE):

#### **OE.13.1: Potenciar la formación sanitaria especializada (FSE) en el ámbito de la Atención Primaria de Salud.**

#### **Descripción:**

La formación de postgrado, vía residencia, internacionalmente elogiado y reconocido, es una de las mayores contribuciones a la mejora de la calidad en la atención sanitaria en nuestro país. Además, para asegurar el mantenimiento de su potencia, la legislación relativa a la FSE recoge, tanto la necesidad de que las administraciones sanitarias favorezcan y garanticen la adecuada formación también de las tutoras y los tutores en metodología docente, como que ésta se considere un criterio relevante de cara a su acreditación y reacreditación.

La FSE es fundamental para garantizar la calidad futura del sistema sanitario. La excelencia profesional conlleva la competencia científico-técnica, es decir, formar personas expertas que conozcan y apliquen las mejores evidencias científicas disponibles. Y todo ello, sin olvidar que el profesionalismo incluye, además del conocimiento técnico y las habilidades, el compromiso con una serie de valores compartidos que son la esencia de la Atención Primaria.

Este objetivo específico pretende reforzar a todas las personas implicadas en la FSE en Atención Primaria de Salud en nuestra Comunidad.

### **Acciones/Actividades**

**A.13.1.1. Elaboración de un mapa de situación de la FSE en Atención Primaria de Salud (centros acreditados, capacidad docente, tutoras y tutores acreditados, etc.) y la organización de los recursos docentes, evaluando que se cumplan los programas formativos, tanto en el área asistencial, de docencia y de investigación.**

Indicador 13.1.1: ¿Se encuentra elaborado el mapa de situación de la FSE en Atención Primaria de Salud?

**A.13.1.2. Implementación de un Plan de Formación Complementaria común a la totalidad de los residentes de las especialidades que desarrollan su actividad en Atención Primaria de Salud.**

Indicador 13.1.2: Porcentaje de residentes que finalizan su formación que han realizado a lo largo de su residencia el Plan de Formación Complementaria.

**A.13.1.3. Actualización y evaluación del Plan General de Calidad Docente de las unidades docentes multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria y del resto de especialidades que desarrollan su actividad en Atención Primaria de Salud.**

Indicador 13.1.3.1: Porcentaje de unidades docentes multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria y del resto de especialidades que desarrollan su actividad en Atención Primaria de Salud con Plan General

de Calidad Docente actualizado antes de la finalización de 2024.

Indicador 13.1.3.2: Porcentaje de unidades docentes multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria y del resto de especialidades que desarrollan su actividad en Atención Primaria de Salud con Plan General de Calidad Docente evaluado antes de la finalización de 2025.

**A.13.1.4. Potenciación de la figura del tutor de FSE en el ámbito de la Atención Primaria, incluyendo la elaboración e implementación de un Plan de Formación para tutoras y tutores de residentes en Atención Primaria de Salud.**

Indicador 13.1.4.1: Porcentaje de tutoras y tutores que participan en actividades del Plan de Formación para tutores.

Indicador 13.1.4.2: Número de horas de formación sobre aspectos relacionados directamente con la labor del tutor (herramientas docentes y evaluación de residentes), incluidas en el Plan de Formación Continuada de cada Gerencia.

**OE.13.2: Potenciar la formación en el ámbito de la Atención Primaria de Salud. Descripción:**

Se considera fundamental garantizar que las y los profesionales en Ciencias de la Salud adquieran, y mantengan durante todo su ejercicio profesional las competencias imprescindibles para la prestación de una atención de la salud de calidad, eficiente y que tenga en cuenta la seguridad del paciente.

El Plan Anual de Formación Continuada del SESCOAM<sup>87</sup> pretende favorecer la adaptación de las y los profesionales a los nuevos conocimientos, técnicas y tecnologías dentro de un entorno en permanente cambio, con el fin de dotar de las competencias necesarias para que desarrollen correctamente su actividad, e impulsar y fomentar la excelencia de los servicios sanitarios.



Con este objetivo se pretende reforzar estos aspectos específicamente en Atención Primaria de Salud, incrementando aún más la fortaleza, competencia y la capacidad de resolución que tienen las y los profesionales en este ámbito.

#### **Acciones/Actividades**

##### **A.13.2.1. Definición del mapa de competencias que las y los profesionales de Atención Primaria de Salud necesitan adquirir o actualizar.**

Indicador 13.2.1: ¿Ha sido elaborado el mapa de competencias de las y los profesionales de Atención Primaria de Salud?

##### **A.13.2.2. Detección de las necesidades formativas existentes, de cara a la elaboración de un programa específico dentro del Plan de Formación Continuada del SESCAM.**

Indicador 13.2.2.1: ¿Ha sido elaborado el Plan específico que recoja las necesidades formativas de Atención Primaria?

Indicador 13.2.2.2: Nº de acciones formativas acreditadas que forman parte del programa específico de Atención Primaria de Salud.

Indicador 13.2.2.3: % de profesionales del ámbito de Atención Primaria de Salud que finaliza las acciones formativas que integran el programa específico.

##### **A.13.2.3 Promover la realización de las actividades formativas de las y los profesionales de Atención Primaria de Salud.**

Indicador 13.2.3.1: Número de acciones formativas acreditadas ofertadas.

Indicador 13.2.3.2: Número de profesionales que realizan acciones formativas acreditadas. Indicador 13.2.3.3: % de actividades formativas acreditadas por categoría profesional.

#### **OE.13.3: Potenciar la investigación en el ámbito de la Atención Primaria de Salud. Descripción:**

La AP constituye un ámbito de atención específico y un lugar privilegiado para desarrollar estudios de base poblacional y estudios de seguimiento de grupos específicos de población. Sus características de accesibilidad y atención longitudinal facilitan la investigación en prevención y en historia natural de la enfermedad ya que, además de personas enfermas, se atiende a personas sanas o con factores de riesgo de enfermedad. La Atención Primaria permite la investigación en salud, además del estudio de las patologías más prevalentes, especialmente en fases precoces de enfermedad, y en relación con el contexto familiar y comunitario.

Es necesario impulsar la actividad investigadora en este ámbito de la Atención Primaria y las ayudas a grupos de investigación noveles y consolidados, dotándoles de condiciones y recursos para que puedan desarrollar su labor.

#### **Acciones/Actividades**

##### **A.13.3.1. Elaboración de un mapa de situación de I+D+i en Atención Primaria de Salud (recursos de apoyo metodológico y de gestión, infraestructuras para I+D en centros de salud, grupos de investigación reconocidos, personas investigadoras con proyectos activos financiados en convocatorias competitivas públicas y privadas, participación en Institutos de Investigación Sanitaria acreditados, unidades de investigación en el ámbito de la Atención Primaria con actualización periódica, compatible con el mapa de I+D+i en AP del Instituto de Salud Carlos III.**

Indicador 13.3.1.1: Número de unidades de apoyo a la investigación disponibles en las Gerencias del SESCAM que prestan apoyo a la investigación en Atención Primaria.

Indicador 13.3.1.2: Número de grupos de investigación en Atención Primaria de Salud reconocidos por el Instituto de Investigación Sanitaria de Castilla-La Mancha (IDISCAM).

Indicador 13.3.1.3: Número de personas investigadoras (de Atención Primaria de Salud) con proyectos activos financiados en convocatorias competitivas públicas y privadas, en convocatorias regionales, nacionales o internacionales.

#### **A.13.3.2. Promoción y soporte de la participación de Grupos de Investigación de Atención Primaria de Salud en proyectos y en redes regionales, nacionales o internacionales con financiación externa.**

Indicador 13.3.2.1: Porcentaje de personas investigadoras en Instituto de Investigación Sanitaria acreditado que son profesionales de Atención Primaria.

Indicador 13.3.2.2: Número de proyectos regionales, nacionales e internacionales financiados de grupos de investigación de Atención Primaria de Salud.

#### **A.13.3.3. Incremento del peso específico de la investigación en la carrera profesional.**

Indicador 13.3.3: ¿Se ha establecido o revisado el baremo para la investigación en la carrera profesional?

#### **A.13.3.4. Liberación de horas de trabajo en Atención Primaria de Salud (intensificación) para dedicar de forma específica a la investigación.**

Indicador 13.3.4.1: Número de profesionales de AP intensificados por el Instituto de Salud Carlos III en la Acción Estratégica en Salud (AES).

Indicador 13.3.4.2: Número de profesionales liberadas/os por SESCAM y porcentaje del tiempo de trabajo liberado para investigación de profesionales de Atención Primaria de Salud con actividad investigadora de excelencia.

#### **A.13.3.5. Realización de actividades, eventos y foros específicos para visibilizar la investigación en Atención Primaria.**

Indicador 13.3.5: Número de actividades, eventos y foros realizados anualmente centrados en la investigación en AP.

#### **A.13.3.6. Inclusión en los planes de formación continuada del SESCAM de cursos y talleres sobre metodología de investigación.**

Indicador 13.3.6: Número de cursos de formación continuada sobre metodología de la investigación desarrollados anualmente.

#### **A.13.3.7. Mejora del acceso y explotación de datos en el desarrollo de la actividad investigadora.**

Indicador 13.3.7: ¿Se ha elaborado un procedimiento para mejorar las explotaciones de datos asistenciales desde Turriano con fines de investigación?



## 6. Anexos

### 6.1 Grupo de trabajo para la elaboración y redacción del Plan

#### **DIRECCION INSTITUCIONAL DE LA ESTRATEGIA**

**Jesús Fernández Sanz**

*Consejero de Sanidad*

**Alberto Jara Sánchez**

*Director Gerente del SESCAM*

**Luis Ruiz Molina**

*Secretario General del SESCAM*

**Ibrahim Rafael Hernández Millán**

*Director General de Asistencia Sanitaria del SESCAM*

**M<sup>a</sup> Ángeles Martín Octavio**

*Directora General de Atención Primaria del SESCAM*

**Inmaculada Gutiérrez Ramírez**

*Secretaria General de la Consejería de Sanidad*

**Iñigo Cortazar Neira**

*Director General de Recursos Humanos y Transformación del SESCAM*

**Montserrat Hernández Luengo**

*Directora General de Cuidados y Calidad del SESCAM*

**Cayetano Fuentes Organero**

*Director General de Salud Digital*

**Oscar Talavera Encinas.**

*Director General de Hospitales del SESCAM*

**Laura Ruiz López**

*Directora General de Salud Pública*

**Carmen Encinas Barrios**

*Directora General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria y Farmacia*

**M<sup>a</sup> Teresa Marín Rubio**

*Directora General de Humanización y Atención Sociosanitaria*

#### **EQUIPO TECNICO PARA LA REDACCION Y PUESTA EN MARCHA** (por orden alfabético)

**Esther Aguirre de la Peña**

*Asesora técnica de la Dirección General de Atención Primaria*

**Carmen Andújar Casero**

*Supervisora de AP de la Gerencia de Atención Integrada de Hellín*

**Carolina Cabañas Cabañas**

*Jefa de Sección de la Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria de Castilla-La Mancha*

**M<sup>a</sup> Ángeles Carceller Ruiz**

*Subdirectora Médico de la Gerencia de Atención Integrada de Valdepeñas*

**Emma Catalán Rueda**

*Jefa de Servicio de Planificación de la Dirección General de Salud Pública de Castilla-La Mancha*

**Sagrario Celada Pérez**

*Directora de Enfermería de la Gerencia de Atención Primaria de Toledo*

**Francisca Díaz Ruiz**

*Directora de Enfermería de la Gerencia de Atención Integrada de Hellín*



**César Fernández Buey**

Asesor técnico de la Dirección General de Cuidados y Calidad del SESCAM

**Rafael Fernández González**

Subdirector Médico de Atención Primaria de la Gerencia de Atención Integrada de Villarrobledo

**Olga Fernández Rodríguez**

Directora Médico de la Gerencia de Atención Primaria de Toledo

**Begoña Fernández Valverde**

Directora de Continuidad Asistencial de la Gerencia de Atención Integrada de Cuenca

**Antonio García Blanco**

Coordinador de Servicios Generales y Suministros de la Secretaría General. del SESCAM

**Sandra García Durán**

Fisioterapeuta de la Gerencia de Atención Integrada de Talavera

**Luis Fern. García Fernández**

Médico de Familia de la Gerencia de Atención Integrada de Puertollano

**Ángela García Notario**

Médico de Familia de la Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real

**M. Ángel González Maroto**

Responsable de los equipos de Enfermería de la Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario

**Elena González Peliquín**

Trabajador Social de la Gerencia de Atención Primaria de Toledo

**Carmen Granda Barrena**

Subdirectora Médico de Atención Primaria de la Gerencia de Atención Integrada de Manzanares

**Vicente Herranz Catalán**

Subdirector Médico de Atención Primaria de la Gerencia de Atención Integrada de Alcazar

**Jesús Igualada Quintanilla**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria de la Gerencia de Atención Integrada de Almansa

**Manuel Laredo Velasco**

Director Médico de la Gerencia de Atención Integrada de Guadalajara

**Maria Eulalia Llamas Ortuño**

Odontóloga de la Gerencia de Atención Integrada de Tomelloso

**Alberto López Ballesteros**

Director Gerente de Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario

**Francisco López de Castro**

Jefe de Servicio de Formación Sanitaria Especializada de la Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM

**Jesús López Díaz**

Asesor técnico de la Dirección General de Atención Primaria del SESCAM

**Pedro L. López Galindo**

Asesor técnico de la Dirección General de Atención Primaria del SESCAM

**Jose Carlos Martín González**

Subdirector de Gestión y Servicios Generales de la Gerencia de Atención Integrada de Talavera

**Vanesa Muñoz Rodríguez**

Matrona de la Gerencia de Atención Integrada de Talavera

**M<sup>a</sup> Belén Ortega Chacón**

Responsable de Enfermería de la Gerencia de Atención Integrada de Tomelloso

**M<sup>a</sup> Rosa de la Peña Ingelmo**

Subdirectora Médico de Atención Primaria de la Gerencia de Atención Integrada de Guadalajara

**Antonio Pérez Jiménez**

Subdirector de Enfermería de la Gerencia de Atención Integrada de Guadalajara

**Elena Plaza Plaza**

Asesora técnica de la Dirección General de Atención Primaria

**Ignacio Redondo García**

Asesor de Coordinación Regional de Salud Mental del SESCAM

**Javier Rodríguez Alcalá**

Director Gerente de Gerencia de Atención Primaria de Toledo

**Julia Ruiz Redondo**

Enfermera Inspectora de la Gerencia de Coordinación e

Inspección del SESCAM

**Carmen Ruiz Zurera**

Médico de Familia de la Gerencia de Atención Integrada de Cuenca

**M<sup>a</sup> Luisa Torijano Casalengua**

Coordinadora de Programas de Cribado del SESCAM

**Milko Torres de Castro**

Médico PEAC de la Gerencia de Atención Integrada de Guadalajara

**Beatriz Vallejo Sánchez**

Asesora de Coordinación Regional de Salud Mental del SESCAM

**Carmen Villaizán Pérez**

Pediatra de la Gerencia de Atención Primaria de Toledo

**Juana Vinuesa Picazo**

Supervisora de Área de Atención Primaria de la Gerencia de Atención Integrada de Albacete

## 6.2 Revisores externos

### COLEGIOS PROFESIONALES

*Colegio de Médicos de las provincias de Castilla-La Mancha*

*Colegio Profesional de Fisioterapeutas*

*Colegio Profesional de Licenciados en Educación Física*

*Consejo Regional de Enfermería de Castilla-La Mancha*

### SOCIEDADES CIENTIFICAS

*AAS, Asociación de Administrativos de la Salud*

*ACAMEC, Asociación Castellano Manchega de Enfermería Comunitaria*

*AEC, Asociación de Enfermería Comunitaria*

*AEEP, Asociación Española de Enfermería Pediátrica*

*AEF, Asociación Española de Fisioterapeutas*

*AEPAP, Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria*

*AETSYS, Asociación Española de Trabajo Social y Salud*

*FAECAD, Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria*

*FAME, Federación de Asociaciones de Matronas de España*

*SCAMFYC/SEMFYC, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria*

*SEFAP, Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria*

*SEMG, Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia*

*SEMERGEN, Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria*





## 6.3 Resumen de Objetivos

### Plan de Atención Primaria de Salud. Resumen de objetivos específicos

#### **OBJETIVO GENERAL 1. Dotar de la financiación adecuada necesaria para la implementación efectiva del presente Plan**

##### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Elaborar un proyecto integral que incluya acciones del Plan de Acción de Atención Primaria a implementar en la comunidad

Disponer de un presupuesto finalista para la implementación efectiva del Plan

#### **OBJETIVO GENERAL 2. Incrementar el número de profesionales , garantizar su disponibilidad y mejorar las condiciones laborales de manera que se posibilite la accesibilidad, longitudinalidad, estabilidad, atracción del talento y en consecuencia se reduzca la temporalidad por debajo del 8%**

##### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Incrementar el número de profesionales y la atracción del talento en el ámbito de la Atención Primaria del SESCAM

Reducir la temporalidad en el Ámbito de *Atención Primaria*

Mejorar las condiciones laborales en el ámbito de *Atención Primaria*

Definir el proceso de seguimiento y actualización del mapa sanitario basado en la evidencia de datos y mecanismos de evaluación

#### **OBJETIVO GENERAL 3. Aumentar la capacidad resolutive**

##### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Mejorar el acceso a la indicación de procedimientos diagnósticos desde Atención Primaria, para incrementar la capacidad resolutive en este ámbito de atención y gestionar la indicación por proceso

Identificación los procedimientos diagnósticos que deben ser realizados en Atención Primaria, adquisición del equipamiento diagnóstico y el desarrollo de la formación continuada necesaria

Optimizar procesos administrativos que se realizan en AP para conseguir la necesaria agilidad operativa en el desarrollo de los mismos

#### **OBJETIVO GENERAL 4. Impulsar los sistemas de información y digitalización**

##### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Implementar las herramientas para facilitar la atención sanitaria en centros sanitarios inteligentes, a través de proyectos evaluados de teleconsulta, videoconsulta, acceso a imágenes médicas y chatbots para la mejora de la gestión de la demanda del ciudadano

Impulsar la atención personalizada adaptada a cada paciente en función de sus circunstancias de vida y de salud

Implementar herramientas digitales evaluadas para el apoyo a los cuidados de personas con enfermedades crónicas y altas necesidades

Impulsar la transformación digital de los procesos de soporte a la gestión

#### **OBJETIVO GENERAL 5. Consolidar el rol de las Enfermeras/os especialistas en Familiar y Comunitaria**

##### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Creación de Categoría Profesional de Enfermero/a Familiar y Comunitaria en Atención Primaria

Fomentar los nombramientos de EFyC incluyendo como merito prioritario la especialidad

Valorar y priorizar procesos de uso, indicación y autorización de medicamentos

#### **OBJETIVO GENERAL 6. Reorganizar los equipos de Atención Primaria y los roles de cada perfil profesional**

##### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Desarrollar mapas de competencias, de los distintos perfiles profesionales de Atención Primaria

#### **OBJETIVO GENERAL 7. Adoptar la actualización de la cartera de servicios de Atención Primaria y ejecutar los cambios normativos**

##### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Actualizar la cartera común de servicios de Atención Primaria

Incorporar en la cartera de servicios las nuevas modalidades de atención no presencial

Ampliar progresivamente la cartera común de servicios de salud bucodental del Sistema Nacional de Salud

#### **OBJETIVO GENERAL 8. Fomentar la calidad asistencial y la practica basada en la evidencia científica**

##### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Implementar las recomendaciones de "no hacer" en Atención Primaria

Mejorar la calidad de la asistencia sanitaria a traes de la implantación de modelos y herramientas de gestión

Gestionar el talento en la gestión de la mejora profesional de Atención Primaria

Implementar las recomendaciones recogidas en las Estrategias de Salud del Sistema Nacional de Salud de Atención Primaria

Impulsar la mejora continua de la interoperabilidad de las historias para intercambio de información Atención Primaria y Atención Hospitalaria

#### **OBJETIVO GENERAL 9: Reforzar la orientación comunitaria, la promoción de la salud y la prevención en Atención Primaria**

##### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Desarrollo e implementación de la estrategia regional reforzando la orientación comunitaria y salutogénica en el ámbito de la Atención Primaria

Estrategia de formación en abordaje biopsicosocial y acción comunitaria

Crear estructuras y mecanismos de coordinación para trabajar en salud comunitaria

Enlace a herramientas de recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios en la Historia de Salud Digital.

Definir los condicionantes sociales y del contexto familiar de las y los pacientes que sería recomendable incluir en la Historia de Salud Digital de manera homogénea.

Potenciar la investigación en salud comunitaria

#### **OBJETIVO GENERAL 10: Reforzar el liderazgo de la Atención Primaria como eje vertebrador del SNS poniendo en valor y difundiendo su impacto en resultados en salud y equidad**

##### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Elaborar una estrategia de comunicación crítica y veraz para poner en valor Atención Primaria

Mejorar la visibilidad del trabajo de Atención Primaria a través de una mayor y mejor difusión publica de los datos recopilados de los sistemas de información

### **OBJETIVO GENERAL 11: Reforzar la Gobernanza y el modelo de dirección y liderazgo en Atención Primaria**

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Definir e implementar un modelo de gobernanza que permita la autonomía en la gestión clínica de los centros de salud

Instaurar en todos los centros de salud acuerdos de gestión anuales con indicadores de seguimiento (contrato programa)

### **OBJETIVO GENERAL 12: Mejora la accesibilidad y gestionar la demanda asistencial con nuevos modelos organizativos**

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Definir e implementar objetivos de accesibilidad en función de las necesidades asistenciales.

Gestionar las solicitudes de atención en las primeras 24 horas

Definir e implementar un modelo de gestión integral de la asistencia en los equipos con intervención del conjunto de profesionales del Equipo de Atención Primaria adaptado a las necesidades demandadas por la ciudadanía.

Fomentar la autonomía de las y los profesionales para la gestión de las agendas en coordinación con las direcciones de Atención Primaria y alineada con los criterios establecidos y con los objetivos definidos.

Establecer la accesibilidad inmediata (en las primeras 24 horas) en los problemas de salud no demorables.

### **OBJETIVO GENERAL 13: Potenciar la docencia, la formación y la investigación en el ámbito de Atención Primaria de Salud, así como la innovación y la transparencia de sus resultados**

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Potenciar la formación sanitaria especializada (FSE) en el ámbito de la APS.

Potenciar la formación en el ámbito de la Atención Primaria de Salud.

Potenciar la investigación en el ámbito de la Atención Primaria de Salud.



## 7. Bibliografía

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.15>

<sup>3</sup> Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

<sup>4</sup> Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre, de regulación de la medicina de familia y comunitaria como especialidad de la profesión médica. Boletín Oficial del Estado, nº 29, (02-02-1979). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1979-3116>

<sup>5</sup> Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Boletín Oficial del Estado, nº 108, (06-05-2005). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2005-7354>

<sup>6</sup> Ley 2/2021, de 7 de mayo, de Medidas Económicas, Sociales y Tributarias frente a la Despoblación y para el Desarrollo del Medio Rural en Castilla-La Mancha. Boletín Oficial del Estado, nº 165, (12-07-2021). Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-11513](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-11513)

<sup>7</sup> INEbase [base de datos en Internet]. Padrón. Resultados detallados a 1 de enero de 2023. Madrid: Ministerio de Economía, Comercio y Empresa [fecha de acceso 26 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=9702&capsel=9703>

<sup>8</sup> Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (29-04-1986). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>

<sup>9</sup> 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. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15/11/2002). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

<sup>10</sup> Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, nº 128, (29/05/2003). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>

<sup>11</sup> Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado, nº 280, (22/11/2003). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>

<sup>12</sup> Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha. Boletín Oficial del Estado, nº 131, (09/07/2010). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-15622>

<sup>13</sup> Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado, nº 240, (05/10/2011). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-15623>

<sup>14</sup> Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. Boletín Oficial del Estado, nº 27, (01/02/1984). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1984-2574>

<sup>15</sup> Real Decreto 1575/1993, de 10 de septiembre, por el que se regula la libre elección de médico en los servicios de atención primaria del Instituto Nacional de la Salud. Boletín Oficial del Estado, nº 238, (05/10/1993). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1993-24302>

<sup>16</sup> Real Decreto 1594/1994, de 15 de julio, por el que se desarrolla lo previsto en la Ley 10/1986, que regula la profesión de Odontólogo, Protésico e Higienista dental. Boletín Oficial del Estado, nº 215, (08/09/1994). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1994-20039>

<sup>17</sup> 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. Boletín Oficial del Estado, nº 222, (16/09/2006). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212>

<sup>18</sup> Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España con cargo a fondos públicos a través del SNS. Boletín Oficial del Estado, nº 186, (04/08/2012). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-10477>

<sup>19</sup> Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, nº 177, (25/07/2015). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-8343>

<sup>20</sup> Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios Boletín Oficial del Estado, nº 178, (27/07/2006). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-13554>

<sup>21</sup> Ley 9/1982, de 10 de agosto, del Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha. Boletín Oficial del Estado, nº 195, (16/08/1982). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1982-20820>

<sup>22</sup> Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha. Diario Oficial de Castilla-La Mancha, nº 126,

(19/12/2000). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2001-3896>

<sup>23</sup> Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, nº 311, (29/12/1978). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-31229>

<sup>24</sup> Real Decreto 1476/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. Boletín Oficial del Estado, nº 311, (28/12/2001). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2001-24753>

<sup>25</sup> Ley 5/2005, de 27 de junio de 2005, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha. Diario Oficial de Castilla-La Mancha, nº 131, (01/07/2005). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2005-14494>

<sup>26</sup> Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha. Diario Oficial de Castilla-La Mancha, nº 131, (09/07/2010). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-15622>

<sup>27</sup> Ley 3/2014, de 21 de julio, de garantía de la atención sanitaria y del ejercicio de la libre elección en las prestaciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Diario Oficial de Castilla-La Mancha, nº 142, (25/07/2014). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2014-10666>

<sup>28</sup> Decreto 34/1986, de 22 de abril, de Ordenación Funcional de los Servicios de Atención Primaria de Salud. Diario Oficial de Castilla-La Mancha, nº 17, (29/04/1986). Disponible en: <https://docm.jccm.es/docm/eli/es-cm/d/1986/04/22/34>

<sup>29</sup> Decreto 273/2004, de 9 de noviembre, sobre la prestación de atención dental a la población de Castilla-La Mancha. Diario Oficial de Castilla-La Mancha, nº 213, (12/11/2004). Disponible en: <https://docm.jccm.es/docm/eli/es-cm/d/2004/11/09/273>

<sup>30</sup> Decreto 6/2019, de 12 de febrero, de creación en el ámbito del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam) de la categoría estatutaria de personal Enfermero/a Especialista y modificación de la denominación de otras ya existentes. Diario Oficial de Castilla-La Mancha, nº 35, (19/02/2019). Disponible en: <https://docm.jccm.es/docm/eli/es-cm/d/2019/02/12/6>

<sup>31</sup> Decreto 106/2023, de 25 de julio, de estructura orgánica y funciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Diario Oficial de Castilla-La Mancha, nº 144, (28/07/2023). Disponible en: [https://docm.jccm.es/docm/descargarArchivo.do?ruta=2023/07/28/pdf/2023\\_6827.pdf&tipo=rutaDoc m](https://docm.jccm.es/docm/descargarArchivo.do?ruta=2023/07/28/pdf/2023_6827.pdf&tipo=rutaDoc m)

<sup>32</sup> Orden de 18/12/2012, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, de las Gerencias de Atención Integrada del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Diario Oficial de Castilla-La Mancha, nº 253, (27/12/2012). Disponible en: [https://docm.jccm.es/docm/eli/es-cm/o/2012/12/18/\(2\)](https://docm.jccm.es/docm/eli/es-cm/o/2012/12/18/(2))

<sup>33</sup> Orden de 09/02/2016, de la Consejería de Sanidad, de acceso universal a la atención sanitaria en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. Diario Oficial de Castilla-La Mancha, nº 36, (23/02/2016). Disponible en: [https://docm.jccm.es/portaldocm/descargarArchivo.do?ruta=2016/02/23/pdf/2016\\_1920.pdf&tipo=rutaDoc m](https://docm.jccm.es/portaldocm/descargarArchivo.do?ruta=2016/02/23/pdf/2016_1920.pdf&tipo=rutaDoc m)

<sup>34</sup> Ministerio de Sanidad. Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria. Documento presentado en el Pleno del Consejo Interterritorial de Salud del día 10 de abril de 2019 y publicado en el BOE nº 109, de 7 de mayo de 2019. Madrid: MSCBS; 2019. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Plan\\_de\\_Accion\\_de\\_Atencion\\_Primaria.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Plan_de_Accion_de_Atencion_Primaria.pdf)

<sup>35</sup> Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la que publica el Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria. Boletín Oficial del Estado, nº 109, (07/05/2019). Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-6761](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-6761)

<sup>36</sup> Ministerio de Sanidad. Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023. Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria. Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 15 de diciembre de 2021. Madrid: MSCBS; 2021. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Plan\\_de\\_Accion\\_de\\_Atencion\\_Primaria.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Plan_de_Accion_de_Atencion_Primaria.pdf)

<sup>37</sup> Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Plan de Salud de Castilla-La Mancha Horizonte 2025. Toledo: Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha; 2021. Disponible en: <https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/plan-de-salud-clm-horizonte-2025>

<sup>38</sup> Decreto 13/1994, de 08/02/1994, Consejo de Gobierno, de Organización Territorial de la Sanidad de Castilla-La Mancha. Diario Oficial de Castilla-La Mancha, nº11, (11/02/1994). Disponible en: <https://docm.jccm.es/docm/eli/es-cm/d/1994/02/08/13>

<sup>39</sup> Decreto 80/2003, de 13/05/2003, Consejo de Gobierno, de Creación del Área de Salud de Puertollano. Diario Oficial de Castilla-La Mancha, nº70, (16/05/2003). Disponible en: <https://docm.jccm.es/docm/eli/es-cm/d/2003/05/13/80>

<sup>40</sup> Orden 166/2020, de 9 de octubre, de la Consejería de Sanidad, por la que se modifica la Orden 201/2018, de 27 de diciembre, por la que se determina el Mapa Sanitario de Castilla-La Mancha. Diario Oficial de Castilla-La Mancha, nº213, (22/10/2020). Disponible en: <http://docm.jccm.es/docm/eli/es-cm/o/2020/10/09/166>

<sup>41</sup> Orden 201/2018, de 27 de diciembre, de la Consejería de Sanidad, por la que se determina el Mapa Sanitario de Castilla-La Mancha. Diario Oficial de Castilla-La Mancha, nº4, (07/01/2019). Disponible en: <http://docm.jccm.es/docm/eli/es-cm/o/2018/12/27/201>

<sup>42</sup> Orden de 23/03/2011, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, de la tarjeta sanitaria individual en Castilla-La Mancha. Diario Oficial de Castilla-La Mancha, nº65, (04/04/2011). Disponible en: [http://docm.jccm.es/docm/eli/es-cm/o/2011/03/23/\(1\)](http://docm.jccm.es/docm/eli/es-cm/o/2011/03/23/(1))

<sup>43</sup> Behavioural and cultural insights for health [sede Web]. Ginebra: WHO Regional Office for Europe; [acceso 2 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.euro.who.int/en/healthtopics/health-determinants/behavioural-and-cultural-insights-for-health>



About the European Programme of work [sede Web]. Ginebra: WHO Regional Office for Europe; [acceso 2 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.euro.who.int/en/healthtopics/health-policy/european-programme-of-work/about-the-european-programme-of-work>

<sup>44</sup> INE base. Indicadores de estructura de la población. Resultado por comunidades autónomas. Tasa de dependencia por comunidades autónomas [sede Web]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; [acceso 2 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1453&L=0>

<sup>45</sup> Esperanzas de vida en España, 2021. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2023. Disponible en: [www.sanidad.gob.es](http://www.sanidad.gob.es)

<sup>46</sup> Forjaz, M.J., Araújo, L., Ayala, A., Calderón-Larañaga, A., Fernández-Mayoralas, G., Gonzalez-Herrera, A., et al. Sumando calidad de vida a los años: propuestas para combatir la soledad y promover la una buena salud mental en personas mayores. Quality of life and Aging in Spain, Sweden and Portugal (Proyecto QASP). Disponible en: [https://repisalud.isciii.es/bitstream/handle/20.500.12105/13246/Sumando\\_Calidad\\_Vida\\_A%c3%b1os2\\_021.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://repisalud.isciii.es/bitstream/handle/20.500.12105/13246/Sumando_Calidad_Vida_A%c3%b1os2_021.pdf?sequence=4&isAllowed=y)

<sup>47</sup> La Soledad no deseada (sitio Web) Fundación ONCE Página web consultada el 25/06/2023 Disponible en <https://www.soledades.es/la-soledad-no-deseada>

<sup>48</sup> Estrategia Regional para tejer redes de valor y prevenir e intervenir en la soledad no deseada en personas mayores en Castilla-La Mancha 2022-2025. Disponible <https://castillalamancha.es/node/379214>

<sup>49</sup> Albert, C. and Davia, M.A. 2011. Education is a key determinant of health in Europe: a comparative analysis of 11 countries. Health promotion international, 26(2), pp.163-170. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/heapro/daq059.232> Ministerio de Sanidad. Estudio HBSC. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/home.htm>

<sup>50</sup> Estudio HBSC o Estudio sobre las conductas saludables en jóvenes escolarizados (sitio web) Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/escuela/estudioHBSC/home.htm>

<sup>51</sup> Red Española de Ciudades Saludables (sitio web) Ministerio de Sanidad consultada en 2023. Disponible en <https://recs.es/>

<sup>52</sup> Ministerio de Trabajo y Economía Social. Encuestas Nacionales de Condiciones de Trabajo y Gestión Preventiva. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Disponible en: <https://www.insst.es/el-observatorio/encuestas/encuestas-nacionales-decondiciones-de-trabajo-y-gestion-preventiva>

<sup>53</sup> Global Burden of Disease. 2019. Institute for Health Metrics and Evaluation. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbdcompare/>

<sup>54</sup> Hotez, P.J. 2016. Southern Europe's coming plagues: vector-borne neglected tropical diseases. PLOS Neglected Tropical Diseases, 10(6), p.e0004243. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pntd.0004243>

<sup>55</sup> Plan Regional frente a la Resistencia a los Antibióticos PRAN CLM salud humana. Consejería de Sanidad de Castilla La Mancha. Disponible en <https://sanidad.castillalamancha.es/profesionales/farmacia/plan-regional-frente-la-resistencia-los-antibioticos-pran-clm-salud-humana>

<sup>56</sup> Orden 95/2021, de 15 de junio, de la Consejería de Sanidad, de la Comisión de Seguimiento del Plan de Salud de Castilla-La Mancha. DOCM 12 de 28/06/2021. [Consultado 26 de abril de 2023]. Disponible en: <https://docm.jccm.es/docm/eli/es-cm/o/2021/06/15/95>

<sup>57</sup> Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. BOE- A-2015-14028. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2015/10/23/954>

<sup>58</sup> Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. BOE-A-2018-14474. BOE» núm. 256, de 23 de octubre de 2018. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2018/10/22/1302>

<sup>59</sup> Orden 189/2020 de 4 de diciembre, de la Consejería de Sanidad, por la que se regula el procedimiento para la acreditación en Castilla-La Mancha de las enfermeras y enfermeros, para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano. Diario Oficial de Castilla-La Mancha 251/2020 (Dic 15, 2020). Disponible en: <https://docm.jccm.es/docm/eli/es-cm/o/2020/12/04/189>

<sup>60</sup> Resolución de 20 de octubre de 2020, de la Dirección General de Salud Pública, por la que se valida la "Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os de Heridas". Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-13190](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-13190)

<sup>61</sup> Resolución de 8 de julio de 2022, de la Dirección General de Salud Pública, por la que se valida la Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/os enfermeras/os: Quemaduras. Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-11945](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-11945)

<sup>62</sup> Resolución de 30 de junio de 2022, de la Dirección General de Salud Pública, por la que se validan las Guías para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os de: Hipertensión, y la de: Diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2. Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-11127](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-11127)

<sup>63</sup> Resolución de 22 de diciembre de 2022, de la Dirección General de Salud Pública, por la que se valida la Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os de Ostomías. Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-23740](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-23740)

<sup>64</sup> Resolución de 26 de octubre de 2023, de la Dirección General de Salud Pública, por la que se valida la Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os: fiebre. Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2024-202](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2024-202)

<sup>65</sup> Resolución de 22 de marzo de 2024, de la Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud, por la que se valida la Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os: procedimientos diagnósticos o terapéuticos que requieren del uso de anestésicos locales. Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2024-6702](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2024-6702)

<sup>66</sup> Resolución de 22 de marzo de 2024, de la Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud, por la que se valida la Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os: deshabituación tabáquica. Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2024-6701](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2024-6701)

<sup>67</sup> Resolución de 13 de junio de 2023, de la Dirección General de Salud Pública, por la que se valida la Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os de: anticoagulación oral. Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2023-17987](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2023-17987)

<sup>68</sup> Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón. Servicio Aragonés de Salud (salud). Plan de Atención Primaria y Comunitaria de Aragón 2022-2023. Zaragoza: Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón. Servicio Aragonés de Salud (salud); 2022. Disponible en: [https://www.aragon.es/documents/20127/91222034/Plan+de+Atenci%C3%B3n+Primaria+y+Comunitaria+de+Arag%C3%B3n+2022\\_2023.pdf/5cbbac4-7eb0-3896-43e0-103f986c758a?t=1649261164348](https://www.aragon.es/documents/20127/91222034/Plan+de+Atenci%C3%B3n+Primaria+y+Comunitaria+de+Arag%C3%B3n+2022_2023.pdf/5cbbac4-7eb0-3896-43e0-103f986c758a?t=1649261164348)

<sup>69</sup> Consellería de Sanidad del Servicio Gallego de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Plan Gallego Atención Primaria 2019-2021. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidad del Servicio Gallego de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria; 2019. Disponible en: [https://libraria.xunta.gal/sites/default/files/downloads/publicacion/plan\\_castellano\\_230619\\_nav.pdf](https://libraria.xunta.gal/sites/default/files/downloads/publicacion/plan_castellano_230619_nav.pdf)

<sup>70</sup> Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. Dirección General de Salud Pública. Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030 . Asturias: Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. Dirección General de Salud P ú b l i c a ; 2019. Disponible en: [https://www.asturias.es/webasturias/GOBIERNO/ACUERDOS/castellano/ficheros/2019/2019\\_05\\_08\\_plan\\_salud\\_2019\\_2030.pdf](https://www.asturias.es/webasturias/GOBIERNO/ACUERDOS/castellano/ficheros/2019/2019_05_08_plan_salud_2019_2030.pdf)

<sup>71</sup> Osakidetza. Organización Sanitaria Integrada Bilbao-Basurto. Plan Estratégico 2018 – 2021. Bilbao: Osakidetza. Organización Sanitaria Integrada Bilbao-Basurto; 2018. Disponible en: [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk\\_bibas\\_bienvenida\\_ambito/es\\_def/adjuntos/Plan%20Estrat%C3%A9gico%20OSI%20Bilbao%20Basurto%202018-2021.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_bibas_bienvenida_ambito/es_def/adjuntos/Plan%20Estrat%C3%A9gico%20OSI%20Bilbao%20Basurto%202018-2021.pdf)

<sup>72</sup> Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Castilla-La Mancha. Guía de Terapia Ocupacional en Atención Primaria. Promoción de la Salud y prevención de la Dependencia. Toledo: Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Castilla-La Mancha. Disponible en: <https://www.coftoclm.org/wp-content/uploads/2019/10/COFTO-CLM-GUIA-DE-TO-EN-ATENCIA%C3%93N-PRIMARIA.pdf>

<sup>73</sup> Ministerio de Sanidad. Plan para la ampliación de la cartera de servicios de salud bucodental en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/PlanSaludBucodental/pdf/Plan\\_ampliacion\\_cartera\\_bucodental.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/PlanSaludBucodental/pdf/Plan_ampliacion_cartera_bucodental.pdf)

<sup>74</sup> Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Plan Regional de Calidad de Castilla-La Mancha. "Organizaciones de aprendizaje" 2021 – 2025. Toledo: Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha; 2022. Disponible en: <https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/plan-de-salud-clm-horizonte-2025/plan-sostenibilidad-y-cambio-modelo-sanitario/plan-regional-de-calidad>

<sup>75</sup> Calidad Asistencial. Seguridad del Paciente [Sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2018 [acceso 4 de junio de 2024]. Compromiso con la calidad de las sociedades científicas. Disponible en <https://seguridadelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/colaboracionSSCC/compromisoCalidad.htm>

<sup>76</sup> Calidad Asistencial. Estrategias [Sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad; [acceso 4 de junio de 2024]. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/home.htm>

<sup>77</sup> Seguridad del Paciente [Sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad; [acceso 4 de junio de 2024]. Disponible en <https://seguridadelpaciente.sanidad.gob.es/>

<sup>78</sup> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/estrategiaSNS/home.htm>

<sup>79</sup> Ministerio de Sanidad. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/cancer/docs/ESTRATEGIA\\_EN\\_CANCER\\_DEL\\_SNS.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/cancer/docs/ESTRATEGIA_EN_CANCER_DEL_SNS.pdf)

<sup>80</sup> de Villota P, Jubeto Y, Ferrari I. Estrategias para la integración de la perspectiva de género en los presupuestos públicos. Instituto de la Mujer (Ministerio de Igualdad); ISBN: 978-84-692-8514-5. Disponible en <https://www.inmujeres.gob.es/observatorios/observIgualdad/estudiosInformes/docs/017-estrategia.pdf>



<sup>81</sup> Recomendaciones para el diseño de estrategias de salud comunitaria en Atención Primaria a nivel autonómico. Disponible en : [https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Plan\\_de\\_Accion\\_de\\_Atencion\\_Primaria.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Plan_de_Accion_de_Atencion_Primaria.pdf)

<sup>82</sup> Estrategia de Salud Comunitaria de Castilla-La Mancha. Disponible en [https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20240410/estrategia\\_salud\\_comunitaria.pdf](https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20240410/estrategia_salud_comunitaria.pdf)

<sup>83</sup> Gobierno de España. Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia [Sede Web]. Madrid: Gobierno de España. Componente 18: Renovación y ampliación de las capacidades del Sistema Nacional de Salud; [acceso 4 de junio de 2024]. Disponible en: <https://planderecuperacion.gob.es/politicas-y-componentes/componente-18-renovacion-y-ampliacion-de-las-capacidades-del-sistema>

<sup>84</sup> Decreto 13/2005, de 01/02/2005, Consejo de Gobierno, de los Órganos de Participación en el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha. Diario Oficial de Castilla-La Mancha, nº 25, (04/02/2005). Disponible en: <http://docm.jccm.es/docm/eli/es-cm/d/2005/02/01/13>

<sup>85</sup> Lleras Muñoz, S. Gestión por procesos: su utilidad en Atención Primaria. Revista Medicina de Familia – SEMERGEN. Vol. 28. Núm. 6. Pág. 307-314. Junio 2002. Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-gestion-por-procesos-su-utilidad-S1138359302740781>

<sup>86</sup> Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Plan de investigación e innovación en ciencias de la salud en Castilla-La Mancha. Toledo: Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha; 2023. Disponible en: <https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/plan-de-salud-clm-horizonte-2025/plan-de-investigacion-e-innovacion>

<sup>87</sup> Resolución de 19 de diciembre de 2023 de la Dirección General de Recursos Humanos y Transformación del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, por la que se aprueba el Plan de Formación Continuada del personal de instituciones sanitarias del servicio de Salud de Castilla la Mancha para el año 2024. Disponible en [https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20240108/plan\\_formacion\\_continuada\\_web.pdf](https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20240108/plan_formacion_continuada_web.pdf)











Plan de Atención  
Primaria de Salud  
**Castilla-La Mancha**  
*Dirección General de Atención Primaria*

