

# RECOMENDACIONES ESTRATÉGICAS SOBRE EL MODELO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA

Consejo Asesor de Salud

Abril de 2019

**Coordinación:**

Secretaria tècnica del Consell Assessor de Salut. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

**Redactores:**

Carme Planas-Campmany. Secretaria Tècnica, Consell Assessor de Salut (CAS), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Iria Caamiña-Cabo. Secretaria Tècnica, Consell Assessor de Salut (CAS), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Elena Calvo-Valencia. Secretaria Tècnica, Consell Assessor de Salut (CAS), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

**Algunos derechos reservados**

© 2019, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.



Los contenidos de esta obra están sujetos a una licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.

La licencia se puede consultar en la página web de Creative Commons.

**Primera edición:**

Barcelona, abril 2019.

**Asesoramiento lingüístico:**

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

**URL:** <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/5592>



#### El encargo al Consejo Asesor de Salud

*El órgano tiene que permitir repensar y reorientar cuál es el modelo que queremos en el futuro de acuerdo con las necesidades y cambios sociales, demográficos y tecnológicos de los próximos veinte años.*

*El Consejo tiene que permitir una reflexión serena, alejada del día a día de la consejería y, por lo tanto, una herramienta que nos puede ayudar como país para tener el futuro sanitario bien pensado y planificado.*

*Alba Vergés, Honorable Consejera*

#### El compromiso del Consejo Asesor de Salud

*El Consejo Asesor de Salud tiene que actuar como núcleo de pensamiento del modelo necesario para los próximos años (...) contribuyendo a dar respuesta a los retos del sistema y constituir las bases de cómo se tiene que construir este modelo que tiene que dar una respuesta adecuada a toda la ciudadanía.*

*Manel Balcells, presidente del Consejo Asesor de Salud*

## Índice

1. Estado de situación y justificación .....	4
2. Objetivo del documento .....	7
3. Metodología.....	7
4. El proceso deliberativo .....	7
5. Recomendaciones estratégicas .....	8
6. Acciones prioritarias.....	23
7. Referencias bibliográficas .....	26
8. Miembros del Consejo Asesor de Salud.....	28

## **1. Estado de situación y justificación**

El futuro de los sistemas sanitarios depende de su capacidad de dar respuesta a las necesidades, las demandas y las expectativas de salud de la ciudadanía. Consecuentemente, los responsables de los sistemas sanitarios se han visto envueltos, desde hace años, en repensar, planificar e implementar reformas permanentes en un contexto marcado por una sociedad envejecida y con más desigualdades sociales, en la cual cada vez hay más personas con problemas de salud crónicos (1) o con riesgo de sufrirlos. Paralelamente, los costes de los servicios, los tratamientos y las tecnologías innovadoras incrementan los presupuestos que dependen de unos recursos que son limitados, y esto hace crecer la preocupación por la sostenibilidad y la viabilidad de los sistemas de salud. Para hacer frente a todos estos retos, los esfuerzos se han centrado en hacer un abordaje intersectorial de las políticas públicas para promover la salud en todas las políticas (2). De esta manera, se pone el acento en promover los entornos para fomentar las conductas relacionadas con la salud más saludables y en la prevención, redirigiendo el modelo asistencial hacia una atención más integral e integrada, equitativa, eficiente y prestada a la comunidad (1).

La atención primaria y comunitaria (APC) lidera el proceso asistencial y el cuidado de la salud de la persona a lo largo de su vida. Se define como una atención esencial y eficiente, de fácil acceso para toda la comunidad e incluye la promoción de la salud y la autonomía, la prevención de las enfermedades, el mantenimiento de la salud y de la autonomía, la educación sanitaria y la rehabilitación (3,4). Los expertos defienden que para alcanzar una cobertura universal de la salud, las reformas tendrían que estar centradas en el fortalecimiento de la atención primaria (AP) de salud para garantizar la equidad, disminuir las desigualdades (5-7) y contener los costes (4). Además, se ha observado que una APC de calidad mejora el rendimiento de los sistemas sanitarios, reduciendo los gastos globales mientras mejoran la salud y la accesibilidad (4,8-10).

Los modelos asistenciales de AP en Europa, aunque son complejos y variados, presentan cierto grado de coherencia. Estos modelos comparten la visión general y los retos de futuro, como el compromiso con el acceso universal a los servicios y el hecho de ser el punto de entrada al sistema sanitario (10).

Hay un amplio consenso entre los países de nuestro entorno que un modelo asistencial de APC bien desarrollado es la base de un sistema de salud de calidad, seguro, eficaz, eficiente y sensible a las necesidades de las personas (11). De forma general, muestran efectos beneficiosos sobre el sistema de salud en su conjunto, especialmente en términos de mejor coordinación y continuidad de cuidados, así como mejores oportunidades de control del gasto (10). Concretamente, se evidencia que una AP fuerte está relacionada con un mejor nivel de salud de la población, unas tasas de hospitalizaciones evitables más bajas y menores desigualdades socioeconómicas en salud (10,12,13).

El Reino Unido es uno de los países con un sistema sanitario más robusto con respecto a su orientación hacia la AP (10,14). Un informe reciente, que analiza nuevos modelos organizativos de APC para satisfacer las necesidades futuras del Sistema Nacional de Salud británico (14), evidencia que no hay un modelo asistencial de APC único que funcione igual para todo el mundo. También señala que la manera de implementar los nuevos modelos es tan importante como los mismos modelos. Esta revisión de los modelos asistenciales de APC, encargada por Health Education England (HEE), organismo público financiado por el Department of Health and Social Care, identificó modelos innovadores con potencial para afrontar los retos del National Health Service. Los resultados se agruparon en tres categorías: 1) Modelos que introducen nuevos roles o cambian los roles existentes en la práctica general; 2) Modelos de colaboración entre profesionales y sectores de atención sanitaria y social, y 3) Nuevas fórmulas de organización de la práctica general (14).

En Cataluña, en los últimos treinta y cinco años se han emprendido tres grandes reformas del modelo asistencial de APC, todas ellas inspiradas en los principios de la Declaración de Alma-Ata del año 1978 que, más recientemente, se han visto reforzadas en la Declaración de Astaná de 2018 (2):

1. La reforma de la atención primaria (RAP), iniciada en los años ochenta, supuso un punto de inflexión en el desarrollo del sistema público de salud y en el objetivo de hacer de la AP el primer peldaño de acceso al sistema. La RAP buscaba alcanzar una reforma global del sistema sanitario público en Cataluña, estableciendo la «delimitación de un marco territorial dirigido a la sectorización operativa de la red

asistencial, la integración y coordinación entre los diferentes estamentos del personal sanitario y entre los diversos niveles asistenciales y la asunción de actividades de promoción de la salud, atención psicosocial y rehabilitación» (15). El despliegue de la reforma se alargó durante más de veinte años hasta que llegó a todo el territorio catalán.

2. El año 2007 se inició la elaboración del Plan de innovación de atención primaria y salud comunitaria (PIAPISC) aprobado el año 2010 por acuerdo de gobierno (16). El PIAPISC pone el acento a reforzar la atención integral de la persona priorizando la APC, así como la atención a las personas en situación de dependencia y con problemas de salud crónicos.
3. Recientemente, el año 2017, empiezan los trabajos de elaboración de la Estrategia nacional de atención primaria y salud comunitaria (ENAPISC), como instrumento que definirá el modelo de APC del Departamento de Salud. La estrategia, participada por centenares de profesionales, vela por asegurar la continuidad asistencial, tanto en su transversalidad como en su globalidad, poniendo a la persona en el centro del sistema de salud. El modelo es coherente con el consenso mundial sobre los valores y principios de la AP, la Declaración de Alma-Ata de 1978 y la de Astaná del año 2018 (2), y con los informes recientes elaborados por instituciones de referencia como Health Education England (14) o King's Fund (17).

El Consejo Asesor de Salud (CAS), desde el conocimiento de la situación actual, encara el reto de reflexionar sobre el modelo asistencial en Cataluña, que es lo que realmente está en cuestión.

El cambio de paradigmas y de valores hace que una sociedad cambiante, con una exigencia permanente de interrelación, pida una respuesta diferente de la que se ha dado hasta ahora. Hace falta un conocimiento profundo de la realidad y visionar el futuro para, superando las situaciones coyunturales, buscar soluciones estructurales sin olvidar el entorno inmediato.

El CAS considera necesario centrarse en el modelo asistencial de atención primaria y comunitaria, ámbito que tiene que liderar la transformación del sistema de salud. La propuesta, que tiene que prever un modelo de atención social y sanitaria y tiene que dar

respuesta a las necesidades reales de las personas, fijará las bases para la concreción de los instrumentos normativos, económicos, organizativos y asistenciales.

## **2. Objetivo del documento**

Hacer propuestas, formuladas en forma de recomendaciones estratégicas, que orienten al modelo de la APC y aborden el modelo asistencial desde la proximidad.

## **3. Metodología**

Reuniones de trabajo y deliberación entre los miembros del CAS, por vía presencial y virtual, utilizando herramientas de trabajo colaborativo y revisión de informes previos y bibliografía relevante.

## **4. El proceso deliberativo**

El CAS se constituyó como espacio de reflexión serena, con el fin de actuar como núcleo de pensamiento y centrar las bases donde estructurar el futuro del modelo asistencial. Previamente a la deliberación, se decidió situar la discusión más allá del marco normativo actual.

Durante las deliberaciones, en cinco sesiones que han fundamentado las bases para elaborar este documento, se procedió a identificar cuestiones relevantes y prioritarias contempladas desde una visión/dimensión transversal y global de sistema, con la aplicación de una asignación de los recursos eficiente y equitativa. Eso comporta aplicar buenas prácticas a todas las actuaciones y reinvertir las ganancias de estas buenas prácticas en el sistema mismo. También, que la asistencia, la docencia, la investigación y la innovación se alineen con las necesidades de las personas y de las comunidades, ajustando los roles, las competencias y funciones de los diferentes profesionales que actúan en el ámbito de la salud.



El hecho de que una parte importante de estas reflexiones reiteren las propuestas de otros documentos de referencia acentúa la necesidad de pasar a la acción. Es momento de aprender de los errores y tener en cuenta los fracasos de anteriores intentos de reforma y ensayar nuevos modelos de atención y organización.

## 5. Recomendaciones estratégicas

Recomendaciones estratégicas en relación con el modelo de APC centradas en los aspectos complementarios o en las oportunidades de mejora.

### *Recomendaciones en relación con el modelo de atención primaria y comunitaria. Consejo Asesor de Salud*

- 1. Reformar la atención primaria y comunitaria a fin de que se convierta en el verdadero eje vertebrador del modelo asistencial y comunitario del sistema de salud de Cataluña a la vez que garantiza la viabilidad.*
- 2. Identificar la Estrategia nacional de atención primaria y comunitaria como el instrumento necesario, pertinente y ambicioso para alcanzar los objetivos propios de la atención primaria y comunitaria.*
- 3. Reforzar la salud comunitaria, concretando y presupuestando las intervenciones que hay que desarrollar en este ámbito.*
- 4. Fomentar las relaciones de confianza entre la ciudadanía, los profesionales y las instituciones.*
- 5. Establecer espacios de diálogo permanente entre todos los actores implicados.*
- 6. Recoger e incorporar los valores y las expectativas que exprese la ciudadanía sobre la atención primaria y comunitaria y corresponsabilizarla de su salud.*
- 7. Recoger e incorporar los valores y las expectativas que expresen los profesionales de la salud sobre la atención primaria y comunitaria.*
- 8. Definir de nuevo los roles profesionales y capacitarlos para dar respuesta a las necesidades de las personas en organizaciones flexibles.*
- 9. Evolucionar hacia organizaciones más flexibles con capacidad y autonomía organizativa para adaptarse a las necesidades y a las realidades cambiantes.*



10. *Considerar los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud y la atención, especialmente a las personas en contexto de vulnerabilidad.*
11. *Integrar los elementos y las herramientas necesarias para dar respuesta a las necesidades de las personas, garantizando la accesibilidad, la transversalidad y la longitudinalidad del modelo asistencial de atención primaria y comunitaria.*
12. *Incorporar las necesarias reformas a la atención especializada en el marco de la transformación de la atención primaria y comunitaria.*
13. *Mejorar la integración de la salud pública con la atención primaria y comunitaria.*
14. *Integrar las necesidades sociales desde el modelo de atención primaria y comunitaria centrada en la persona.*
15. *Concretar la cartera de servicios de atención primaria y comunitaria para mejorar la capacidad resolutive.*
16. *Garantizar que la financiación de la atención primaria y comunitaria sea congruente con las responsabilidades que se le asignan, siendo especialmente sensible a la equidad territorial y a las desigualdades económicas.*
17. *Evaluar la atención primaria y comunitaria, dar visibilidad al proceso y divulgar los resultados de forma adaptada a las diferentes audiencias (población general, pacientes, profesionales y organizaciones).*
18. *Reconocer y reforzar la relevancia de la atención primaria y comunitaria en la docencia.*
19. *Garantizar que la investigación sea uno de los ejes transformadores de la atención primaria y comunitaria.*
20. *Impulsar más la innovación en atención primaria y comunitaria como estrategia y herramienta de mejora.*
21. *Promover de manera coherente y con criterios de eficiencia las tecnologías de la información y la comunicación como un instrumento indispensable en la reforma, la implementación y la evaluación del modelo.*

- 5.1. Reformar la APC a fin de que se convierta en el verdadero eje vertebrador del modelo asistencial y comunitario del sistema de salud de Cataluña, a la vez que garantiza la viabilidad.

La APC es clave en un sistema sanitario de calidad y justo que garantice el acceso universal a la salud de todos los ciudadanos de manera equitativa y eficiente.

El debate sobre la APC requiere coraje político, porque implica cuestionar y revisar el sistema sanitario, superar las dificultades y establecer alianzas estratégicas en coordinación y colaboración con el conjunto de los otros actores implicados.

Los diferentes niveles de intervención tienen que estar alineados: 1) el político, con el compromiso de impulsar la reforma; 2) el institucional, con la implicación de los representantes de los diferentes organismos de los gobiernos central y local, y 3) el asistencial, contando con la complicidad de las personas y los profesionales.

El debate sobre la estrategia comunitaria requiere ser compartido, dado que se trata de políticas transversales que necesitan la implicación del mundo local y del ámbito social.

- 5.2. Identificar la ENAPISC como el instrumento necesario, pertinente y ambicioso para alcanzar los objetivos propios de la APC.

La reforma requiere instrumentos que impulsen un modelo de APC centrado en la persona, desde un punto de vista holístico, proporcionando una atención de proximidad que dé respuesta adecuada a sus necesidades en salud en su entorno habitual y orientada a combatir las desigualdades en salud. También es necesario contar con un marco jurídico para desarrollar los proyectos y transformar el marco teórico en planes ejecutables de los cuales habrá que hacer rendición de cuentas. Las estructuras organizativas de la APC tienen que ser flexibles y se impone fomentar la cultura de la adaptabilidad.

En este sentido, hace falta completar la estrategia con el encaje de la atención especializada y la integración real de la salud pública, así como incorporar elementos primordiales como la atención social. Es imprescindible especificar el alcance de la reforma con el detalle de las previsiones presupuestarias y del impacto en términos de salud y económicos.

También es importante analizar por qué planes anteriores de reforma de la AP no se han sacado adelante de cara a poder encarar los cambios, así como reconocer o dar continuidad a las medidas anteriores con buenos resultados en salud, y analizar los posibles elementos críticos de las intervenciones que las pueden hacer fracasar. Cualquier intervención requiere un ensayo previo que demuestre la viabilidad y permita identificar las dificultades de la puesta en práctica, los requerimientos logísticos y económicos, los resultados alcanzados y los cambios que se tiene que introducir.

- 5.3. Reforzar la salud comunitaria (SC), concretando y presupuestando las intervenciones que hay que desarrollar en este ámbito.

La salud comunitaria (SC) se articula mediante el trabajo conjunto del ámbito de la AP de salud y de los servicios de salud pública junto con los entes locales, con la comunidad y los sectores implicados en el abordaje de los problemas o necesidades prioritarios, sin dejar de hacer sus actividades ordinarias (18).

Las intervenciones en SC basadas en la evidencia y la eficiencia tienen que formar parte del conjunto de prestaciones del sistema sanitario, y garantizar tanto la financiación como la implementación y evaluación.

Para que los equipos puedan hacer SC es necesario replantear el funcionamiento actual con el fin de poder encontrar el espacio para llevarla a cabo. Una AP con una alta presión asistencial como el actual no permite poder articular la SC, y lo acaban desarrollando sólo las personas o los equipos altamente motivados.



- 5.4. Fomentar las relaciones de confianza entre la ciudadanía, los profesionales y las instituciones.

Los vínculos de confianza mutuos implícitos entre las personas, en tanto que centro de las actuaciones del sistema (ciudadanía), los responsables inmediatos de las intervenciones por y con la ciudadanía (profesionales) y los garantes de la atención (decisores) se tienen que cuidar, facilitar y promover.

Una atención integral e integrada sólo es posible en un entorno de colaboración y confianza participado de todos los agentes y desde todos los ámbitos con impacto en la salud de las personas. Para implicar la ciudadanía y los profesionales hay que dar a conocer las estrategias de transformación de la APC de manera comprensible y transparente, a fin de que pueda llegar a todo el mundo.

Hay que establecer las fórmulas que permitan incorporar una atención multidisciplinar y orientada a la satisfacción de las necesidades de la ciudadanía y la de los mismos profesionales de AP.

- 5.5. Establecer espacios de diálogo permanente entre todos los actores implicados.

Las instituciones, las organizaciones públicas y privadas, los profesionales y la ciudadanía, implicados en el bienestar, de las personas y en el cuidado de su salud, tienen que asumir un compromiso con la transformación de la APC.

Desde el punto de vista instrumental, es necesario un diálogo permanente entre todos los grupos de interés. Este diálogo tiene que asegurar la alineación de las estrategias y transformarlas en intervenciones consensuadas, coordinadas y ágiles que den respuesta a las necesidades de salud de forma equitativa, efectiva, eficiente y resolutive. En este sentido, hace falta aprovechar el potencial de las TIC en el establecimiento y mantenimiento de este espacio de diálogo para poder generar conocimiento e impulsar cambios de modelo.

- 5.6. Recoger e incorporar los valores y las expectativas que exprese la ciudadanía sobre la APC y corresponsabilizarla de su salud.

Superar definitivamente el marco teórico de incorporar la ciudadanía en la toma de decisiones, a fin de que la persona disponga de herramientas que refuercen su capacidad para decidir sobre su proyecto de vida. El empoderamiento y la incorporación de la voz ciudadana implican contrastar con ella los programas y las intervenciones diseñados y también los implementados. Hace falta hacerlo desde una perspectiva que incorpore criterios éticos, de manera sistemática y rigurosa, que den respuesta a la demanda de los ciudadanos y hacerlo con absoluto respeto por sus preferencias y valores.

Es esencial ser proactivo en la inclusión de la voz de las personas en contexto de vulnerabilidad, a menudo subrepresentadas, para alcanzar la representatividad de la diversidad.

Paralelamente, es necesario hacer intervenciones dirigidas a aumentar la auto-responsabilidad de la ciudadanía durante todo el ciclo vital, mediante acciones divulgativas informativas y formativas dirigidas al autocuidado y la alfabetización en salud. La ciudadanía tiene que percibir que la APC dispone de los recursos necesarios, entre los cuales el tiempo de atención de los profesionales, para proporcionarle una atención segura y de calidad en que las decisiones compartidas sean un elemento fundamental en el empoderamiento de la ciudadanía.

Para que estos principios se desarrollen hay que articular nuevos espacios de participación real de la ciudadanía para mejorar la transparencia y calidad del sistema de salud y particularmente de la APC.

- 5.7. Recoger e incorporar los valores y las expectativas que expresen los profesionales de la salud sobre la APC.

Los profesionales de la salud son las personas que, con su conocimiento, pericia y compromiso, hacen posible la prestación de servicios del sistema sanitario. Los

resultados en salud, producto de su práctica asistencial, dependen de su capacitación, motivación e implicación.

El empoderamiento de los profesionales requiere garantizar su autonomía e incorporar sus voces en la toma de decisiones. El respeto por los derechos y el bienestar de los profesionales es imprescindible para que se impliquen en el mantenimiento y la mejora de un sistema sanitario de calidad, equitativo y sostenible.

- 5.8. Definir de nuevo los roles profesionales y capacitarlos para dar respuesta a las necesidades reales de las personas en organizaciones flexibles.

La transformación de la APC requiere capacidad de liderazgo. Hay que empoderar a los profesionales, especialmente los de la medicina y de la enfermería, para que desarrollen su potencial para liderar la APC y reafirmen su capacidad de intervención a favor de las necesidades de las personas, las familias y las comunidades. También es relevante potenciar el rol de los perfiles administrativos y de gestión de los equipos, el refuerzo de las funciones de coordinación del trabajo social y la incorporación de más multidisciplinariedad en los equipos (especialmente en el tratamiento de la cronicidad y fragilidad). Para hacerlo efectivo, hace falta articular nuevos espacios de participación real de los profesionales y evolucionar hacia organizaciones más flexibles con capacidad y autonomía organizativa para adaptarse a las necesidades y a las realidades cambiantes.

Los retos que plantea el cambio de paradigma social y el avance científico y tecnológico hacen que sea necesario prever y adecuar los roles profesionales a las necesidades en salud, presentes y futuras, de las personas. La evolución del modelo asistencial requiere concretar los roles, actualizar las competencias y dotar al sistema de los profesionales y de los puestos de trabajo adecuados, superando la rigidez de las estructuras administrativas.

La capacitación de los profesionales en activo se tiene que centrar en una formación continuada que refuerce los aspectos humanísticos de las profesiones sanitarias y estimule el espíritu crítico. Al mismo tiempo, hay que intensificar las relaciones con el mundo docente, especialmente con las universidades, con el fin de trabajar modelos

formativos adaptados a las realidades sociales, a las necesidades del sistema y a los valores y expectativas de la ciudadanía.

El liderazgo clínico tiene que hacerse efectivo desde la misma AP, en las diferentes unidades/servicios que conforman la red de APC, en coordinación con el nivel hospitalario y sociosanitario, y evitar ser únicamente liderada desde el nivel hospitalario. Hay que proporcionar las herramientas necesarias para la atención, indicación y prescripción que faciliten el desarrollo de sus competencias, en beneficio de las personas atendidas.

- 5.9. Evolucionar hacia organizaciones más flexibles con capacidad y autonomía organizativa para adaptarse a las necesidades y a las realidades cambiantes.

Las organizaciones implicadas en el cuidado de la salud tienen que ser flexibles para poder dar una respuesta ágil y adecuada a las necesidades de las personas, las familias y las comunidades. Una respuesta ágil es la que permita utilizar los recursos de manera efectiva, eficiente y equitativa en el momento y en el lugar adecuados.

En este contexto se impone fomentar especialmente la cultura de la adaptabilidad, el liderazgo y la innovación para hacer frente a los retos de un entorno marcado por la complejidad.

- 5.10. Considerar los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud y la atención, especialmente a las personas en contexto de vulnerabilidad.

La APC tiene que ser capaz de tener en cuenta los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud para proteger a las personas y los colectivos con más necesidades.





El abordaje de las desigualdades en salud desde la AP incumbe especialmente las siguientes áreas: el acceso, la globalidad y calidad de la atención, el equipo de AP, el trabajo intersectorial y la orientación comunitaria. Se tienen que fomentar planes específicos para poder abordarlo desde todas estas perspectivas abarcando tanto la prevención como la atención a la enfermedad, y siempre teniendo en cuenta que tiene que ser un compromiso del sistema y del equipo y no sólo de las personas profesionales.

Hace falta tener en cuenta a los más vulnerables, y proporcionar cuidados adecuados a las personas con necesidades de atención sanitaria y social diversas y/o complejas. La complejidad en la respuesta viene dada por diferentes factores: la clase social desfavorecida, el envejecimiento, la fragilidad, la cronicidad y la dependencia.

La vulnerabilidad requiere corresponsabilidad y se nutre del trabajo colaborativo. Es imprescindible que los profesionales de los diferentes ámbitos compartan el conocimiento sobre las circunstancias y la información personal de las personas que tienen que atender.

Tal como se ha comentado, el abordaje de las desigualdades tiene que ser intersectorial e interinstitucional, y comporta la intervención de otros ámbitos como justicia, vivienda, educación, empleo, entre otros.

- 5.11. Integrar los elementos y las herramientas necesarias para dar respuesta a las necesidades de las personas, y garantizar la accesibilidad, la transversalidad y la longitudinalidad del modelo asistencial de APC.

La APC tiene que ser accesible a toda la población, conformar el primer contacto con los servicios de salud y garantizar la longitudinalidad, que quiere decir una relación a largo plazo de los profesionales de referencia con las personas. Pero también tiene que ser transversal e integral para identificar todos los problemas de salud de las personas y dar respuesta, y ofrecer, si es necesario, coordinación entre servicios, como por ejemplo la atención social, el sistema educativo, etc., y evidentemente la orientación comunitaria que incluye la prevención. Teniendo en cuenta estos



atributos, aspectos como la atención domiciliaria o la atención a las enfermedades crónicas tendrían que pivotar en la APC.

Es importante destacar que las personas tienen que identificar a sus profesionales de referencia (en primera instancia profesionales de la medicina, la enfermería y el trabajo social) y saber que cuentan con su apoyo en cualquier circunstancia. El conocimiento de la historia de vida permite a los profesionales tomar decisiones empáticas, ágiles y resolutivas, que tendrán un impacto en la satisfacción emocional de todos los implicados. La APC tiene que asegurar la continuidad, tanto de los cuidados como de las condiciones en que se prestan, en un modelo en el cual cada uno disponga de profesionales de referencia y en que la colaboración y coordinación entre los diferentes profesionales de los equipos (con experiencias diferenciadas), permita los mejores resultados sin perder referencia y longitudinalidad.

5.12. Incorporar las necesarias reformas a la atención especializada en el marco de la transformación de la APC.

La reforma de la APC no se puede entender sin incorporar reformas a la atención especializada. El encaje entre los niveles asistenciales de APC y especializada es esencial para garantizar una atención sanitaria integrada e integral a las personas. Es imprescindible el apoyo mutuo entre ambos ámbitos de actuación, y hay que trascender el concepto clásico de niveles como compartimentos estancos.

Los profesionales de referencia de la APC tienen que abordar conjuntamente la atención a las personas con sus profesionales de referencia del resto de atención especializada, complementándose y evitando duplicidades asistenciales (minimizando la iatrogenia en el paciente) y administrativas, mejorando la distribución de los recursos / el coste-efectividad.

La atención especializada, especialmente la hospitalaria, tiene que priorizar la asignación de profesionales estables de referencia para las personas que necesiten una atención más continuada o intensiva en función de sus condicionantes de salud. Esto facilitará también el trabajo conjunto con los equipos de referencia de la APC, y



el conocimiento compartido de la historia de vida de las personas, y mejorará la atención y la satisfacción de la ciudadanía y de los profesionales.

5.13. Mejorar la integración de la salud pública con la APC.

La salud pública, como expresión colectiva de la salud de las personas y grupos de una comunidad definida (18), implica que los profesionales de este ámbito tienen que trabajar conjuntamente con la APC con el fin de facilitar el desarrollo de sus responsabilidades hacia la comunidad. La respuesta a las necesidades de las comunidades exige el trabajo colaborativo de la APC y la salud pública, desde la corresponsabilidad con el mundo local y el abordaje intersectorial y multidisciplinar. Las estrategias dirigidas a la comunidad tienen que concretar las actuaciones de salud pública que requieran la implicación de la APC, previendo la evaluación del impacto y contando con los recursos necesarios asignados.

5.14. Integrar las necesidades sociales desde el modelo de APC centrada en la persona.

El éxito de la intervención de la APC requiere una respuesta integral e integrada adecuada a las necesidades sanitarias, pero también a las sociales, situando a las personas en el centro del sistema. Es imprescindible que en todas las dimensiones del modelo se cuente con la implicación de los departamentos responsables de los servicios sociales y sanitarios para una integración efectiva.

Hace falta que el trabajo conjunto de profesionales de la AP social y sanitaria y del resto de departamentos implicados incorpore y comparta las decisiones sobre la atención con las personas afectadas y sus familias, respetando sus preferencias y valores, y manteniéndolas en su entorno habitual, preferentemente su domicilio.



5.15. Concretar la cartera de servicios de AP para mejorar la capacidad resolutive.

La cartera de servicios de la APC se tiene que configurar con intervenciones avaladas por la evidencia, seguras y rentables. La cartera tiene que incluir la evaluación de las prestaciones y de su impacto, en términos tanto de resultados en salud como económicos, para garantizar la sostenibilidad. La evaluación asistencial y económica de la inclusión de nuevos servicios en la cartera tiene que ser sistémica e incluir los impactos asistenciales y económicos en otros niveles de atención.

Es necesario prever mecanismos que garanticen la incorporación de la innovación en la cartera de servicios y la participación de los agentes del sistema en el establecimiento y la actualización de las prestaciones que integran la cartera de servicios.

La cartera de servicios de la APC tiene que incluir las prestaciones de los diversos ámbitos de actuación, especialmente la promoción de la salud, la prevención desde la primaria a la cuaternaria (19) y la atención a las personas con problemas de salud. La promoción y la prevención tienen que desarrollarse tanto en el ámbito de la consulta como comunitario.

5.16. Garantizar que la financiación de la atención primaria y comunitaria sea congruente con las responsabilidades que se le asignan, siendo especialmente sensible a la equidad territorial y a las desigualdades económicas.

Actualmente la APC está infrafinanciada, y eso se traduce en otra presión asistencial y la dificultad en poder llevar a cabo buena parte de sus objetivos, como por ejemplo la orientación comunitaria, la investigación o la innovación. Hay que aumentar su financiación hasta que llegue al 25% del total del gasto en salud, tal como propone la OMS.

El sistema de asignación de los recursos económicos tiene que estar orientado a resultados en salud y tiene que acompañar los cambios en el modelo y, sobre todo, tiene que evitar ir en contra.

La asignación de recursos a la APC, a los equipos, tiene que ser coherente y proporcional a las responsabilidades que se le asignan sobre la salud y el bienestar de las personas y de las familias en su entorno, y de la comunidad. Esta asignación tiene que tener en cuenta el contexto socioeconómico de las poblaciones de referencia (equidad territorial y socioeconómica) y tiene que garantizar la capacidad resolutive de la APC sobre todas las cuestiones que afectan a la salud de las personas.

La reforma de la APC tiene que disponer de un presupuesto finalista que manifieste el compromiso con la transformación de este nivel asistencial.

- 5.17. Evaluar la APC, dar visibilidad al proceso y divulgar los resultados de forma adaptada a las diferentes audiencias (población general, pacientes, profesionales y organizaciones).

La evaluación y el seguimiento de la propia estrategia de la APC y su impacto son imprescindibles. Los resultados en salud y la disminución de la variabilidad atribuibles a las acciones de la APC constituirán el aval sobre el que se objetive su capacidad resolutive mediante la rendición de cuentas. La evaluación tiene que tener en cuenta los atributos de la APC y el abordaje de los determinantes sociales de la salud y de las desigualdades en salud y avanzar en la evaluación de la eficacia de las intervenciones educativas tanto con respecto a la implementación como a los resultados de estas intervenciones.

Se requiere la definición de un marco de evaluación que establezca criterios y formule parámetros que permitan determinar el impacto esperado, cómo se medirá, con que se comparará y cuáles serán los mecanismos de socialización.



La información tiene que estar publicada y tiene que ser accesible, comprensible y fácil de localizar. Es relevante que la ciudadanía, los profesionales y las instituciones dispongan de los resultados para incentivar la cultura de la evaluación.

5.18. Reconocer y reforzar la relevancia de la APC en la docencia.

La APC, en constante evolución, requiere profesionales capacitados, con voluntad de nutrirse constantemente de nuevo conocimiento y que, al mismo tiempo, estén dispuestos y preparados para transmitir todo lo que han aprendido.

La función docente de los profesionales de la salud y su capacidad de impartirla a todos los niveles (grado, posgrado y formación continuada) desde una perspectiva multidisciplinar se tiene que reconocer, valorar e incentivar.

Es importante dar relevancia a la especialidad de atención familiar y comunitaria en la docencia, reforzándola y dándole visibilidad a lo largo de todas las etapas de la formación de los profesionales de la salud, con el fin de favorecer la adquisición de conocimientos y habilidades específicas de este ámbito.

5.19. Garantizar que la investigación sea uno de los ejes transformadores de la APC.

La investigación en el área de conocimiento específico de la APC es necesaria para mejorar la atención a las personas y la organización de los servicios, y requiere una dotación presupuestaria.

Hace falta aproximar y hacer atractiva la investigación a los profesionales asistenciales de la APC. Favorecer su dedicación a la investigación, orientándola hacia las líneas que le son propias, hará que adquiera la relevancia, la calidad y el impacto deseables. Los profesionales tienen que tener tiempo e incentivos para la dedicación a la investigación y el reconocimiento de los resultados.

5.20. Impulsar más la innovación en APC como estrategia y herramienta de mejora.

La innovación se ha convertido en una obligación para la APC como instrumento para introducir elementos de competitividad que favorezcan su transformación. La innovación mejora los resultados facilitando la eliminación de procesos que no aportan valor.

La APC tiene que promover el pensamiento y la cultura innovadora como palanca de cambio en el sistema. Hay que desarrollar el conocimiento y las habilidades de la APC y de sus profesionales para el desarrollo de la práctica diaria con capacidad y actitud innovadora.

5.21. Promover de manera coherente y con criterios de eficiencia las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) como un instrumento indispensable en la reforma, la implementación y la evaluación del modelo.

Las TIC juegan un papel determinante en la APC, en tanto que facilitan el desarrollo del modelo, mejorando la calidad de la atención, especialmente con respecto a la accesibilidad, la eficiencia, la seguridad, el conocimiento y la comunicación.

Hay que invertir en el uso de las TIC como un instrumento indispensable en la reforma, la implementación y la evaluación del modelo. Es necesario fomentar la utilización entre la ciudadanía, los profesionales y los gestores, para desarrollar nuevas fórmulas de gestión y de prestación de servicios con la finalidad de obtener mejores resultados en salud.

Las TIC tienen que facilitar la interacción entre los agentes del sistema y se tienen que seguir implementando y evaluando. También tienen que estar al servicio de la integración y agilizar la coordinación entre los ámbitos de intervención y los niveles implicados en garantizar el bienestar de las personas.

## **6. Acciones prioritarias**

1. Aprobar el marco normativo necesario para transformar al modelo de atención primaria i comunitaria (APC) en planes ejecutables de los cuales habrá que hacer rendición de cuentas.
2. Ensayar y evaluar nuevos modelos de gobernanza de la APC promoviendo la coordinación entre niveles, la creciente multidisciplinariedad requerida y la flexibilidad organizativa, que otorguen capacidad real de decisión al conjunto de profesionales que forman parte.
3. Hacer los cambios en el marco normativo para dotar de cobertura jurídica a los profesionales para el desarrollo de sus competencias en la asunción de los nuevos roles que se les piden y proporcionarles las herramientas necesarias.
4. Facilitar e impulsar los liderazgos individuales y grupales, que permitan el desarrollo de las diversas competencias de los profesionales y el reconocimiento de su valor añadido.
5. Poner a la persona en el centro de las decisiones y establecer medidas y herramientas que faciliten la toma de decisiones compartida con la ciudadanía y con los profesionales.
6. Articular, ensayar y evaluar modelos innovadores de participación ciudadana para la consolidación de las prácticas participativas en la deliberación sobre la orientación y el abordaje de los retos sanitarios y sociales que afectan a su salud, y evaluar los resultados.





7. Establecer estrategias comunitarias que permitan trabajar el empoderamiento y la corresponsabilización de la ciudadanía en el uso racional de los recursos disponibles en la APC.
8. Concretar las actuaciones conjuntas de salud pública y de APC, dotándolas de los recursos necesarios y evaluando el impacto.
9. Definir la cartera de servicios de salud comunitaria (SC) con el fin de concretar las actuaciones en el ámbito de la APC.
10. Ensayar y evaluar nuevos espacios y fórmulas de atención integral y financiación de la atención sanitaria y social.
11. Coordinar la APC con las políticas municipales, especialmente con la AP social local para garantizar evitar duplicidades asistenciales y mejorar la atención centrada en la persona. En este sentido, compartir información, circuitos y profesionales con el mundo local se hace imprescindible.
12. Aumentar progresivamente la financiación destinada a la APC hasta llegar al 25% del gasto en salud recomendado por la Organización Mundial de la Salud.
13. Incentivar y reconocer las buenas prácticas de cada uno de los profesionales y de los equipos en su conjunto, a partir de criterios relevantes de efectividad, eficiencia y adecuación.
14. Impulsar un nuevo sistema de acceso y desarrollo de las especialidades que dé relevancia a la atención familiar y comunitaria.

15. Reconocer e impulsar el papel de la APC en la docencia a todos los niveles (grado, posgrado y formación continuada).
16. Impulsar la investigación acreditada en el ámbito de la APC facilitando tiempo de dedicación de los profesionales para investigar y creando redes.
17. Facilitar que la APC identifique oportunidades y tenga a su alcance los organismos e instrumentos para el desarrollo de la innovación en este ámbito.
18. Ensayar modelos y herramientas tecnológicas complementarios de accesibilidad, como el acceso virtual a consejos esenciales ante los síntomas más comunes, selección virtual del grado de necesidad de atención urgente y seguimiento virtual de síntomas banales.

## 7. Referencias bibliográficas

1. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ. *Nurses as substitutes for doctors in primary care*. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2018 J 16 [citado 2019 Jan 29]; Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001271.pub3>
2. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). Declaration of Astana [Internet]. Astana; 2018 [citado 2018 Nov 26]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>
3. Kidd MR, World Organization of National Colleges A. *The contribution of family medicine to improving health systems: a guidebook from the World Organization of Family Doctors*. Radcliffe Pub; 2013. 293.
4. Van Weel C, Kidd M. *Why strengthening primary health care is essential to achieving universal health coverage*. Can Med Assoc J C [Internet]. 2018 [citado 2019 Jan 2]9; 190 (16):E463-6. Disponible en: [https://primaerversorgung.org/wp-content/uploads/2018/09/2018\\_Why-strengthening-primary-health-care-is-essential.pdf](https://primaerversorgung.org/wp-content/uploads/2018/09/2018_Why-strengthening-primary-health-care-is-essential.pdf)
5. Cookson R, Mondor L, Asaria M, Kringos DS, Klazinga NS, Wodchis WP. *Primary care and health inequality: Difference-in-difference study comparing England and Ontario*. PLoS One [Internet]. 2017 [citado 2019 Jan 29];12(11):e0188560. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29182652>
6. World Health Organization. The World Health Report 2008: Primary health care (now more than ever) [Internet]. Geneva; 2008 [citado 2019 Jan 29]. Disponible en: [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/PHC\\_The\\_World\\_Health\\_Report-2008.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/PHC_The_World_Health_Report-2008.pdf)
7. Starfield B, Shi L, Macinko J. *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*. Milbank Q [Internet]. 2005 Sep [citado 2019 Jan 2]9; 83(3):457-502. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16202000>
8. Dugani S, Veillard J, Evans TG. *Quality primary health care will drive the realization of universal health coverage*. Can Med Assoc J [Internet]. 2018 Apr 16 [citado 2019 Jan 2]9; 190 (15): E453-4. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29661813>
9. Hansen J, Groenewegen PP, Boerma WGW, Kringos SÁ. *Living In A Country With A Strong Primary Care System Is Beneficial To People With Chronic Conditions*. Health Aff [Internet]. 2015 Sep [citado 2019 Jan 2]9; 34 (9):1531-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26355055>
10. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RD, Saltman RB. *BUILDING PRIMARY CARE IN A CHANGING EUROPE* Edited Building primary care in a changing Europe Observatory Studies Series 38 [Internet]. 2015 [citado 2019 Jan 16]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/154350/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf?sequence=1>
11. European Union. *A NEW DRIVE FOR PRIMARY CARE IN EUROPE: RETHINKING THE ASSESSMENT TOOLS AND METHODOLOGIES* Report of the Expert Group on Health Systems Performance Assessment [Internet]. Luxemburgo; 2018 [citado 2018 Nov 26]. Disponible en: <http://www.istockphoto.com/>
12. Martín Zurro A, Jodar Solá G. *Atención Familiar y Salud Comunitaria: Conceptos y Materiales para Docentes y Estudiantes*. Elsevier; 2018. 466.



13. Borrell C, Thió M, Pasarín I. *Desigualdades y determinantes sociales de la salud*. In: Martín Zurro A, Jodar Solà G *Atención Familiar y Salud Comunitaria: Conceptos y Materiales para Docentes y Estudiantes* Elsevier; 2018. p. 47–60.
14. Bienkowska-Gibbs T, King S, Saunders CL, Henham M-L. *New organisational models of primary care to meet the future needs of the NHS*. 2015 [citado 2018 Nov 26]; Disponible en: [https://www.rand.org/pubs/research\\_reports/RR1181.html](https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR1181.html)
15. DECRETO 84/1985, de 21 de marzo, de medidas para la reforma de la atención primaria de salud en Cataluña. (DOGC núm. 527, 10/04/1985). [Internet]. Disponible en: <https://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/527/1316150.pdf>
16. ACUERDO GOV/236/2010, de 23 de noviembre, por el que se aprueba el Plan de innovación de atención primaria y salud comunitaria. (DOGC. núm. 5766 – 30.11.2010). [Internet]. Disponible en: [www.gencat.cat/salut](http://www.gencat.cat/salut).
17. Baird B, Reeve H. *Innovative models of general practice* [Internet]. 2018 [citado 2019 Jan 16]. Disponible en: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/innovative-models-general-practice>
18. De Peray JL. *Estrategia Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria* [Internet]. 2017 [citado 2019 Jan 29]. Disponible en: [http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio\\_salut/salut\\_comunitaria/links\\_sueltos\\_relacionats/Estrategia-Transversal-Salut-Comunitaria.pdf](http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/salut_comunitaria/links_sueltos_relacionats/Estrategia-Transversal-Salut-Comunitaria.pdf)
19. Alber K, Kuehle T, Schedlbauer A, Schaffer S. *Medical overuse and quaternary prevention in primary care – A qualitative study with general practitioners*. BMC Fam Pract [Internet]. 2017 Dec. 8 [citado 2019 Feb 1];18(1):99. Disponible en: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-017-0667-4>

## **8. Miembros del Consejo Asesor de Salud**

### Consejo Asesor de Salud

- Manel Balcells Díaz, presidente
- Xavier Bonfill Cosp
- Joan Lluís Borràs Balada
- Carme Borrell Thió
- Pere-Joan Cardona Iglesias
- David Elvira Martínez
- Pilar Espelt Aluja
- Alicia Granados Navarrete
- M. Cristina Martínez Bueno
- Ramón Pujol Farriols
- Núria Terribas Sala

### Secretaría técnica y redacción del documento

- Iria Caamiña Cabo
- Elena Calvo Valencia
- Carme Planas Campmany