



Región de Murcia
Consejería de Sanidad



Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010

Murcia, a 10 de mayo de 2007





INDICE



1. INTRODUCCIÓN	5
2. ANÁLISIS DE SITUACIÓN	21
2.1 ESTRUCTURA ORGÁNICA	21
2.2 ESTRUCTURA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	23
2.3 ORDENACIÓN TERRITORIAL	24
2.4 POBLACIÓN.....	25
2.4.1 Pirámides de Población Actuales	25
2.4.2 Proyecciones Poblacionales	26
2.4.3 Evolución Poblacional Histórica con Aseguramiento por el SMS	29
2.4.4 Ciudadanos Extranjeros e Inmigrantes	33
2.5 ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN AP	36
2.5.1 Actividad Asistencial de los Equipos de Atención Primaria:	36
2.5.2 Actividad Asistencial de SUAP y PAC.....	39
2.5.3 Actividad de las Unidades Administrativas	40
2.5.4 Actividad Asistencial de Otras UNIDADES	40
2.6 RECURSOS HUMANOS	41
2.6.1 Evolución Histórica	41
2.6.2 Expectativas/ Satisfacción De Los Trabajadores	42
2.7 CAPACIDAD RESOLUTIVA EN AP.....	46
2.8 GESTIÓN FARMACÉUTICA	47
2.9 SATISFACCIÓN DEL USUARIO	49
2.9.1 Encuestas de Calidad Percibida.....	49
2.9.2 Barómetro Sanitario	50
2.10 CONTINUIDAD ASISTENCIAL	50
2.10.1 Proyecto EMCA-OMS-SMS (SOBRE “Atención innovadora para las condiciones crónicas).....	51
2.10.2 Área de Continuidad Asistencial en los Contratos de Gestión	51
2.10.3 Gerencias Únicas.....	52
2.11 CARTERA DE SERVICIOS DE AP	53
2.11.1 Concepto. Introducción	53
2.11.2 Evaluación de Cartera de Servicios 2003, 2004 y 2005.....	54
INDICADORES RESULTADO	62
2.11.3 Proyecto de Actualización de Cartera.....	62
3. CONCLUSIONES AL ANÁLISIS DE SITUACIÓN	66
3.1 ANÁLISIS DE POBLACIÓN.....	66
3.2 ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN AP	66
3.3 RECURSOS HUMANOS	66
3.4 CAPACIDAD RESOLUTIVA EN AP	67
3.5 GESTIÓN FARMACÉUTICA	67
3.6 SATISFACCIÓN DEL USUARIO	67
3.7 CONTINUIDAD ASISTENCIAL	68
3.8 CARTERA DE SERVICIOS	68
4. PROPUESTAS PARA LA MEJORA Y MODERNIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA	69
4.1 OFERTA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	69
4.1.1 CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	69
4.1.2 INTRODUCCION DE MODELO DE CALIDAD EUROPEO E.F.Q.M. – GESTION POR PROCESOS	70
4.1.3 REDEFINICIÓN DEL TRABAJO ENFERMERO EN ATENCIÓN PRIMARIA	76
4.1.4 INTEGRACIÓN DEL PLAN DE SALUD MENTAL, DEL PLAN REGIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS Y DE LA ASISTENCIA SOCIOSANITARIA.	81
4.2 ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL	85



4.2.1	CITA MULTICANAL PARA ATENCIÓN PRIMARIA	85
4.2.2	MEJORAS EN LA CAPACIDAD RESOLUTIVA Y EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA Y PEDIÁTRICA EN CONSULTA.....	86
4.2.3	GESTIÓN DE AGENDAS – AGENDAS DE CALIDAD	87
4.2.4	DESARROLLO DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN ESPECÍFICO PARA DETECTAR OPORTUNIDADES DE MEJORA EN DEMORAS EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	89
4.2.5	CITACIÓN PRIMARIA-ESPECIALIZADA.....	89
4.2.6	SERVICIO GESTORÍA. UNIDADES DE ATENCIÓN AL CIUDADANO.....	90
4.3	RESOLUTIVIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL.....	92
4.3.1	ACCESO A PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	94
4.3.2	ESPACIOS ESTABLES DE COMUNICACIÓN Y TELECONSULTA	95
4.3.3	GESTIÓN POR PROCESOS – VÍAS CLÍNICAS	95
4.3.4	ESPECIALISTA CONSULTOR.....	96
4.3.5	COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS.....	96
4.4	FORMACIÓN E INVESTIGACION.....	97
4.4.1	FORMACIÓN PREGRADO	97
4.4.2	FORMACIÓN ESPECIALIZADA POSTGRADO	97
4.4.3	FORMACIÓN CONTINUADA	98
4.4.4	EXTENSIÓN DE LA FORMACIÓN A LOS CIUDADANOS.....	100
4.5	INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	102
4.5.1	Objetivos de Investigación en AP	102
4.5.2	Propuestas de actuación en Investigación.....	103
4.6	PROFESIONALES E INFRAESTRUCTURAS.....	105
4.6.1	ADECUACIÓN DE LAS PLANTILLAS DE ATENCIÓN PRIMARIA	106
4.6.2	DESCENTRALIZACIÓN DE LA GESTIÓN	108
4.6.3	ACTUALIZACIÓN NORMATIVA.....	109
4.6.4	PLAN DE INCENTIVACIÓN.....	109
4.6.5	INFRAESTRUCTURAS Y EQUIPAMIENTO	109
4.7	GESTIÓN FARMACÉUTICA	111
4.7.1	POLÍTICA FARMACÉUTICA.....	113
4.7.2	SERVICIOS DE FARMACIA Y DEPÓSITOS DE MEDICAMENTOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. 114	
4.7.3	ACCESIBILIDAD DE LOS CIUDADANOS A LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA.....	114
4.7.4	SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA	115
4.7.5	GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO.....	116
4.8	HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	117
4.8.1	EXTENSIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA	118
4.8.2	INTEGRACIÓN DEL APLICATIVO DE ATENCIÓN PRIMARIA CON LOS APLICATIVOS DEPARTAMENTALES CORPORATIVOS.	121
4.8.3	INTEGRACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN HOSPITALARIA.....	122
4.8.4	GENERALIZACIÓN DEL USO DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA	122
4.8.5	REDISEÑO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA.	123
4.9	OTRAS ESTRATEGIAS A IMPLANTAR EN ATENCIÓN PRIMARIA	125
5.	GUÍA DE ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS UTILIZADOS	126
6.	CORRESPONDENCIA ENTRE ES+SALUD Y PLAN PARA LA MEJORA Y MODERNIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA 2007- 2010	128
7.	ACUERDO DE 27 DE ABRIL DE 2007 ENTRE LOS REPRESENTANTES DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD Y DE LOS COMITES DE HUELGA, SOBRE LAS REIVINDICACIONES FORMULADAS EN RELACION CON EL PERSONAL DESTINADO EN ATENCIÓN PRIMARIA..	136
8.	DOCUMENTO DE ADHESIÓN A LAS MEDIDAS COMPLEMENTARIAS AL PLAN PARA LA MEJORA Y MODERNIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA 2007-2010. QUE RECOGE EL	

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

ACUERDO DE 27 DE ABRIL DE 2007, ENTRE EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD Y LAS ORGANIZACIONES SINDICALES CEMS Y CCOO. 141

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

1. INTRODUCCIÓN



Existe un consenso generalizado sobre la necesidad de reflexionar acerca de la situación actual de los Sistemas de Salud y el papel que en los mismos debe jugar la Atención Primaria. Se define Sistema de Salud como la suma de estructuras organizativas, instalaciones, dotaciones, medios, métodos, normas, procedimientos y programas que tienen el objetivo de prevenir, mantener y mejorar el nivel de salud de la población (Val-Pardo y Corella, 2001)

El Sistema de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia se enfrenta, al igual que todos los Sistemas de Salud del llamado Primer Mundo, a importantes retos asociados al contexto en el que se desenvuelve. Según la OCDE (1996), dichos retos son: la evolución demográfica, la estructura de morbilidad, la evolución de las tecnologías médicas y la incidencia que ejerce la evolución social.

Estos retos se constituyen en las circunstancias que obligan necesariamente al desarrollo de la *función de planificación y estrategia* dentro de los órganos directivos de los Sistemas de Salud, de manera que éste pueda hacer frente a las amenazas y oportunidades del medio para lograr, a largo plazo, que el equilibrio sostenido sea fruto del uso eficaz y eficiente de los recursos disponibles.

La perspectiva estratégica vincula estrechamente las metas, los objetivos, las políticas y la estructura de la organización; y, las metas del Sistema de Salud, ya no están sólo relacionadas con la mejora de la salud de la población sino que dicha mejora ha de lograrse respetando a los ciudadanos y garantizando la equidad y la sostenibilidad:

"La mejora de la salud es sin duda el principal objetivo de un Sistema de Salud, pero no el único...; un sistema de salud es bueno (además) si responde bien a lo que la gente espera de él y si responde igualmente bien a todos, sin discriminación" (OMS, 2000)

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

De obligada referencia, a la hora de plantear propuestas de mejora en Atención Primaria, son el Informe del Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios (año 2.000), el Plan de Salud de la Región de Murcia – 2003-2.007, El Plan Estratégico Regional 2.007-2.010 y las Estrategias Para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia 2.005-2.010, cuyas referencias a nuestro Sistema Sanitario y/o a la Atención Primaria de Salud se resumen a continuación.

INFORME O.E.S.S – 2.000: SISTEMAS SANITARIOS EN TRANSICIÓN



En el documento “Sistemas Sanitarios en Transición” el Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios coloca a la Atención Primaria pública en España, dentro de un sistema integrado, con las zonas básicas de salud, como expresión de la unidad territorial más pequeña, y como ámbito de trabajo de un Equipo de Atención Primaria.

Señala que la creación de la especialidad de Medicina de Familia a principios de los 80 contribuyó a definir una distintiva identidad profesional, con un papel fundamental de “puerta de entrada” al sistema y a llevar a cabo un proceso de reforma institucional.

Recuerda el documento que desde 1.986, los pacientes tienen derecho a elegir médico de familia en su área de salud y desde 1.993 la capacidad de elección se extiende a otras áreas de salud, previo consentimiento del facultativo correspondiente; que desde 1.984, el *modelo tradicional* (aún presente en España) va dando paso al *modelo reformado* (que en 1.984 cubría ya al 81% de la población), donde el abordaje de los problemas de salud es multidisciplinario, se da cabida a la participación comunitaria, pone mayor énfasis en el uso de la historia clínica y está basado en el trabajo de equipo.

En cuanto a la media de *población* que se atiende por médico de familia en España, figura en el informe que de 1.992 a 1.996 aumentó de 1.460 a 1.867, para posteriormente estabilizarse hasta 1.998. Es en las zonas urbanas donde la media de habitantes por médico de familia es más alta. Por Comunidades Autónomas, las diferencias en el ámbito de la Atención Primaria también son considerables, tanto en pacientes por médico, como en utilización.

Las *prestaciones en AP* y su población diana, se han ido definiendo desde 1.990, primero con los contratos - programa, mediante acuerdo de la actividad a desarrollar, entre

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

los Servicios Centrales y cada una de las Áreas. Progresivamente, se han ido integrando actividades de prevención. En 1995 se pone en marcha el Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud, avalado por la SEMFYC y por el Ministerio de Sanidad, proyecto muy relevante para la mejora de la prevención en AP. Además de la atención prestada por médicos de familia, pediatras y enfermeros, la AP ha incorporado las actividades del trabajador social. La asistencia primaria también incluye la atención de urgencias, la atención buco-dental, la fisioterapia básica y la atención gineco-obstétrica.

La *satisfacción de los usuarios de la Atención Primaria* ha ido en aumento (a la par que la satisfacción general de los usuarios del Sistema Nacional de Salud) y a nivel nacional, casi se duplicó entre 1985 y 1995 y desde ahí permanece estable, siendo la accesibilidad una de las principales oportunidades de mejora de la AP.

La *equidad* en la accesibilidad difiere entre servicios de modo que, las consultas de médicos de familia tienen mayor frecuentación de las clases sociales más desfavorecidas, mientras que ocurre lo contrario con los servicios dentales y preventivos.



La mayor parte de la *medicina preventiva y promoción de la salud* está integrada en la AP y se lleva a cabo fundamentalmente, por el personal de enfermería: inmunizaciones, educación sanitaria...

A pesar del compromiso legislativo, el sistema aún sigue más centrado en la atención hospitalaria y la AP debe avanzar en infraestructura diagnóstica y de tratamiento básicas.

Tampoco existe un *sistema de información nacional* que cubra al menos, los indicadores básicos en cuanto a plantillas, actividad asistencial, perfil del usuario que utiliza el sistema, morbi-mortalidad por área de salud, etc....

En cuanto a los *servicios sociales*, gestionados en parte por las CCAA y por los gobiernos locales, tiene un área clave en la asistencia a la tercera edad: aunque la asistencia domiciliar se ha ido extendiendo, cada vez son más los ancianos institucionalizados y muchos de ellos requieren cuidados médicos de larga duración, tema no resuelto satisfactoriamente aún en el sistema público.

El personal del sistema de salud se incluye en tres grupos:

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

- Personal sanitario de grado universitario superior: médicos, dentistas, farmacéuticos...
- Personal sanitario de grado medio: enfermería, trabajo social, matronas, fisioterapeutas, higienistas dentales...
- Otro personal: auxiliares técnicos, personal de mantenimiento



El Ministerio de Educación es responsable de la educación pregrado del personal sanitario. Desde 1978, las facultades de Medicina poseen números clausus, por lo que ha disminuido el número de licenciados en Medicina. La formación post-grado de los médicos se realiza vía MIR y cada especialidad se gobierna por su comisión nacional. El número global de plazas ofertadas para las especialidades, incluida la medicina de familia, ha aumentado, siendo 500 las ofertadas en 1981 y 2000 en 1996.

La especialización en enfermería aún está en fase de desarrollo, existiendo en la actualidad las especialidades de salud mental y matronas.

No hay programas oficiales de gestión, aunque algunas Escuelas de Salud Pública, y otros organismos ofrecen estos cursos de formación.

A partir de ahora, los principales retos a las que se enfrenta el sistema sanitario, son:

- Extensión de la cobertura al 100% de la población.
- Garantía de niveles adecuados de accesibilidad, equidad y calidad en la asistencia.
- Realización efectiva del objetivo de inclinar la balanza del sistema hacia la asistencia primaria.
- Consolidar los progresos en el sistema de financiación autonómica.
- Refuerzo del papel coordinador del Ministerio de Sanidad.
- Orientación de los servicios a la satisfacción y participación del usuario.
- Mejora de los sistemas de información.
- Avance en la mejora de la gestión, para una mayor eficiencia
- Expansión de la asistencia social y comunitaria.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

PLAN DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA 2.003 – 2.007

El Plan de Salud 2003- 2007 de la Región de Murcia es elaborado tras las transferencias de las competencias en el ámbito de la sanidad. En su planteamiento general, y según las directrices que marca la OMS y la Unión Europea, este Plan *considera al ciudadano el centro del sistema sanitario* y basa sus propuestas en la mejora de la *accesibilidad*, la mejora en la *calidad* de la atención y la mejora en la *eficiencia* del sistema.



Todo ello, queda reflejado en las diferentes Áreas priorizadas (horizontales, verticales y trasversales) y sus correspondientes líneas de actuación, donde la Atención Primaria se encuentra permanentemente reflejada en sus vertientes de prevención primaria, secundaria y terciaria y participa de muchos de los objetivos generales y específicos.

Es especialmente reseñable el *Área de Fortalecimiento y Modernización del Sistema Sanitario*, donde se insiste en la importancia de la satisfacción del usuario, tomando en cuenta sus necesidades y expectativas. También en este mismo capítulo, se expresa una “visión de futuro” de lo que se pretende que sea el *Sistema Sanitario Murciano en el Horizonte 2010*, tomando como objetivos la participación activa del ciudadano para el mantenimiento de su estado de salud, la evolución hacia un modelo sanitario más centrado en el paciente, el relevante papel de los profesionales de la salud, la importancia del auto cuidado, el impacto de las tecnologías de la información y comunicación, la convergencia tecnológica entre la medicina y la información y la continuidad asistencial; todos ellos aspectos que implican a la Atención Primaria.

PLAN ESTRATÉGICO DE LA REGIÓN DE MURCIA 2.007-2.013

El **Plan estratégico de la Región de Murcia 2.007-2.013**, que recoge los objetivos estratégicos para nuestra Región en el citado periodo, establece dentro de su cuarto objetivo estratégico (“Objetivo y Estrategia Regional para la Cohesión y Bienestar Social”) las bases y recomendaciones que afectan de manera mas directa al Sistema Sanitario Público.

Recuerda el Plan Estratégico, que las Bases del Bienestar Social descansan en la asunción de los valores que se recogen en la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea y comparten el objetivo de mejorar la calidad de vida de la ciudadanía en su conjunto.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	



Entre los muchos elementos que contribuyen al bienestar social y que confluyen en un mismo proceso de desarrollo, centra la atención sobre ciertos aspectos fundamentales que afectan a la disponibilidad de servicios y equipamientos, entre ellos sanidad, y plantea la necesidad de que la Región de Murcia se prepare para atender las nuevas demandas, tendencias demográficas (crecimiento y envejecimiento de la población) y las migratorias (elevado peso de la inmigración, de tendencia alcista), ya que ambas suponen un continuado crecimiento demográfico que empieza a ejercer una notable presión sobre el conjunto de servicios de orientación social, equipamientos y políticas de atención, por lo que se hace necesario incrementar el stock de capital invertido.

En lo que a Sanidad respecta se propone como escenario deseable, para el periodo 2007-2013, alcanzar una mayor y mejor prestación de servicios sanitarios en la Región. De esta forma se conseguirá una progresiva mejora de la calidad de vida de las personas que viven en la Región de Murcia acercándose en mayor medida a los estándares europeos, en un marco de igualdad de oportunidades. Ello significa que no haya diferencias en el acceso a los servicios e infraestructuras del bienestar social (recursos sanitarios y de atención a la dependencia, recursos educativos y culturales, vivienda o protección a la seguridad, etc.), ni entre los diversos colectivos de personas, ni entre los distintos territorios de los que se compone la Comunidad Autónoma.

Para la consecución de este objetivo estratégico se establecen el Plan Estratégico **6 objetivos intermedios:**

- OI.4.1. Consolidar la relación entre el sistema educativo y la cohesión social
- OI.4.2. Fortalecer y modernizar el sistema sanitario
- OI.4.3. Organizar la atención a personas con dependencia
- OI.4.4. Potenciar otros servicios sociales
- OI.4.5. Mejorar la calidad de vida
- OI.4.6. Realizar actuaciones especiales sobre el colectivo de inmigrantes para facilitar su integración social y laboral.



Sin obviar la participación que sin duda el sector sanitario tendrá en el desarrollo de los Objetivos Intermedios, centraremos la atención en el **OI.4.2., fortalecer y modernizar el sistema sanitario**, del documento **“Estrategias de desarrollo Sostenible para la Sanidad de la Región de Murcia 2.005-2.010”** que, tras reconocer el papel que desempeñan y deben seguir desempeñando el **Plan de salud 2.003-2.007** y de las

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

actuaciones estructurales del Sistema Murciano de Salud, plantea que la mayor preocupación en materia de política sanitaria de cara al futuro debe estar en la preparación para atender las nuevas demandas originadas por las tendencias demográficas (envejecimiento de la población), las políticas migratorias (de elevado peso en nuestra región) o la suma de población estacional o vacacional, para lo que se establecen como principales ***factores de cambio clave***:

- **4.2.1. El diseño de nuevos recursos (o adaptar recursos ya existentes) que sean compatibles con los gastos**
 - ***Mejorar la coordinación y negociación con otras estructuras sanitarias o de dependencia*** ya existentes dentro de la Administración Pública o bien complementando recursos con entidades privadas.
 - ***Aprovechar la abundante y valorada especialización productiva en el sector biosanitario*** con que cuenta la Región fomentando, por ejemplo, el intercambio de buenas prácticas entre profesionales de dentro y fuera de la Región.
 - ***Aprovechar el potencial de los recursos sanitarios cualificados en la región en materia sanitaria para fomentar la I+D*** y generar nuevos empleos productivos y competitivos.
 - ***Propiciar la inversión privada de procedencia extranjera*** aprovechando el creciente asentamiento de extranjeros comunitarios en la Región que requieren servicios de atención especiales.
 - ***Introducir y generalizar el uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación para la automatización de procesos***, mejorando la relación entre profesionales y pacientes y el modo de trabajo de estos últimos, posibilitando el trabajo en red y a distancia mediante la intercomunicación de todos los agentes del sistema sanitario, beneficiando especialmente a pacientes con problemas de movilidad.



- **4.2.2. La especial atención a la perspectiva del paciente**

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

- ***Concentrando esfuerzos en el reconocimiento del derecho subjetivo,*** apostando por la ***atención domiciliaria*** y lanzando campañas de sensibilización que propicien el ***estilo de vida sano y responsable***.
 - ***Concienciar a la ciudadanía de que tiene mayor responsabilidad sobre su salud,*** una mayor participación en la toma de decisiones que les afecten y que con su opinión, puede provocar que los sistemas sanitarios evolucionen hacia sistemas mas centrados en las personas.
 - ***Avanzar hacia un modelo de gestión integral de los procesos*** garantizando la continuidad de la atención, monitorizando la calidad de la asistencia, con la implicación de los pacientes y optimizando los costes de los servicios.
 - ***Mejorar la accesibilidad a los recursos sanitarios de el/la paciente inmigrantes*** desde simplificar la gestión para la obtención de la tarjeta sanitaria hasta la superación de barreras lingüísticas o socioculturales.
 - ***Formar e informar a los/las profesionales del sector sanidad en la perspectiva del paciente como cliente y en las necesidades especiales del paciente inmigrante***
 - ***Avanzar en la investigación de las nuevas enfermedades importadas***
 - ***Lanzar campañas y programas de promoción y educación para la salud y prevención de la enfermedad***
- **4.2.3. Aprovechar la gran especialización formativa en materia de sanidad existente en la Región y la valoración positiva que se hace de los profesionales de la sanidad en general.** Todo ello en un momento en el que existe una nueva concepción de la calidad de vida basada en mayores exigencias de confort, calidad urbana y ambiental, salud y forma física.

ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA SANIDAD EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA (ES+SALUD)

En este documento, en el año 2.005, la Consejería de Sanidad emprendió una ambiciosa empresa de planificación estratégica, que denominó **ES+SALUD (2005-2010)** en la que se determinaron, de manera participativa, las acciones y líneas estratégicas que debían abordarse para que el Servicio Regional de Salud cumpliera con su misión, alcanzara su visión y todo ello, respetando sus valores.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

En la introducción del documento se señalaba:



“La planificación estratégica constituye un elemento clave de dirección de las organizaciones modernas. Es un proceso de enfoque y orientación de la evolución de la organización con el fin de hacer posible el futuro deseado, y esta orientación debe realizarse a través de un proceso sistemático y dinámico de análisis y decisión, teniendo en cuenta las expectativas de los grupos de interés y los condicionantes y potencialidades, tanto externas como internas.”

La relevancia de este proyecto no solo tiene que ver con las líneas señaladas, en las que necesariamente nos vamos a basar en el desarrollo del Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria de Salud, sino, sobre todo, con las áreas estratégicas determinadas y su estructura lógica; alrededor de las cuales deben girar todas las iniciativas del Sistema Regional de Salud. Las áreas estratégicas definidas fueron: ciudadanos, sociedad, profesionales y sistema sanitario (figura 1)

Figura 1: Áreas Estratégicas ES+SALUD



El área estratégica CIUDADANOS hace referencia, en línea con el informe de la OMS del año 2.000, a la necesidad de que el Sistema genere efectivamente salud pero considerando las necesidades y expectativas del ciudadano o usuario.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

En este sentido, se identificaron seis orientaciones estratégicas o ideas conductoras que debían dirigir las acciones: accesibilidad, resolutiveidad, satisfacción, continuidad, seguridad y participación (figura 2)

Figura 2: Orientaciones estratégicas área CIUDADANOS



El área estratégica SOCIEDAD identifica a la población como receptora de las políticas de salud (no solo al paciente como individuo) y a la sociedad en su conjunto como agente interesado o interlocutor en relación con la Responsabilidad Social Corporativa de la Organización, beneficiaria en última instancia del conocimiento científico generado o de la formación profesional realizada en y gracias al Sistema de Salud.

Las orientaciones estratégicas identificadas fueron: salud pública, investigación, responsabilidad social corporativa y formación (figura 3)

Figura 3: Orientaciones estratégicas del área SOCIEDAD



El área estratégica PROFESIONALES está incluida dentro del área Sistema Sanitario, pero ES+SALUD quiso individualizarla para así enfatizar todas las acciones dirigidas a los recursos humanos del Sistema, auténtica piedra de toque para la consecución de la estrategia.

Se identificaron las siguientes orientaciones: gestión de RRHH, seguridad, satisfacción, formación continuada, incentivos y participación (fig. 4)

Figura 4: Orientaciones estratégicas del área PROFESIONALES



Por último, el propio sistema, área estratégica SISTEMA SANITARIO es objeto de decisiones estratégicas, orientadas a través de los siguientes conceptos: calidad, política farmacéutica, comunicación, sostenibilidad, sistemas de información (figura 5)



	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	



Figura 5: Orientaciones estratégicas del área SISTEMA SANITARIO



El Proyecto, finalmente, se concretó en 44 líneas estratégicas y 184 acciones. Para la fase de despliegue y seguimiento de las estrategias se determinaron 25 Programas Sectoriales Corporativos (PSC) que integraban líneas de acción y departamentos, permitiendo la priorización y la monitorización de los objetivos conseguidos por el Plan. Uno de los P.S.C. priorizado ha sido el Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria de Salud

El proceso de realización del Plan ES+SALUD, ha sido complejo y prolongado en el tiempo ya que desde el principio se pretendió que la elaboración de la estrategia fuera participativa y que contara con el conocimiento que la propia organización tenía. Así:

- Se constituyeron 13 grupos de trabajo en los que participaron más de 200 profesionales
- Se realizó una encuesta a 14.560 profesionales, 1.092 directivos y 160 representantes destacados de la Sociedad, con elevadas tasas de respuesta en todos los casos.



	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

En el documento Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (ES+SALUD), se plantean cuales son la misión, la visión y los valores de la organización sanitaria regional, definición que recoge y asume el Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria de Salud.

MISIÓN, VISIÓN Y VALORES - ES+SALUD (2005-2010)

MISIÓN	VISIÓN	VALORES
Promoción de la salud y la prevención de la enfermedad , individual y colectiva	Una ORGANIZACIÓN accesible y resolutive al servicio de los ciudadanos, que busca la máxima calidad y seguridad de sus servicios, con el compromiso de avanzar en la capacidad de elección y decisión de los usuarios , que busca la implicación del paciente con su proceso asistencial y promueve el auto cuidado	Respeto a los valores esenciales y dignidad de las personas Universalidad
Asistencia sanitaria: diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades	Una ORGANIZACIÓN comprometida con el desarrollo personal y profesional de sus trabajadores, que reconoce su complejidad organizativa y busca la cooperación entre centros, servicios y profesionales para conseguir la continuidad asistencial , que fomenta la descentralización de la gestión como instrumento para alcanzar un mejor aprovechamiento de los recursos y una mayor implicación de los profesionales	Equidad Participación Corresponsabilidad Calidad Trabajo en Equipo y Cooperación
Docencia y Formación Investigación en Ciencias de la Salud	Una ORGANIZACIÓN que integra la investigación , la innovación y la formación de manera coherente con la actividad asistencial de los profesionales, que incorpora racionalmente y explota las oportunidades de la tecnología para aportar precisión, seguridad y agilidad al trabajo asistencial, todo ello lo consigue garantizando la sostenibilidad financiera y la equidad así como la generación de riqueza y desarrollo para nuestra Región	Desarrollo Sostenible, cuidado y mantenimiento del Medio Ambiente Transparencia Creación de Conocimiento, Innovación y Cambio Continuo

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

En el conjunto del documento Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (ES+Salud) son 94 las líneas estratégicas que afecta a la Atención Primaria de Salud.



PLAN PARA LA MEJORA Y MODERNIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Una vez realizado este esfuerzo de *planificación estratégica*, en el documento Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Comunidad Autónoma de Murcia 2.006-2.010, y ya establecidos las prioridades, los objetivos y las metas a alcanzar en cada una de las áreas y líneas estratégicas con la participación de los ciudadanos, los profesionales y las instituciones, como ha quedado reflejado en los párrafos anteriores, desde la Consejería de Sanidad y el Servicio Murciano de Salud se procede al desarrollo del documento en una siguiente fase de *planificación táctica* en que los diferentes servicios técnicos han reagrupado objetivos y líneas estratégicas, con el objeto de establecer y concretar “qué hacer” y desarrollar las áreas y líneas de actuación necesarias para garantizar, en las diferentes áreas temáticas planteadas en ES+SALUD, el desarrollo de las líneas estratégicas y la consecución de los objetivos consensuados con ciudadanos, profesionales e instituciones.

Uno de estos documentos de planificación táctica es el presente Plan de Mejora y Modernización para la Atención Primaria de Salud, que debe entenderse como uno de los desarrollos técnicos de ES+SALUD y que está, en lo que a intervenciones en Atención Primaria se refiere, complementado por otros Planes y Programas Sectoriales de desarrollo de las Estrategias Sostenibles de la Sanidad en nuestra Región. Por lo tanto, las líneas estratégicas que marcan la elaboración de este documento son las consensuadas en ES+SALUD y los objetivos y las metas son los contemplados en el citado documento.

Elaborado el primer borrador y tras proceder al trámite de audiencia, con la distribución y petición de aportaciones a Colegios y Asociaciones Profesionales, Sociedades Científicas, Organizaciones sociales y de ciudadanos, Sindicatos y otros interlocutores sociales, y a la presentación en el Consejo de Salud y en la Asamblea Regional, se procedió a recoger y agrupar las sugerencias y aportaciones recibidas y a revisar las propuestas en función de ellas.

En una fase posterior, de *planificación operativa*, cada una de estas áreas y líneas de actuación serán desarrolladas e implementadas, en la certeza de que será de nuevo necesario contar con el conocimiento y la experiencia de los profesionales sanitarios, especialmente en los aspectos menos desarrollados en el presente documento.



	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

Es en este marco, de implementación y desarrollo de las áreas y líneas estratégicas de actuación en la Región de Murcia (ES + Salud 2.006 – 2.010), es en el que tienen que desarrollarse los planteamientos de futuro de nuestra Atención Primaria, para dar respuesta a las expectativas expresadas por los ciudadanos de la Región y a los planteamientos de los profesionales, que, con su participación en el marco de las Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad Regional, determinan los criterios normativos y las cambios estructurales y organizativos necesarios para ello, expectativas y criterios normativos que orientan a la Autoridad Sanitaria a implementar las medidas necesaria, tanto legislativas como organizativas y de financiación, en el marco de una sanidad pública sostenible.

Tras mas de veinte años de implantación del nuevo modelo de Atención Primaria que propusieron la Ley General de Sanidad y el Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud, modelo que sin duda ha supuesto uno de los mayores avances del Sistema Sanitario Público en España, se plantea en diferentes foros de reflexión la necesidad de introducir cambios sustanciales de cara al futuro, entre ellos la iniciativa Estrategias Atención Primaria Siglo XXI, promovida por el Ministerio de Sanidad cuyo desarrollo ha discurrido cronológicamente en paralelo con la elaboración del PMMAP. La Consejería de Sanidad de Murcia ha participado en el desarrollo del proyecto Estrategias Atención Primaria Siglo XXI y a cuyas conclusiones, una vez aprobadas, tendrá que adaptarse también el desarrollo e implementación de Plan Regional.



La implementación del presente Plan de Mejora y Modernización de la Atención Primaria supondrá el comienzo de una evolución del marco conceptual, estructural y organizativo de nuestra Atención Primaria de Salud en el que:

- Se reconozca y potencie el papel de Atención Primaria como puerta de entrada al Sistema Sanitario y como la parte de la Organización Sanitaria mas cercana a los ciudadanos y sus necesidades y, por lo tanto, como principal gestor de necesidades y casos.
- Se produzca el incremento progresivo de los presupuestos destinados al crecimiento de la Atención Primaria de nuestra Comunidad Autónoma hasta alcanzar el equilibrio con las necesidades estructurales y de plantilla necesarias para dar respuesta a las necesidades de los ciudadanos.
- Se establezcan las actuaciones que permitan a los Centros de Atención Primaria reconocer y afianzar su papel de liderazgo profesional en la promoción de la salud, el adiestramiento de los pacientes en los autocuidados, la gestión clínica y la

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

gestión de casos, como principales elementos generadores del cambio en la orientación del Sistema Sanitario hacia las necesidades de los ciudadanos, que, dentro de las necesarias orientaciones y estrategias generales, garanticen la equidad del Sistema y permitan la adecuación y, por lo tanto, la diversificación de actuaciones en función de las características y necesidades de cada Zona Básica de Salud.

- Se implanten decididamente un conjunto de estrategias orientadas a mejorar la capacidad resolutoria de Atención Primaria dentro del sistema sanitario y la continuidad asistencial entre los diferentes niveles y dispositivos asistenciales, facilitando la accesibilidad de los ciudadanos y mejorando los tiempos de resolución de sus problemas de salud.
- Se potencien la implantación y desarrollo en Atención Primaria de actividades y actuaciones tendentes a la promoción y prevención de la salud, como elementos clave para aumentar los niveles de salud de los ciudadanos de la Región, siendo los logros en este campo, además, un elemento básico generador de riqueza.
- Se simplifiquen y agilicen los procedimientos administrativos o burocráticos de acceso a las prestaciones, actualmente presentes en el sistema.
- Se establezca un nuevo marco de relaciones de los profesionales de Atención Primaria con la Administración Sanitaria en el que se refuerce la autonomía de los profesionales en la toma de decisiones y el marco de reconocimiento e incentivación por el trabajo bien hecho.
- Se respete el derecho a la autonomía del paciente y a su participación en la toma de decisiones en relación con su salud.
- Se profundice en el papel que Atención Primaria debe desempeñar en materia de formación e Investigación.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

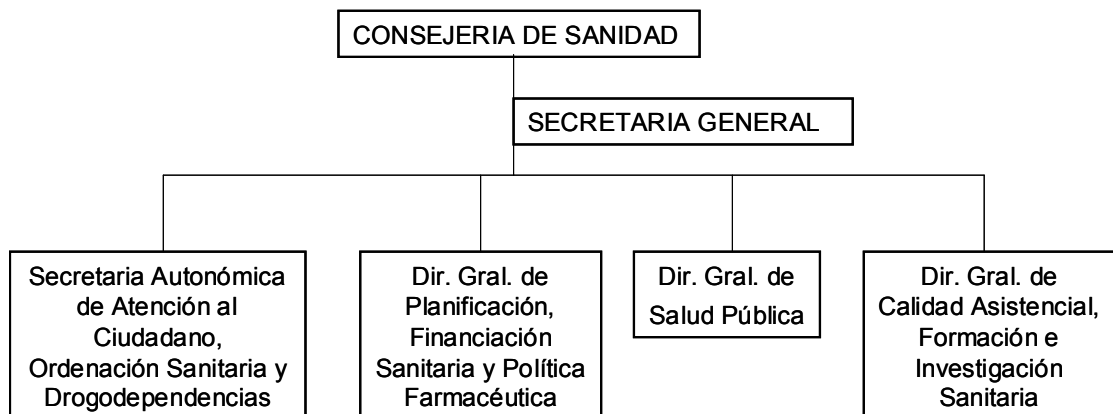
2. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

2.1 ESTRUCTURA ORGÁNICA



De conformidad con la Ley 4/ 1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia, la Consejería de Sanidad es el Departamento de la Administración Regional que asume el desarrollo y ejecución de las competencias y funciones relacionadas con la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y la asistencia sanitaria a la población.

Desde este marco legal, el sistema sanitario público regional se estructura a partir de un esquema diferenciado de funciones entre lo que constituye la actividad de autoridad sanitaria y de financiación del sistema, que es competencia de la Consejería de Sanidad, y las acciones relacionadas con la provisión de servicios, que es atribuida al Servicio Murciano de Salud, como Ente responsable de la prestación de la asistencia sanitaria a los ciudadanos y de la gestión de los servicios sanitarios públicos que integra.

Los Órganos Básicos de la Consejería de Sanidad se reflejan en el organigrama siguiente elaborado a partir del Decreto 105/2004:



Para el ejercicio de las funciones que tiene atribuidas y para el cumplimiento de sus fines, el Servicio Murciano de Salud, se estructura en los siguientes órganos centrales y periféricos (Decreto 106/ 2004 y modificaciones posteriores):

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

a) De Dirección:

- Consejo de Administración.

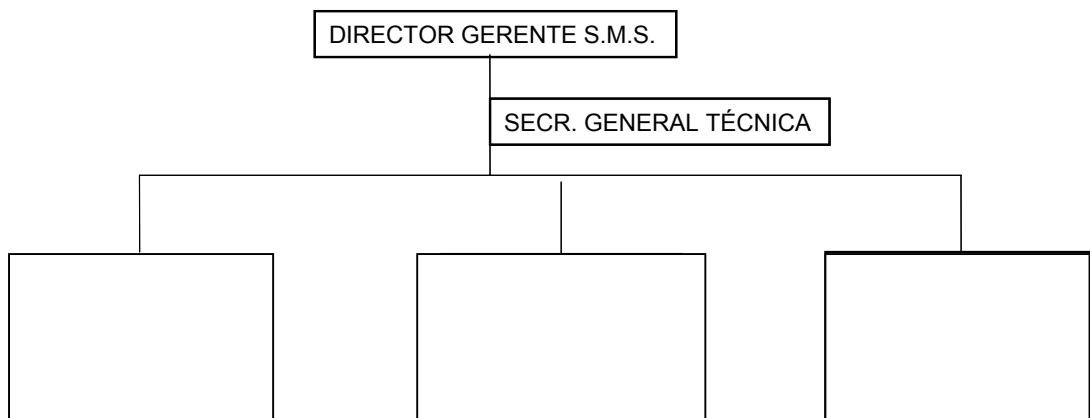
b) De Participación:

- Consejo de Salud de la Región de Murcia.

c) De Gestión:



- Director Gerente
- Dirección General de Asistencia Sanitaria
- Dirección General de Régimen Económico y Prestaciones
- Dirección General de Recursos Humanos
- Secretaría General Técnica (como unidad administrativa de Coordinación)

El organigrama de los órganos de gestión del Servicio Murciano de Salud sería el siguiente:



El Director Gerente ejerce las funciones de dirección y gestión del Ente Público dentro de los límites y de acuerdo con las directrices establecidas por el Consejo de Administración del Servicio Murciano de Salud.

A tal fin, bajo su dependencia existen las unidades administrativas de coordinación y gestión, encargadas de los servicios generales no atribuidos a los centros directivos del Ente. El Servicio Murciano de Salud desarrolla sus funciones a través de los siguientes centros directivos periféricos:



	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

1. Gerencias de Atención Primaria
 - o Gerencia de Atención Primaria de Murcia
 - o Gerencia de Atención Primaria de Cartagena
 - o Gerencia de Emergencias (061)
2. Gerencias de Área
 - o Gerencia de Área de Lorca (Área III)
 - o Gerencia de Área del Noroeste (Área IV)
 - o Gerencia de Área del Altiplano (Área V)
3. Gerencias de Atención Especializada
 - o Gerencia del Hospital "Virgen de la Arrixaca"
 - o Gerencia del Hospital "Santa María del Rosell"
 - o Gerencia del Hospital "Reina Sofía"
 - o Gerencia del Hospital "J.M. Morales Meseguer"
 - o Gerencia del Hospital "Los Arcos"
 - o Gerencia del Hospital Fundación de Cieza
4. Centros Regionales y Redes Específicas
 - o Gerencia del Hospital Psiquiátrico "Román Alberca"
 - o Centro Regional de Hemodonación
 - o Centro Regional de Bioquímica Clínica
 - o Red de Centros de Salud Mental
 - o Red de Unidades Ginecológicas de Apoyo

2.2 ESTRUCTURA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La Atención Primaria de Salud está estructurada en la Región de Murcia en:

1. **Equipos de Atención Primaria**: equipo multidisciplinar que tiene como base de actuación una zona básica de salud y como centros de trabajo el Centro de Salud y, en algunos casos, consultorios periféricos. Asumen, en general, en zonas básicas de salud de menos de 15.000 habitantes la atención continuada y de urgencias.
2. **Servicios de Urgencias de Atención Primaria**: equipos multidisciplinarios que tienen como función la atención de urgencias y continuada en la/las zonas básicas de salud de influencia, así como la atención de emergencias en coordinación con el Centro Coordinador de Urgencias y los dispositivos del 061.
3. **Unidades de apoyo de atención primaria** (unidades de área):
 - Unidades de fisioterapia de atención primaria

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

- Unidades de salud buco-dental
- Equipos de soporte de atención domiciliaria
- Unidades de psicoprofilaxis gineco-obstétrica
- Trabajo social

2.3 ORDENACIÓN TERRITORIAL

Los principales criterios de ordenación territorial están recogidos en la Ley General de Sanidad y en la Ley 4/94 de Salud de la Región de Murcia. Se basan en la definición de dos tipos de demarcaciones territoriales: las áreas de salud y las zonas básicas de salud. El establecimiento de estas demarcaciones territoriales se realiza mediante el Mapa Sanitario, aprobado por la Orden de 12 de mayo de 2005 de la Consejería de Sanidad.

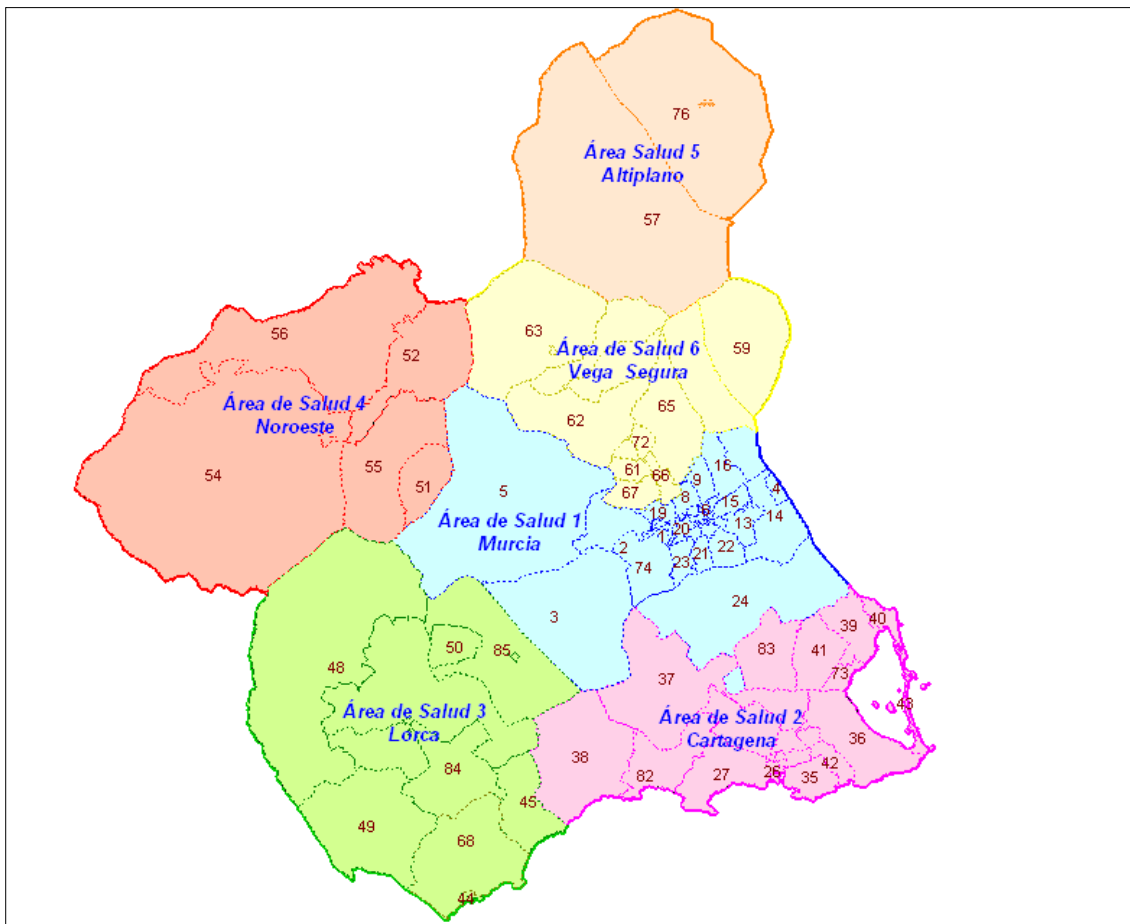
A fecha 31 de diciembre de 2006, la Región de Murcia se divide en seis áreas de salud (Tabla 1 y gráfico 1) y cada una de ellas está vinculada, al menos a un hospital general. A su vez, éstas se articulan en 85 zonas básicas de salud, como se refleja en el gráfico 1, dentro del cual desarrollan su actividad 75 Equipos de Atención Primaria y 185 Consultorios Locales. La aparente discordancia entre el número de zonas de salud y el número de Centros se debe a la ampliación de zonas de salud aprobadas en la última modificación del mapa sanitario y pendiente de su implementación a la disponibilidad de locales.

Tabla 1.- AREAS Y ZONAS DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA			
Denominación	T.S.I. (31-12-06)	Zonas de Salud	Centros de Salud
Área de Salud I-Murcia	519.711	32	27
Área de Salud II-Cartagena	350.983	21	19
Área de Salud III-Lorca	170.561	10	8
Área de Salud IV-Noroeste	71.549	6	6
Área de Salud V-Altiplano	59.876	3	3
Área de Salud VI-Vega del Segura	186.836	13	12
TOTAL	1.359.516	85	75

Nota: están recogidas las zonas de salud de acuerdo con la Orden de la Consejera de Sanidad de 12 de mayo de 2005, por la que se aprueba el Mapa Sanitario de la Región de Murcia, aunque en la práctica había, a fecha de corte 31-12-2006, 75 centros funcionantes



Gráfico1.- Distribución geográfica por áreas y zonas de salud



2.4 POBLACIÓN

2.4.1 PIRÁMIDES DE POBLACIÓN ACTUALES

La pirámide de población regional elaborada por el INE en 2004 (Gráfico 2), presenta un tipo de pirámide que se corresponde con una población regresiva, donde la base es más estrecha que el cuerpo central, con un porcentaje relativamente alto de ancianos, propia de países desarrollados, con una población envejecida, bajas tasas de natalidad y mortalidad y con un crecimiento natural reducido. El índice de Dependencia (31 de mayo de 2.005) es en torno a 0,447, lo que confirma el carácter regresivo de la pirámide de población de la Región.

Por áreas de salud no existen diferencias significativas, ni en la morfología de la pirámide poblacional ni en el índice de dependencia, con respecto a los datos regionales.



Se prevé que en el próximo periodo la inmigración posiblemente “engorde” los estratos de edad de adultos jóvenes, (no sólo varones) y en menor medida el estrato de menores de 10 años.

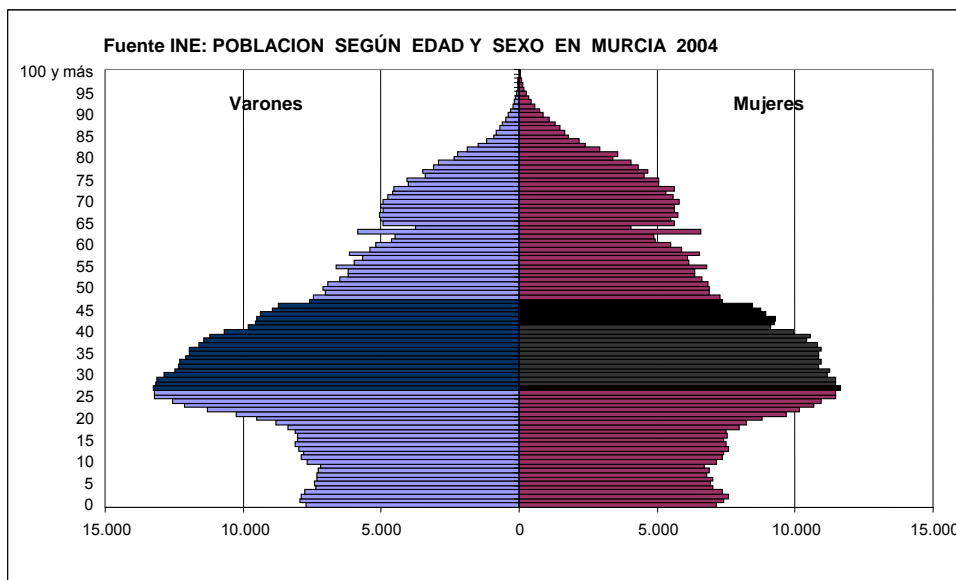


Gráfico 2

2.4.2 PROYECCIONES POBLACIONALES

La proyección poblacional de Murcia por edad y sexo, para un horizonte de 15 años, realizado expresamente para la elaboración del **Plan Estratégico de la Región de Murcia 2007-2013**, prevé incrementos interanuales del 3-4 %, lo cual supondrá un crecimiento de un 14% en 2009 partiendo de una población de 1.334.371 en 2005 a 1.524.017 en 2009 y con una previsión de 2.025.061 habitantes para el 2019, lo cual supondrá un incremento del 52% para el conjunto de esos años.

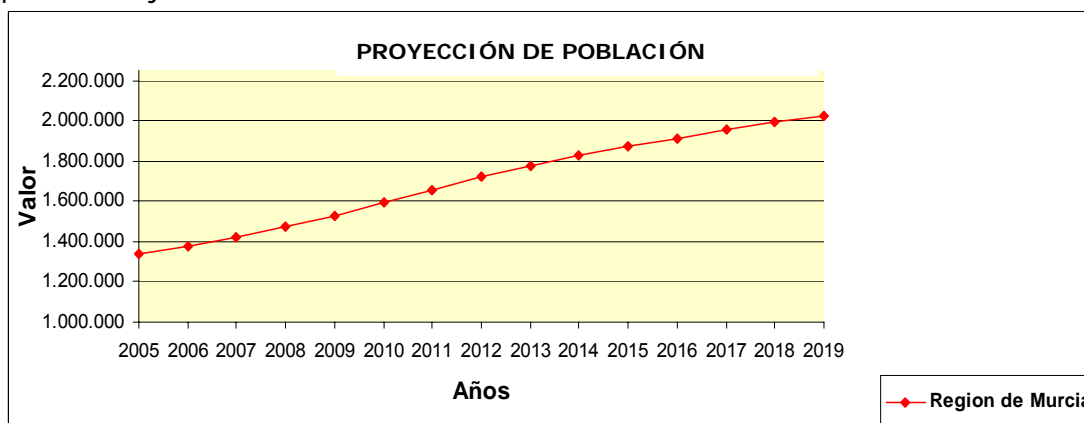


Gráfico 3.- Proyección de población (Plan estratégico Regional 2005-2013)

Por áreas de salud los incrementos más significativos corresponderán al área de Lorca y Cartagena con un 17% y 16% respectivamente en 2009. Para 2014 Lorca prevé incrementar su población en un 48%, seguida de Murcia y Cartagena con un 38%, Vega del Segura un 32%, en el área del noroeste se prevé un incremento de un 23% y con un crecimiento más tenue quedaría el altiplano con un incremento de un 15%. (Gráfico 4).

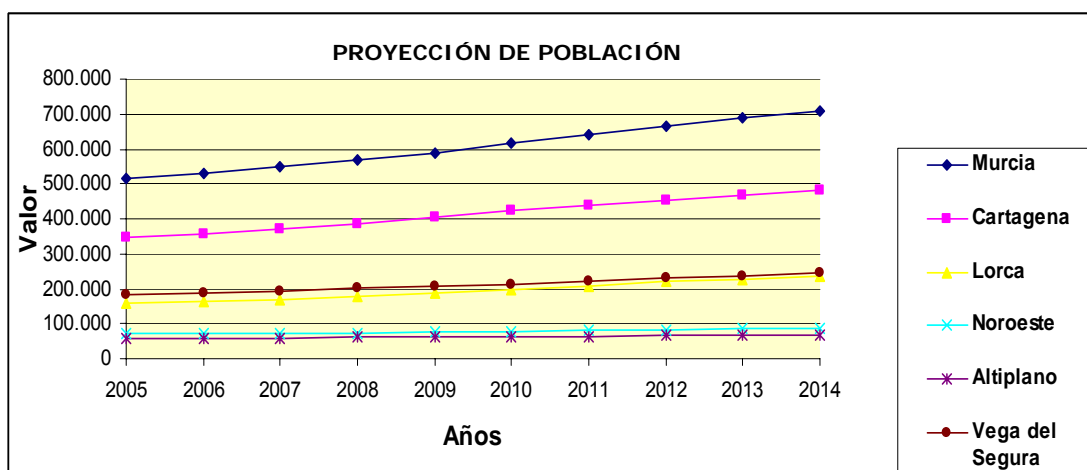


Gráfico 4.- Proyección de población por Áreas de Salud (Plan Estr. Regional)

Este importante incremento, previsiblemente, se debe a diversos factores:

- La llegada de inmigrantes y población extranjera residente a la Región
- El comportamiento de las tasas de natalidad, actualmente entre las más altas del Estado, debido a:
 - Incremento generalizado de las tasas de natalidad para todas las edades, con menor incidencia en las edades extremas.
 - Previsible incremento en las tasas de natalidad para edades más tardías, alrededor de los 40, debido principalmente al aumento de la edad media de maternidad entre las españolas.
 - Un incremento en la llegada de mujeres inmigrantes en edad fértil, a corto plazo, con una edad media a la maternidad inferior a la española, llegada que ira disminuyendo a medio y largo plazo.
 - También se espera una disminución de la población femenina española en edad fértil, debido al descenso de nacimientos ocurrido durante los años 80 y 90 en nuestra Comunidad Autónoma.

Según las estimaciones de evolución de la población, del Plan estratégico Regional, el Índice de Dependencia ((Población menor de 15 + Población mayor 65/Población adulta) x 100) para los próximos años descendería ligeramente, desde el 0,447 en 2.005, hasta el 0,437 en 2.009, pero mostrando una tendencia sostenida al alza hasta el 0,479 en el año 2.019. (Gráfico 5 y Tabla 3).

El índice de dependencia seguirá mostrando una población regresiva, pero dada la diferente significación que los diferentes componentes de la población dependiente tienen en el entorno sanitario, la evolución previsible de los mismos, de acuerdo al índice de Sundberg (gráfico 6) nos indica que el peso que tienen los jóvenes (de 0 a 15 años) va a crecer discretamente, manteniéndose bastante estable, mientras que aumentará progresivamente el atribuible a los mayores de 50 años.

PROYECCIÓN DEL ÍNDICE DE DEPENDENCIA	
2005	0,446724
2009	0,437120
2013	0,446382
2016	0,462417
2019	0,477962

Tabla 2.- Evolución del Índice de Dependencia

Nota: cálculos sobre las estimaciones de evolución de la población del Plan Estratégico Regional

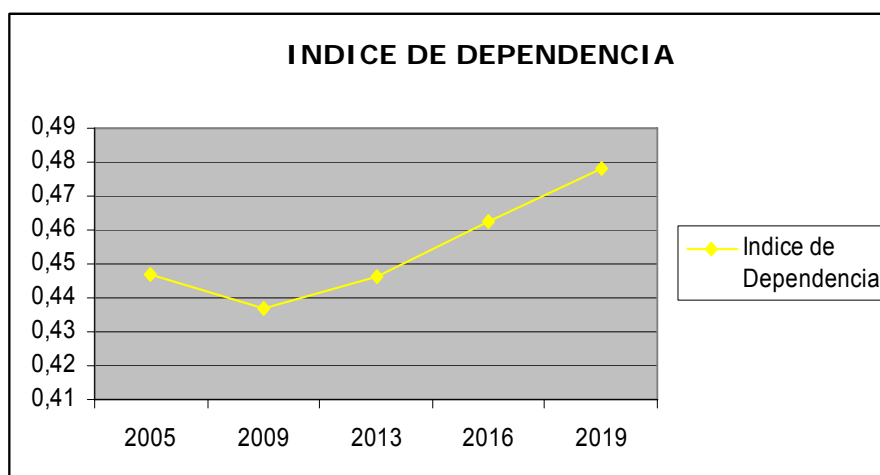


Gráfico 5.- Evolución del índice de dependencia

Nota: cálculos sobre las estimaciones de evolución de la población del Plan Estratégico Regional

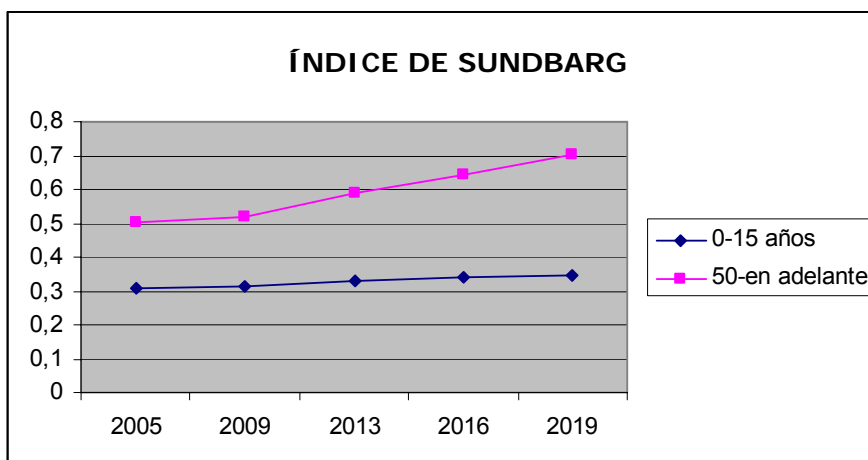


Gráfico 6.- Evolución del índice de Sundbarg

Nota: cálculos sobre las estimaciones de evolución de la población del Plan Estratégico Regional

(Tomando como base la población de 15-49 años, Sundbarg compara gráficamente los porcentajes que, en relación con este grupo (= 100), significan los grupos de 0-14 años y de mayores de 50. Si el porcentaje de los menores de 15 supera el de los mayores de 50 la población es de carácter progresivo. Si se igualan es estacionaria y si el grupo de mayores de 50 supera al de menores de 15 es regresiva).

2.4.3 EVOLUCIÓN POBLACIONAL HISTÓRICA CON ASEGURAMIENTO POR EL SMS

El crecimiento poblacional de residentes con T.S.I. tramitada de 2001 a 2005, por áreas de salud, se refleja en la siguiente tabla:

CRECIMIENTO DE TSI 2001-2006							
AREA-GERENCIA	2001 ^[1]	2002	2003	2004	2005	2006	% incremento 06/05
TOTAL AREA I MURCIA	450.170	462.496	477.299	492.293	508.125	519.711	2,28
Total Nacionales				455.644	460.484	464.111	0,79
Total Extranjeros				36.649	47.641	55.600	16,71
TOTAL AREA II CARTAGENA	291.188	304.544	319.955	327.911	336.705	350.983	4,24
Total Nacionales				278.659	280.418	285.398	1,78
Total Extranjeros				49.252	56.287	65.585	16,52
TOTAL AREA III LORCA	143.710	149.402	155.870	162.381	167.013	170.561	2,12
Total Nacionales				137.460	137.954	138.425	0,34
Total Extranjeros				24.921	29.059	32.136	10,59
TOTAL AREA IV MURCIA	65.478	66.184	67.698	68.836	69.998	71.549	2,22
Total Nacionales				65.493	65.618	65.969	0,53
Total Extranjeros				3.343	4.380	5.580	27,40
TOTAL AREA V MURCIA	52.910	54.122	55.893	57.158	58.746	59.876	1,92
Total Nacionales				51.600	51.996	52.167	0,33
Total Extranjeros				5.558	6.750	7.709	14,21
TOTAL AREA VI MURCIA	162.592	167.452	171.461	175.964	181.581	186.836	2,89
Total Nacionales				165.185	166.840	169.020	1,31
Total Extranjeros				10.779	14.741	17.816	20,86
TOTAL REGIONAL	1.166.048	1.204.200	1.248.176	1.284.543	1.322.168	1.359.516	2,82
TOTAL NACIONALES				1.154.041	1.163.310	1.175.090	1,01
TOTAL EXTRANJEROS				130.502	158.858	184.426	16,09

Tabla 3.- Evolución de la población con aseguramiento a través de T.S.I.

Fuente: Base de datos de usuarios con TSI

¹ En 2001, 2002 y 2003 no existen datos desagregados de TSI según su procedencia (nacional o extranjero)

Centrándonos en la evolución de la BDU, se ha registrado un incremento continuo de TSI en estos cinco últimos años, siendo 2,82% el incremento total regional para 2006. Desglosando los datos de TSI por área sanitaria, también se observa una tendencia de crecimiento poblacional en todas las áreas.

Entre 2.004 y 2006 (en años anteriores la población no estaba desagregada en nacionales y extranjeros), el crecimiento de población extranjera con T.S.I. fue del 29.23%, frente al 1.79% de la población autóctona.



Veamos esto expresado también en los siguientes gráficos (Gráficos 7 a 10):

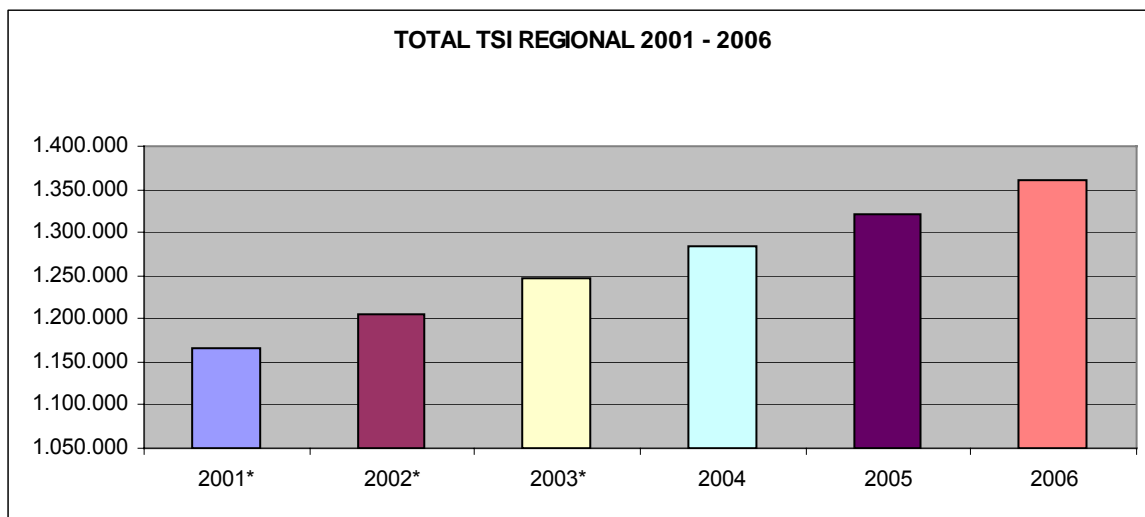


Gráfico 7.- Evolución del crecimiento de la T.S.I.. Total Regional

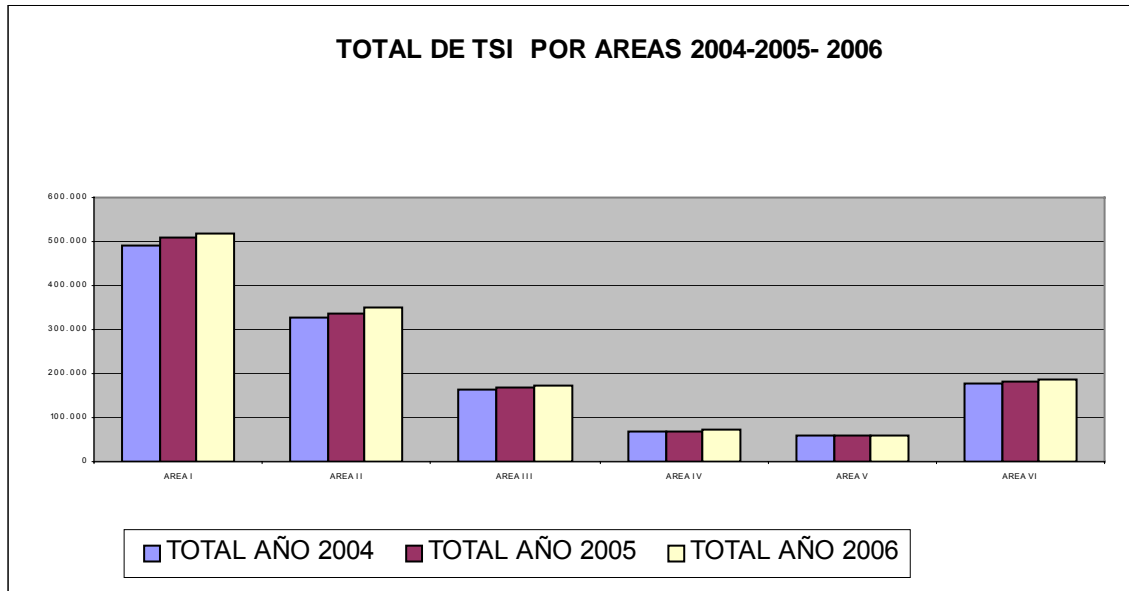


Gráfico 8.- Evolución del crecimiento de la T.S.I.. Áreas de Salud

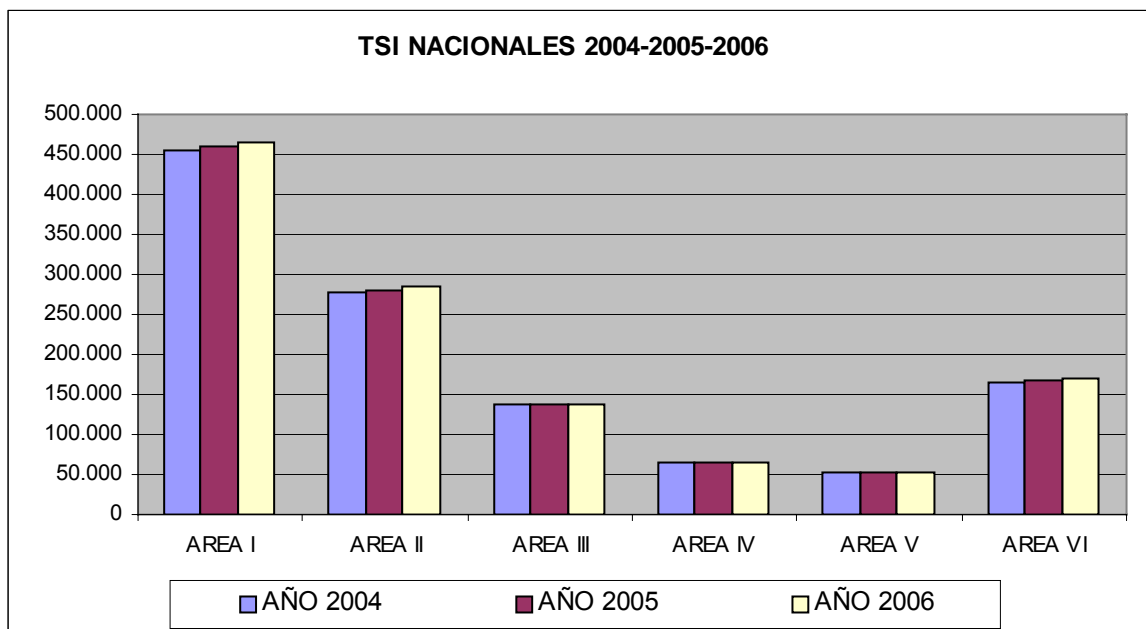


Gráfico 9.- Evolución del crecimiento de la población autóctona

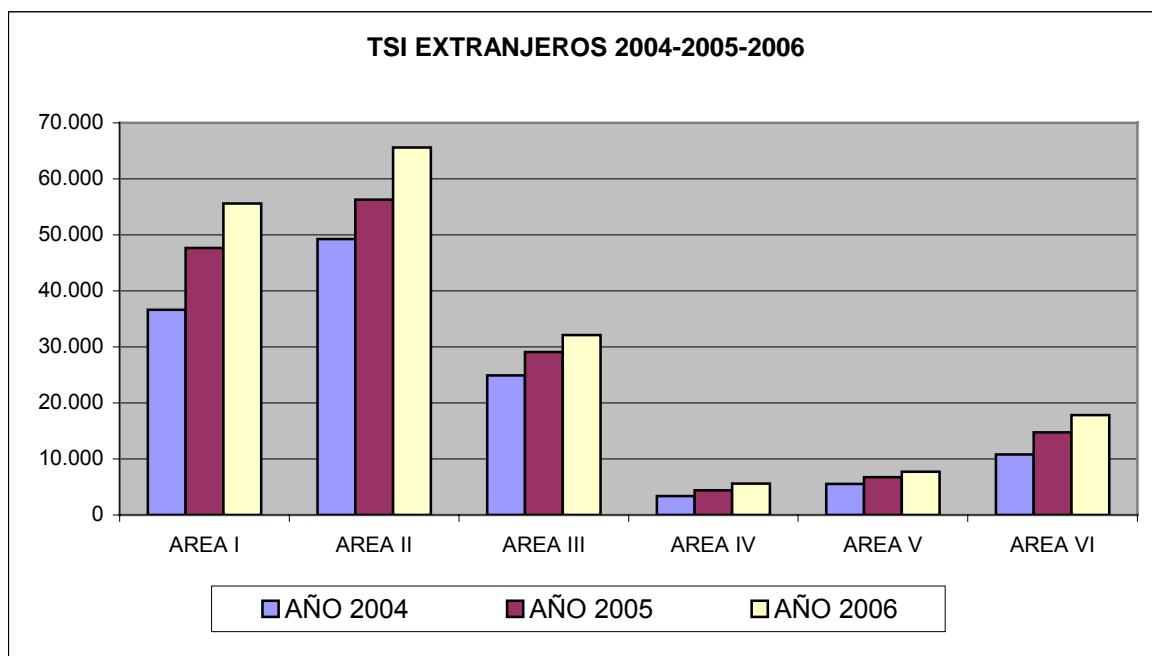




Gráfico 10.- Evolución del crecimiento de la población extranjera

Demográficamente la Comunidad Autónoma de Murcia se ha caracterizado, desde la década de los años 70, por un crecimiento por encima del de la población española. Es sobre todo a partir de 1976, ya con un saldo migratorio positivo, cuando se puede observar el

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

mayor aumento de Murcia con respecto a la media nacional. Pero dicho aumento ha sido mucho más intenso en los últimos años. Entre 2001 y 2006 el crecimiento acumulado de la población con T.S.I. regularizada ha sido de un 16,59%, destacando fundamentalmente los incrementos en las áreas de Cartagena y Lorca motivados en gran medida por el importante fenómeno migratorio que se está produciendo en la Región.

2.4.4 CIUDADANOS EXTRANJEROS E INMIGRANTES

Como se ha comentado, es de destacar el importante fenómeno migratorio que se está produciendo en la Región, fenómeno que se agudizará en los próximos años y que por su importancia vamos a pasar a estudiar por separado. Dentro de este conjunto de flujos migratorios podemos distinguir dos grandes grupos o corrientes (que por su importancia se van a tratar por separado). La que podríamos situar relacionada con extranjeros europeos de algunos países comunitarios, generalmente jubilados, que podemos denominar corriente de "inmigración residencial". Y los inmigrantes extranjeros en busca de empleo (mayoritariamente en los sectores agrícola, construcción y servicios), procedentes sobre todo de Iberoamérica y norte de África, que refleja la idea de flujo o corriente de "inmigración laboral o económica". Si en 1975 las dos terceras partes eran de origen europeo (mayoritariamente población inactiva, rentistas y jubilados). En 2005, las dos terceras partes son inmigrantes laborales extranjeros (mayoritariamente de Ecuador y Marruecos).

El fenómeno migratorio es particularmente importante en la Región de Murcia, donde el porcentaje de la población extranjera sobre la población total ha aumentado del 0,77% en 1.996 al 12,32% en 2005 (datos extraídos del Diagnóstico de la situación de los Inmigrantes en la Región de Murcia del año 2005, que se han utilizado para la elaboración del Plan para la Integración Social de los Inmigrantes de la Región de Murcia 2006- 2009), mientras que la media nacional se sitúa en 8,46%.

Países de origen: Respecto a los extranjeros que poseen Tarjeta Sanitaria Individual, en diciembre de 2005 existían ya 158.536 en la Región, repartidos entre las seis áreas de salud y con predominio de inmigrantes procedentes del continente americano, seguidos de africanos y países europeos, en este orden.

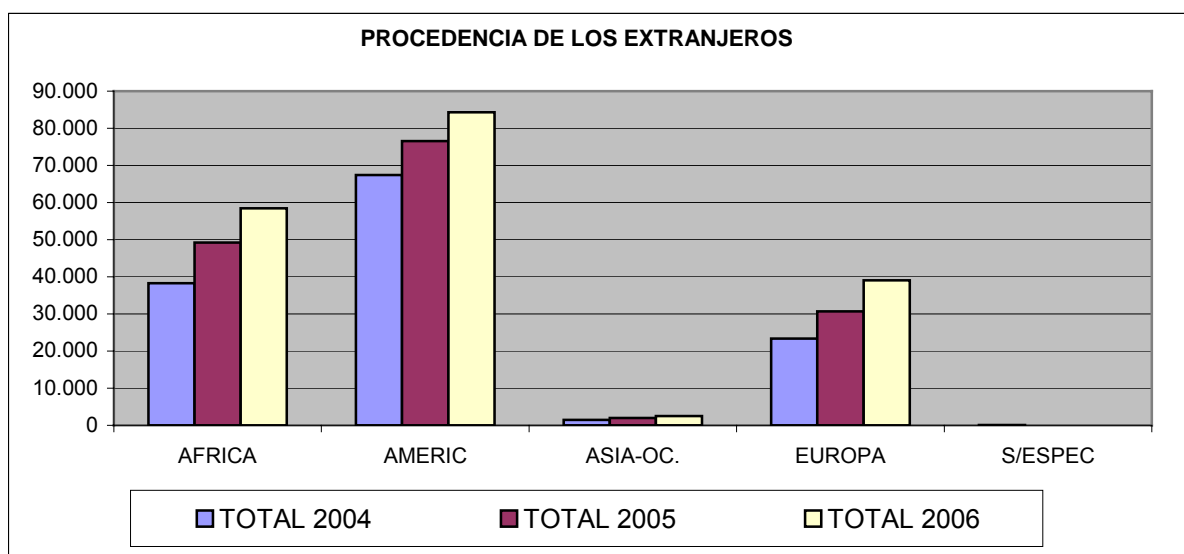


Gráfico 11.- Residentes extranjeros con TSI, según continente de origen

PROCEDENCIA	2004	2005	2006
AFRICA	38.256	49.234	58.483
AMERICA	67.436	76.582	84.332
ASIA-OC.	1.430	2.005	2.533
EUROPA	23.331	30.710	39.071
S/ESPECIFICAR	49	5	7
TOTAL	130.502	158.536	184.426

Tabla 4.- Residentes extranjeros con TSI, según continente de origen

De acuerdo con las previsiones de P.E.R. la tendencia se mantendrá durante los próximos años.

PROYECCION DE CRECIMIENTO DE POBLACIÓN EXTRANJERA										
AREA	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Murcia	52.763	55.118	57.616	60.193	65.055	71.346	77.599	83.758	89.830	93.436
Cartagena	57.241	63.678	71.301	79.297	87.367	97.772	108.104	117.606	126.980	136.264
Lorca	25.574	26.616	27.914	29.221	31.546	36.511	41.439	46.120	50.763	54.288
Noroeste	4.701	5.600	6.510	7.458	9.699	11.902	14.026	16.091	18.079	18.645
Altiplano	7.710	7.853	7.999	8.147	8.298	8.451	8.602	8.750	8.892	9.030
Vega del Segura	16.275	17.374	18.577	19.820	21.025	23.875	23.685	29.381	32.002	34.509
Total	164.264	176.239	189.917	204.136	222.990	249.857	273.455	301.706	326.546	346.172

Tabla 5.- Proyección del crecimiento de población extranjera (fuente P.E.R.)



En la elaboración del Plan estratégico Regional aún no se disponía de las migraciones registradas en el año 2005, año en que se ha producido una regularización de extranjeros que posiblemente repercuta en un importante número de altas por omisión en los padrones. No obstante este hecho, y puesto que los cambios introducidos en el Padrón para 2.006 pueden conllevar a su vez un importante número de bajas, se espera un crecimiento de las inmigraciones con esta procedencia en los tres primeros años, situando el dato de 2.007 por encima de los 24.000 inmigrantes, para producirse a continuación un descenso continuado en la llegada de nuevos inmigrantes, alcanzando en 2.019 una cifra algo inferior a 12.000 personas (gráfico 12).

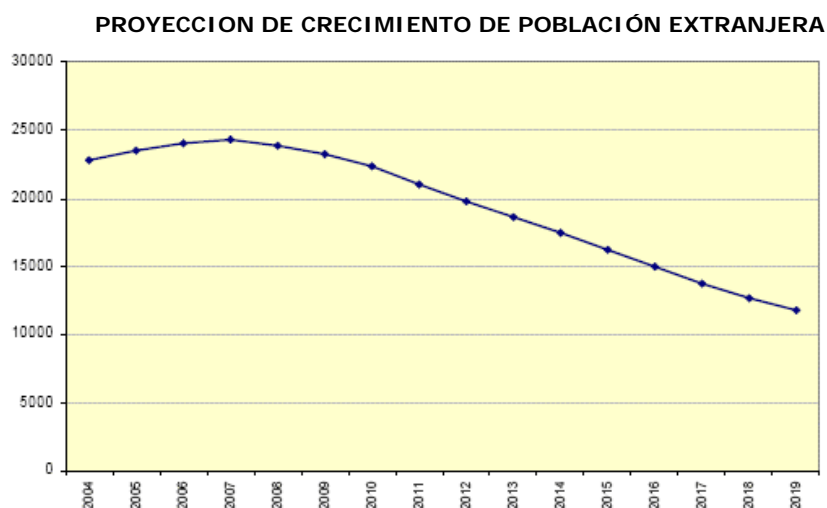




Gráfico 12.- Evolución prevista de nuevos inmigrantes (fuente P.E.R.)

En cuanto al componente "residencial" de la inmigración de algunos países europeos, es difícil establecer previsiones, por lo que será necesario estudiar la evolución futura de este fenómeno en la Región.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

2.5 ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN AP

2.5.1 ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA:

El importante crecimiento de la población en los últimos años ha supuesto un mayor número de pacientes a atender por el conjunto de los dispositivos de Atención Primaria de la Región.

Los datos que se presentan en este apartado del análisis de información proceden del Sistema de Información de Atención Primaria (S.I.A.P.) y de las evaluaciones de Cartera de Servicios. Ambos sistemas de información fueron redefinidos y sufrieron cambios en relación con los previos, de Insalud, que estuvieron vigentes hasta 2.002. Estos cambios y los que ha conllevado el proceso de informatización de Centros de Salud y Consultorios Periféricos ha supuesto también un cambio en los indicadores, en los conceptos recogidos, en los métodos de registro y en los resultados que aparecen registrados en el SIAP y en la evaluación de cartera. Este es el motivo de que en el presente análisis no se hayan tenido en cuenta datos anteriores a 2.003 (año en el que entró en vigor el nuevo SIAP), puesto que en algunos casos los datos no son comparables, y la razón por la que los mismos deben ser analizados con cierta cautela, puesto que los años analizados corresponden con el periodo en el que se ha ido produciendo la adaptación de los registros y de los profesionales a los nuevos indicadores y conceptos, así como la estabilización de los sistemas de información, por lo que estos fenómenos podrían estar influyendo en los resultados. No obstante estos son los datos recogidos y enviados por los diferentes dispositivos asistenciales y registrados tanto en las Gerencias como en Servicios Centrales.

Por otra parte recordaremos que los datos ofrecidos corresponden, en su mayor parte, con datos regionales y que no significan que el comportamiento en todas las áreas y zonas de salud haya sido homogéneo.

2.5.1.1 TOTAL REGIONAL DE CONSULTAS

La evolución del total de consultas atendidas en los equipos de la Región, de acuerdo con los registros de actividad del S.I.A.P., se muestran estabilizados, como se aprecia en el gráfico 13. En Medicina de Familia, los datos del S.I.A.P. reflejan una estabilización en las consultas, con datos entre 7.063.966 en 2003 hasta las 6.599.066 en 2006. La misma tendencia se refleja en Pediatría donde el número de consultas oscila desde las 1.244.206 de



2003 hasta las 1.184.143 de 2006. Y observándose en el caso de enfermería un ligero descenso pasando de 3.999.667 en 2003 hasta las 3.755.263 de 2006.

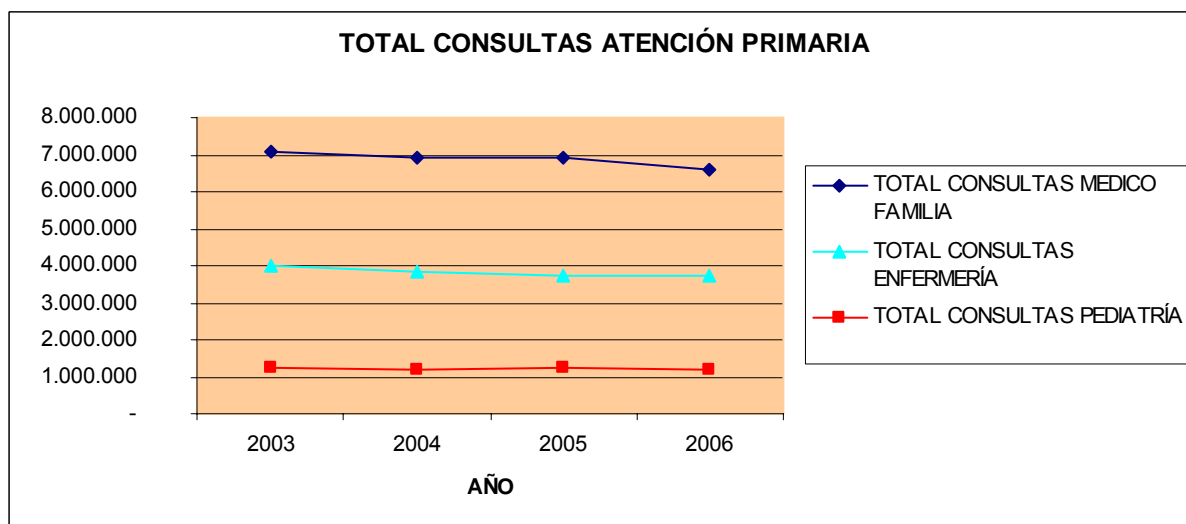


Gráfico 13.- Evolución del nº total de consultas en medicina de familia, pediatría y enfermería entre los años 2.003 y 2.006 (fuente SIAP)

Respecto al análisis de la evaluación de la actividad asistencial en los últimos años para medicina de familia, pediatría y enfermería se observan mínimas variaciones, únicamente destaca un ligero descenso en las consultas de enfermería. Las evolución es similar al desagregarla por áreas de salud, con alguna mayor incidencia en las áreas de salud con mayor número de Centros recientemente informatizados (datos SIAP, no publicados)

2.5.1.2 FRECUENTACIÓN

En cuanto a la frecuentación (definida como número de consultas por habitante y año) se aprecia un ligero decremento en las tres categorías profesionales. Reducción debida al progresivo incremento de población señalado anteriormente.

Es necesario tener en cuenta en este aspecto que Murcia ha sido tradicionalmente una de las Comunidades Autónomas que mayor frecuentación ha tenido históricamente en Atención Primaria, estando siempre por encima de la media estatal, sin que hasta ahora se hayan encontrado razones claras para esta diferencia. Esta tendencia podría estar motivada por la sucesiva incorporación en los E.A.P. de mecanismos de resolución de determinados trámites administrativos por otros mecanismos diferentes a la consulta.

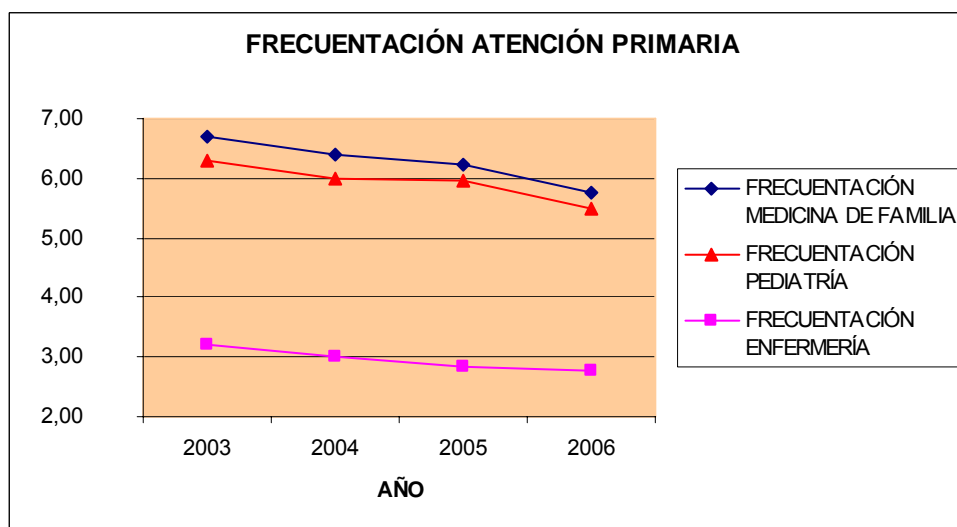


Gráfico 14. Evolución de las tasas de frecuentación en medicina de familia, pediatría y enfermería

2.5.1.3 ATENCIÓN DE URGENCIAS EN EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

En cuanto a urgencias atendidas por los equipos de atención primaria (gráfico 15), lo recogido en el SIAP incluye los turnos de atención continuada de tarde y sábados, así como las urgencias atendidas durante el horario normal. Siendo probablemente uno de los aspectos de los cambios habidos en los sistemas de información que mayor esfuerzo de adaptación ha precisado.

De acuerdo con la evolución de la actividad registrada en el SIAP se aprecia un incremento del número de urgencias atendidas por médicos de familia y un discreto incremento de urgencias atendidas por enfermería y pediatría, que en parte matizan la evolución observada de la actividad en consultas, puesto que sumando la actividad de consulta y la actividad urgente se contrarrestan los pequeños descensos del total de consultas atendidas y se puede plantear, como explicación, una evolución en las modalidades de consulta por los usuarios y/o en la modalidad de atención por parte de los equipos de atención primaria.

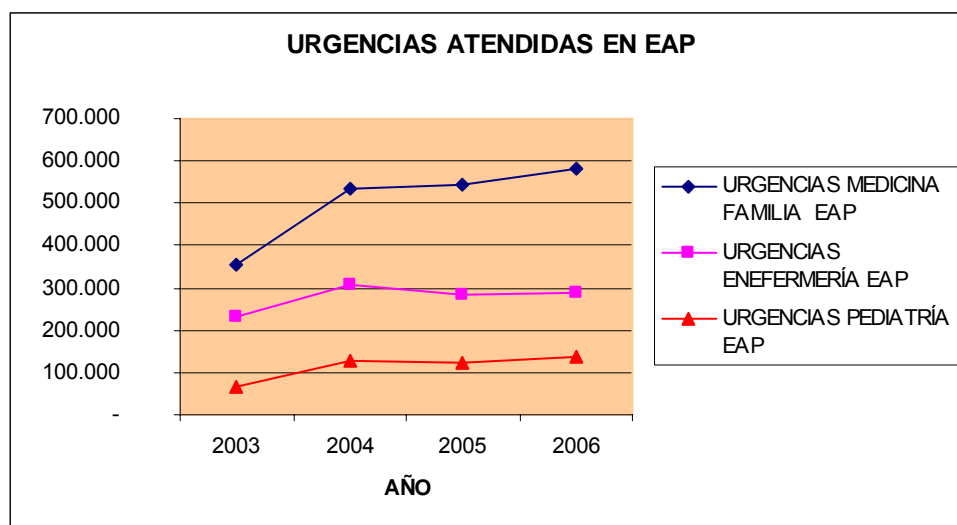


Gráfico 15.- Urgencias atendidas en Equipos de Atención Primaria

2.5.2 ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE SUAP Y PAC

La actividad asistencial en SUAP y PAC no ha experimentado grandes cambios durante los tres primeros años del análisis, aunque si ha habido un aumento de actividad en el año 2,006, coincidiendo con el principal impulso del Plan de Urgencias de la Región.

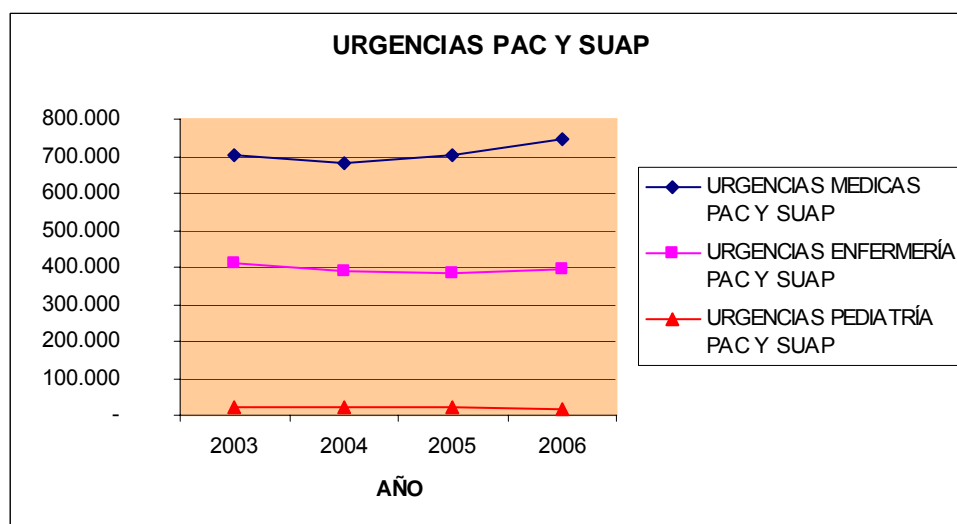




Gráfico 16.- Urgencias atendidas en SUAP y PAC

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

2.5.3 ACTIVIDAD DE LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS

Las unidades administrativas forman parte del propio EAP. Sus actividades, como puerta de entrada y salida del EAP, se enmarcan y se relacionan fundamentalmente con el registro de todas las actividades del centro, en cuanto a registro y gestión de datos: **información general** al usuario, **gestión y registro de cita previa** (tanto telefónicas como desde el mostrador), para todo el personal sanitario adscrito en el EAP, citas para las Unidades de Apoyo en los centros donde se ubican, citas para primeras consultas en Atención Especializada, **gestión administrativa de los partes de Incapacidad Temporal** derivados en determinadas circunstancias por los facultativos, gestión de recetas oficiales de los **carnés de largo tratamiento (CLT) o que requieran visado, gestión de tarjeta sanitaria** (altas, bajas, modificaciones...) con la cumplimentación de los documentos acreditativos autorizados, **gestión (en parte) de reclamaciones y sugerencias y gestión de facturación a terceros**. Con la informatización de los centros, **la búsqueda de la historia clínica** va quedado relegada a unidades administrativas de los consultorios periféricos o en aquellas ocasiones en que se precisa la historia clínica antigua.

En la actualidad, no existen en el SIAP ni en Cartera indicadores de actividad y evaluación específicos de las Unidades Administrativas de AP.

2.5.4 ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE OTRAS UNIDADES

Respecto al análisis de las unidades de **fisioterapia, matronas y trabajo social** refleja una tendencia dispar, por un lado se observa un crecimiento sostenido en los usuarios de matronas con crecimientos en torno al 10% anuales debido a la puesta en marcha del programa de Atención a la Mujer (PIAM), mientras que en fisioterapia y trabajo social se observa un comportamiento plano.

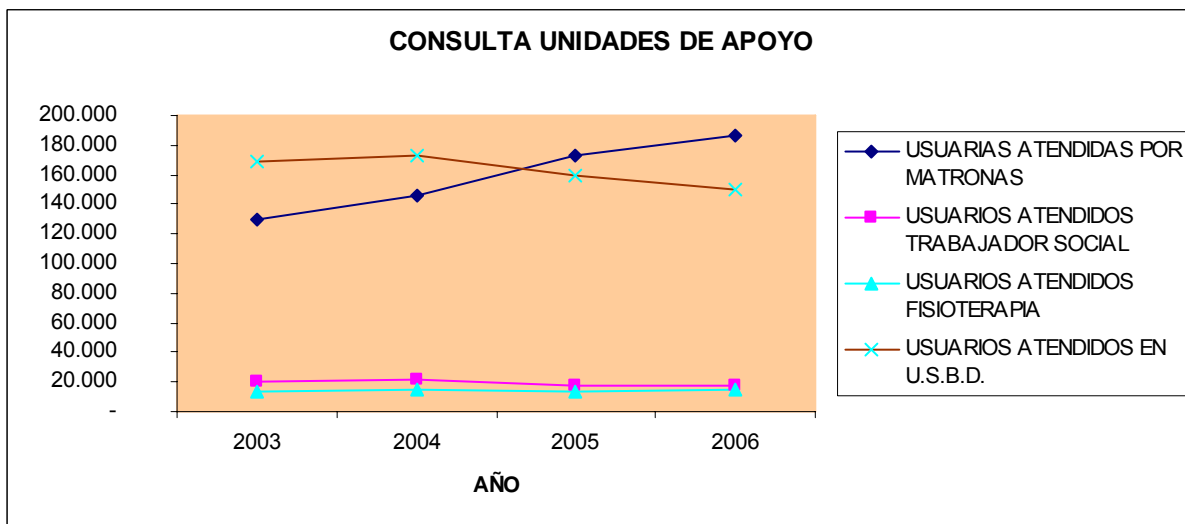


Gráfico 17.- Usuarios atendidos en Unidades de Apoyo de Atención Primaria

2.6 RECURSOS HUMANOS

2.6.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA

En lo que se refiere a la evolución de la plantilla de RRHH en Atención Primaria se ha incrementado la plantilla de médicos de familia en los últimos cinco años en 128 nuevas incorporaciones, mientras que el número de pediatras se ha incrementado en 44 y el de enfermería en 85.

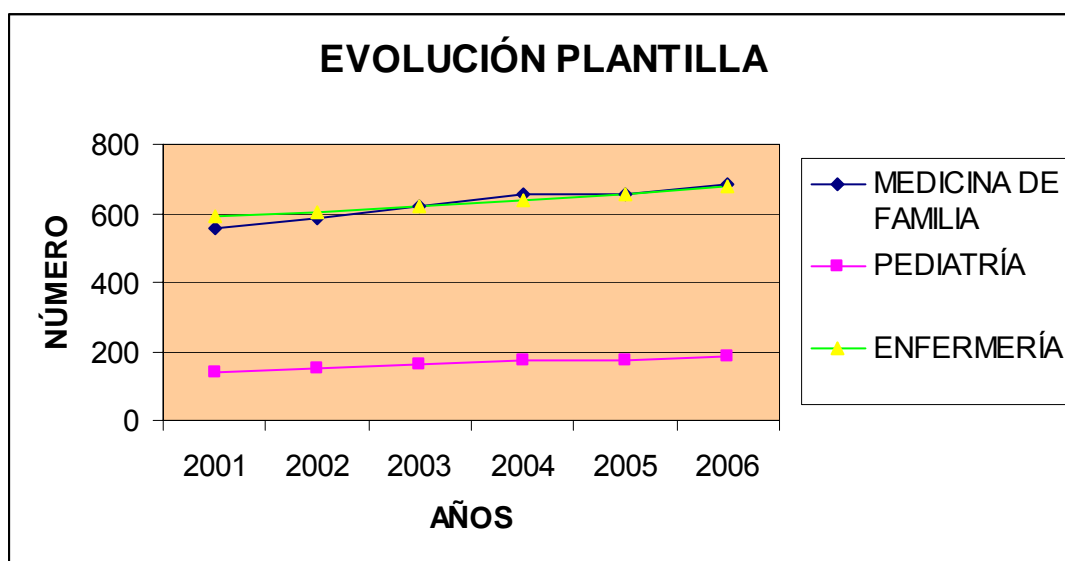
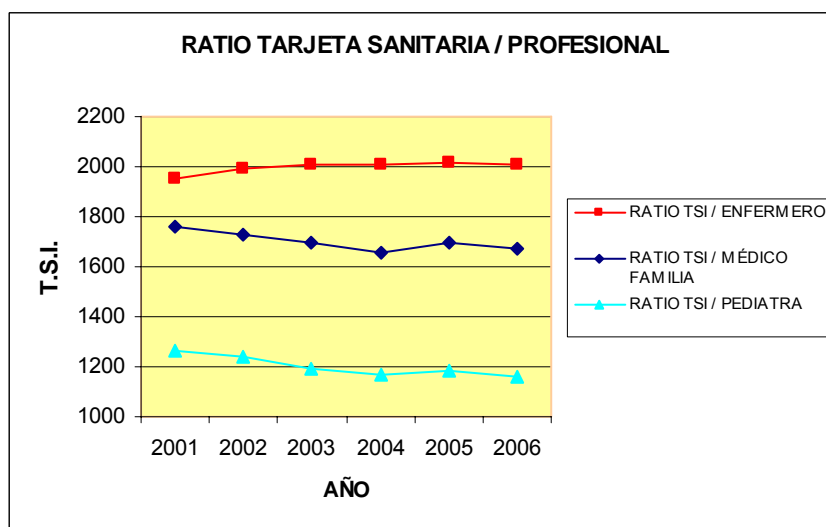


Gráfico 18.- Evolución de plantillas en M. Familia, Pediatría y Enfermería

En términos porcentuales, durante los años 2.001 a 2.006, el incremento en Médicos de Familia ha sido del 23%, en pediatría del 31% y en enfermería del 14 %.

Los ratios regionales de TSI por profesional, con B.D.U. actualizada a 31-12-2006, son de:

- 1.674 en medicina de familia
- 1.162 en pediatría
- 2.008 en enfermería





Gráfica 19.- Ratio de Tarjetas por profesionales.

2.6.2 EXPECTATIVAS/ SATISFACCIÓN DE LOS TRABAJADORES

La Encuesta de Satisfacción a los Profesionales de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud pretende recoger la opinión de los mismos sobre algunos aspectos de su trabajo y reconocer que iniciativas pueden mejorar su satisfacción y su implicación con el trabajo.

En el mes de febrero de 2005 fueron enviadas 3.025 encuestas personalizadas a cada uno de los profesionales de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud acompañadas por una carta de la Consejera de Sanidad de la Región de Murcia, Doña M^a Teresa Herranz Marín, en la que comunicaba la puesta en marcha del proyecto "Estrategias para el Desarrollo

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

Sostenible de la Sanidad de la Región de Murcia 2005-2010”, animando a la participación tanto en la Encuesta como en los Grupos de Trabajo a constituir posteriormente. Todo ello en aras a contribuir al progreso de la sanidad en la Región, enfocando el futuro hacia la mejora de la calidad y la sostenibilidad del sistema mediante una adecuada y eficiente utilización de los recursos.

La encuesta estaba constituida por 31 preguntas cerradas y una abierta en la que el encuestado podía presentar cualquier tipo de comentario o sugerencia.



Con la excepción de la pregunta 25, referente a la fuente de información que cada profesional tiene para estar al corriente de su trabajo, el resto de preguntas cerradas se contestaba en una escala de valoración de 4 niveles que estratificaba valoraciones muy negativas, negativas, positivas y muy positivas. El encuestado podía declarar que no tenía opinión sobre una pregunta pero no se permitía una respuesta neutral o inespecífica.

De las 31 preguntas cerradas, una de ellas sondeaba la opinión sobre el grado de compromiso de la Organización con siete valores establecidos a los que había que dar respuesta valorándolos en su cumplimiento desde muy alto hasta muy bajo. Otra pregunta, la última de las cerradas, presentaba hasta doce aspectos que podrían contribuir a la mejora de la satisfacción profesional, invitando al encuestado a indicar las tres más importantes. Las preguntas cerradas se agruparon en las siguientes áreas temáticas:

AREA TEMATICA	NUMERO DE PREGUNTAS
ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO	6
LIDERAZGO	4
IMPLICACION Y COMUNICACIÓN	7
CONDICIONES DE TRABAJO	3
COMPROMISO	1 con 7 conceptos de compromiso
ATENCIÓN A LAS PERSONAS	8
SATISFACCION GENERAL	1
MEJORA DE LA SATISFACCIÓN	1 con 12 aspectos de mejora
TOTAL DE PREGUNTAS	31

Tabla 6.- Encuesta a profesionales

En total se enviaron 15.119 encuestas de las cuales 3025 correspondieron a Atención Primaria. La tasa de respuesta obtenida en AP. fue del 33.8%. Del análisis de las respuestas se deducen aquellos aspectos con los que los profesionales están más satisfechos y aquellas otras causas de insatisfacción que plantean oportunidades de mejora.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

Los profesionales de AP de la Región manifiestan un grado de **satisfacción alto o muy alto** con las siguientes cuestiones:



- Las condiciones relativas a **horario y turnos de trabajo**.
- La **satisfacción con el trabajo** que desempeñan.
- La **capacitación de su superior** directo para ejercer las funciones que le corresponden.
- El **trato personal** (respeto, comprensión, etc.) recibido de su superior directo.
- La **organización del trabajo** en los Centros de Salud (CS).
- La **relación entre compañeros** existente en el CS.
- El **ambiente de trabajo** existente en el CS.

Las principales **causas de insatisfacción** identificadas son:

- La **formación** recibida de la organización para el desarrollo del trabajo.
- Las **expectativas de promoción** y desarrollo profesional.
- La **carga de trabajo** y la relación **retribución / trabajo**.
- Las **posibilidades de participación** en la mejora del funcionamiento del CS: organización, planificación del trabajo, definición de criterios de actuación...
- La **coordinación** entre las unidades que colaboran en la prestación de servicios.
- Los **esfuerzos realizados por la organización** para mejorar su funcionamiento y coordinación.
- La **información** sobre la marcha de la organización y sobre sus innovaciones y proyectos más importantes.
- Las decisiones que están tomando los **Equipos Directivos**.
- La **participación en el modelo de gestión** de la Organización



Los **aspectos para la mejora** de la satisfacción con el trabajo identificados prioritariamente por los profesionales de AP son:

- Condiciones de trabajo.
- Formación.
- Promoción y desarrollo profesional.
- Reconocimiento al trabajo realizado.
- Retribución.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

En resumen las áreas de mejora identificadas y por tanto los esfuerzos de la organización para elevar el nivel de satisfacción de sus profesionales deben ir encaminados hacia:

- Mejorar la formación de los profesionales para el desarrollo de su trabajo, fundamentalmente en áreas relacionadas con el trabajo en equipo multidisciplinar.
- Definir e implementar un sistema de promoción y desarrollo profesional vinculado a objetivos de calidad y a la valoración y evaluación de las competencias profesionales.
- Revisar las retribuciones de los profesionales y vincularlas a las cargas de trabajo y a la evaluación de competencias.
- Diseñar un Plan de Gestión para cada Equipo de Atención Primaria que especifique responsabilidades, coordinación entre las distintas unidades, comunicación interna y circuitos de información con el objetivo de fomentar el trabajo en equipo de los profesionales, su participación en el modelo de gestión y facilitar el flujo de información sobre la marcha de la organización.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

2.7 CAPACIDAD RESOLUTIVA EN AP

La Administración Sanitaria Regional es consciente de que avanzar en la mejora de la accesibilidad de la AP a las pruebas diagnósticas, no aumenta el gasto sanitario global e incrementa la resolutivez, la satisfacción y la eficacia del trabajo de los médicos de AP, capacitados y entrenados desde su formación como residentes en la solicitud de pruebas diagnósticas de nivel hasta ahora considerado "hospitalario". Un buen acceso del médico de AP a exploraciones complementarias puede disminuir las derivaciones a AE y sobre todo, supone una ventaja importante para el usuario, que sólo debe acudir, si acaso, a su hospital de referencia, para la realización de la prueba pertinente.



Desde 2004, el SMS inicia una serie de estrategias para la mejora de la capacidad resolutivez de la AP, que incluye un incremento en la accesibilidad a las diferentes pruebas complementarias que ofertan los hospitales.

Es a partir del Contrato de Gestión 2005, cuando se inicia de una manera más concreta, este incremento progresivo de oferta de pruebas diagnósticas, que tiene como objetivo conseguir un *catálogo mínimo de pruebas complementarias universales* (que se ofertan a todos los EAP): la radiología simple y la analítica de sangre y orina (todas las determinaciones disponibles) con una demora máxima de un solo día laborable y radiología de contraste y digestiva la anatomía patológica, la ecografía (incluyendo la eco abdominal, prostática, músculo esquelética, de cadera y de mama), la endoscopia digestiva (alta y baja), la mamografía y el TAC craneal, con una demora máxima de 30 días.

La Resonancia Magnética Nuclear, electro miografía, TAC (de otras localizaciones diferentes a la craneal) y Eco cardiografía, quedarían en principio, incluidas en un *catálogo complementario* sujeto a la negociación entre AP y AE, de cada área de salud.

En el Contrato de Gestión 2007, se pretende avanzar más en la accesibilidad a las pruebas complementarias desde AP, con el objetivo de que en todas áreas se avance en la accesibilidad de pruebas diagnósticas disponibles para Atención Primaria.

Algunos indicadores de nuestro sistema de información, reflejan un uso escaso pero en ascenso, de algunas exploraciones complementarias desde AP y también un uso muy ajustado a las indicaciones de las diferentes pruebas que se solicitan. En la siguiente tabla, referida a la comparación entre los primeros semestres de 2005 y 2006, se refleja el volumen

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

de algunas exploraciones complementarias realizadas con los médicos y personal de AP o aquellas que realizándose en el hospital, éste las registra desagregadas de las solicitadas desde AE (lo que quiere decir que además de estas pruebas, existen algunas más que se contabilizan junto con las procedentes de AE).

Pruebas diagnósticas	Primer semestre 2005	Primer semestre 2006
Analítica	358.414	375.572
Citología vaginal	3.720	4.989
Eco abdominal	4.295	4.575
Eco tocológica	793	405
Electroencefalograma	196	243
Endoscopia digestiva	175	106
Anatomía patológica	82	80
Radiología simple	55.168	66.700
Otros estudios radiológicos	0	786
Rectosigmoidoscopia	27	31
TAC craneal	135	491
RMN	420	1.032



Tabla 7.- Pruebas Diagnósticas realizadas en 2005-2006

2.8 GESTIÓN FARMACÉUTICA

A pesar de que la Región de Murcia se encuentra en los últimos ejercicios por encima de la media en el crecimiento del gasto farmacéutico por Comunidad Autónoma; estos porcentajes, corregidos en base al incremento de nuevos usuarios adscritos a la base de datos de usuario (BDU), muestran que el incremento real está por debajo de esas cifras, como muestra la siguiente tabla:

AÑO	LÍQUIDO		USUARIOS		COSTE/USUARIO	INCREMENTO ANUAL RECTIFICADO
	LÍQUIDO	% INCR.	USUARIOS	% INCR.		
2002	239.991.922,93	11,98%	1.162.216	4,49%	206,50	
2003	275.185.999,98	14,66%	1.194.290	2,76%	230,42	11,59%
2004	304.258.181,68	10,56%	1.241.321	3,94%	245,11	6,38%
2005	330.604.268,67	8,66%	1.277.483	2,91%	258,79	5,58%

Tabla 8.- Evolución del gasto farmacéutico.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

El número de recetas que se han prescrito en los últimos años y su porcentaje de incremento, se muestra en la siguiente tabla:

AÑO	RECETAS	
	RECETAS	% INCR.
2002	19.941.496	7,50%
2003	21.410.691	7,37%
2004	22.582.274	5,47%
2005	24.020.839	6,37%

Tabla 9.- Nº de recetas.

En la siguiente tabla quedan reflejados algunos de los indicadores de uso racional del medicamento para la AP (indicadores de calidad de prescripción), utilizados en los Contratos de Gestión de los últimos años. El balance que ofrecen es en general positivo, lo que supone el esfuerzo continuado de las Gerencias y los facultativos de los EAP:

INDICADORES DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

AÑO	% EFG/ Total envases	% EFG/ Total posibles del conjunto de intercambio	%UTB/Total envases	UTB/población ajustada	% envases omeprazol/ Total IBP	Envases nuevos tipo C*/Total envases	Gasto por población ajustada
2003	6,39	23,87	11,60	16,50	71,16	3,38	16,62
2004	8,3	27,71	10,81	15,9	69,86	2,47	17,72
2005	9,59	29,85	10,50	15,90	63,64	2,41	18,90



Tabla 10.- Indicadores de uso racional del medicamento en Atención Primaria.

(*): Novedades terapéuticas comercializadas en los 5 últimos años con escasa o nula aportación terapéutica.

El programa OMI para la historia clínica electrónica, en la prescripción de recetas, es una buena herramienta que facilita el uso racional del medicamento. La prescripción a través de OMI se va incrementando progresivamente como se muestra en la siguiente tabla

AÑO	% recetas de OMI (%)
2003	33,09
2004	44,45
2005	50,05
2006	62,20

Tabla 11.- Prescripción por OMI.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

2.9 SATISFACCIÓN DEL USUARIO

2.9.1 ENCUESTAS DE CALIDAD PERCIBIDA

La Subdirección General de Calidad Asistencial viene realizando desde el año 2002 encuestas de calidad percibida a los usuarios de la Sanidad Pública de la Región de Murcia.



En Atención Primaria estas encuestas se están realizando desde el año 2004. Los datos más recientes corresponden al año 2005 en el que se analizaron los datos de 2.614 encuestas.

De este análisis se deduce que las principales fortalezas de AP en la Región son la atención de las urgencias, la confianza en el personal sanitario (médico y enfermera), la profesionalidad y el trato humano dispensado por el personal sanitario, el tiempo dedicado en la consulta por el médico y el conocimiento de éste de los problemas de salud de los usuarios, la derivación al especialista cuando es necesario y la solicitud de exploraciones complementarias cuando se necesitan.

Las debilidades y por tanto las áreas de mejora prioritarias en AP se refieren a la dificultad de los usuarios para conseguir cita por teléfono (63% tuvieron dificultad para conseguir cita por teléfono), el tiempo de espera para realizar exploraciones complementarias (analítica, Rx, ecografía, citología y mamografía), el tiempo de espera para entrar a la consulta del médico (63.2% afirman que no se les atendió a la hora que tenían la consulta), el trato profesional y humano dispensado por el personal administrativo, el incumplimiento de la normativa sobre prohibición de fumar en los Centros de Salud y la dificultad para obtener atención a domicilio del personal sanitario cuando se necesita. También destaca que un 40% de los usuarios afirma que las infraestructuras e instalaciones del Centro de Salud no estaban en buenas condiciones.

En resumen los déficit de calidad percibidos por los usuarios se centran principalmente en la accesibilidad, demoras y tiempos de espera, infraestructuras, atención domiciliaria y calidad científico-técnica y trato del personal administrativo.

Comparando estos resultados con la encuesta que se realizó en 2004 hay que resaltar que se ha producido un incremento significativo en toda la Región de la satisfacción de los usuarios con la atención recibida en AP. También ha aumentado significativamente el porcentaje de pacientes que describen la calidad de la atención recibida como buena o muy

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

buena. En aspectos más concretos se observa un incremento de la calidad percibida por los usuarios en los tiempos de espera para obtener los resultados de una analítica, la confianza en su médico, la atención domiciliaria recibida por enfermería, el trato humano del personal administrativo y el conocimiento del médico sobre sus problemas de salud. En la comparación de estos dos años aumentó significativamente el número de pacientes que acudieron a su Centro de Salud cuando necesitaron atención urgente. Sin embargo se observa un descenso en la valoración que realizan los usuarios sobre las infraestructuras e instalaciones de los Centros de Atención Primaria.

2.9.2 BARÓMETRO SANITARIO



El CIS realiza anualmente en virtud de un convenio con el Ministerio de Sanidad y Consumo una encuesta de ámbito nacional en la que se indaga la opinión y satisfacción de los ciudadanos con el Sistema Sanitario. La muestra total son 6.801 encuestas de las cuales 260 corresponden a la Región de Murcia. Una parte del Barómetro está dedicada a la valoración que realizan los usuarios de los servicios ofertados por Atención Primaria. En nuestra Región los aspectos más valorados son el tiempo dedicado por el médico y el conocimiento de la historia clínica, la información recibida sobre su problema de salud, la confianza y seguridad que transmite el médico, la cercanía de los Centros de Salud, el trato del personal sanitario, la derivación al especialista cuando es necesario y el horario de atención.

Las cuestiones peor valoradas en la Atención Primaria de la Región son la demora en la cita con el médico (tiempo que tarda el médico en verle desde que pide la cita), la atención domiciliaria, la dificultad para conseguir cita y el tiempo de espera hasta entrar en consulta. Estas valoraciones están relacionadas con la accesibilidad y los tiempos de demora y en este sentido es clarificador el hecho de que un 45.7% de los usuarios afirman que nunca o casi nunca se tienen en cuenta sus preferencias a la hora de darles cita con su médico.

2.10 CONTINUIDAD ASISTENCIAL

La coordinación AP /AE es objetivo indispensable para el sistema sanitario público, incluso antes de las transferencias sanitarias, algo que se inició con las Comisiones de Coordinación de Área AP/AE.

Tras las transferencias, el SMS ha iniciado otras actuaciones en relación con la continuidad asistencial:

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

2.10.1 PROYECTO EMCA-OMS-SMS (SOBRE “ATENCIÓN INNOVADORA PARA LAS CONDICIONES CRÓNICAS)



Desde finales de 2004, el SMS colabora en un proyecto de rediseño y mejora continua de la atención a pacientes crónicos, avalado y respaldado por la OMS, dentro de su iniciativa “Innovative Care for Chronic Conditions” y por la EMCA. Este proyecto se ha centrado en la diabetes y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), en diferentes áreas de salud de la Región, con el objetivo de organizar estos procesos de forma integral, no olvidando ninguno de sus enfoques (prevención y asistencia) ni de sus actores (pacientes, comunidad, profesionales de AP y AE, servicios sociales...) y desde una perspectiva integral y de calidad. Con esta experiencia se pretende no sólo redefinir la prevención, control y seguimiento de la diabetes y la EPOC en la Región, sino conseguir el aprendizaje en cuanto a metodología y cambio de modelo para la atención a problemas crónicos y el desarrollo de procesos de atención integrada.

2.10.2 ÁREA DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LOS CONTRATOS DE GESTIÓN

Hasta 2005, el área de coordinación AP/AE de los Contratos de Gestión se limitaba casi exclusivamente a la firma de un pacto en el número de pruebas complementarias e interconsultas, a las que accedía AE y se comprometía a no rebasar AP.

En los Contrato de Gestión de 2005 y 2006, se instaura ya una línea de actuación concreta para un periodo 2005- 2007 sobre “Logro de la Continuidad Asistencial”, con objetivos generales 2005- 2007, entre los se encuentran:

- Reducir el número de ingresos evitables en los procesos susceptibles de ser resueltos ambulatoriamente mediante un adecuado enfoque interniveles.
- Establecer circuitos que permitan a los facultativos de Atención Primaria poder realizar contactos fluidos con los especialistas de su área hospitalaria.
- Establecer los mecanismos necesarios para que la demanda desde Atención Primaria y la oferta del hospital estén equilibradas en todas las Especialidades.
- Tener acceso desde AP a las pruebas diagnósticas disponibles en su Hospital de referencia.
- Mantener reuniones entre las Gerencias de AP y hospital para elaborar propuestas de mejora en el ámbito de urgencias.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

- Establecer mecanismos que aseguren la continuidad de cuidados domiciliarios al alta hospitalaria.
- Garantizar en AP, mediante la gestión y control de la incapacidad temporal, la obtención de indicadores satisfactorios.

La evaluación de 2005 de esta línea de actuación, realizada fundamentalmente mediante indicadores cualitativos, arroja resultados dispares según las áreas de salud, motivo por el que el SMS sigue considerando ésta una línea de actuación con amplio margen de mejora.



2.10.3 GERENCIAS ÚNICAS

La continuidad asistencial adquiere su máximo exponente con la puesta en marcha del proyecto Gerencia Única, que se ha iniciado en las áreas de salud del Altiplano primero, de Lorca después y recientemente Noroeste.

Las gerencias únicas suponen la simplificación de las estructuras de gestión y tienen como objetivo fundamental la atención integral de las necesidades de salud de los ciudadanos: la desaparición de las barreras entre AP y AE permite considerar la atención del paciente como un proceso longitudinal sin compartimentos estancos y con una oferta asistencial integrada.

En este modelo, el médico de familia cobra especial importancia como garante de la atención a cada paciente y de la integración de todos sus procesos asistenciales junto con enfermería, incluyendo también la atención comunitaria y la educación para la salud.

Queda mucho por avanzar en la continuidad asistencial, no sólo en la optimización de la coordinación de la AP con su hospital de referencia, y viceversa, sino también, en el diseño de modelos de coordinación de la AP con salud pública, el resto de estructuras sanitarias, como salud mental y ciertos servicios sociosanitarios, para hacer del usuario, el verdadero eje de la atención sanitaria.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

2.11 CARTERA DE SERVICIOS DE AP

2.11.1 CONCEPTO. INTRODUCCIÓN

Se trata de una "carta" de servicios previamente planificados, que se oferta a la población desde la Atención Primaria, tanto a través de los EAP como de las Unidades de Apoyo. Tiene como objetivo asegurar ciertas condiciones que mejoran la satisfacción del usuario, el gestor y el profesional de AP. En su inicio contenía servicios de control y seguimiento de enfermedades, pero se ha ido ampliando con la inclusión de servicios de promoción de la salud y de prevención primaria y secundaria de la enfermedad.

Para el usuario:



- Oferta de servicios según sus necesidades (prevalencia de los problemas de salud), con criterio de *equidad* (igual atención a igual necesidad)
- Establece los "mínimos" de atención con las Normas de Proceso de cada servicio.
- Disminuye la "variabilidad de la atención", mediante la protocolización de las actuaciones. Supone "garantía de calidad" para el paciente.

Para el gestor: mediante su monitorización y evaluación, gracias a los indicadores de los servicios:

- Identifica oportunidades de mejora en los servicios y organización de recursos, para ajustar las actuaciones a los objetivos del SMS en accesibilidad, proceso y resultado.
- Identifica las necesidades de formación e investigación en AP.
- Hace posible la "mejora de la calidad".

Para el profesional de AP:

- Apoya la realización de actuaciones según la competencia profesional (mejora de la calidad científico- técnica) y disminuye la variabilidad clínica: ayuda a tomar decisiones sin limitar la libertad de la actuación del médico o enfermero.
- Facilita la coordinación entre los propios profesionales de AP (no asigna actividades según el profesional sanitario, sino que da libertad para realizarlas a quien tenga competencias, según la organización de cada EAP o área de salud) y entre AP y AE (criterios de derivación).
- Aporta respaldo o seguridad jurídica al profesional, ante "resultados no esperados"
- Ha sido herramienta para el reconocimiento profesional y la incentivación económica.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

2.11.2 EVALUACIÓN DE CARTERA DE SERVICIOS 2003, 2004 Y 2005



2.11.2.1 METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN. LIMITACIONES ACTUALES

Durante estos tres últimos años hemos asistido a las evaluaciones de una "Cartera de Transición", que ha intentado seguir "midiendo" la *accesibilidad*, y avanzar en la medición del *proceso* (servicios de atención de enfermería, atención de urgencias, revisiones periódicas del niño, detección precoz de cáncer de cérvix, detección precoz de cáncer de mama, prevención de enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes, prevención y detección de problemas en el anciano, calendario vacunal infantil y otras inmunizaciones programadas, en la evaluación 2005) y el *resultado* (servicios de diagnóstico precoz de cáncer de mama, hipertensión arterial y diabetes, en la evaluación de 2005).

Para ello y previamente a cada una de las evaluaciones, se han seleccionado, consensuado y unificado para todas las Gerencias, los indicadores más válidos y factibles, las fuentes de datos y la metodología a utilizar. Esto, a pesar de las limitaciones; las principales, derivadas de la disparidad en la principal fuente de datos, *la historia clínica de AP*, que ha sufrido su transformación de papel a soporte informático, con una implantación progresiva y compleja en estos tres últimos años:

En 2003 existían 19 centros de salud que aún no estaban informatizados (utilizaban la historia clínica de papel). Se inició la implantación del programa OMI- AP v.6 en servidor centralizado en 4 centros, con la Cartera INSALUD de Madrid y el resto de centros seguían trabajando con OMI AP v.5 (servidor distribuido), Cartera INSALUD.

- Desde Junio de 2005, con la Fase I de la informatización, se trasladó a OMI AP v. 6, servidor distribuido (desde la v.5) a 51 centros de salud, con la Cartera INSALUD.
- Desde Octubre de 2005, con la Fase II de la informatización, se pasó a Planes Personales, la Cartera INSALUD de los 4 centros en servidor central y posteriormente, los 19 centros que quedaban por informatizar, se informatizaron con OMI AP v. 6 (servidor centralizado), con Planes Personales.
- En la actualidad, 23 centros de salud trabajan con el programa informático OMI AP v. 6, servidor centralizado, que incluye Planes Personales y el resto (excepto La Paca) trabajan con el programa OMI AP v.6, servidor distribuido, que incluye Cartera de Servicios de INSALUD. La Paca es el único centro de la Región, que por problemas en el acceso de líneas telefónicas, aún no ha sido informatizado. La mayoría de consultorios periféricos siguen sin informatizar. Muchas de las Unidades de Apoyo, que también trabajan la Cartera de Servicios, no tienen acceso a la historia clínica

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

informática (fisioterapeutas, matronas, odontólogos...). Los SUAP no tienen acceso hasta la fecha, a la historia clínica informatizada y se está estudiando su informatización.



Debido a estas limitaciones, los indicadores de las evaluaciones 2003, 2004 y 2005 se han obtenido:

- A partir de fuentes de datos diversas: registros específicos, historias clínicas informatizadas y en papel, registros de la Dirección General de Salud Pública (DGSP), agendas informatizadas, el Sistema de Información de AP (SIAP) y registros de la Base de Datos del Usuario (BDU) para obtener la mayoría de denominadores necesarios.
- Con metodología diferente en la construcción de indicadores, con objeto de optimizar la factibilidad de todo el proceso de evaluación:
 - Obtención de la universalidad de los datos, agrupados por área sanitaria (historias de OMI, registros específicos de los centros o registros específicos de la DGSP).
 - Muestras aleatorias simples de historias por área sanitaria.
 - Muestras LOAS (aceptación por lotes) de historias clínicas (un lote, un área sanitaria): metodología utilizada en la última evaluación.
 - Recogida de datos sólo de agendas informatizadas o de las historias clínicas informatizadas.

2.11.2.2 RESULTADOS DE LAS EVALUACIONES DE CARTERA DE SERVICIOS

Indicadores de **accesibilidad y proceso**: de las tres últimas evaluaciones de Cartera de AP realizadas, destacamos la evaluación de los siguientes indicadores:

- ✓ Seguimiento de embarazo: número de mujeres que cuentan con diagnóstico nuevo de embarazo el año que se evalúa.
- ✓ Educación maternal y preparación al parto: número de mujeres con diagnóstico nuevo de embarazo, que reciben al menos, una sesión de preparación al parto el año que se evalúa.
- ✓ Detección precoz de cáncer de mama: número de mujeres entre 50 y 69 años, en las que existe constancia de haberse sometido a alguna mamografía.
- ✓ Detección precoz de cáncer de mama (proceso): número de mujeres entre 50 y 69 años, en cuyas historias clínicas consta la realización de una mamografía en los dos últimos años.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

- ✓ Hipertensión arterial: número de pacientes mayores de 14 años, en cuya historia clínica figura el diagnóstico.
- ✓ Diabetes: Número de personas mayores de 14 años, en cuya historia clínica consta el diagnóstico de diabetes mellitus.
- ✓ Dislipemia: Número de personas mayores de 14 años, en cuya historia clínica consta el diagnóstico de dislipemia.
- ✓ Atención a personas en situación terminal: número de personas en cuyas historias clínicas consta el diagnóstico de enfermedad en fase Terminal y al menos, una visita a domicilio el año que se evalúa.
- ✓ Obesidad: Número de personas mayores de 14 años en cuya historia clínica consta el diagnóstico correcto (tener un IMC superior a 30).
- ✓ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: número de personas mayores de 40 años en cuya historia clínica consta el diagnóstico de EPOC.
- ✓ Consumo excesivo de alcohol: número de personas mayores de 14 años, en cuya historia clínica consta el diagnóstico de consumo excesivo de alcohol.
- ✓ Atención a inmovilizados: número de personas incluidas en el servicio, en cuyas historias clínicas figura al menos, una visita durante el año que se evalúa.
- ✓ Calendario vacunal infantil: Número de menores de 15 años a los que se les ha administrado alguna dosis de vacuna del calendario oficial de vacunación infantil.
- ✓ Calendario vacunal infantil (proceso): Número de menores de 15 años correctamente vacunados según calendario oficial de vacunación infantil y edad.
- ✓ Vacunación contra la gripe: número de personas de riesgo, correctamente vacunados.
- ✓ Vacunación contra el neumococo: número de personas de riesgo, correctamente vacunados.
- ✓ Cirugía menor: número de procedimientos de cirugía menor realizados en los EAP.
- ✓ Rehabilitación fisioterapéutica: número de personas atendidas por las Unidades de Fisioterapia.

RESULTADOS DE EVALUACION			
SERVICIO/AÑO DE EVALUACIÓN	2003	2004	2005



SEGUIMIENTO DE EMBARAZO	18.845	18.019	17.591
EDUCACIÓN MATERNAL Y PREPARACIÓN AL PARTO	6.909	7.194	6.251
DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA*	75.000	82.641	86.342
DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA (Proceso)*	61.579	69.648	68.082
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	118.591	130.565	139.496
DIABETES	52.729	60.819	65.911
DISLIPEMIAS	64.889	86.107	99.972
ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN TERMINAL	1.548	1.219	1.026
OBESIDAD	0	33.129	33.226
ENF. PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	0	9.939	10.929
CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL	0	4.195	4.442
ATENCIÓN A INMOVILIZADOS	0	10.051	8.872
CALENDARIO VACUNAL INFANTIL*	165.087	197.516	207.923
CALENDARIO VACUNAL INFANTIL (Proceso)*	140.604	165.376	167.226
OTRAS INMUNIZACIONES PROGRAMADAS: VACUNACIÓN CONTRA LA GRIPE (proceso)*	159.328	132.206	145.815
OTRAS INMUNIZACIONES PROGRAMADAS: VACUNACIÓN CONTRA EL NEUMOCOCO (proceso)*	121.487	133.519	127.428
CIRUGÍA MENOR	6.686	6.923	8.153
REHABILITACIÓN FISIOTERAPÉUTICA	14.229	15.205	13.729

Tabla 12.- Evaluación Cartera de Servicios.

(*): Son datos de la Dirección General de Salud Pública.

Estos indicadores son de accesibilidad, excepto los que se marcan como (proceso).

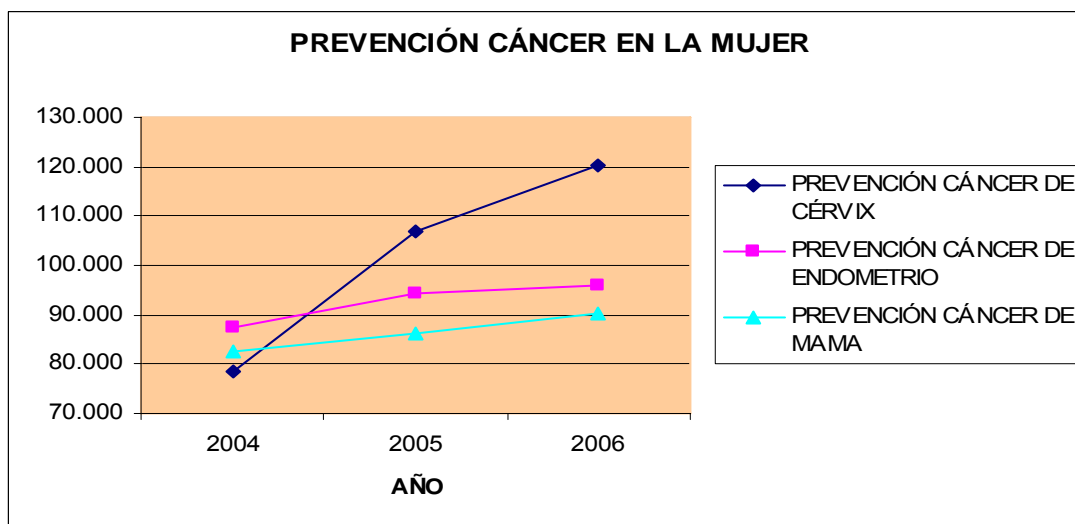


Gráfico 20.- Servicio Prevención de Cáncer en la mujer.

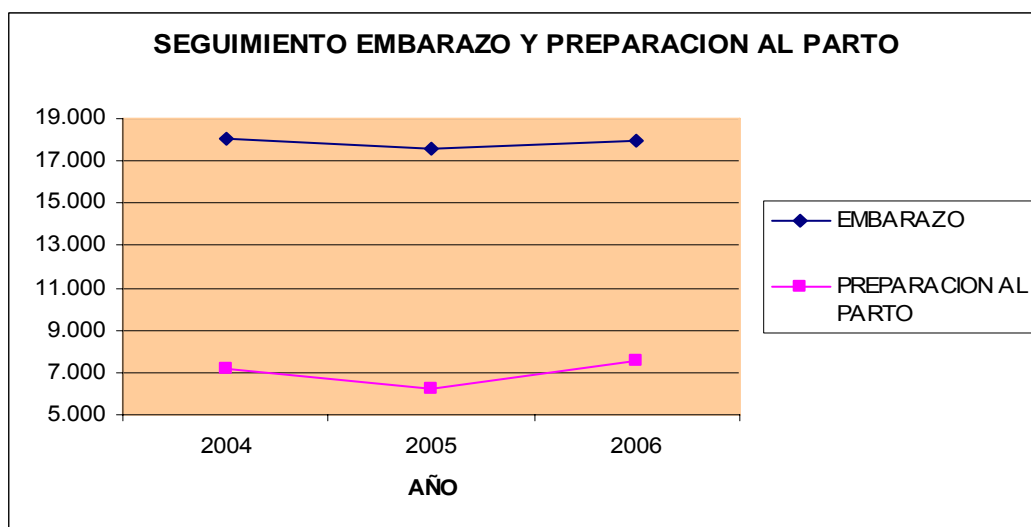


Gráfico 21.- Servicio Embarazo y Preparación al parto.

A pesar de que el número de embarazos captados y controlados desde AP parece estar estabilizado y no incrementarse, es interesante reseñar que éstos superan para cada uno de estos tres últimos años, los embarazos esperados. (Los embarazos esperados se estiman multiplicando por dos los niños entre 6 y 11 meses del año anterior al que se evalúa).

Los servicios destinados a atención al adulto han ido creciendo en número progresivamente como podemos apreciar en lo siguientes gráficos.

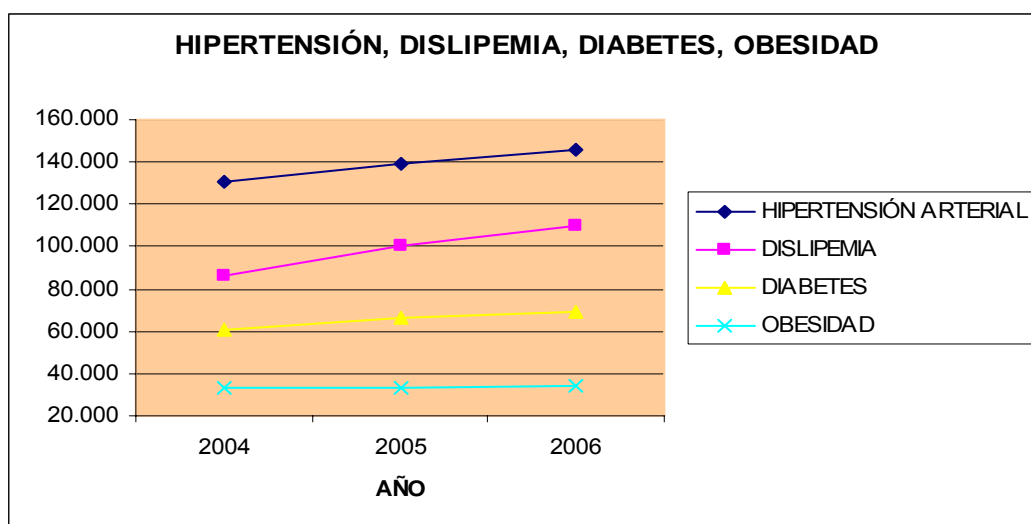
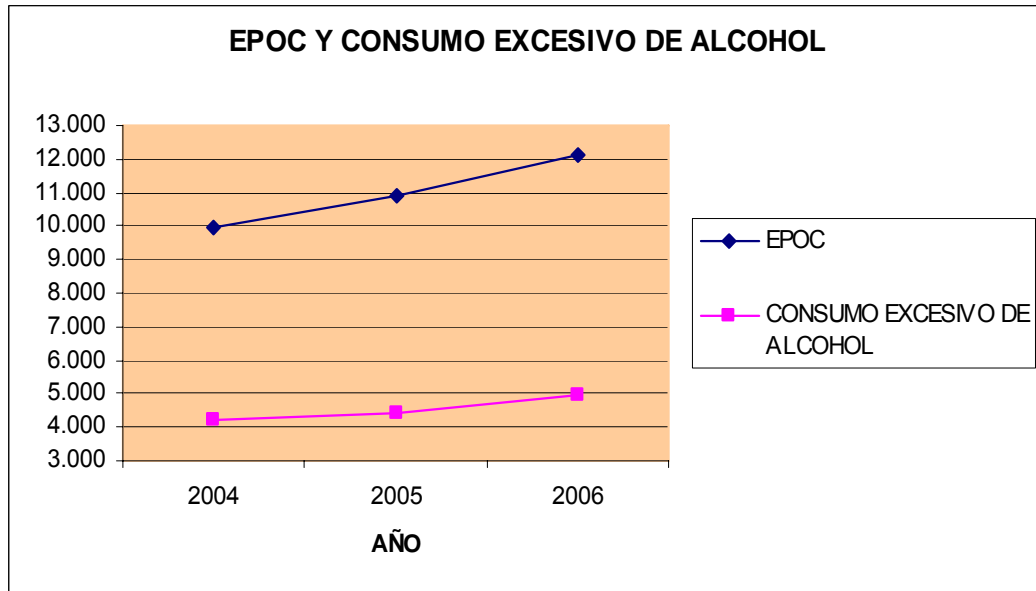


Gráfico 22.- Servicios de Hipertensión, Dislipemia, Diabetes y Obesidad.



Grafica 23.- Servicio Atención EPOC y Consumo de Alcohol.

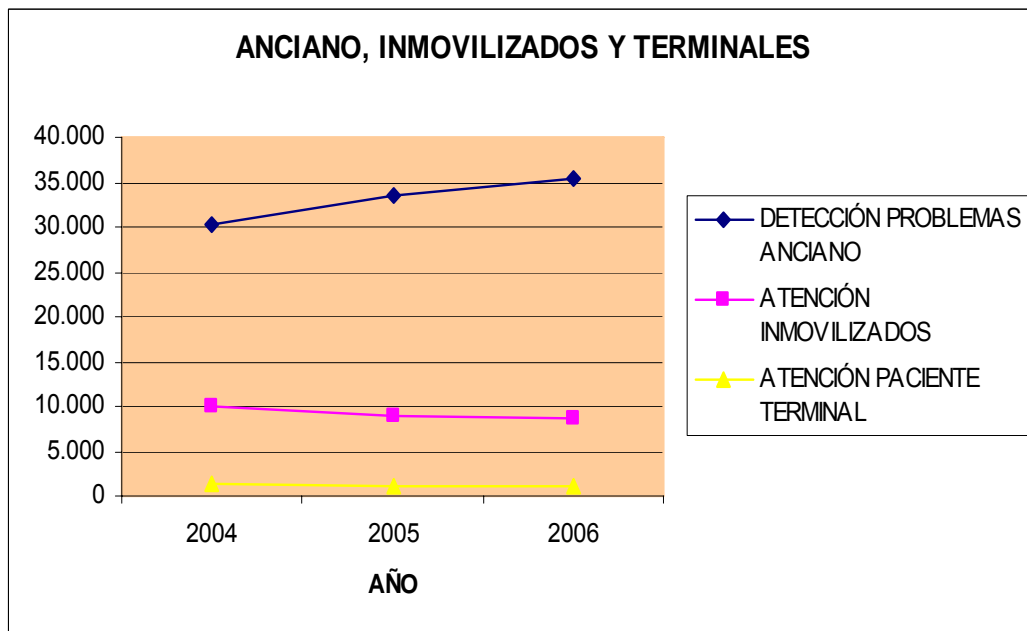


Grafico 24.- Servicios Atención al Anciano, Inmobilizado y Terminal.

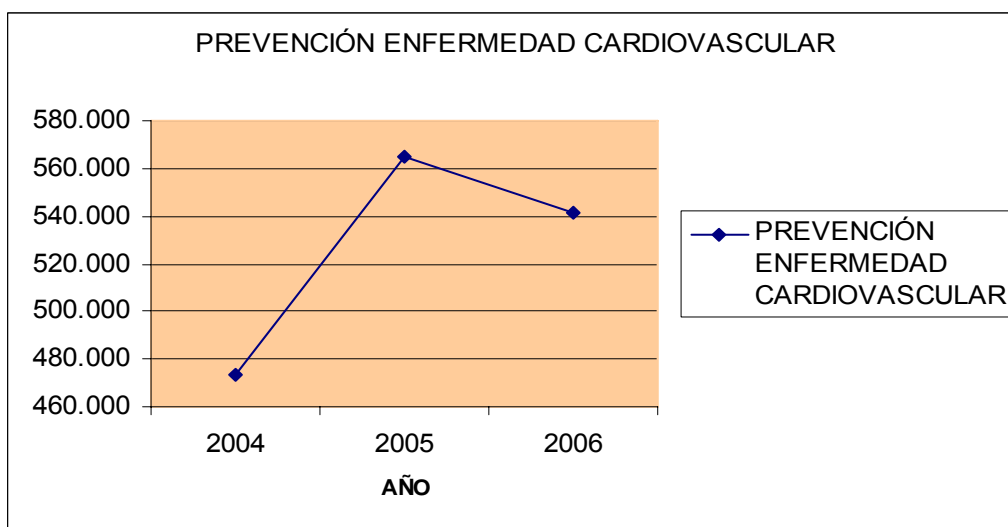


Gráfico 25.- Servicio Prevención enfermedad Cardiovascular.

NOTA Los servicios de obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, consumo excesivo de alcohol y atención a inmobilizados no se evaluaron en 2003.

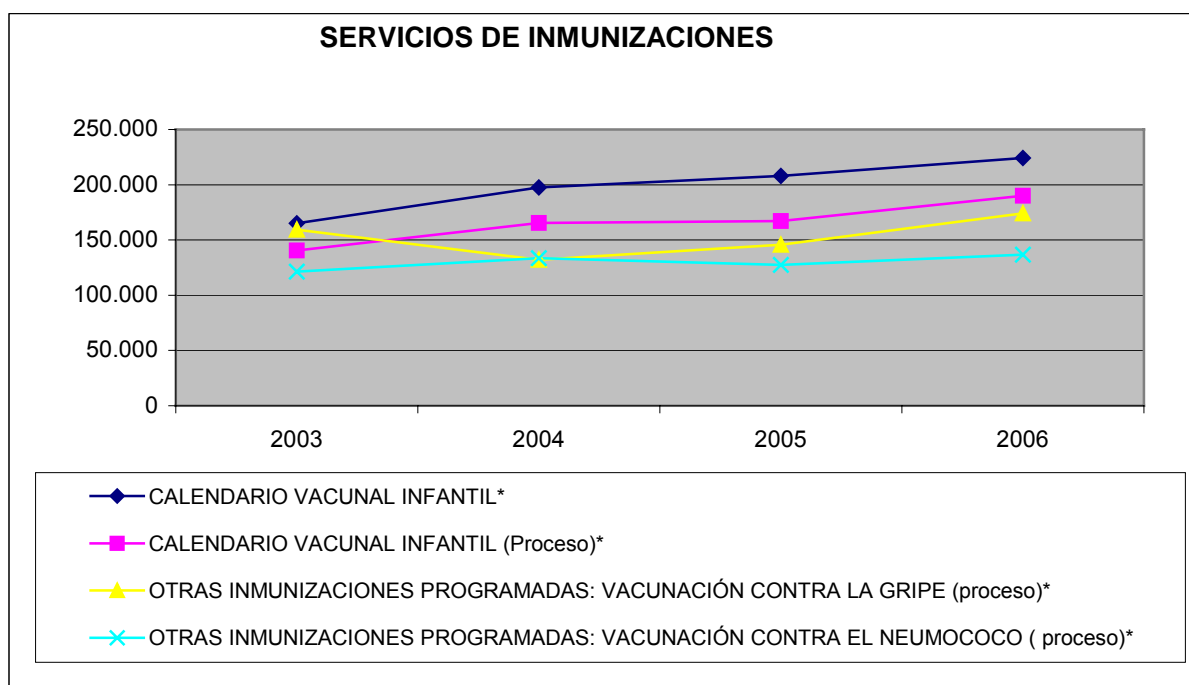




Gráfico 26.- Servicio de Inmunizaciones.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

- **Indicadores de resultado**

Tras las transferencias sanitarias, el Servicio Murciano de Salud decidió iniciar la medición de resultados en salud y su relación con las actividades realizadas en la Cartera de Servicios.

En 2002, se realizó un estudio sobre el control de diabetes desde AP, mediante estudio descriptivo transversal. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas, obtenidas por muestreo aleatorio estratificado no proporcional de 50 diabéticos por EAP, de los 75 EAP de la Región (a partir de los registros de diabéticos conocidos), integrando los resultados por área de salud y regionales

La muestra fueron 3.696 casos válidos (98,6% de las historias), con una media de edad de 67,2 años (Desviación Estándar 12,2%), el 54,5% de ellos eran mujeres. En el 44,6 % de las historias aparecían cifras de Hg A 1 Glicosilada. Su valor medio fue de 7,40% (DE 1,58%).



En el 48,8% de los pacientes existía una Hg A1 C inferior a 7,0% (IC 95% +/- 2,4%).

En los últimos años, también se ha seguido avanzando en el estudio y evaluación de indicadores de resultado, no sin ciertas limitaciones, derivadas sobre todo, como se ha mencionado previamente, por la parcial informatización que sufría la Atención Primaria:

En 2004 y 2005 se evaluaron los siguientes indicadores de resultado, sólo para los centros que trabajan con historia clínica informatizada:

- ✓ Alteraciones sospechosas de malignidad: porcentaje de mujeres entre 50 y 69 años, a las que se les ha realizado alguna mamografía en el periodo evaluado y a las que se detectan alteraciones sospechosas de patología maligna (como fuente de datos se utilizaron los registros de la Dirección General de Salud Pública, programa de detección precoz de cáncer de mama).
- ✓ Control de HTA 1: porcentaje de la población diagnosticada de HTA que presenta un último valor de TA < 140/90 el año que se evalúa, respecto a la población diagnosticada de HTA que tenga, como mínimo, 3 controles de TA en los últimos 12 meses (sólo se realizó entre la población cuya historia clínica se hallaba informatizada).
- ✓ Control de HTA 2: porcentaje de la población diagnosticada de HTA que presenta un último valor de TA < 140/90 el año que se evalúa, respecto a toda la población diagnosticada de HTA (sólo se realizó entre la población cuya historia clínica se hallaba informatizada).

Estos fueron los resultados:

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

INDICADORES RESULTADO	2004	2.005	2006
Control HTA 1	50,38	32,21	34,68
Control HTA 2	18,38	24,41	44,15
ALTERACIONES SOSPECHOSAS MALIGNIDAD	1,88	0,69	0,87

Tabla 13.- Indicadores de Resultado de Evaluación.

2.11.3 PROYECTO DE ACTUALIZACIÓN DE CARTERA



Durante 2005 y 2006, la AP ha trabajado en un proyecto de actualización de su Cartera de Servicios, para su posterior inclusión en forma de Planes Personales en la última versión del programa OMI-AP. Este proyecto ha sido liderado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria, con la participación de la Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria, en su diseño y metodología.

Antecedentes y justificación del proyecto:

Desde la época INSALUD, la Cartera de AP se ha utilizado por los profesionales para trabajar mediante protocolos, con criterios científico- técnicos y de consenso, ha extendido la "cultura de la evaluación", ha ido incluyendo servicios y actividades de promoción de la salud y educación sanitaria y ha sido un instrumento "dinámico" de trabajo, con revisiones continuas en el número de sus servicios, contenido y metodología de evaluación.

Desde las transferencias en 2002, esta Cartera no se había revisado, y presentaba ya algunas áreas de mejora:

- Carecía de algunos servicios con alta morbilidad y de gran capacidad de manejo desde AP.
- Había sido superada por la actual evidencia científica.
- Necesitaba responder a las demandas actuales de los profesionales de la Región.
- Precisaba incluir actividades emanadas de los planes regionales aprobados en los últimos años.
- Había utilizado indicadores de cobertura y de proceso, no de resultado.
- Durante 2003, *Grupo Central de Cartera* (formado por un representante -Coordinador de Equipos- de Cartera de cada Gerencia de AP y un representante de la DGAS-SGAPUE) elaboró una "*Cartera de Servicios de transición*", donde se incluyen algunos

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

servicios nuevos (atención en consulta de medicina, atención de enfermería) y se seleccionan indicadores de accesibilidad, proceso y resultado para todos los servicios, que se han utilizado en las evaluaciones de 2003, 2004 y 2005.

El objetivo ha sido conseguir una Cartera de Servicios de AP, que reúna las siguientes condiciones:



- Que esté basada en la evidencia científica y en el consenso de los profesionales (responsabilidad, compromiso y autonomía de los profesionales).
- Que sea realista en base a nuestros recursos y organización: que cumpla criterios de eficiencia y factibilidad.
- Que aborde los problemas de salud desde la integralidad de la atención.
- Que incorpore los objetivos y actividades definidos en los *Planes* regionales (Plan de Salud de la Región 2003- 2007, Plan Integral de Atención al Diabético 2005- 2009, Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia 2005- 2010...) o nacionales aprobados.
- Que tenga en cuenta las actuales necesidades de la población y las demandas de los profesionales de la Región.
- Que se enmarque en la normativa legal actual.
- Que se divulgue correctamente y sea una herramienta de fácil manejo, mediante su implementación en OMI- AP como Planes Personales.

Las actividades que se han realizado durante estos dos años:

- *Diseño de un documento "marco"* a cumplimentar para cada servicio, donde se incluyen objeto del servicio, población diana, criterios de inclusión, Normas de proceso e Indicadores.
- *Trabajo en grupo* para la cumplimentación del documento. Los grupos representaban globalmente a la Región e incluían por grupo todas las categorías implicadas en cada servicio. La Dirección General de Salud Pública (DGSP) ha estado también representada en algunos de esos grupos (tabaquismo, atención al niño, educación para la salud en la escuela...).

En total, se han constituido 19 grupos, para revisar (o elaborar) 36 servicios, con la siguiente distribución por Gerencias:

- GAP de Murcia: 11 servicios con 4 grupos de trabajo (incluye Yecla),
- GAP de Cartagena: 7 servicios con 4 grupos,

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

- GAP de Lorca: 7 servicios con 4 grupos
- La DGAS ha coordinado directamente el trabajo de 7 grupos para 11 servicios.

La selección de los 117 profesionales se realizó según su perfil de formación, experiencia e implicación en el tema, con un máximo de 9 por grupo:

EAP			U. Apoyo	UGAs	D G S Pública
Pediatras	MF	Enfermeros/as	Matr, TS, Fisios...	Ginecólogas	Enf, med...
5 (4%)	57 (49%)	28 (24%)	18 (15%)	2 (2%)	7 (6%)

Tabla 14.- Profesionales participantes en la revisión.



El Centro Tecnológico de Información y Documentación Sanitaria (CTDIS) también colaboró en el proyecto, dando apoyo en la recuperación bibliográfica y formación a los participantes.

- *Revisión de los documentos por el Grupo Central de Cartera*, observando principalmente la factibilidad de las propuestas y la cohesión general de la Cartera.
- *Implementación de Cartera a Planes Personales*: éstos son una buena herramienta de trabajo ya que proporcionan dinamismo y son capaces de reconfigurarse con arreglo a los cambios del estado de salud o necesidades del paciente:
 - Según su sexo y edad, se “disparan” determinados planes, sin necesidad de que lo tenga que dar de alta el profesional sanitario.
 - Los Datos Generales del Paciente (DGP) “unívocos” activan episodios.
 - Los DGP clínicos informan a TODO el aplicativo, sea el servicio que sea el que estamos desarrollando.
 - Engloban actividades generales diagnóstico-terapéuticas: inyectables, planes de cuidados, etc....
 -



Actualmente, la implementación se encuentra en su fase final.

Producto final: *Cartera de servicios de AP 2006*. La Cartera agrupa los servicios en áreas de atención:

- ✓ Atención en consulta de medicina (medicina de familia y pediatría)
- ✓ Atención de enfermería.
- ✓ Atención de urgencias.
- ✓ Atención al niño (revisiones del niño sano y asma infantil).
- ✓ Atención al joven (atención al joven).

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

- ✓ Atención a la mujer (seguimiento de embarazo, educación maternal y preparación al parto, atención al puerperio, información y seguimiento de métodos anticonceptivos, detección precoz de cáncer de cérvix, detección precoz de cáncer de mama, detección precoz de cáncer de endometrio y atención al climaterio).
- ✓ Atención al adulto y anciano (prevención de enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes, dislipemias, obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, artrosis, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, atención a inmobilizados, atención a pacientes en situación terminal, prevención y detección de problemas del anciano).
- ✓ Inmunizaciones (calendario vacunal infantil y otras inmunizaciones programadas)
- ✓ Atención Comunitaria (Educación para la salud en centros educativos, educación a grupos de diabéticos)
- ✓ Cirugía menor.
- ✓ Salud Bucodental (prevención de caries infantil).
- ✓ Fisioterapia.
- ✓ Gestión en la Unidad Administrativa.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

3. CONCLUSIONES AL ANÁLISIS DE SITUACIÓN

3.1 ANÁLISIS DE POBLACIÓN



- La última pirámide de población de la Región de Murcia (INE, 2004) es la de una población regresiva, propia de países desarrollados, con estimaciones al alza del Índice de Dependencia y el Índice de Sundbarg.
- La población de la Región de Murcia crece, sobre todo desde 1976, por encima de la media de crecimiento de la población española, con estimaciones de incrementos interanuales similares a los de los últimos años, al menos hasta 2.019, lo que exigirá una actuación imprescindible desde el punto de vista de infraestructuras y planificación sanitaria.
- El porcentaje de población extranjera en la Región ha aumentado del 0,77% (1.996) al 13,56% en 2006 y se prevé que en 2.014 represente un 19% de la población total; todo ello debido a :
 - Necesidad de mano de obra, sobre todo en los sectores de la construcción, agricultura y en menor medida, hostelería y servicios.
 - Inmigración procedente de Europa, sobre todo británicos y alemanes, muchos de ellos jubilados.

3.2 ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN AP

- El volumen total de consultas atendidas por los diferentes colectivos profesinales en Atención Primaria no ha variado en la mayoría de los casos entre los años 2.003 y 2.006 (se analizan solo estos años dado el cambio producido en el SIAP entre los años 2.002 y 2.003).
- Esta estabilización del volumen total de actividad registrada en el SIAP, a pesar del aumento de población atendida, según algunos sectores consultados, no coincide con la sensación que manifiestan los profesionales de aumento en las cargas de trabajo, discordancia que podría ser debida a la adaptación al nuevo sistema de registro o, mas probablemente, a los cambios habidos en los contenidos de las consultas con los aumentos de las coberturas observados en la evolución de cartera de servicios y con la progresiva extensión de la posibilidad de solicitud de exploraciones complementarias.
- La frecuentación (número de consultas por habitante y año) desciende ligeramente en las tres categorías profesionales.
- Se han incrementado el número de urgencias atendidas por los equipos de atención primaria
- El número de consultas para la matrona ha crecido un 10% anual en estos últimos tres años. Unidades de Salud Bucodental, Fisioterapia y Trabajo Social mantienen un número de consultas estable.

3.3 RECURSOS HUMANOS

- En los últimos 5 años, la plantilla de AP se ha incrementado en 128 médicos de familia, 44 pediatras y 85 enfermeros.
- La Encuesta de Satisfacción a los Profesionales de AP de 2005 identifica áreas de mejora (principales causas de insatisfacción) en la formación, promoción y desarrollo profesional, carga de trabajo y retribuciones percibidas, escasez en la participación de la gestión y falta de coordinación entre las unidades que prestan asistencia.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

- Los servicios de Atención Primaria de la Región deberán aumentar en recursos e infraestructuras para continuar mejorando su capacidad resolutive y adaptarse al crecimiento y los cambios previstos de la población.

3.4 CAPACIDAD RESOLUTIVA EN AP



- Se están llevando a cabo diferentes estrategias, en las que es preciso seguir avanzando, para mejorar la capacidad resolutive de AP, incrementando la accesibilidad de las pruebas complementarias desde los hospitales en los contratos de gestión, con el objetivo de conseguir un *catálogo mínimo de pruebas complementarias universales*
- Debe profundizarse en esta línea de trabajo para que cualquier médico de familia o pediatra de Atención Primaria pueda solicitar cualquier exploración necesaria que necesite para una atención médica de calidad.

3.5 GESTIÓN FARMACÉUTICA

- EL incremento real del gasto farmacéutico anual de la Región, rectificado según el incremento de la población, ha pasado de 11,59 en 2003 a 5,58% en 2005.
- Los indicadores del uso racional del medicamento utilizados han mejorado sus resultados regionales en estos últimos tres años, no así el gasto por población ajustada.
- La prescripción a través de OMI- AP llega al 62 % en 2006.
- Los indicadores de calidad de prescripción muestran, en general, un avance en las sucesivas evaluaciones anuales, aunque están lejos de los indicadores ideales.

3.6 SATISFACCIÓN DEL USUARIO

- De la *Encuesta de Calidad Percibida de 2005*, realizada por la Subdirección Gral. de Calidad Asistencial para la AP de la Región de Murcia, se deduce que:
 - las fortalezas son la atención de urgencias, la confianza en el personal sanitario, su profesionalidad y trato humano, el tiempo dedicado en consulta por el médico, la derivación cuando es necesaria y la solicitud de exploraciones complementarias.
 - Las debilidades o áreas de mejora prioritarias se refieren a la dificultad de los usuarios en la petición de cita, el tiempo de espera para la realización de pruebas complementarias, el tiempo de espera para entrar en consulta, el trato dispensado por el personal administrativo, el incumplimiento de la normativa sobre la prohibición de fumar y la dificultad de obtener atención a domicilio.
 - La satisfacción del usuario en general ha aumentado en 2005 respecto a la misma encuesta realizada en 2004.
- Del *Barómetro Sanitario* (encuesta de ámbito nacional realizada por el FIS) se desprende que las principales áreas de mejora (con mayor insatisfacción por parte del usuario de la sanidad pública) son la demora en la cita con el médico, la atención domiciliaria, la dificultad para conseguir cita y el tiempo de espera hasta entrar en consulta.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	



3.7 CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Tras las transferencias, las actuaciones que tienen como objetivo prioritario la mejora de la continuidad asistencial son:

- Proyecto EMCA- OMS- SMS, sobre Atención Innovadora para las Condiciones Crónicas.
- Introducción de diversos objetivos para el logro de la continuidad asistencial, en los contratos de gestión de AP y AE.
- Proyecto Gerencias Únicas, hasta ahora hecho efectivo en el Área V (Yecla), III (Lorca) y IV Noroeste (Caravaca).

3.8 CARTERA DE SERVICIOS

- Últimas evaluaciones de Cartera
 - A partir del año 2.003, se empiezan a evaluar indicadores no sólo de coberturas y de proceso, sino también de resultado.
 - En general, las coberturas del subprograma de atención a la mujer, van aumentando progresivamente; también ocurre lo mismo con el programa de atención al adulto y anciano.
- Actualización de la Cartera de Servicios:
 - Se ha llevado a cabo mediante grupos de trabajo, para conseguir una cartera basada en la evidencia científica y con el consenso de los profesionales de AP. Queda pendiente su aprobación oficial, divulgación e implementación en OMI AP.
 - La Cartera nace con intención de ser dinámica, sujeta a una "actualización continua", según la evidencia científica, las necesidades de la población y la participación de las sociedades científicas.
 - Será necesario mantener en el futuro la cartera actualizada y establecer los circuitos de participación de los profesionales tanto en la inclusión de nuevos servicios como en la participación en la definición de indicadores de calidad.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

4. PROPUESTAS PARA LA MEJORA Y MODERNIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

4.1 OFERTA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

4.1.1 CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Aprobación, Difusión E Implementación De La Nueva Cartera De Servicios

En Mayo 2006 terminaron su trabajo los grupos y el cronograma previsto de actuaciones es el siguiente:



- Segundo semestre de 2006:
 - Finalizar la revisión por el Grupo Central de Cartera.
 - Aprobación oficial de la cartera de Servicios de Atención Primaria
 - Implementación y desarrollo en “planes personales” en la historia clínica electrónica de Atención Primaria OMI- AP v.6.
 - Edición en libro y formato electrónico.
 - Presentación a las Gerencias y divulgación a los profesionales de AP.

- Durante todo el año 2007 se planificarán actividades de formación, en relación con Cartera, incluidas en el Plan Estratégico de Formación de AP.

Actualización Periódica Posterior

Para mantener actualizada la Cartera de Servicios de forma que siga siendo un instrumento útil de mejora de la calidad asistencial, un instrumento flexible que cumpla los requisitos de actualización continuada basada en la evidencia, integradora de los diferentes niveles de asistencia, coherente con las estrategias y directrices del Sistema Nacional de Salud y del Gobierno Regional, orientada hacia la AP de la Región de Murcia y manteniendo como centro de la atención sanitaria al paciente, será preciso:

- Asegurar la participación coordinada de profesionales y gestores mediante la constitución en el primer semestre de 2007 de una *Comisión Regional de Seguimiento de Cartera*, con representantes de Sociedades Científicas, Gerencias de AP y Servicios Centrales, cuyo objetivo principal será el de asesorar al Servicio

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

Murciano de Salud manteniendo actualizada la Cartera, estudiando las diferentes propuestas de incorporación o exclusión de servicios, o de cambios en sus contenidos, debido a modificaciones en la evidencia científica o en las necesidades. Los grupos de trabajo ya seleccionados serán asesores de la Comisión Central de Cartera, con un papel de “seguimiento y actualización continua” del servicio o servicios revisados.

- Establecer mecanismos de participación directa de los profesionales y de la organización para que puedan expresar su sugerencias y propuestas a la Comisión Regional
- Establecer los mecanismos rutinarios de propuestas de modificación, valoración por la comisión asesora, aprobación, elaboración e implementación.
- Introducción del modelo de gestión por procesos en las futuras revisiones de cada uno de los servicios.



Incorporación de nuevos servicios

La incorporación de nuevos servicios en la Cartera de Servicios responderá a las necesidades de la población a atender.

De especial relevancia es la incorporación de un Servicio de Atención Comunitaria, orientado a conseguir mediante el diseño de programas dirigidos a la comunidad (asociaciones, colegios, centros de mayores, guarderías...) mejorar los niveles de salud de la población e incrementar su calidad de vida y de bienestar social y a dar respuestas a las necesidades sentidas y expresadas por la propia comunidad. Con especial énfasis en el diseño de programas multidisciplinarios de atención comunitaria que permitan atender a la población escolar con necesidades sanitarias específicas (hiperactividad, diabetes, espina bífida, epilepsia, etc.) en colaboración con la Consejería de Educación y Cultura.

4.1.2 INTRODUCCION DE MODELO DE CALIDAD EUROPEO E.F.Q.M. – GESTION POR PROCESOS

Desde finales de 2004, se lleva a cabo en la Región un proyecto de rediseño y mejora continua de la atención a pacientes crónicos (Proyecto OMS - Consejería de Sanidad - SMS sobre “Atención innovadora para las condiciones crónicas), avalado y respaldado por la OMS, dentro de su iniciativa “Innovative Care for Chronic Conditions”. Este proyecto se ha centrado en la diabetes y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), en diferentes áreas de

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	



salud, con el objetivo de organizar estos procesos de forma integral e integrada, no olvidando ninguno de sus enfoques (prevención y asistencia) ni de sus actores (pacientes, comunidad, profesionales de los diferentes niveles, servicios sociales...) y desde una perspectiva integral y de calidad. Con esta experiencia se pretende no sólo redefinir la prevención, control y seguimiento de la diabetes y la EPOC en la Región, sino conseguir el aprendizaje en cuanto a metodología y cambio de modelo para la atención a problemas crónicos y el desarrollo de procesos de atención integrada como elemento de diseño de calidad a incorporar en las próximas revisiones de cartera desde la óptica de la gestión por procesos.

Así mismo, desde la Dirección General de Calidad Asistencia, Formación e Investigación se viene trabajando desde el año 2.005 en la implementación, en primera fase, del modelo EFQM en la Organización asistencial, experiencia que proseguirá, en una segunda fase con su implementación como metodología de trabajo en los procesos asistenciales y su desarrollo, ya incorporado a los Contratos de Gestión, como línea estratégica de formación.

4.1.2.1 EL MODELO EUROPEO DE EXCELENCIA EN LA GESTIÓN (E.F.Q.M.)

En nuestro medio, el referente fundamental de este concepto de Calidad Total es el Modelo Europeo de Excelencia en la Gestión, denominado modelo EFQM (European Foundation for Quality Management). Este modelo descansa en 8 principios de actuación:

1. Orientación hacia los resultados. La excelencia se define como la capacidad de las organizaciones en alcanzar unos resultados que satisfagan a todos los grupos de interés y fundamentalmente a usuarios, profesionales, financiadores y sociedad en general.
2. Orientación al cliente. Las organizaciones excelentes son capaces de crear valor sostenido para el cliente, anticipándose en la identificación de sus necesidades y expectativas y desarrollando bienes y servicios en base a ellas.
3. Liderazgo. Las organizaciones excelentes disponen de líderes con capacidad de visión, comprometidos con la organización, que definen una estrategia, que ayudan y motivan a sus colaboradores; en definitiva que traccionan del conjunto de las personas.
4. Gestión por procesos. Las empresas excelentes gestionan la organización mediante un conjunto de sistemas, procesos y datos interdependientes e interrelacionados que

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	



permite alcanzar un modelo organizativo integrado, armónico y con flexibilidad para adaptarse a las innovaciones que se puedan producir.

5. Desarrollo e implicación de las personas. El modelo EFQM pretende maximizar la contribución de los empleados al progreso de la empresa a través de su desarrollo e implicación. En esta línea promueve el desarrollo de estrategias para conseguir y mantener la capacitación de las personas, facilitar su desarrollo personal y profesional y alcanzar su implicación en la mejora continua.
6. Proceso continuo de aprendizaje, innovación y mejora. Las organizaciones excelentes aprenden y se aprovechan de su experiencia y de las de los demás, recogen y comparten conocimiento, animan la creatividad de las personas y en definitiva tienen una mentalidad abierta a la mejora y a la innovación.
7. Desarrollo de Alianzas. Las empresas vanguardistas desarrollan y mantienen alianzas con clientes y proveedores para añadir valor a sus bienes y servicios y asegurar su futuro.
8. Responsabilidad social de la organización. Las empresas excelentes fomentan el compromiso de la organización y se preocupan por el medio ambiente, contribuyendo al desarrollo y progreso de la sociedad. Además despliegan y divulgan y aplican los principios y valores de la ética empresarial, son transparentes y demuestran un gran interés en compartir las mejores práctica con otras empresas

Este modelo debe de acomodarse a los conceptos de calidad en la asistencia sanitaria en la que podemos identificar 3 pilares conceptuales que constituyen las directrices fundamentales de las políticas de calidad asistencial:

1. Una correcta indicación de los procedimientos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades en lo que se ha venido a denominar Medicina Basada en la Evidencia (hacer lo que hay que hacer).
2. Una correcta realización de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos en lo que se ha venido a denominar calidad científico-técnica (hacer bien lo que hay que hacer).
3. El respeto a la dignidad humana y a la autonomía del paciente en lo que ha venido a denominarse calidad percibida. (hacer bien lo que hay que hacer con respeto a la dignidad humana).

A estos 3 pilares que enfocan la calidad desde la perspectiva individual, sería necesario añadir, desde la visión colectiva y social de un sistema sanitario público, el reto del logro de los valores de la equidad y de la eficiencia.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	



La Consejería de Sanidad de la Región de Murcia esta activamente implicada en promover la calidad en la asistencia sanitaria. El Programa EMCA surge a raíz de la elaboración y aprobación del Plan de Salud de la Región de Murcia 1993-1996 y formalizado a través de un Convenio de colaboración suscrito entre la Consejería de Sanidad y la Universidad de Murcia. Sus principales ámbitos de actuación son la formación en calidad, el asesoramiento a organizaciones sanitarias en el enfoque y despliegue de sus políticas de calidad y la investigación en calidad y salud.

Complementariamente los Centros asistenciales han desarrollado sus Programas o Proyectos de calidad, con diversos niveles extensión y especialmente enfocados a la satisfacción del usuario, la gestión por procesos y el desarrollo de guías clínicas.

4.1.2.2 **GESTIÓN POR PROCESOS**

Una de las metodologías de mayor desarrollo en las organizaciones que están apostando más decididamente por la calidad es la Gestión por Procesos. Además de ocupar una posición nuclear en el modelo EFQM, en la actualidad constituye el reto más relevante en la organización operativa de las empresas, y una estrategia para conseguir implantar la mejora continua. Las razones que justifican la gestión por procesos las podemos sintetizar en los siguientes puntos:

1. La gestión por procesos ayuda a comprender mejor a la organización, dada la necesidad de diseñar un mapa de procesos que integra y coordina todas las actividades de la empresa, aportando coherencia y armonía.
2. Define la organización de los flujos de trabajo para producir un servicio en el que participan personas de diversas disciplinas y de diversos departamentos, aportando coordinación e integración.
3. Regula las relaciones entre los diferentes procesos y subprocesos sin dejar espacios intermedios no sujetos a diseño, revisión y mejora. De esta forma se evitan los “vacíos” asistenciales, tan frecuentes en el sector sanitario.
4. Evita la variabilidad en procesos repetitivos alcanzando la máxima eficacia.
5. Evita las ineficiencias en los procesos a través de un diseño estructurado y de una continua revisión de los mismos para alcanzar la máxima agilidad y resoluntividad.
6. Adapta los servicios a las necesidades y expectativas de los clientes.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

7. Obliga a identificar y definir indicadores para medir la eficacia, eficiencia y progreso de los procesos.
8. Incorpora la implicación de las personas y la mejora continua en la gestión de los procesos.
9. Establece la figura de responsable de proceso y equipo de proceso lo que permite incorporar una estructura operativa más flexible y horizontal en las organizaciones.

Por último, comentar la apuesta definitiva que ha realizado la Consejería de Sanidad por la incorporación del Modelo Europeo de Calidad (EFQM) en sus organizaciones, una iniciativa reconocida y reforzada en el planteamiento de las estrategias y acciones que a continuación se relatan.



4.1.2.3 **GESTIÓN CLÍNICA**

El desarrollo de una buena práctica clínica es la mejor forma de obtener una eficiente utilización de recursos. Los comportamientos clínicos tienen un efecto decisivo en la efectividad clínica y en la eficiencia. Estas dos afirmaciones constituyen las bases conceptuales sobre las que se sustenta la gestión clínica; un intento de incorporar los valores empresariales en el compromiso profesional, en el que el clínico no sólo se preocupa activamente por el cuidado del paciente y por desarrollar una medicina científica, sino que complementa estos valores con una visión empresarial de su actividad.

La Gestión Clínica representa un compromiso de descentralización del conjunto de la organización de gran calado y pretende acercar la gestión de la asistencia con la gestión de los recursos, promoviendo una descentralización del sistema sanitario y la autonomía en la organización del trabajo. Para su desarrollo, es clave el papel de los mandos intermedios y, en consonancia con lo planteado en el capítulo de profesionales, de su capacidad de traccionar del resto de las personas sobre las que tiene responsabilidad.

La progresiva incorporación de la Gestión Clínica en el sistema sanitario va a provocar grandes transformaciones en la forma de entender y gestionar la organización. Entre ellas se pueden señalar las siguientes:

1. La Asociación de aquéllos Servicios y Unidades Clínicas que comparten pacientes y que coparticipan en el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad. Estas

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

asociaciones en nuestro medio se han denominado de diferentes formas, Institutos, Unidades Funcionales o Departamentos, pero su esencia es el reconocimiento explícito de que para una correcta atención es imprescindible considerar el proceso asistencial en su integridad.



2. Esta integración se complementa con la descentralización de la capacidad de decisión, fomentando la autonomía de las Unidades en su capacidad de organizarse y de gestionar los recursos que tienen asignados.
3. Esta nueva forma de entender la organización precisa de una importante transformación en la forma de hacer y entender la función directiva. En este cambio en los estilos de dirección adquiere un especial protagonismo el responsable de la Unidad de Gestión Clínica que debe de complementar sus competencias clínicas con conocimientos y habilidades de gestión, incorporando la evaluación del desempeño y de los resultados en su actividad profesional. Este cambio también afecta de una forma destacada a los directivos que con la progresiva descentralización de la organización tienen que centrar su papel en la planificación estratégica, en facilitar el desarrollo de las Unidades Clínicas y en conciliar los intereses del conjunto de los servicios y unidades del Centro. En este nuevo papel, su éxito dependerá de su capacidad de influencia sobre las Unidades Clínicas y de su capacidad para generar los estímulos necesarios para hacer de la innovación y de la mejora continua la razón de ser de las Unidades Asistenciales.

Por último mencionar las herramientas de gestión en las que se sustenta la gestión clínica:

1. Gestión del proceso asistencial utilizando metodologías de gestión por procesos y guías clínicas.
2. El desarrollo de los sistemas de información como apoyo directo a la práctica clínica para ser más resolutivos, rápidos, seguros y eficientes.
3. La evaluación de resultados como una forma de documentar los logros alcanzados.
4. La autoevaluación como impulso a la mejora continuada.

El cambio hacia el modelo europeo de calidad total en Atención Primaria de Salud debe venir de la introducción combinada y decidida, fundamentalmente de las siguientes herramientas:

- El Modelo Europeo de Calidad Total EFQM

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

- La gestión por procesos en las futuras redefiniciones e incorporaciones de servicios asistenciales a la Cartera que deberán desarrollarse conjuntamente por los diferentes niveles asistenciales.
- El enfoque de la Cartera de Servicios como herramienta de diseño, monitorización y evaluación de calidad
- El enfoque de la Evaluación Continua de actividad como elemento fundamental de Mejora Continua de la Calidad Asistencial en base a resultados.
- El establecimiento de un sistema de propuesta, valoración y aprobación de iniciativas innovadoras de gestión clínica que aporten valor añadido a la atención sanitaria y permitan extender la gestión a Centros y profesionales y aprovechar las iniciativas, las ideas y el conocimiento de los profesionales en beneficio de los ciudadanos.



4.1.3 REDEFINICIÓN DEL TRABAJO ENFERMERO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Tras 20 años de implantación del actual modelo de Atención Primaria de Salud y en la actual fase de análisis y redefinición del modelo es necesario establecer líneas de mejora en la prestación de servicios de prevención, promoción, cuidados y atención que se deben ofrecer desde el primer nivel de atención del Sistema Sanitario, y plantear la necesidad de remodelación del trabajo de los profesionales de Enfermería, dentro de los Equipos de Atención Primaria, para un mayor y mejor rendimiento profesional y para una mejor atención a la salud de la población.

Las líneas de trabajo propuestas en el Plan de Mejora de Atención Primaria incluyen:

4.1.3.1 CONSULTA DE ENFERMERÍA A DEMANDA

Desde la implantación en 1984, de la reforma de la A.P., los logros conseguidos por la Consulta de Enfermería parecen indiscutibles. Las actividades que realizan las enfermeras en los Centros de Salud tienen poco que ver con las que realizaban antes de la reforma, esto supone satisfacción para los usuarios y para los profesionales. Pero con el paso de los años, es necesario retomar el planteamiento de estas consultas que funcionan casi con exclusividad en la atención a crónicos y por tanto de manera programada.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

Partimos de la base de que un sistema sanitario de calidad, y en virtud de las necesidades sociales actuales, necesita de un servicio abierto que ofrezca a la población no solo una consulta médica a demanda, sino una organización en la que todos los profesionales, en base a su capacitación profesional y dentro de su campo de competencias profesionales puedan atender directamente dichas necesidades.

La consulta de enfermería a demanda permite, una gestión compartida de la demanda asistencial entre médicos y enfermeras en Atención Primaria, articulando los mecanismos necesarios para informar y dirigir al usuario al profesional que le podrá atender mejor y dar respuesta directamente a sus problemas, amplía la oferta de servicios desde atención primaria introduciendo, entre otras, la posibilidad de consultas sobre cuidados y mejora la capacidad de respuesta del sistema público en la consulta individualizada sobre hábitos de vida saludables y por lo tanto orientada como punto de contacto no solo de los enfermos, sino también de la población sana



Esto supondría un reparto de trabajo, abordando cada cual lo que le compete en base a su cualificación profesional, ayudando además a desbloquear el acceso de las consultas médicas, y ofreciendo a la población unos servicios más rápidos y adecuados a las características de la sociedad actual.

Entendemos por Consulta de Enfermería a Demanda aquella que realiza cada enfermero con "*su población*", sin previa programación, porque el usuario acude o solicita ser visto en el día por aspectos que competen a enfermería y que se pueden realizar en tiempo corto.

El objetivo general de la consulta de enfermería sería, mejorar la atención a la población aumentando la accesibilidad a los servicios de enfermería, evitando el recorrido médico-enfermera para problemas de atención que son responsabilidad de la enfermera resolver y abriendo así, otra puerta de entrada al sistema que mejore la accesibilidad al mismo.

Implementar la consulta a demanda de enfermería requiere:

- Asignar población a cada enfermero/a. De manera que cada paciente tenga un enfermero referente.
- Crear una agenda abierta de consulta enfermera a demanda
- Reajustar la organización del trabajo

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

- Informar a la población de que puede pedir cita con su enfermera difundiendo entre los ciudadanos las posibilidades de esta consulta y los mecanismos para pedir cita

4.1.3.2 ATENCIÓN A LA COMUNIDAD



Es conocido y ampliamente admitido que los hábitos y estilos de vida, los comportamientos, o los factores medioambientales condicionan la morbi-mortalidad de la población. Cambiarlos hacia hábitos y estilos de vida más saludables no es tarea fácil, pero los datos indican que el abordaje comunitario mediante acciones intersectoriales en las que se implique la sociedad, el sector educativo, el sector empresarial y laboral y el sistema sanitario, aporta un valor añadido y es más eficaz para mejorarlos.

La atención comunitaria debe constituir una parte fundamental del trabajo enfermero en Atención Primaria, puesto que aunque es una forma de actuación multidisciplinar, pivota fundamentalmente en torno a enfermería.

Esta modalidad de atención está orientada a conseguir mediante el diseño de programas dirigidos a la comunidad (asociaciones, colegios, centros de mayores, guarderías...) mejorar los niveles de salud de la población e incrementar su calidad de vida y de bienestar social y a dar respuestas a las necesidades sentidas y expresadas por la propia comunidad.

Son programas orientados a potenciar las capacidades de personas y grupos para abordar con mayor eficacia sus problemas y necesidades, buscando por lo tanto el autocuidado y la corresponsabilidad, quedando recogidos en programas dentro de la Cartera de Servicios, y siendo una parte fundamental del trabajo de enfermería como principal responsable de la gestión de los mismos.

La propuesta dentro del Plan de Mejora de Atención Primaria se concreta en el diseño de un nuevo servicio o grupo de servicios interdisciplinar dentro de la Cartera de Atención Primaria y, por lo tanto, incluido en Contrato de Gestión, que aborde desde una óptica integradora e integrada con el resto de actividades del Equipo de Atención Primaria, desde una óptica grupal y/o comunitaria los problemas y las demandas sanitarias de la zona de salud

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

4.1.3.3 ATENCIÓN DOMICILIARIA Y FUERA DEL CENTRO



La atención en el domicilio ha sido una de las funciones más desarrolladas por el modelo de trabajo de enfermería en Atención Primaria, pero hoy en día, en el marco de una sociedad cambiante, exige una reorientación en la organización de los programas y servicios que la sustentan para dar una respuesta más adecuada a las nuevas necesidades:

- Una población cada vez más envejecida y por tanto con mayores necesidades de cuidados
- La tendencia a la saturación de los hospitales y el aumento progresivo en las necesidades de camas hospitalarias
- Las necesidades de atención y cuidados domiciliarios en las nuevas modalidades de asistencia hospitalaria ambulatoria (cirugía mayor ambulatoria, etc.).
- Unas estructuras familiares cambiantes, una mayor dispersión geográfica de los miembros de la familia que, junto con la mayor longevidad, introducen nuevos elementos en torno a la figura del cuidador familiar
- Demandas desde otros ámbitos sociales o corporativos (colegios, ...) de atención individualizada

Hay una necesidad tanto de cuidados sanitarios como de necesidades sociales que deben solucionarse en conjunto.

La propuesta en el Plan de Mejora de Atención Primaria consiste en potenciar la actuación de enfermería fuera del Centro de Salud, en estrecha relación con el resto de profesionales del Equipo de Atención Primaria y con otros organismos e instituciones, definida en algunos ámbitos como **"enfermera comunitaria de enlace"**, asumiendo el papel que le corresponde en la "gestión de casos", mediante la valoración/afrentamiento de forma individual y personalizada para cada caso que permita gestionar la mejor solución posible junto a otros profesionales u organizaciones y coordinando los recursos disponibles y encargada de coordinar y asegurar la continuidad de cuidados.

El fin último, es establecer el plan de cuidados de la persona dependiente y coordinar todos los recursos sanitarios y sociales posibles, partiendo de los más cercanos de la comunidad a los más alejados.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

4.1.3.4 METODOLOGÍA DEL TRABAJO ENFERMERO- PLANES DE CUIDADOS



La realidad de la enfermería en el ámbito de APS, exige establecer una **sistemática de trabajo** común para todos los profesionales que permita proporcionar cuidados de calidad, utilizando un mismo lenguaje para desarrollar la consecución de los objetivos de la APS en la promoción y fomento de la salud y prevención de la enfermedad.

De la implantación de esta sistemática de trabajo, va a depender la puesta en marcha en la praxis diaria de la **Metodología de Trabajo Enfermero**, como herramienta básica para el desarrollo y prestación de cuidados y como método de trabajo que permite:

- Establecer unos criterios y prácticas comunes en la valoración, tanto general como focalizada
- Realizar la valoración según los once patrones funcionales de Marjory Gordon, método que mejor se adapta a los distintos pacientes, familias, grupos poblacionales y situaciones que se presentan en APS. Y que permite valorar a las personas en el continuo proceso salud-enfermedad, teniendo en cuenta el entorno biopsicosocial.
- Identificar los Diagnósticos de Enfermería según la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), más frecuentemente utilizados en Atención Primaria, clasificándoles por patrones funcionales alterados
- Definir por cada diagnóstico las intervenciones de enfermería mas frecuentes
- Aplicación del método tanto en la Historia clínica convencional como en la historia clínica electrónica.
- Elaborar planes de cuidados estandarizados para los distintos grupos poblacionales y pacientes crónicos atendidos habitualmente en APS
- Conocer los costes de los cuidados
- Investigar sobre cualquier aspecto de los cuidados enfermeros contribuyendo a potenciar el desarrollo de la enfermería basada en la evidencia

4.1.3.5 PRESCRIPCIÓN ENFERMERA

Con objeto de mejorar la calidad de la atención a los ciudadanos la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia apoyará, en el seno del Consejo Interterritorial, la regulación de la utilización directa por enfermería de un catálogo de productos sanitarios tal y como prevé la ley 29/2006 de garantía y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

4.1.4 INTEGRACIÓN DEL PLAN DE SALUD MENTAL, DEL PLAN REGIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS Y DE LA ASISTENCIA SOCIOSANITARIA.

Desde Atención Primaria se viene prestando específicamente asistencia en estos aspectos de forma protocolizada a través de los Servicios de detección de problemas en el anciano, atención a pacientes inmovilizados y atención a pacientes terminales.



Los servicios están siendo revisados y adaptados a los correspondientes Planes Regionales, dentro del proyecto global de revisión de Cartera de Servicios.

4.1.4.1 CUIDADOS PALIATIVOS

Por otra parte se elabora un protocolo para el desarrollo e implementación del “Plan Integral de Cuidados Paliativos” en el SMS dirigido a prestar asistencia a pacientes oncológicos y no oncológicos, que basado en la creación e incorporación de una red específica de profesionales que actúan como soporte y apoyo para el resto de los profesionales que ya desempeñan su labor dentro del sistema sanitario, asume solo la atención directa de los pacientes que estos derivan por su alto grado de complejidad.

Dicha creación se sustenta en dos pilares, por un lado validar y respetar cada una de las intervenciones que ya se están haciendo desde los distintos dispositivos que configuran el SMS, “reconociendo” su labor previa y aceptando su previsible crecimiento y participación. En este sentido se destaca la importancia y contribución históricas de la cartera de servicios de Atención Primaria, que incluye la atención a pacientes terminales, crónicos e inmovilizados a domicilio, la colaboración y soporte de la Asociación Española contra el Cáncer, la incorporación de un ESAD (Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria) en la Gerencia de Cartagena, así como la contribución aislada de los profesionales sanitarios y no sanitarios en todo el ámbito del SMS.

Y, por otro lado, incorporar “recursos específicos de alta resolutivez”, cuya función se base en el soporte y formación para el resto de los profesionales, de manera que se potencie tanto la relación de interconsulta (telefónica y/o presencial) como las intervenciones conjuntas puntuales y/o periódicas, proponiendo la derivación solo en casos de alta complejidad y a la demanda siempre de los profesionales.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

La propuesta de composición y distribución de dichos equipos se detalla a continuación:



- Áreas I: Creación de un ESAD, compuesto por 5 Médicos, 5 Enfermeras y Auxiliares de clínica.
- Área II: Ampliación del ESAD que actualmente existe (formado por 1 Auxiliar, 2 Médicos y 2 Enfermeras) en 1 Médico y 1 Enfermera para constituir finalmente un equipo integrado por 3 Médicos, 3 Enfermeras y 2 Auxiliar de clínica.
- Área III: Creación de un ESAD compuesto por 2 Médicos, 2 enfermeras y 1 Auxiliar de clínica.
- Área IV: Creación de un ESAD compuesto por 1 Médico, 1 Enfermera y 1 Auxiliar de clínica.
- Área V: Creación de 1 ESAD/ESAH compuesto por 1 Médico, 1 Enfermera y 1 Auxiliar de clínica.
- Área VI: Creación de un ESAD compuesto por 2 Médicos, 2 Enfermeras y 1 Auxiliar de clínica.

Las estrategias de implementación de estos dispositivos, la interrelación con los dispositivos de atención primaria y especializada, el papel, en lo que a atención primaria se refiere del Equipo de Atención Primaria y de su cartera de servicios, los programas de formación específicos, etc. están incluidos en el Plan Integral de Cuidados Paliativos y en el Protocolo de Implementación del Plan Regional de Cuidados Paliativos en el Servicio Murciano de Salud.

4.1.4.2 PLAN DE SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

El Plan de Salud Mental, en su apartado de análisis de situación, concluye que existe cierto grado de desconocimiento mutuo y que aún no hay un modelo claro de integración AP/SM, existiendo muchas iniciativas en este sentido, pero sin estar contempladas en una estrategia institucional, a saber: contactos telefónicos entre profesionales, reuniones formativas por iniciativa de los propios profesionales o de agentes externos a la organización sanitaria, y sobre todo, comunicaciones a través de los informes de derivación o alta.

A partir de este análisis de situación y de la línea estratégica mencionada, se proponen dos líneas de trabajo, que se complementan:



	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

- Avanzar en el mejor conocimiento mutuo, mediante la potenciación de :
 - La rotación voluntaria de los residentes de psiquiatría por el Centro de Salud.
 - La rotación de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en los dispositivos asistenciales de la red de Salud Mental (3 meses de rotación según el programa de formación para MF y C).
 - La rotación de tutores de residentes de MF y C a los centros de Salud Mental.
 - Potenciar la rotación de tutores de psiquiatría a sus centros de salud de referencia.

- Avanzar en el modelo de cooperación AP/ SM:
 - *Cooperación y asesoramiento en la gestión*, mediante:
 - La creación por parte de la DGAS de una Comisión Mixta AP/ SM, cuyo objetivo básico, a partir de la identificación de áreas de mejora en las relaciones entre AP y SM, será la promoción de iniciativas y el asesoramiento en temas compartidos entre AP y SM.
 - La participación conjunta en la elaboración de documentos que marcan líneas generales institucionales comunes entre AP y SM

 - *Cooperación en la atención sanitaria de procesos que precisen de la AP y de SM:*
 - Elaboración de protocolos conjuntos.
 - Cooperación de SM en la Cartera de Servicios de AP, en relación con las indicaciones de derivación en determinados servicios.
 - Atención de procesos de SM en la Cartera de AP: tabaco, alcohol...

 - *Cooperación mutua en la formación*, mediante:
 - Rotaciones de residentes y tutores de ambas especialidades.
 - La potenciación de otros foros comunes para la formación y comunicación entre AP/SM (p- ej.: la formación que se imparte desde la Escuela Nacional de Sanidad en relación a la violencia de género -de la que somos parcialmente responsables en su difusión-, reúne a profesionales de AP, AE y SM, se va a dar un curso sobre

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	



gestión de procesos con participación de profesionales de AP y SM...).

- La inclusión de docentes de SM para cursos de formación para residentes de AP y cursos de formación continuada.

4.1.4.3 **ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPACIO SOCIOSANITARIO**

Por último, comentar el necesario e imprescindible avance en la coordinación sociosanitaria; esta afecta a un pequeño porcentaje de pacientes del sistema sanitario pero para problemas de gran relevancia e intensidad. Estos problemas tienen graves consecuencias en la vida cotidiana de los ciudadanos y son generadores de una gran insatisfacción para los profesionales sanitarios y de un uso inadecuado de los recursos del sistema. Son necesarias políticas, en el ámbito corporativo e institucional, para conseguir un desarrollo mas armónico del denominado espacio sociosanitario. Pero a la vez hay que actuar sobre el nivel operativo consiguiendo que los profesionales sociales y sanitarios mejoren su comunicación y coordinen sus recursos. En estos pacientes el trabajo histórico desde los servicios de cartera de valoración del anciano, atención a pacientes inmovilizados y atención a pacientes terminales (en fase de revisión), la aportación del Plan Integral de Cuidados Paliativos y el papel propuesto en este Programa Sectorial de Mejora de Atención Primaria de la enfermera de enlace y del programa de actividades comunitarias puede ser especialmente interesante.

Las actuaciones definitivas en el entorno de Atención Primaria de Salud responderán al papel especificado y reservado en el Plan Regional del entorno sociosanitario, en fase de elaboración.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

4.2 ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL



Para el desarrollo de esta área de actuación, se pondrán en marcha las siguientes líneas de actuación en los siguientes ámbitos:

4.2.1 CITA MULTICANAL PARA ATENCIÓN PRIMARIA

Uno de los principales problemas detectados en las Encuestas de Satisfacción de Usuarios orientadas a Atención Primaria es la dificultad de los pacientes en contactar con el Centro de Salud para solicitar cita con su médico de familia o pediatra, dificultad que es considerablemente mayor en las primeras horas de la mañana, dado que a esas horas es cuando se acumulan la mayor parte de las llamadas telefónicas.

Para mejorar la accesibilidad de los ciudadanos a la cita previa en Atención Primaria, el Servicio Murciano de Salud desarrollará e implementará, con ámbito regional, otros mecanismos alternativos de solicitud de cita mediante el establecimiento de la llamada "cita multicanal".

- En la actualidad los pacientes pueden acceder a la cita con su médico de cabecera o pediatra mediante:
 - Llamada telefónica al Centro de Salud
 - El desplazamiento hasta la Unidad Administrativa del Propio Centro de Salud
- En el periodo de implantación del Plan, se potenciarán, hasta extenderlas a toda la Región, otras tres posible vías alternativas, a elegir por el paciente, de acceso a la cita con el médico de familia o el pediatra:
 - **Cita a través de Internet.** La posibilidad de solicitar cita a través de Internet permite al ciudadano, que dispone de conexión a Internet o desde centros públicos o privados que ofrecen ese servicio, solicitar cita desde su propio domicilio y durante las 24 horas del día los 365 días del año, independientemente del horario de apertura del Centro de Salud. El proyecto de Cita-Web pilotado en las dos zonas de salud de Molina de Segura, en torno al proyecto ciudades digitales-Molina Digital y en colaboración con el



	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

Ayuntamiento de Molina de Segura y la Fundación Integra, se ha ido extendiendo progresivamente a diversas zonas de salud de la Región.

- **Centro Regional de Cita Telefónica:** Cita a través de una Central Telefónica Regional de Citación en Atención Primaria. El Centro Regional, ya instaurada, permite al ciudadano pedir cita desde su domicilio en un teléfono único regional, como alternativa a la llamada a su Centro de Salud si así lo prefiere o si la centralita del Centro está saturada.
 - Las centrales de cita están basadas en la teoría de gestión de colas de Eldhar, que permiten agrupar el suficiente número de operadores en las horas y días puntas de citación manteniendo un número de efectivos suficiente para evitar pérdidas de llamadas, mejorando la eficiencia del sistema
 - La Central de Citas del Servicio Murciano de Salud (Cecit) irá extendiendo su cobertura a todas las zonas de salud de la Región progresivamente, con objeto de ir redimensionando el dispositivo de forma acorde al volumen de llamadas recibido, estando prevista la extensión a todas las zonas de salud antes de finalizar el año 2007
- **Cita mediante SMS en telefonía móvil.** Es un nuevo proyecto que permitirá a los ciudadanos que disponen de teléfono móvil pedir cita a través de un mensaje SMS, recibiendo la confirmación de la cita mediante otro mensaje S.M.S.
 - Se iniciará el pilotaje en el año 2007
- Cualquiera de los sistemas de cita usen y seguirán usando las agendas de cita electrónica de los Centros de Salud Informatizados respetando la configuración y modificaciones de las mismas compartiendo huecos libres de agenda entre sí.

4.2.2 MEJORAS EN LA CAPACIDAD RESOLUTIVA Y EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA Y PEDIÁTRICA EN CONSULTA

Dentro de las medidas de este Plan de Mejora de Atención Primaria, desarrolladas en otros apartados del mismo, las que puede suponer un mayor impacto en la mejora de la capacidad resolutoria de médicos de familia y pediatras de Atención Primaria serán:



	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

- La creación de nuevas plazas de medicina de familia y pediatría, utilizando como criterio el ajuste a un máximo de 1.500 tarjetas por médico de familia y de 1.000 en pediatría de ratio por punto asistencial, con la consiguiente actualización periódica de necesidades en función de las variaciones de tarjeta sanitaria.
- La disminución de cargas burocráticas de las consultas de medicina de familia y pediatría que deben conllevar las siguientes medidas previstas en el Plan:
 - Informatización de consultas
 - Integración de aplicativos de primaria y especializada (especialmente laboratorio)
 - Receta electrónica y multiprescripción
 - Potenciación de las Unidades administrativas y definición de las funciones a desarrollar.
- Gestión de pacientes compartida con enfermería
- Mejora de la resolutiveidad en Atención Primaria
 - Ampliación progresiva del catálogo mínimo de exploraciones diagnósticas hasta que todas las exploraciones disponibles en el área sean accesibles a médicos y pediatras de Atención Primaria.
 - Catalogar las pruebas y exploraciones complementarias y circuitos de petición de las mismas para cada zona de salud, para facilitar el acceso y la difusión a los profesionales de los Centros.
- Introducción de la gestión por procesos y redefinición de los indicadores de Cartera de Servicios como criterios de calidad de accesibilidad, proceso y resultados que faciliten la orientación del proceso de atención a una mejora continua de la calidad

4.2.3 GESTIÓN DE AGENDAS – AGENDAS DE CALIDAD

Progresivamente y de forma participada y consensuada con cada profesional, auténtico gestor de su agenda de trabajo se irá estableciendo un sistema de gestión de agendas basado en el concepto “Agendas de calidad”.



Las consultas de Atención Primaria con o sin demora, con o sin espera, son el resultado del equilibrio de, al menos, la configuración de las agendas de consulta, la formación del profesional, el estilo de práctica clínica, la interacción con el paciente (comunicación), el estado de salud de los pacientes, la estructura demográfica de la población atendida, conceptos, hábitos y actitudes en torno a binomio salud-enfermedad,

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

cuestiones organizativas como accesibilidad, gestión de las prestaciones no sanitarias, distribución y organización de las diferentes prestaciones y tareas entre las áreas administrativa, de enfermería y médica, tamaño del cupo, saturación de agenda y la desviación no reglada o evitable desde otros ámbitos de la asistencia sanitaria o desde otros ámbitos del entorno social.

El instrumento organizativo mas adecuado, de entre los descritos hasta la fecha, para esta necesidad es el agrupado bajo la denominación "Agendas de Calidad", cuyos elementos básicos incluyen:

- o Sustituir la clásica división de la agenda en consultas programadas y a demanda a tiempo fijo, por la asignación de un tiempo personalizado de consulta en función del proceso por el que acude el paciente y la necesidad de tiempo de dedicación por el facultativo, aplicando el principio de que tenemos un paciente, o un proceso, que puede requerir 5, 10, 15 o 20 minutos.
- o Equiparar el tiempo total de agenda diario a la duración real o habitual de la consulta
- o Reducir al máximo la variabilidad de la duración de la consulta, por parte del paciente, por medio de: citación múltiple, tiempos colchón en las agendas de médicos y enfermeras para resolver problemas imprevistos (posibles urgencias, demoras, etc..)
- o Centralización de las agendas en los aplicativos informáticos, por la flexibilidad que estos permiten en la confección de las mismas.
- o Organizar la atención de los pacientes que acuden sin cita.
- o Adaptación de las agendas a los días de la semana, y a las épocas del año.
- o Citar con antelación todo lo concertable.
- o Distinguir entre las peticiones de cita, ya que no es posible cuando la petición se produce en la unidad administrativa de forma espontánea por el paciente, entre la cita solicitada para el día y la solicitada con antelación, estableciendo mecanismos de gestión de la agenda, de fácil comprensión y manejo por el personal de las Unidades Administrativas, de manera que en caso de saturación se puedan resolver en el día las peticiones de cita no demorables.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

4.2.4 DESARROLLO DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN ESPECÍFICO PARA DETECTAR OPORTUNIDADES DE MEJORA EN DEMORAS EN ATENCIÓN PRIMARIA



Desde la DGAS se diseñará un sistema de evaluación rutinaria de análisis de demoras en Atención Primaria, así como el diseño de mecanismos de corrección bajo el prisma de evaluación y mejora, que posibilite explicitar para cada una de las agendas con demora la identificación de causas y la propuesta de medidas correctoras, considerando como consulta sin demora la existencia de huecos de cita disponibles antes del primer día laborable posterior a la petición de cita.

4.2.5 CITACIÓN PRIMARIA-ESPECIALIZADA

Las Unidades Administrativas de Atención Primaria asumen desde la puesta en marcha del Programa Mostrador de Insalud la citación de las derivaciones de Atención Primaria a Consultas externas del Hospital. El proceso, desarrollado e implementado de una forma posibilista en función de los recursos y medios disponibles en su momento necesita una revisión profunda y una actualización tanto normativa como conceptual y metodológica.

La Dirección General de Asistencia Sanitaria y la Dirección General de Régimen Económico y Prestaciones han elaborado el rediseño funcional del proceso de citación primaria especializada acompañado del análisis y desarrollo de un nuevo programa informático que permite la cita en consultas del hospital desde Atención Primaria bajo las siguientes premisas:

- Todas las agendas de primeras consultas del Hospital estarán abiertas a la cita desde Atención Primaria.
- Todas las agendas de cada especialidad estarán accesibles a todos los Centros de Salud y puntos de citación de Atención Primaria dependientes de ese Hospital
- Los pacientes y el médico de cabecera podrán elegir cual de los diferentes especialistas de una misma especialidad atiende al paciente.
- En caso de no existir preferencia por ninguno de ellos, la Unidad Administrativa del Centro de Salud procederá a citar en el primer hueco disponible de entre todas las agendas de esa especialidad, que el sistema ofrecerá por defecto.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

- Las agendas electrónicas sobre las que citarán Los Centros de Atención Primaria serán las del propio Hospital, siendo responsabilidad del mismo la reprogramación de pacientes.

Este nuevo mecanismo de citación con Atención Especializada, implantado como fase piloto en los Centros de Salud dependientes de los Hospitales Comarcal del Noroeste y ya extendido a los Centros dependientes de los hospitales Virgen del Castillo, Santa María del Rosell, Rafael Méndez y Reina Sofía se extenderá al resto de los hospitales informatizados con el aplicativo corporativo Selene antes de que finalice el año 2007 y, en la medida en que las agendas de los diferentes hospitales se vayan adecuando se irá ampliando a la citación de exploraciones complementarias solicitadas desde Atención Primaria.



Este desarrollo se complementa con el reconocimiento a la segunda opinión, que hace la legislación estatal, y su desarrollo en el marco competencial de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Así mismo la Dirección General de Asistencia Sanitaria dictará instrucciones sobre la definición del concepto interconsulta y derivación a Atención Especializada con objeto de regular las diferentes modalidades de derivación, evitando trámites burocráticos innecesarios para pacientes y profesionales.

4.2.6 SERVICIO GESTORÍA. UNIDADES DE ATENCIÓN AL CIUDADANO.

Las Unidades Administrativas de los Centros de Salud vienen prestando directamente a los ciudadanos el servicio de cita en consultas de Atención Primaria y, desde la Implantación del programa mostrador por Insalud, una serie de servicios directos a los ciudadanos para facilitar la accesibilidad (tramitación de productos ortopédicos, de expedientes de reembolsos de gasto, de tarjeta sanitaria, de quejas y reclamaciones, de visado de inspección, facturación a terceros, citación primaria especializada, etc.)

A estas se han ido añadiendo de forma menos reglada otro tipo de servicios directos que tienen que ver con la propia actividad del Centro de Salud y con la implementación de la historia clínica electrónica.



	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

La evolución de esta prestación de servicios, la consideración de unidades que prestan servicios tanto al paciente (cliente externo), como a los profesionales y a la propia organización (cliente interno) y entendiendo que los Centros de Salud son “la oficina de atención al usuario” mas cercana al paciente, hace necesario revisar esta prestación, bajo el prisma de Cartera de Servicios (en este caso no asistenciales) y contemplar las Unidades Administrativas de Atención Primaria como auténticas Unidades de Atención al Usuario facilitándoles los recursos y competencias necesarios para acercar la administración sanitaria al ciudadano y mejorar las dinámicas y procedimientos internos de Atención Primaria en las prestaciones no asistenciales.

Desde la Dirección General de Asistencia se convocará un grupo de trabajo que redefina este conjunto de prestaciones como cartera de servicios de las Unidades Administrativas de Atención Primaria, incluyendo nuevos contenidos y determinado criterios de calidad en accesibilidad, proceso y resultados que permitan evaluar el funcionamiento de este servicio e identificar las futuras oportunidades de mejora.

Esta propuesta de mejora se acompaña, necesariamente, de:

- La creación de la figura de jefe de Equipo de Unidad Administrativa en todas las zonas de salud de la Región.
- La actualización de las plantillas de las Unidades Administrativas.
- La redefinición de su papel frente a:
 - El paciente
 - El profesional y la organización

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

4.3 RESOLUTIVIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL



La continuidad asistencial ha sido un tema pendiente desde que la reforma del Sistema Sanitario Español estableciera la artificial separación entre Atención Primaria y Atención Especializada. Si bien este ha sido, probablemente, un factor decisivo para el desarrollo del actual modelo de Atención Primaria de Salud, esta separación, que a priori pudiera parecer simplemente administrativa, se ha convertido con el transcurrir del tiempo en un obstáculo para la continuidad asistencial de los procesos y en una dificultad para la comunicación y trabajo conjunto entre los profesionales.

Existen numerosos trabajos que avalan los beneficios de promover políticas para mejorar la cooperación entre los dos niveles asistenciales; unos beneficios que pueden ser sintetizados en tres puntos:

1. Continuidad de cuidados a lo largo del proceso asistencial.
2. Mejora de la accesibilidad y resolutivead del sistema al asumir una organización basada en los procesos en los que se acuerdan los criterios de derivación de pacientes con un planteamiento diagnóstico más estructurado.
3. Reducción de demanda de servicios al establecer acuerdos asistenciales que conducen a una mejora de la resolutivead de la atención primaria y un mejor acceso al asesoramiento por el especialista.

Como consecuencia de estos beneficios existen publicaciones que evidencian una mejora de la satisfacción de los pacientes, de la satisfacción de los profesionales y de la eficiencia del sistema. Algunos estudios demuestran además una mejoría parcial de los resultados clínicos, especialmente en las enfermedades crónicas.

Garantizar la continuidad de la asistencia y racionalizar el proceso asistencial es ante todo un problema de gestión clínica, ya que implica establecer consensos técnicos, impulsar planes de mejora conjuntos, y en última instancia, fomentar la intercomunicación entre profesionales de los diferentes niveles de asistencia para la gestión más adecuada de cada caso. La elaboración consensuada entre niveles de guías de práctica clínica que recojan elementos fundamentales para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades, el consenso de criterios de derivación y alta, y la documentación mínima que ha de acompañarse en ambas direcciones, son buen ejemplo de ello.



	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

La agilidad en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades es una de las principales áreas de mejora del sistema sanitario español. El objetivo de esta línea de orientación estratégica sería desarrollar un modelo asistencial más ágil y rápido en donde las facilidades para diagnosticar y tratar las enfermedades sean mayores y donde cada uno de los subprocesos asistenciales en torno a un problema de salud se realice en el nivel mas adecuado a las necesidades en resultados de salud del paciente; en resumen lograr un tránsito rápido de los pacientes por el sistema, evitando actuaciones innecesarias y tiempos muertos prolongados entre unas actuaciones y otras.

En el ámbito de la Atención Primaria el incremento de la resolutiveidad se ha centrado en el incremento en la accesibilidad a pruebas diagnósticas, así como en el desarrollo de la cirugía menor en los Centros de Salud.

La mejora de la resolutiveidad también se está aplicando a la derivación y contra derivación de pacientes entre los dos niveles asistenciales. Existen experiencias que están sustituyendo la solicitud de consultas desde la Atención Primaria a la Especializada por la incorporación de la figura de especialista consultor, un especialista que se desplaza al Centro de Salud y atiende con el médico de familia al paciente. Esta innovación asistencial representa un modelo operativo que propicia la comunicación entre niveles, la continuidad asistencial y la formación continuada. También se ha señalado la posibilidad de la interconsulta basada en problemas, de manera que es el problema el que se interconsulta, sin necesidad de remitir al paciente.

Por ultimo, comentar otra iniciativa relacionada con la mejora de la resolutiveidad como es el desarrollo de vías rápidas, especialmente utilizadas para pacientes oncológicos en el ámbito hospitalario. De nuevo se aplican metodologías de priorización y de gestión de procesos para conseguir un acceso muy rápido a las pruebas diagnósticas y al inicio al tratamiento para pacientes con problemas relevantes y en los que un retraso en el inicio del tratamiento puede reducir o limitar sus posibilidades de recuperación. La necesidad de dar un tratamiento preferencial a este tipo de enfermedades es una necesidad asistencial y una exigencia social inaplazable.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

4.3.1 ACCESO A PRUEBAS DIAGNÓSTICAS



La capacidad resolutoria de Atención Primaria puede mejorar facilitando a los médicos de Atención Primaria el acceso a las pruebas diagnósticas que necesitan para iniciar y completar el proceso diagnóstico en sus pacientes ante nuevos problemas de salud y el seguimiento de aquellos problemas de salud ya establecidos que pueden ser controlados desde Atención Primaria.

Desde el Servicio Murciano de Salud se viene impulsando a través de los contratos de gestión anuales un programa de acceso ampliado a pruebas diagnósticas en Atención Primaria, bajo la estrategia de establecer un catálogo mínimo, que progresivamente se ha ido ampliando, y un catálogo complementario que incluía el resto de los procedimientos diagnósticos disponibles a negociar en cada Área.

Se han sustituido en los Contratos de Gestión los pactos en número de pruebas y la necesidad previa de un protocolo para determinadas pruebas diagnósticas por la gestión conjunta de listas de espera y por el análisis periódico de la utilización de las pruebas diagnósticas desde Atención Primaria, de forma conjunta (Atención Primaria y Atención Especializada), y la protocolización posterior en caso de objetivar desviaciones o un uso poco adecuado de las mismas.

Así, en la actualidad, la mayoría de los profesionales de Atención Primaria disponen de un amplio catálogo de pruebas complementarias, que de acuerdo con los indicadores de utilización y los diferentes estudios de calidad en la indicación disponibles Atención Primaria utiliza con moderación y adecuación a las indicaciones.

Durante el desarrollo del presente Plan el Servicio Murciano de Salud seguirá profundizando en las estrategias de Acceso Ampliado a Pruebas Diagnósticas desde Atención Primaria hasta alcanzar el objetivo de que el 100% de las pruebas requeridas por Atención Primaria para el diagnóstico y/o el seguimiento de los pacientes estén disponibles.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

4.3.2 ESPACIOS ESTABLES DE COMUNICACIÓN Y TELECONSULTA



Hasta ahora la comunicación en el ámbito clínico entre niveles asistenciales, dejando aparte experiencias puntuales, se ha basado fundamentalmente en la utilización del volante de interconsulta trasladado por el propio paciente.

Sin obviar la necesidad de derivación de los pacientes, para ser atendidos en una consulta de atención especializada, y sin restar importancia al volante de interconsulta como contenedor de la información clínica que necesariamente tiene que acompañar al paciente, en la medida en que avance el desarrollo e implantación de las nuevas tecnologías se abre el camino a otras formas de comunicación donde el intercambio de información clínica, la consulta y la resolución de dudas pueda plantearse y resolverse, por otros mecanismo que permiten, en determinados casos, remitir el problema sin remitir al paciente y que se pretenden implantar progresivamente:

- La historia clínica compartida (conjunto de datos básicos comunes del paciente) permitirá disponer en cada nivel asistencial de la información clínica más relevante del paciente, cuando esta sea necesaria.
- Teleconsulta. La telemedicina y la teleenfermería permitirán trasladar la información suficiente (incluida imagen) evitando el desplazamiento de los pacientes.
- Los llamados espacios estables de comunicación mejoran las posibilidades de contacto directo entre profesionales para la resolución de dudas y casos clínicos.

4.3.3 GESTIÓN POR PROCESOS – VÍAS CLÍNICAS

Potenciar el trabajo conjunto de los dos niveles asistenciales, no solo en medicina sino también en enfermería, en el diseño de vías clínicas bajo las reglas de la gestión por procesos, junto con la mayor accesibilidad de Atención Primaria a pruebas diagnósticas y la habilitación de espacios estables de comunicación, permitirán acortar el tiempo de duración de los procesos diagnósticos, entendido en su globalidad como tiempo transcurrido entre la primera consulta del paciente en Atención Primaria y el momento de la resolución del problema.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

De especial relevancia, como queda destacado en el planteamiento de Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (ES+SALUD), es la aplicación de este tipo de planteamientos en las estrategias diagnósticas frente al cáncer.



4.3.4 ESPECIALISTA CONSULTOR

La figura del especialista consultor, en las diferentes experiencias recientes, suponen el desplazamiento hasta el Centro de Salud de médicos hospitalarios que atienden al paciente junto con el médico de familia, dando paso a una modalidad de interconsulta donde paciente, médico de cabecera y especialista consultor están juntos en la misma consulta y al mismo tiempo, modalidad que, aunque descrita y propuesta hace años ha tenido un escaso desarrollo en nuestro país.

4.3.5 COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS

El impulso recibido por la atención de urgencias en la Región, tras las primeras fases de implementación del Plan de Urgencias y Emergencias 2005-2007 debe continuar hasta la finalización del plan, mediante las siguientes medidas:

- Terminar el despliegue de dispositivos previstos en el citado Plan
- Potenciar el papel del Centro Coordinador de Urgencias
- Establecer los grupos de trabajo, integrados por representantes de servicios de urgencias hospitalarios, servicios de urgencias de atención primaria y equipos de atención primaria para abordar:
 - Protocolos de coordinación de las urgencias y emergencias extrahospitalarias en lo que a movilización de recursos y unificación de criterios se refiere.
 - Protocolización conjunta de las diferentes patologías de mayor relevancia estableciendo los pasos a seguir en cada uno de los dispositivos en forma de guías de práctica clínica que garantice la mejor coordinación y continuidad de tratamiento y cuidados.
- Incorporar los recursos tecnológicos necesarios que permitan mejorar la comunicación, la coordinación y la atención a los pacientes.
- Promover un uso razonable de los diferentes dispositivos de urgencias entre los pacientes.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

4.4 FORMACIÓN E INVESTIGACION

4.4.1 FORMACIÓN PREGRADO



La Formación de pregrado y especializada es una importante responsabilidad de Sistema de Salud para con la Sociedad.

El desarrollo del potencial formativo de la Atención Primaria Regional debe incorporarse al presente Plan a través del apoyo institucional:

- Al desarrollo e implementación de todo el potencial de la Comisión Mixta con la Universidad en el Área de Atención Primaria.
- Los planteamientos, que ya se vienen manteniendo desde la Consejería de Sanidad y el Servicio Murciano de Salud, de adecuar la oferta de plazas para los estudios de las profesiones sanitarias, en especial Medicina, a las necesidades de la sociedad.
- El impulso, a través de la Comisión de Seguimiento del Convenio con la Universidad, de la introducción progresiva en el currículo universitario de contenidos y conocimientos acerca de Atención Primaria.
- La profundización en el proyecto conjunto (Universidad de Murcia y Servicio Murciano de Salud) de reconocimiento de la actividad docente de pregrado mediante la acreditación y/o certificación de la figura del tutor de pregrado y del carácter universitario de los Centros de Salud que asuman este nivel formativo
- La facilitación de la vinculación universitaria de los Centros de Salud
- La adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior.

4.4.2 FORMACIÓN ESPECIALIZADA POSTGRADO

La formación del especialista es un elemento primordial para que el sistema sanitario cuente con profesionales bien preparados que proporcionen servicios de calidad. Esta formación postgrado en todas sus facetas sería susceptible de ser abordada mediante las distintas líneas de actuación propuestas, que garanticen la homogeneidad de las estructuras docentes, la acreditación de los propios profesionales que impartan la docencia o el cumplimiento de los programas de formación de los médicos residentes. Una adecuada

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

planificación de las necesidades en especialistas en la Región llevaría a considerar una oferta adecuada y a no tener algunas especialidades con un déficit importante que dificulte después el poder asegurar cubrir los puestos de trabajo necesarios para el correcto desarrollo de los servicios.

La apuesta decidida de la Consejería de Sanidad y del Servicio Murciano de Salud en la formación postgrado en las áreas competenciales de Atención Primaria se han plasmado en el Convenio con la Universidad de Murcia para la formación en las especialidades de enfermería de Matrona y Salud Mental, así como en el impulso a la formación en las especialidades médicas mas relacionadas con Atención Primaria: Pediatría y Medicina Familiar y Comunitaria.



Durante el desarrollo del siguiente Plan:

- Se realizarán de forma sistemática los estudios de previsión de necesidades a corto, medio y largo plaza de necesidades de crecimiento del Sistema Sanitario Público.
- Se profundizará en la creación de las plazas de formación de especialidades médicas y de enfermería necesarias para garantizar la autosuficiencia en las previsiones de necesidades de personal de nuestra Comunidad Autónoma.
- Se adecuarán las infraestructuras y recursos docentes a las exigencias de los diferentes planes de formación con objeto de garantizar una formación postgrado de calidad.
- Se abordará el diseño de un sistema de evaluación que permita validar la adecuada formación de nuestros especialistas, la reacreditación y reconocimiento de la labor docente de tutores y Centros y la identificación de oportunidades de mejora en formación postgrado especializada, tanto en medicina como de enfermería, acorde con la normativa vigente.

4.4.3 FORMACIÓN CONTINUADA

Las estrategias de formación continuada pasan necesariamente por la elaboración de un Plan de formación continuada que:

- Recoja las expectativas de los profesionales

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

- De respuesta a las necesidades de la propia Organización en cuanto a nuevas capacitaciones de sus profesionales, estructurada bajo líneas estratégicas de formación plasmadas en los contratos de gestión y desarrolladas a través de la Dirección General de Calidad, Formación e Investigación, de la Fundación para la Investigación y la Formación y de las Unidades Docentes.
- Potencie el uso de las nuevas tecnologías en formación continuada, con la introducción y desarrollo de nuevas estrategias de formación on-line.
- Introduzca, en la medida en que la implantación y desarrollo de las nuevas tecnologías lo permita, herramientas de gestión del conocimiento integradas con los aplicativos de historia clínica electrónica.



Objetivos de la Formación Continuada:

- Facilitar un marco de Desarrollo Profesional Continuo que genere valor añadido al profesional, al Equipo de Atención Primaria y a la organización.
- Favorecer la incorporación de los objetivos de la organización en las actividades de formación
- Promover que las actividades de formación contribuyan al desarrollo del trabajo en equipo en los Centros de salud
- Incorporar un abordaje integral de la Atención Primaria en todos los niveles de la cadena formativa: Pregrado, Formación Especializada y Formación continuada
- Potenciar que la formación en los EAP facilite una atención integrada a los pacientes entre los diferentes ámbitos sociosanitarios
- Ofrecer una formación que permita el desarrollo del autoaprendizaje de los profesionales y estimule su capacidad de adaptación a las necesidades cambiantes de la sociedad
- Priorizar la formación que capacite a los profesionales en áreas de conocimientos nuevas y en aquellas que pudieran identificarse como necesarias.

Propuestas de Formación para los profesionales

1. Marco para el desarrollo de la formación

- Establecer un plan plurianual de formación de la organización con revisiones periódicas, atendiendo a las necesidades de los diferentes perfiles profesionales, incluyendo los cuadros directivos

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

- Cada Gerencia elaborará las líneas básicas de formación, teniendo en cuenta las líneas estratégicas de formación pactadas en Contrato de Gestión, las necesidades de los profesionales, las indicaciones del Plan Estratégico de formación y las prioridades específicas.
- Adecuar las estructuras de apoyo a la formación a las necesidades y objetivos formativos de la organización

2. Herramientas de la formación



- Facilitar que los profesionales dispongan de acceso desde el puesto de trabajo a información científica de calidad
- Ofrecer una plataforma de formación online para la formación a distancia
- Facilitar actividades de formación en horario laboral, aumentando la oferta formativa durante el horario laboral y en el propio centro de trabajo y que los profesionales puedan disponer de un número anual de días destinados a la formación
- Ofrecer actividades de formación que contemplen la evaluación de los resultados

3. Procedimientos de formación

- Promover que los profesionales realicen una autoevaluación de sus necesidades profesionales: acceso a portfolio formativo y otros recursos disponibles.
- Facilitar recursos para realizar autoaprendizaje en los EAP en formato de sesiones de aprendizaje en grupo y autoadministradas
- Asegurar actividades de formación con la participación de distintas categorías de profesionales
- Complementar la formación presencial, la autoformación y la formación en equipo
- Definir criterios para acreditación de formación de calidad y que contemplen la autoformación y la formación en equipo.
- Iniciar una línea de investigación sobre evaluación de resultados de la formación, su transferencia en la actividad y el impacto en la organización



4.4.4 EXTENSIÓN DE LA FORMACIÓN A LOS CIUDADANOS

La importancia de los temas relacionados con la salud, en especial en lo que se refiere a promoción y prevención, hace necesario abrir una nueva línea estratégica de formación orientada a los ciudadanos, recogidas en las Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

Sanidad en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (ES+SALUD) y ya planteada en alguno de los procesos que integran este plan y que se pueden resumir en:

- Formación de voluntariado en torno al Plan Regional de Cuidados Paliativos
- Formación orientada al cuidador informal
- Formación vinculada al Plan Regional de Educación para la Salud en la Escuela
- Estrategias de Atención Comunitaria descritas con anterioridad en este Plan.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	



4.5 INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La investigación en Atención Primaria es una faceta de la investigación que ha de reforzarse. La priorización de los temas en investigación y la potenciación del trabajo mediante redes de investigación serían dos de las líneas escogidas, así como el impulso a la formación en temas de investigación en los diferentes niveles docentes.

Las iniciativas en investigación para Atención Primaria han de enmarcarse en el proyecto global de investigación biosanitaria para la Región de Murcia y que se derivan *del Plan Estratégico de Investigación Biosanitario 2007-2012*, que se encuentra en su etapa final de aprobación. En el mismo se identifican como áreas prioritarias de investigación las 12 siguientes: cáncer , enfermedades cardiovasculares, enfermedades neurodegenerativas, alimentación saludable, nutrigenómica y obesidad, enfermedades infecciosas y patologías emergentes, terapia celular y medicina regenerativa, enfermedades digestivas y cirugía, modelos animales y estrategias para trasplantes, investigación en epidemiología, salud pública y servicios sanitarios, enfermedades respiratorias y medioambientales, tics en biomedicina, gestión de soluciones en nutricosmética y “specialty pharma”.

4.5.1 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN EN AP

1. Configurar una cultura de investigación en Atención Primaria. Es necesario adoptar iniciativas que contribuyan a favorecer que los profesionales de atención primaria encuentren atractiva la actividad investigadora, adquieran una capacitación óptima como investigadores y reciban apoyos tangibles para el desarrollo de proyectos.
2. Potenciar los grupos de investigación en AP. Para ello es preciso definir las estructuras que permitan la generación de grupos estables de investigación en atención primaria, así como el apoyo que se ofrece para que se conviertan en grupos competitivos capaces de captar proyectos de investigación de carácter nacional e internacional.
3. Generar proyectos de investigación con la participación multicéntrica e interprofesional. Favoreciendo proyectos con la colaboración de varios centros de salud y con la integración de diferentes categorías profesionales.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

4. Establecer vínculos para proyectos de investigación con la participación de AP, grupos del ámbito hospitalario y grupos de investigación básica
5. Definir desarrollo de líneas de investigación que den respuesta a preguntas clínicas habituales en AP y a modelos estructurales y de organización. Con especial atención a las líneas prioritarias del Plan Estratégico de Investigación Biosanitaria



4.5.2 PROPUESTAS DE ACTUACIÓN EN INVESTIGACIÓN

1. Establecer Líneas prioritarias de investigación en AP



- Identificar las áreas de investigación existentes en la Región en Atención Primaria
- Promover líneas de investigación en función de objetivos de la organización y las líneas seleccionadas en el Plan Estratégico
- Impulsar aquellas áreas de investigación que más incidan en los resultados en salud desde Atención Primaria

2. Procedimientos para apoyar la investigación en AP

- Identificar los grupos/profesionales con experiencia en investigación. Facilitando la constitución de grupos impulsores y que tengan capacidad de liderazgo y diseminación en otros EAP
- Promover la realización de proyectos conjuntos de investigación. Favoreciendo el desarrollo de actividades de investigación en horarios laborales o contemplando espacios de dedicación específica a la investigación
- Apoyar la divulgación de los resultados de investigación. Favoreciendo la presentación de los resultados de investigación en Jornadas y Congresos y ofreciendo colaboración a la publicación de los resultados en revistas nacionales e internacionales
- Favorecer la realización de ensayos clínicos en AP. Seleccionar y formar a determinados profesionales de centros de salud para que se incorporen en los ensayos clínicos y sirven de atracción de otros nuevos.
- Regular la existencia de una línea de recursos específicos para el apoyo de la investigación (becas postespecialidad, contratos mixtos asistencial-investigador, etc).

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

- Diseño de un programa de formación en investigación, que responda a la situación de partida en Atención Primaria y que esté orientado a la inmediata obtención de resultados

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

4.6 PROFESIONALES E INFRAESTRUCTURAS



En coincidencia con la mayoría de las organizaciones sanitarias de carácter público, uno de los desafíos mas importantes que debe de afrontar tanto la Consejería de Sanidad como el Servicio Murciano de Salud es cómo alcanzar que los profesionales de Atención Primaria se sientan más satisfechos e implicados con su trabajo. El logro de esta meta será un elemento facilitador para la consecución de las estrategias y líneas de actuación que configuran el desarrollo sostenible que se impulsa desde este Plan de Mejora. Todas las estrategias se verán facilitadas si se alcanza este objetivo, y, por el contrario, la gran mayoría de ellas verán dificultado su desarrollo sin su participación.

Especial protagonismo tienen los profesionales en el alcance de todas las estrategias enfocadas a mejorar la asistencia sanitaria que repercuten directamente en la mejora de la atención a los ciudadanos. Los estilos asistenciales, la organización asistencial, la coordinación y continuidad y la utilización de los recursos son ámbitos de actuación liderados casi en exclusiva por los profesionales y como consecuencia su papel es determinante para la consecución de las estrategias definidas.

Las principales actuaciones realizadas en los últimos años tendentes a mejorar la atención a los profesionales se pueden sintetizar en los siguientes puntos:

- Mejora de la estabilización de empleo a través de una Oferta Pública de Empleo extraordinaria que ha permitido resolver parcialmente un problema que generaba una gran incertidumbre entre los profesionales.
- Mejora de los niveles retributivos desde las transferencias en un nivel superior al crecimiento de la riqueza de la Región.

Mención especial en este capítulo requiere la función de liderazgo de los equipos directivos y mandos intermedios en el conjunto de la organización. Su capacidad de influir en la mejora continua, en el alcance de los objetivos planteados y en conseguir que las personas se encuentren realizadas con su trabajo es evidente. La Administración Sanitaria necesita líderes con visión de futuro, comprometidos con los demás y con la organización, que sean accesibles, que ayuden y orienten a los demás y como consecuencia de todo ello, que dinamicen la organización. Este nuevo estilo de ejercer el liderazgo, en consonancia con los principios de la Calidad Total y con las organizaciones mas avanzadas, requiere una

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

capacitación expresa en habilidades de gestión de personas y dirección de equipos, objeto de atención en el desarrollo sostenible que se plantea.

Por último, comentar la relevancia del reciente Acuerdo Marco Sectorial, firmado por la Consejería de Sanidad y las Organizaciones Sindicales el día 27 de mayo de 2005, por el que se ordenan y determinan las materias objeto de negociación sindical para la mejora de las condiciones de trabajo y de la asistencia sanitaria, ya que muchas de las medidas contenidas en el Acuerdo, vienen a corroborar las líneas de actuación establecidas en materia de recursos humanos y a responder a las preocupaciones manifestadas por los profesionales en las encuestas de satisfacción. Este acuerdo puede representar un punto de partida para el alcance de un nuevo estilo de relación sustentado en el consenso, en la activa preocupación por la mejora de la asistencia y en el progresivo desarrollo profesional de las personas.



Varias de las líneas estratégicas enunciadas con anterioridad hacen referencia a estrategias a desarrollar en el conjunto de la organización, por lo que no van a ser objeto de desarrollo en este Plan de Mejora de Atención Primaria puesto que están siendo tratadas desde otros ámbitos, dejando reflejado, sin embargo en el Plan la importancia de temas como el Plan de Prevención de Agresiones, El Plan de Prevención de Riesgos, la creación de las Unidades de Riesgo Laboral, la progresiva elaboración de mapas de riesgos, planes de emergencia, etc., y, por último, el desarrollo de la Carrera Profesional y de la Promoción Interna, no como sistemas retributivos complementarios, sino como reconocimiento de las competencias y el esfuerzo realizado por los profesionales y trabajadores del Servicio Murciano de Salud en su trabajo diario, en la atención a los pacientes y en el mantenimiento de su capacitación.

Abordaremos, específicamente, dentro del Plan los siguientes compromisos:

4.6.1 ADECUACIÓN DE LAS PLANTILLAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Derivados ya del Acuerdo Marco Sectorial de 27 de mayo de 2005 y de otros acuerdos previos:

- La mejora progresiva de la plantilla de Medicina de Familia, Pediatría y Enfermería de los Equipos de Atención Primaria (EAP) para mantener una ratio de 1500 TSI / M. Familia, 1000 TSI / Pediatra y 1800 TSI / Enfermero/a.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	



- La ampliación de la plantilla de matronas de Atención Primaria, ya ampliada en 12 puestos de trabajo y de la que quedan pendientes de ampliar 4 plazas durante 2007.
- Completar el incremento de efectivos en los Servicios de Urgencias de la Región dentro de los acuerdos alcanzados en torno al Plan de Urgencias 2005-2007, con la creación de los 76 puestos de trabajo restantes de las diferentes categorías.

A estas actuaciones previstas, y en virtud del nuevo marco competencial, para los diferentes colectivos profesionales, que desarrolla este Plan de Mejora de Atención Primaria se propone:

- La equiparación de las plantillas de enfermería con las de medicina de familia y pediatría
- El aumento de las plantillas de auxiliares administrativos hasta alcanzar un ratio 1 aux. administrativo / 2 consultas médicas
- El estudio a lo largo del año 2007 de las necesidades de auxiliares de enfermería y otras categorías profesionales de atención primaria.
- Valorar y definir las posibles necesidades adicionales de recursos específicos, así como sus funciones y perfil profesional.
- El desarrollo de programas específicos de actuación en salud bucodental, fisioterapia y trabajo social.

Para las categorías mas numerosas en los Equipos de Atención Primaria, las previsiones de crecimiento necesarias para garantizar un ratio máximo por punto asistencial de 1500 tarjetas en medicina de familia, de 1.000 tarjetas en pediatría, la equiparación de las plazas de enfermería con las de medicina de familia y pediatría y alcanzar el ratio de 1 administrativo por cada dos consultas médicas, con datos de la BDU a 31-12-2006 hacen estimar que serían necesarias 154 plazas de médico de familia, 49 de pediatra, 391 de enfermero/a y 175 de auxiliar administrativo.

El crecimiento de población registrado y previsto en la Región hace necesario establecer el compromiso de actualizar anualmente (en función del crecimiento real) las previsiones de necesidades de nuevas plazas. Compromiso que se adquiere en este Plan y que, de acuerdo con las proyecciones de crecimiento de población sobre los diferentes puntos asistenciales hace prever que podrían ser necesarias unas 300 plazas mas de entre todas las categorías, para llegar al final de la implantación del Plan con los objetivos alcanzados.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

Antes de la finalización del año 2.007 el Servicio Murciano de Salud se compromete a crear las plazas necesarias de cada categoría para alcanzar lo acordado en acuerdo sindical de 27 de mayo.

Así mismo, y tal como está acordado con las organizaciones sindicales, se implantará la jornada de 35 horas con fecha 1 de enero de 2008.



4.6.2 DESCENTRALIZACIÓN DE LA GESTIÓN

A lo largo del desarrollo del presente Plan de Mejora se irán desarrollando medidas de descentralización de la Gestión en el marco del desarrollo e implementación de modelo europeo de Calidad Total EFQM, en especial a lo que a gestión clínica se refiere.

Así mismo se planteará durante el año 2.007 el modelo de participación de los profesionales en los órganos de gestión, así como la integración de Atención Primaria en las comisiones clínicas en el caso de las Gerencias Únicas y el estudio del modelo mas adecuado en el resto de las Áreas de Salud.

El desarrollo de estas líneas de actuación conlleva:

- La implementación del modelo de calidad europeo E.F.Q.M. en los diferentes dispositivos asistenciales de Atención Primaria, es especial, de la Gestión por Procesos en la actividad asistencial.
- El desarrollo e implementación de las comisiones clínicas en Atención Primaria:
 - Integración en las Comisiones Clínicas de Área, en el caso de las Gerencias Únicas.
 - Desarrollo del modelo mas adecuado en el resto de las áreas de salud
- Desarrollo de un programa formativo específico para directivos y mandos intermedios orientado, fundamentalmente, a la gestión clínica y al ejercicio del liderazgo.
- Desarrollo e Implementación de un modelo de descentralización en la toma de decisiones.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

4.6.3 ACTUALIZACIÓN NORMATIVA

Para adecuar la normativa autonómica vigente a las modificaciones legales de los últimos años (Leyes de Cohesión y Calidad, de las Profesionales Sanitarias, etc.) y para adecuar el marco normativo y propuesta recogidas en este Plan, desde la Consejería de Sanidad y el Servicio Murciano de Salud, en el ámbito de sus competencias, procederán a revisar y adecuar el marco normativo en el que se desenvuelve la Atención Primaria de Salud en especial el Reglamento Interno de Funcionamiento del Equipo de Atención Primaria.



4.6.4 PLAN DE INCENTIVACIÓN

Acorde con las líneas estratégicas reseñadas anteriormente, “Desarrollar un Plan de Evaluación del Desempeño” y “Desarrollar un Sistema de Incentivos que reconozca la contribución de los profesionales al desarrollo y mejora de la organización”, el Servicio Murciano de Salud implementará, previo acuerdo con las Organizaciones Sindicales presentes en Mesa Sectorial, un Plan de incentivos orientado a Atención Primaria, en el marco del Plan de Incentivos del Servicio Murciano de Salud, que valore la actitud individual, la participación en el trabajo en equipo y la contribución a la consecución de los objetivos del Área de Salud.

4.6.5 INFRAESTRUCTURAS Y EQUIPAMIENTO

El presente Programa Sectorial de Mejora y Modernización de Atención Primaria plantea la necesidad de aumentar las plantillas de los Equipos de Atención Primaria, extender la presencia de las Unidades de Apoyo de Atención Primaria y Mejorar la Capacidad Resolutiva de Atención Primaria, para lo cual es necesario, al menos, revisar los criterios de adecuación de las estructuras que albergan los equipos de trabajo y su equipamiento.

En el periodo de implantación del presente Plan, desde el órgano competente de la Consejería de Sanidad y del Servicio Murciano de Salud, se procederá a las siguientes actuaciones:

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

4.6.5.1 REVISIÓN DE LOS CRITERIOS ACTUALES SOBRE INFRAESTRUCTURAS Y EQUIPAMIENTO

Se revisarán los criterios normativos sobre edificación de infraestructuras y equipamiento común, tanto de Centros de Salud como de Consultorios Periféricos, adecuándolos a las necesidades que determinan los criterios de plantilla y de funcionamiento establecidos en el presente Plan.

Especial atención recibirán los Consultorios Periféricos, entendidos como la auténtica medicina rural de nuestra Región.

4.6.5.2 REDEFINICIÓN DEL EQUIPAMIENTO TECNOLÓGICO DE ATENCIÓN PRIMARIA



La segunda gran línea de actuación en este campo será la evaluación de la necesidad y utilidad, no solo de la accesibilidad a exploraciones complementarias sino, de la incorporación in situ de nuevas tecnologías y aparataje clínico, diagnóstico o terapéutico, en los Centros de Salud y Consultorios Periféricos.

4.6.5.3 PROGRAMA DE RENOVACIÓN DE INFRAESTRUCTURAS Y EQUIPAMIENTO

Acorde con los criterios previamente definidos y en el marco de Plan Director de Infraestructuras Sanitarias de la Dirección General de Planificación Sanitaria, se procederá:

- A acometer la necesidades de nuevos Centros y Consultorios
- A revisar el Mapa Sanitario, redefiniendo las necesidades de cada zona de salud acorde con los nuevos criterios
- Programas sectoriales de innovación y renovación tecnológica en Atención Primaria que actualicen el equipamiento tecnológico de Centros y Consultorios.

Durante el periodo 2.007 – 2.010, de implementación de este Plan, las inversiones en infraestructuras y equipamiento en Atención Primaria de Salud alcanzarán mas de 100.000.000 de €.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

4.7 GESTIÓN FARMACÉUTICA



Comentario especial requiere el gasto farmacéutico al representar uno de los elementos que mayor desequilibrio presupuestario está generando en los últimos años. Entre las prestaciones del SNS, la prestación farmacéutica debe ser considerada como una de las más completas de entre las de los países de nuestro entorno, tanto respecto a la amplitud de la oferta como del nivel de cobertura de la misma. Dada la importancia adquirida por la prestación farmacéutica, no es extraño que el peso que tiene en el Sistema Sanitario sea cada vez mayor, en parte debido a su masiva utilización y también al grado de implicación que tiene hoy el medicamento en la consecución de los objetivos de salud.

En Enero del 2005, los datos del Observatorio del SNS apuntaban que desde 1992, donde la factura farmacéutica representaba el 16,4% del gasto sanitario, se había pasado a un 27%, con incrementos anuales de hasta un 12,8% durante el año 2003. Estas cifras son netamente superiores a las observadas en otros estados de la Unión Europea.

El origen de las causas de este crecimiento tan espectacular del gasto farmacéutico en los últimos años, se atribuyen clásicamente a diferentes factores: a los grandes y rápidos avances tecnológicos, al progresivo envejecimiento de la población española con aumentos paulatinos de la esperanza de vida, al aumento de la población asistida y al mayor grado de expectativas que actualmente tienen los ciudadanos respecto al medicamento.

Las cifras alcanzadas en el incremento del gasto farmacéutico en España, comprometen la sostenibilidad del Sistema Sanitario Español, y se han propuesto distintas estrategias a medio plazo que puedan garantizarlo. Entre ellas se apuesta por impulsar entre otras: las políticas de prevención, la moderación del gasto farmacéutico, políticas de calidad de los servicios sanitarios y la cooperación entre servicios de salud de las distintas Comunidades Autónomas.

Es por ello que la Política Farmacéutica es hoy un importante objetivo estratégico y un elemento clave para garantizar esta sostenibilidad. Resulta pues imprescindible, un replanteamiento integral de la política farmacéutica y un nuevo escenario que permita asegurar el deseado horizonte de sostenibilidad, para lo que es necesario asumir un contrato social en donde confluyan todos los agentes implicados en la cadena del medicamento: los profesionales sanitarios, la industria, la distribución, los usuarios y el consenso de las

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	



Administraciones Sanitarias. En este escenario, los ciudadanos deben ser el centro del sistema y se les debe facilitar un mayor protagonismo y corresponsabilidad en las atenciones de su salud.

El debate sobre las medidas para racionalizar o controlar el incremento del gasto farmacéutico, no es nada nuevo ni fácil. Se han venido experimentando desde 1962 distintas actuaciones. Entre ellas la introducción de la regulación de precios en 1964 y 1991, distintas cuantías de copago desde 1967 al 1980, retirada de medicamentos de la financiación pública (listas negativas) en 1993 y 1998, presupuestos con la industria farmacéutica en 1995, recortes de márgenes de farmacias y distribución, etc.. Todas ellas han resultado insuficientes porque el incremento del gasto farmacéutico ha ido manteniéndose por encima del IPC.

Las medidas de política sanitaria adoptadas desde 1996 han supuesto la introducción de cambios importantes en la regulación y la financiación de los medicamentos. Por primera vez se concede un papel central a los medicamentos en la política sanitaria española y se abre el camino a políticas de financiación pública más elaboradas que tratan de influir en el comportamiento de la industria y de las oficinas de farmacia, aunque no han contado con el paciente ni con el prescriptor. Por ello, la contención del gasto farmacéutico se ha vislumbrado a corto plazo en respuesta a una crisis presupuestaria puntual y se ha dado excesivo protagonismo al precio de los fármacos y menos a una política integral de gestión del medicamento y, por lo reflejado en el párrafo anterior sobre su evolución, con unos resultados transitorios.

Desde 1996 a 2003 se ha identificado al gasto farmacéutico público como uno de los principales objetivos de contención de costes del Sistema Sanitario Español. En este periodo de tiempo se introducen nuevas medidas: la introducción del sistema de precios de referencia en diciembre del 2000, siendo esta una medida de política de compra o financiación de medicamentos, y también las medidas de gestión sanitaria adoptadas desde las distintas Comunidades Autónomas. Ante el escaso éxito de políticas centradas exclusivamente en el precio de los medicamentos, se ha visto la necesidad de medidas que influyan en la utilización de los mismos, medidas más globales e integradas, gestionadas de manera descentralizada. Es decir una reforma entendida como proceso constante de adaptación y cambio, en lugar de una serie de golpes de efecto puntuales.

Por tanto ahora se encuentran en desarrollo, las medidas integradas y descentralizadas de gestión y racionalización del medicamento que indudablemente están en

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	



manos de las Comunidades Autónomas. Estas medidas han empezado a recogerse en los distintos Planes Estratégicos sobre política farmacéutica en el contexto del uso racional del medicamento y la mejora de la prestación farmacéutica, las cuales se van desarrollando junto a otras políticas de gestión sanitaria.

El éxito de cualquier política farmacéutica debe radicar en considerar la prestación farmacéutica como un proceso integral donde confluyan: la oferta, la demanda, los procesos asistenciales y la gestión del conocimiento y cuyos objetivos deben centrarse en la optimización de resultados en salud.

4.7.1 POLÍTICA FARMACÉUTICA

Se impulsará una política fármaco terapéutica única y común para Atención Primaria y Especializada basada en los principios de Uso Racional del Medicamento, mediante:

- La elaboración, difusión e implantación de una Guía Farmacoterapéutica Regional, común a atención primaria y especializada, así como la adecuación, o en su caso, elaboración de una guía Farmacoterapéutica Pediátrica, acorde a las necesidades de este colectivo profesional y la población infantil.
- El diseño de un sistema de evaluación basado en indicadores comunes de calidad de prescripción en torno a los conceptos de uso racional del medicamento, utilizando como soporte la evidencia científica y vinculado a incentivos.
- El desarrollo de líneas estratégicas formativas que incorporen:
 - Los conceptos básicos de uso racional del medicamento.
 - El análisis crítico de la evidencia.
 - La utilización de los medicamentos en los procesos de enfermedad mas comunes.
- El desarrollo e incorporación a los aplicativos informáticos de historia clínica electrónica de herramientas de apoyo a la toma de decisiones basadas en la evidencia, entendidas como herramientas de gestión clínica y/o del conocimiento.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

4.7.2 SERVICIOS DE FARMACIA Y DEPÓSITOS DE MEDICAMENTOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Otras de las líneas de trabajo que recoge como línea estratégica el documento Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (ES+SALUD) es la regulación de los Servicios de Farmacia de Atención Primaria que se acompañará de:

- La regulación de los Servicios de Farmacia y de los Depósitos de Medicamentos en Atención Primaria.
- La redefinición del papel y recursos necesarios de los Servicios de Farmacia y, por ende, del Farmacéutico de Atención Primaria, potenciando su papel de consultor.
- El modelo de integración en las Gerencias Únicas

4.7.3 ACCESIBILIDAD DE LOS CIUDADANOS A LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA



La prestación farmacéutica es una de las claves identificadoras y diferenciadoras de nuestro Sistema Nacional de Salud en comparación con otros de nuestro entorno.

El sistema de provisión de la prestación precisa un cambio, que introduzca criterios diferenciadores entre lo fundamental y lo accesorio y establezca nuevos criterios que acomoden la prestación como acompañante de la asistencia sanitaria.

Por otra parte, a pesar de las sucesivas campañas de mentalización, sigue presente en nuestro entorno la idea de medicamento como única alternativa de curación/mejoría y la confianza excesiva en el potencial curativo de una alternativa terapéutica que sin embargo plantea problemas de seguridad y yatrogenia.

Las medidas a implementar serán:

- Diseño e implantación de circuitos de entrega de recetas para enfermedades crónicas.
- Incorporación de la receta multiprescripción cuando el Ministerio de Sanidad, en el uso de sus competencias, modifique la normativa legal vigente en la

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

materia, modificación que la Consejería de Sanidad impulsará y apoyará en el seno del Consejo Interterritorial.



- Gestión informática del visado.
- Receta electrónica, entendida como receta multiprescripción, en la medida y en el momento en que la generalización de la informatización del sistema sanitario lo permita.
- Gestión de la medicación extranjera y dispensación a través de los Centros de Salud.
- Suministro directo de medicamentos en Centros Sociosanitarios.
- Potenciar la utilización de la receta médica oficial en las consultas de atención especializada.
- Entrega en las altas hospitalarias de la medicación finita, o de la primera receta.

Los aspectos desarrollados en el presente apartado, se verán reforzados con el desempeño, en el marco del nuevo Concierto con el Colegio Oficial de Farmacéuticos, con el papel de colaboradores de los farmacéuticos y de las oficinas de Farmacia que en el se especifiquen.

4.7.4 SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA

Los sistemas de información permitirán de forma integrada la gestión de la prestación e incluyen las siguientes actuaciones:

- Mejorar los mecanismos de coordinación con Farmacovigilancia y los sistemas de detección de reacciones adversas a medicamentos.
- Establecer un mecanismo de comunicación eficaz a los facultativos de aquellos pacientes en tratamiento con medicamentos sometidos a alertas por farmacovigilancia.
- Finalizar la implantación del Sistema de Información de Farmacia (Modulo de Datos e Indicadores) de forma que se facilite el conocimiento de los facultativos, tanto de atención primaria como especializada, de los datos relativos a la calidad de su prescripción.
- Diseñar un nuevo sistema de evaluación acorde con los nuevos criterios de gestión basados en el uso racional del medicamento

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	



4.7.5 GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

La gestión de la prestación farmacéutica tradicionalmente se ha basado en el establecimiento de diferentes medidas tendentes bien a la limitación de la prestación o bien a la gestión económica de la misma.

La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud establece, a grandes rasgos, las siguientes competencias:

- Agencia Española del Medicamento (participada por las Comunidades Autónomas y/o sus Servicios Regionales de Salud): valoración de la evidencia de cara a la autorización para la distribución y dispensación de los medicamentos para las determinadas indicaciones.
- Dirección General de Farmacia: valoración y autorización, en su caso, de la financiación por el Sistema Nacional de Salud de los fármacos y las especialidades autorizadas.
- Comunidades Autónomas: medidas tendentes a propiciar el uso racional de los medicamentos, orientadas tanto a los profesionales como a los ciudadanos.

En este entorno legislativo y dentro de las competencias de nuestra Comunidad Autónoma, sin duda el principal factor a desarrollar e incorporar a la prestación farmacéutica como instrumento que permita modular a medio y largo plazo la sostenibilidad de la propia prestación, mejorando por una parte la elección del mejor procedimiento terapéutico para el paciente y, por otro, permitiendo la mejor adecuación a los criterios de uso racional del medicamento es la incorporación de herramientas de gestión del conocimiento, a disposición de los profesionales, para la adecuada utilización de los medicamentos bajo las premisas de eficacia, efectividad y eficiencia, acompañado de un sistema de incentivos que no valore tanto el ahorro en el presupuesto asignado, sino la adecuación de la prescripción del facultativo a los indicadores de calidad de prescripción desarrollados en base al análisis crítico del conocimiento científico.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

4.8 HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN



La Consejería de Sanidad de la Región de Murcia ha realizado una clara apuesta por aplicar las tecnologías de la información y comunicación (TIC) como apoyo a los procesos asistenciales y a su modelo de gestión. Esta apuesta se ha formalizado en el desarrollo del Plan Director de Sistemas de Información del SMS (PDSIS) elaborado en el año 2003 y que plantea un ambicioso proyecto de inversión e implantación de sistemas de información que permitirá que la Región de Murcia lidere en el conjunto del Sistema Nacional de Salud la explotación de las TIC.

Sin embargo, esta posición de liderazgo no está exenta de problemas vinculados tanto al nivel de desarrollo de las aplicaciones informáticas como a la madurez de la organización en asumir e interiorizar una innovación de este calado. Estos problemas están provocando que las fases previstas inicialmente en el PDSIS se estén cumpliendo con cierto retraso e, incluso, que en algunos ámbitos se considere que existen problemas de enfoque en la definición del proyecto.

El PDSIS persigue la integración de todas las aplicaciones informáticas y su alcance es de gran magnitud, incorporando soluciones para los procesos asistenciales en atención primaria y especializada (historia clínica electrónica), las aplicaciones departamentales (laboratorio, rayos, anatomía patológica, farmacia,...), los sistemas de apoyo a la gestión de los centros (R.R.H.H. y gestión económica) y el Cuadro de Mandos Integral.

Complementando a este plan, el SMS ha realizado un importante trabajo de Reingeniería de procesos a través de la constitución de 7 Grupos de Trabajo en los que participaron 470 profesionales. Cada uno de ellos, y dentro de su ámbito de actuación, ha definido la situación actual de los procesos, el diseño del mejor circuito operativo y los requerimientos que deben de incorporar las soluciones informáticas. Se considera este trabajo de gran calidad habiendo generado grandes expectativas en los profesionales que en algún caso pueden ser de difícil satisfacción en la práctica real.

Por otra parte la Región de Murcia, en lo que a Atención Primaria se refiere, tiene un importante grado de desarrollo informático en Atención Primaria con un 75% de profesionales con HC electrónica.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

Por último comentar también que la implantación de la Historia Clínica Electrónica, se complementa en la actualidad con una plataforma de servicios, Murcia Salud, que contempla diferentes servicios de apoyo logístico a los profesionales desde el punto de vista de la documentación y biblioteconomía sanitaria, así como la respuesta individualizada a preguntas concretas bajo el servicio de Preguntas y Respuestas basadas en la Evidencia (Previd).



Como consecuencia de todas estas reflexiones, las estrategias y líneas de actuación identificadas están orientadas a garantizar la sostenibilidad del PDSIS, actualizando y ajustando sus contenidos e incorporando nuevas áreas de desarrollo no previstas en su diseño original pero que en la actualidad se consideran necesarias en una visión que alcanza un periodo de actuación que llega hasta el año 2010. Estas orientaciones se pueden sintetizar los siguientes puntos:

4.8.1 EXTENSIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

La historia clínica es un elemento fundamental para una asistencia sanitaria de calidad. Las características clásicas, elementales, de una historia clínica adecuada a Atención Primaria incluyen:

- Longitudinalidad
 - Debe recoger toda la biografía sanitaria del paciente
- Continuidad de la atención
 - Debe garantizar la continuidad de la asistencia a lo largo del tiempo, o del proceso, independientemente de:
 - Cambios de residencia, de Centro o de médico
 - Modalidad y lugar de consulta (consulta, urgencias,...)
- Abordaje multidisciplinar
- Atención integral
 - Promoción, prevención y diagnóstico precoz
 - Control y seguimiento
 - Cuidados
 - Atención socio-sanitaria



Si a esta historia clínica le añadimos el "apellido" de electrónica, debe reunir además lo siguientes requisitos:

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

- Orientada por problemas
 - El motivo de consulta está centrado en un problema de salud en más de 85% de las consultas.
 - En la historia por problemas cada problema de salud tiene su “propia historia”, lo que facilita la recuperación de la información mas necesaria cuando acude el paciente.
- Adaptada a la metodología S.O.A.P (Subjective, Objective, Assessment, Planning).
 - Dado el diagnóstico incierto en las primeras consultas
 - Permitiendo la evolución del diagnóstico con la progresión del estudio.
- Facilidad para recuperar la información relevante
 - En una historia clínica es mas importante recuperar que registrar, aunque registrar es imprescindible para recuperar.
 - La historia debe ser fácil de “podar” (J. Fry – 1.991), permitiendo discriminar y eliminar los aspectos no fundamentales.
 - Debe permitir distinguir los problemas activos (que requieren seguimiento) de los problemas inactivos (que no lo requieren).
 - Debe permitir la recuperación de la información por criterios cronológicos y/o evolutivos relacionada con el problema de salud por el que consulta el paciente.
- Debe ser capaz de integrar todos los procedimientos administrativos que acompañan a la consulta, permitiendo por lo tanto, la sustitución progresiva del papel por la electrónica y las telecomunicaciones.

Y, finalmente, tanto en el entorno papel como en el electrónica, la historia clínica de Atención Primaria debe:

- Ser utilizable como fuente de datos de cualquiera de los registros y sistemas de información habituales.
- Registrar para cualquier actividad fecha, hora, acto, contenido, profesional y paciente, asegurando la trazabilidad.
- Obligar a vincular, como principal elemento de calidad en el uso de la historia y de integración en el entorno de historia clínica compartida de:
 - Actividad a problema de salud (CIAP)
 - Problema de salud a historia clínica
 - Historia clínica a paciente
 - Paciente a B.D.U.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

- Asegurar la confidencialidad y seguridad de la información.
- Admitir mensajería con otras aplicaciones corporativas para facilitar el intercambio telemático de información clave.



El formato electrónico aporta ventajas respecto al formato papel:

- Permite disponer de la mayor cantidad de información útil en el menor tiempo, con la consiguiente disminución del nivel de incertidumbre que manejamos habitualmente.
- Disminuye el tiempo que hay que dedicar a labores administrativas en la consulta.
- Permite tener una guía rápida y fiable que nos ayuda a actuar ante problemas frecuentes (protocolos).
- Permite calendarizar actividades que para una buena práctica clínica hay que realizar a los pacientes según diversas características.
- Ayuda a disminuir la variabilidad de actuaciones frente a una misma situación, facilitando la elección de la que la evidencia científica considera como mejor práctica.

En la actualidad 75 Centros de Salud de la Región están informatizados con historia clínica electrónica, teniendo historia clínica electrónica abierta mas del 95% de los ciudadanos, aunque por ahora solo pueden beneficiarse de la misma el 84,20%, aquellos cuyo médico o pediatra de cabecera (Centros cabecera y un 10% de los consultorios periféricos) dispone de un Terminal informático en su consulta habilitado para H.C.E.

Las actuaciones a desarrollar en el periodo de implantación de este plan son:

- o Informatización del Centro de Salud de La Paca, actualmente pendiente por problemas de conectividad con la red telefónica de alta velocidad.
- o Completar la extensión de la red informatizada de Atención Primaria al resto de los consultorios periféricos que dispongan de línea telefónica de alta velocidad y donde se pase consulta 3 o más días a la semana
- o Completar la extensión de la informatización a los SUAPs y PACs, proyecto que quedó retrasado en relación con los Equipos de Atención Primaria por las dificultades encontradas en el desarrollo de la versión centralizada del producto y en las comunicaciones de alta velocidad que impiden la accesibilidad de los puntos de atención de urgencias que atienden varias zonas de salud y obligan a diseñar e implementar otro aplicativo, específico para la atención de urgencias que utilice

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

como soporte clínico las historias clínicas electrónicas de Atención Primaria y Atención Especializada (en los momentos de la redacción de este Plan en fase de instalación en plataforma de pruebas y para pilotar en el SUAP de Molina de Segura, probablemente, en el primer semestre de 2.007)



- o Completar la informatización de las Unidades de Apoyo de Atención Primaria.
- o Actualización de la versión actualmente implantada con la incorporación de las herramientas Planes Personales y Planes de Cuidados Estandarizados y la normalización de las tablas de apoyo, elemento indispensable para la integración con el resto de aplicativos corporativos del S.M.S.
- o Continuar con la dinámica implantada de adecuación de la historia clínica electrónica de Atención Primaria, en la medida de las posibilidades del mismo, a las diferentes necesidades de los diferentes colectivos profesionales que componen los dispositivos de Atención Primaria (médicos de familia, pediatras, enfermeros, etc.) mediante grupos de trabajo compuestos por profesionales.

4.8.2 INTEGRACIÓN DEL APLICATIVO DE ATENCIÓN PRIMARIA CON LOS APLICATIVOS DEPARTAMENTALES CORPORATIVOS.

El desarrollo definitivo de las soluciones departamentales (Laboratorios, Anatomía Patológica, Radiodiagnóstico, Farmacia, etc.) y su progresiva implantación en el entorno de Atención Especializada, permitirá la integración con la Historia Clínica de los dos niveles asistenciales.

Medidas previstas en el entorno de Atención Primaria serán:

- o Diseño de la "historia clínica compartida", entendida como conjunto mínimo de datos (primaria y especializada) de interés común y accesible a todos los dispositivos asistenciales, con las evidentes garantías de seguridad, integridad y confidencialidad.
- o Integración del aplicativo de Laboratorio, que permita tanto la transmisión telemática de la petición de exploraciones analíticas como la de los resultados hasta la propia historia clínica del paciente, estando previsto el pilotaje durante el primer semestre de 2.007.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

- o Integración de los aplicativos de radiodiagnóstico (RIS y PACS), en las mismas condiciones, estando previsto el pilotaje una vez adjudicado el concurso correspondiente e implementado el aplicativo.
- o Integración del resto de aplicativos departamentales en el periodo de desarrollo del presente Plan y vinculados al desarrollo de los mismos y su implantación en los diferentes Hospitales de la Región.

4.8.3 INTEGRACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN HOSPITALARIA

El proceso de integración de la historia clínica de Atención Primaria y de Atención Hospitalaria supone un importante paso adelante en la continuidad asistencial, permitiendo que cualquier profesional del sistema sanitario pueda tener a su disposición la información clínica básica que precise para la mejor atención de sus pacientes.



El proyecto, en el entorno PDSIS, requiere el diseño de una base de datos compartida donde los diferentes aplicativos volcarían una información seleccionada, considerada relevante, que estaría accesible a todo el Servicio Regional de Salud, pudiendo acceder a ella, dentro de un acto asistencial, en el momento en que se precise.

4.8.4 GENERALIZACIÓN DEL USO DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

Para la extensión del uso de la Historia Clínica Electrónica es necesario, además de la informatización de toda la red, la elaboración y puesta en práctica de:

- Plan estratégico de formación en el manejo de la historia clínica electrónica

Se ha puesto en marcha un grupo de trabajo cuya primera misión es la elaboración de un plan estratégico de formación en el uso del aplicativo de historia clínica electrónica, Plan que persigue, llegando a todos los profesionales, la utilización generalizada de la historia clínica electrónica, la difusión del conocimiento de las diferentes utilidades que integra y la corrección en su uso.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

Este plan va a sustentarse en dos modalidades de formación: online y presencial. Para la formación online se va a desarrollar una estructura de cursos basados en una plataforma virtual de aprendizaje y que incluyan todo el conocimiento del aplicativo. La formación presencial va a consistir en la integración de cursos largos y talleres centralizados en un aula informatizada, cursos y talleres realizados en los propios Centros de Salud y tutorizaciones cuando sean necesarias.

Para conseguir esto se crearán las aulas informatizadas necesarias, incluida un aula informatizada móvil que permita la formación en los centros. También se completará la dotación de los centros en cuanto a las herramientas docentes necesarias.



- Desarrollo de un sistema de evaluación que mida la cantidad y calidad de uso, identificando los puntos débiles y su localización, permitiendo, por lo tanto, la personalización de las intervenciones en materia formativa adaptándolas a los diferentes perfiles de formación preexistentes.

4.8.5 REDISEÑO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA



Los sistemas de información utilizados en Atención Primaria de Salud, tanto para la recogida mensual de datos de actividad como para la evaluación anual de cartera de servicios, deben adecuarse a las nuevas tecnologías, permitiendo la obtención de la información necesaria para la gestión de una forma directa sobre los bancos de datos informatizados y, por lo tanto, mas ágil y fiable y menos trabajosa.

Se procederá en el periodo de implantación del presente Plan a:

- El rediseño de los sistemas de información de Atención Primaria
- La integración, mediante mensajería electrónica de los requerimientos de información de la Dirección General de Salud Pública y otras Direcciones y Servicios de la Consejería de Sanidad.
- La redefinición de los criterios de evaluación en cuatro grupos:
 - Actividad asistencial.
 - Cartera de servicios – Monitorización y evaluación de calidad.
 - Uso racional del medicamento.

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

- Utilización de las nuevas tecnologías.
- Se estructurarán las posibilidades de obtención periódica de información en los cuatro niveles de gestión:
 - El Profesional, adecuándolo a las necesidades de gestión clínica.
 - El Centro, adecuándolo a las necesidades organizativas y de seguimiento de los contratos de gestión.
 - El Área de Salud, adecuándolo a las necesidades de gestión de las Gerencias y al seguimiento de su contrato de gestión
 - La Comunidad Autónoma, adecuándolo a las necesidades de gestión y evaluación desde el Servicio Murciano de Salud y de la Consejería de Sanidad.
- Implementación, cuando los bancos de datos clínicos contengan suficiente información, de un sistema complementario de información, basado en los case-mix capaz de identificar la complejidad de la atención de cada paciente y, por lo tanto de cada paciente, de cada zona y de cada área, y adecuar los objetivos y criterios de evaluación, en cada caso, a la complejidad de los pacientes atendidos, que junto, y combinado, con la implantación del sistema de financiación capitativa debe marcar un antes y un después en la evaluación de competencias de los profesionales del sistema sanitario

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	



4.9 OTRAS ESTRATEGIAS A IMPLANTAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

Finalmente, abordamos de forma conjunta otros aspectos que contempla el Plan Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (ES+SALUD), estrategias que tienen que ver con otros programas sectoriales, de los que depende su desarrollo, pero que no podían quedar ausentes, conceptualmente, de un Plan de Mejora de Atención Primaria de Salud.

Es evidente la necesidad de incorporar en Atención Primaria los conceptos de directrices previas, confidencialidad, consentimiento informado, historia clínica... que preconiza la Ley de Autonomía del Paciente proyecto que lidera e impulsa la Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano



Relevante es también la introducción de la satisfacción de los usuarios, dentro del modelo de calidad total, como un instrumento de evaluación y mejora, contribuyendo a identificar las oportunidades del sistema sanitarios es un aspecto tan esencial como son las expectativas de los ciudadanos. Por lo tanto el mantenimiento de las líneas de trabajo, en todos los niveles asistenciales, que lidera la Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación y la incorporación en los contratos de gestión de objetivos (directos e indirectos) que satisfagan las expectativas de los ciudadanos será una de las líneas de trabajo en Atención Primaria.

Por último el sistema sanitario debe participar de las Políticas de las Administraciones Públicas en defensa del medio ambiente y el uso razonable de los recursos naturales profundizando en las líneas de trabajo actualmente abiertas.



	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

5. GUÍA DE ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS UTILIZADOS

AE	Atención Especializada
AP	Atención Primaria
BDU	Base de Datos de Usuarios
CCAA	Comunidades Autónomas
CLT	Carné de Largo Tratamiento
CS	Centro de Salud
CTDIS	Centro Tecnológico de Información y Documentación Sanitaria
DE	Desviación Estándar
DGAS	Dirección General de Asistencia Sanitaria
DGP	Datos Generales del Paciente
DGSP	Dirección General de Salud Pública
EAP	Equipo de Atención Primaria
EFG	Especialidad Farmacéutica Genérica
EMCA	Evaluación y Mejora de Calidad Asistencial
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ESAD	Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria
GAP	Gerencia de Atención Primaria
HCE	Historia Clínica de Electrónica
HC	Historia Clínica
Hg	Hemoglobina
HgA1c	Hemoglobina glicosilada
HTA	Hipertensión Arterial
IBP	Inhibidor de la Bomba de Protones
INE	Instituto Nacional de Estadística
MF	Medico de Familia
MF y C	Medicina Familiar Y Comunitaria
MIR	Médicos Internos Residentes
OMS	Organizacion Mundial de la salud
PAC	Puntos de atención continuada
PDSIS	Plan Director de Sistemas de Información
PER	Plan Estratégico Regional
PIAM	Programa Integral de Atención a la Mujer
PSC	Programa Sectorial Corporativo
RRHH	Recursos Humanos
Rx	Radiología
SEMFYC	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

SGAPUE	Subdirección General de Asistencia Primaria, Urgencias y Emergencias
SIAP	Sistema de Información Atención Primaria
SM	Salud Mental
SMS	Servicio Murciano de Salud
SUAP	Servicios de Urgencias Atención de Primaria
TA	Tensión Arterial
TAC	Tomografía Axial Computarizada
TS	Tarjeta Sanitaria
TSI	Tarjeta Sanitaria Individual
UE	Unión Europea
UPPO	Unidades de Psicoprofilaxis Obstétrica
USBD	Unidades de Salud Bucodental
UTB	Utilidad Terapéutica Baja

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

6. CORRESPONDENCIA ENTRE ES+SALUD Y PLAN PARA LA MEJORA Y MODERNIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA 2007- 2010

El Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria responde a las líneas estratégicas y objetivos y metas marcados en ES+Salud, como documento de planificación estratégica de la sanidad Regional.

Sus objetivos y metas son, por lo tanto los especificados en el Plan ES+Salud.

Para facilitar la relación entre los dos documentos, se exponen a continuación las tablas de correlación entre los mismos, quedando marcadas en color mas claro las "casillas" que relacionan líneas de actuación del PMMAP con líneas estratégicas u objetivos correspondientes de ES+Salud.

I - OFERTA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

AREA	ORIENTACION	I.1 - Cartera de Servicios de Atención Primaria	I.2 - Introducción del modelo de calidad europeo E.F.Q.M. - Gestión por procesos	I.3 - Redefinición del trabajo enfermero en Atención Primaria	I.4 - Integración del Plan de Salud Mental, del Plan Regional de Cuidados Paliativos y de la Asistencia Sociosanitaria	
CIUDADANOS	LINEA DE ACTUACION					
	ACCESIBILIDAD	A1-2: Definir la cartera de servicios de Atención Primaria				
	A1-3: Actualizar periódicamente la Cartera de Servicios de los Centros para adecuarla a las necesidades de la población a través de su negociación e incorporación en el Contrato de Gestión					
	C2-2: Refuerzo de la Atención Domiciliaria desde la Atención Primaria					
	C2-3: Reforzar la Atención Domiciliaria especialmente en el paciente dependiente y geriátrico					
	CALIDAD	E1-3: Despliegue en cascada del Contrato de Gestión a Equipos de Atención Primaria mediante objetivos conocidos por todos los profesionales				
	GC1-2: Promover la creación de Unidades de Gestión Clínica en AP					
	Q3-1: Incorporar la evaluación de resultados en los contratos de gestión con las Gerencias de AP					
	Q4-1: Implantación progresiva de la gestión por procesos en los Centros de AP					
	Q4-2: Favorecer la práctica clínica en AP sustentada en la medicina basada en la evidencia y en las mejores prácticas					
	Q1-2: Captar y gestionar las expectativas y la opinión del paciente en todas las organizaciones y ámbitos de actuación					
	Q2-1: Implantar y desarrollar el Modelo EFQM en toda la organización (Consejería, Servicio Murciano de Salud y organizaciones de servicio)					
	CONTINUIDAD	C1-3: Diseño de los procesos operativos de coordinación entre niveles asistenciales vinculados a la asistencia a una determinada enfermedad y especialmente a las prioridades del Plan de Salud				
	DC5-1: Definir con la Consejería de Trabajo y Política Social un marco de relación entre los sistemas sanitario y social que permita facilitar el acceso a prestaciones a los ciudadanos y promueva una adecuada utilización de los recursos.					
	DC5-2: Definir a nivel de área de salud un modelo de prestación de servicios socio sanitarios que establezca la cartera de servicios y los procesos de coordinación entre los profesionales de la Consejería de Trabajo y Política Social y de Sanidad					
	DC5-3: Definir y desarrollar un sistema de información que normalice la atención integral desde el ámbito social y sanitario					
	R1-3: Definir y desarrollar la figura de la enfermera de enlace y de los equipos UFISS (Unidad Funcional Interdisciplinaria Socio Sanitaria)					
	R2-5: Desarrollar el Plan de Salud Mental en relación con la coordinación Atención Primaria-Salud Mental					
	R5-2: Definir las relaciones y responsabilidades de los médicos de Atención Primaria con las Residencias de Ancianos del área de Salud					
	R5-3: Desarrollo de programas específicos vinculados a la atención sociosanitaria					
	C1-1: Crear espacios estables de comunicación entre niveles que faciliten y aseguren la continuidad y la coordinación asistencial					
	C1-2: Inclusión en los Contratos de Gestión de metas y objetivos relacionados con la coordinación entre niveles					
	R3-1: Potenciación de consultas de alta resolución a todos los niveles aportando la tecnología suficiente cuando sea necesaria					
	RESOLUTIVIDAD	R1-2: Desarrollar un Programa de Cirugía Menor Ambulatoria en Atención Primaria (PCMAAP)				
	R2-4: Diseño e implantación de vías rápidas para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con sospecha de cáncer					
	R5-1: Mejorar y desarrollar los recursos de cuidados paliativos en todas las áreas sanitarias					
	R6-3: Desarrollo e implantación de un Programa de seguimiento del embarazo normal en atención primaria					
	R7-1: Definir e implantar un Programa de Cuidados Paliativos					
	R7-2: Implantar Unidades de Cuidados Paliativos en las Areas de Salud					
	RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA	DC5-6: Desarrollar líneas de actuación conjuntas para la promoción de la salud entre los sectores sanitario y educativo				
	SALUD PÚBLICA	SP3-1: Incorporar los objetivos de promoción y prevención a los contratos de gestión				
	SP3-2: Actuar en Centros Escolares y en la Comunidad					
	SP3-4: Desarrollar programas específicos de educación sanitaria con pacientes con enfermedades crónicas					
PARTICIPACIÓN	C2-1: Desarrollo de líneas de actuación encaminadas al autocuidado y promoción de la salud en enfermedades y problemas de salud prevalentes					
R5-4: Desarrollo de un Programa específico de apoyo y formación al cuidador informal						
SOCIEDAD	INVESTIGACIÓN	DS2-3: Desarrollar actividades de promoción de estilos saludables de vida, especialmente en lo referente a actividad deportiva y alimentación, en la Educación Primaria y Secundaria				
PROFESIONALES	RECURSOS HUMANOS	P1-2: Diseño y desarrollo de un sistema de adecuación de las plantillas ajustándolas a las necesidades de la organización				

II - ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD

AREA	ORIENTACIÓN		II.1 - Cita multicanal para Atención Primaria	II.2 - Gestión de agendas - Agendas de Calidad	II.3 - Desarrollo de un sistema de información específico para detectar oportunidades de mejora en demoras en atención primaria	II.4 - Citación primaria-especializada	II.5 - Servicio Gestoría
		LINEA DE ACTUACION					
CIUDADANOS	ACCESIBILIDAD	A2-1: Diseñar e implantar una sistemática para el diseño y registro integrado de la lista de espera de Atención Primaria					
		A2-2: Diseñar un Plan para alcanzar la "demora cero" en Atención Primaria					
		R1-4: Ampliación de las bandas horarias de atención					
		A1-4: Promover la capacidad de elección del paciente dentro del sistema sanitario, especialmente en la elección del médico de Atención Primaria y médico especialista en las derivaciones de primera consulta					
	CONTINUIDAD	C3-1: Diseño de un sistema de comunicación y de derivación de pacientes entre profesionales utilizando las facilidades de las nuevas tecnologías					
		C3-2: Simplificar los procedimientos de derivación en los diferentes niveles asistenciales					
		C1-2: Inclusión en los Contratos de Gestión de metas y objetivos relacionados con la coordinación entre niveles					
SISTEMA SANITARIO	SISTEMAS DE INFORMACIÓN	SI2-3: Desplegar la Base de Datos de Usuarios (BDU)					
		SI2-4: Desplegar las aplicaciones de Gestión de Pacientes: admisión, documentación y atención al paciente.					
		SI2-1: Desplegar la HC electrónica en Atención Primaria					
	POLÍTICA FARMACÉUTICA	E3-3: Desarrollo y actualización de una Guía Farmacoterapéutica Regional					
PROFESIONALES	FORMACIÓN CONTINUADA	FC1-1: Elaboración de una encuesta para la detección de las necesidades de los profesionales de AP sobre formación continuada					
		FC1-3: Desarrollar e implantar un sistema de evaluación de la formación continuada de AP basado en indicadores que alcancen a todas las actividades de formación					
	RECURSOS HUMANOS	P1-4: Adecuación de la jornada laboral a las necesidades asistenciales					

III - RESOLUTIVIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

AREA	ORIENTACIÓN	III.1 - Acceso a Pruebas Diagnósticas	III.2 - Espacios Estables de Comunicación y Teleconsulta	III.3 - Gestión por procesos – vías clínicas	III.4 - Especialista consultor	III.5 - Coordinación de la atención de urgencias	
	LINEA DE ACTUACION						
CIUDADANOS	ACCESIBILIDAD	C2-2: Refuerzo de la Atención Domiciliaria desde la Atención Primaria					
		C2-3: Reforzar la Atención Domiciliaria especialmente en el paciente dependiente y geriátrico					
	CALIDAD	Q4-1: Implantación progresiva de la gestión por procesos en los Centros de AP					
	CONTINUIDAD		C1-3: Diseño de los procesos operativos de coordinación entre niveles asistenciales vinculados a la asistencia a una determinada enfermedad y especialmente a las prioridades del Plan de Salud				
			R2-5: Desarrollar el Plan de Salud Mental en relación con la coordinación Atención Primaria-Salud Mental				
			C3-1: Diseño de un sistema de comunicación y de derivación de pacientes entre profesionales utilizando las facilidades de las nuevas tecnologías				
			C3-2: Simplificar los procedimientos de derivación en los diferentes niveles asistenciales				
			C1-1: Crear espacios estables de comunicación entre niveles que faciliten y aseguren la continuidad y la coordinación asistencial				
			C1-2: Inclusión en los Contratos de Gestión de metas y objetivos relacionados con la coordinación entre niveles				
			R3-1: Potenciación de consultas de alta resolución a todos los niveles aportando la tecnología suficiente cuando sea necesaria				
	RESOLUTIVIDAD		R1-2: Desarrollar un Programa de Cirugía Menor Ambulatoria en Atención Primaria (PCMAAP)				
			R2-4: Diseño e implantación de vías rápidas para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con sospecha de cáncer				
			R6-3: Desarrollo e implantación de un Programa de seguimiento del embarazo normal en atención primaria				
			R1-1: Diseñar e implantar un Programa de Acceso Ampliado a Pruebas Diagnósticas (PAAPD) en Atención Primaria sustentados en protocolos conjuntos de utilización				
			R1-5: Incorporar la figura del especialista consultor				
			R4-3: Promover el uso de la Atención urgente de atención primaria por parte de los ciudadanos				
			R4-4: Impulsar el despliegue de I Plan de Urgencias y Emergencias				
	PARTICIPACIÓN	C2-1: Desarrollo de líneas de actuación encaminadas al autocuidado y promoción de la salud en enfermedades y problemas de salud prevalentes					
	SISTEMA SANITARIO	SISTEMAS DE INFORMACIÓN	SI2-1: Desplegar la HC electrónica en Atención Primaria				

IV - FORMACIÓN e INVESTIGACIÓN

AREA	ORIENTACIÓN					
		IV.1 - Formación pregrado	IV.2 - Formación especializada postgrado	IV.3 - Formación continuada	IV.4 - Extensión de la formación a los ciudadanos	IV.5 - Investigación
		LINEA DE ACTUACION				
CIUDADANOS	ACCESIBILIDAD	A1-3: Actualizar periódicamente la Cartera de Servicios de los Centros para adecuarla a las necesidades de la población a través de su negociación e incorporación en el Contrato de Gestión				
	RESOLUTIVIDAD	R1-2: Desarrollar un Programa de Cirugía Menor Ambulatoria en Atención Primaria (PCMAAP)				
	RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA	DC5-6: Desarrollar líneas de actuación conjuntas para la promoción de la salud entre los sectores sanitario y educativo				
	SALUD PÚBLICA	SP3-4: Desarrollar programas específicos de educación sanitaria con pacientes con enfermedades crónicas				
	PARTICIPACIÓN	C2-1: Desarrollo de líneas de actuación encaminadas al autocuidado y promoción de la salud en enfermedades y problemas de salud prevalentes R5-4: Desarrollo de un Programa específico de apoyo y formación al cuidador informal				
SISTEMA SANITARIO	SISTEMAS DE INFORMACIÓN	SI2-1: Desplegar la HC electrónica en Atención Primaria				
		SI3-1: Diseño e implantación de un sistema para la capacitación de los profesionales de AP en el manejo de nuevas aplicaciones y de formación continuada para las actualizaciones.				
SOCIEDAD	INVESTIGACIÓN	DI3-1: Fomentar la creación de grupos interdisciplinarios de investigación que trabajen en red				
		DI3-2: Vincular los grupos regionales con nacionales e internacionales				
		DS2-3: Desarrollar actividades de promoción de estilos saludables de vida, especialmente en lo referente a actividad deportiva y alimentación, en la Educación Primaria y Secundaria				
	FORMACIÓN	DI1: Potenciara el funcionamiento de la comisión mixta Universidad-Consejería				
		DI2-1: Diseño e implantación de un modelo de evaluación de estructuras y personal docente, complementado con una valoración de la formación de postgrado				
		DI2-2: Complementar la formación de postgrado con la formación en materias transversales				
PROFESIONALES	FORMACIÓN CONTINUADA	FC1-1: Elaboración de una encuesta para la detección de las necesidades de los profesionales de AP sobre formación continuada				
		FC1-2: Homogenización de las actividades de formación de AP según normativa europea en el contexto de la Comisión Regional de Acreditación de la Formación Continuada de la Región de Murcia				
		FC1-3: Desarrollar e implantar un sistema de evaluación de la formación continuada de AP basado en indicadores que alcancen a todas las actividades de formación				
		FC2-1: Desarrollar planes de Formación Continuada en todos las Gerencias de AP				
		FC2-2: Fomentar la formación de los profesionales de AP con métodos "on line", en un proceso global de e-formación				
	RECURSOS HUMANOS	P4-1: Diseñar y desarrollar un Plan de Formación de Directivos y cuadros intermedios en competencias de gestión				

V - PROFESIONALES e INFRAESTRUCTURAS



AREA	ORIENTACIÓN	V.1 - Adecuación de las plantillas de Atención Primaria	V.2 - Descentralización de la Gestión	V.3 - Plan de Incentivación	
	LINEA DE ACTUACION				
SISTEMA SANITARIO	POLÍTICA FARMACÉUTICA				
	E3-3: Desarrollo y actualización de una Guía Farmacoterapéutica Regional				
PROFESIONALES	RECURSOS HUMANOS	P1-1: Diseño y desarrollo de un nuevo sistema de contratación que responda a las necesidades de la organización			
		P1-2: Diseño y desarrollo de un sistema de adecuación de las plantillas ajustándolas a las necesidades de la organización			
		P1-3: Diseño e implantación de un sistema de movilidad de profesionales			
		P1-4: Adecuación de la jornada laboral a las necesidades asistenciales			
		P4-1: Diseñar y desarrollar un Plan de Formación de Directivos y cuadros intermedios en competencias de gestión			
	P4-2: Diseñar e implantar un sistema para la evaluación del desempeño para cargos directivos y mandos intermedios				
	P1-5: Mejorar la estabilidad laboral a través de la realización periódica de Ofertas Públicas de Empleo en el SMS				
	SATISFACCIÓN	P3-2: Potenciar el despliegue de la promoción interna en el conjunto de la organización			
	INCENTIVOS	P1-7: Desarrollar un Plan de Evaluación del Desempeño			
		P1-8: Desarrollar un Sistema de Incentivos que reconozca la contribución de los profesionales al desarrollo y mejora de la organización			
PARTICIPACIÓN	GC1-2: Promover la creación de Unidades de Gestión Clínica en AP				

VI - GESTIÓN FARMACÉUTICA

AREA	ORIENTACIÓN	VI.1 - Política Farmacoterapéutica	VI.2 - Servicios de Farmacia y Depósitos de Medicamentos en Atención Primaria	VI.3 - Accesibilidad de los ciudadanos a la prestación farmacéutica	VI.4 - Sistemas de información	VI.5 - Gestión del conocimiento
	LINEA DE ACTUACION					
CIUDADANOS	ACCESIBILIDAD					
	CALIDAD					
	CONTINUIDAD					
SISTEMA SANITARIO	POLÍTICA FARMACÉUTICA					

VII - HCE y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

AREA	ORIENTACIÓN	VII.1 - Historia Clínica Electrónica	VII.2 - Integración del aplicativo de Atención Primaria con los aplicativos departamentales corporativos	VII.3 - Integración de la historia clínica electrónica de Atención Primaria y Atención Hospitalaria	VII.4 - Generalización del uso de la historia clínica electrónica	VII.5 - Rediseño del sistema de información y evaluación de Atención Primaria	
CIUDADANOS	LINEA DE ACTUACION						
	ACCESIBILIDAD	C2-2: Refuerzo de la Atención Domiciliaria desde la Atención Primaria					
		C2-3: Reforzar la Atención Domiciliaria especialmente en el paciente dependiente y geriátrico					
		A2-2: Diseñar un Plan para alcanzar la "demora cero" en Atención Primaria					
	CONTINUIDAD	Q3-1: Incorporar la evaluación de resultados en los contratos de gestión con las Gerencias de AP					
		DC5-3: Definir y desarrollar un sistema de información que normalice la atención integral desde el ámbito social y sanitario					
		C3-1: Diseño de un sistema de comunicación y de derivación de pacientes entre profesionales utilizando las facilidades de las nuevas tecnologías					
		C3-2: Simplificar los procedimientos de derivación en los diferentes niveles asistenciales					
		C1-1: Crear espacios estables de comunicación entre niveles que faciliten y aseguren la continuidad y la coordinación asistencial					
		C1-2: Inclusión en los Contratos de Gestión de metas y objetivos relacionados con la coordinación entre niveles					
	SISTEMA SANITARIO	SISTEMAS DE INFORMACION	SI2-3: Desplegar la Base de Datos de Usuarios (BDU)				
			SI2-4: Desplegar las aplicaciones de Gestión de Pacientes: admisión, documentación y atención al paciente.				
SI2-1: Desplegar la HC electrónica en Atención Primaria							
SI2-5: Diseñar y desarrollar un plan de integración de aplicaciones que permita compartir información clínica entre la AP y AE y vincular de la información asistencial con los datos de promoción y protección de la salud							
SI3-1: Diseño e implantación de un sistema para la capacitación de los profesionales de AP en el manejo de nuevas aplicaciones y de formación continuada para las actualizaciones.							
SI3-2: Diseñar e implantar un sistema de atención al usuario y de mantenimiento de equipos que permita resolver las incidencias.							
SI3-3: Diseñar e implantar un sistema corporativo para la incorporación de mejoras en las soluciones informáticas estructurado entorno a grupos de trabajo para las diferentes áreas operativas							
SI3-4: Diseñar e implantar un Sistema de Comunicación con los centros y usuarios que permita informarles de la marcha e innovaciones de los proyectos y simultáneamente evaluar su satisfacción con los aplicativos implantados							
POLÍTICA FARMACÉUTICA			E3-3: Desarrollo y actualización de una Guía Farmacoterapéutica Regional				
			SOSTENIBILIDAD	T1-1: Desarrollar un Plan de Optimización de Tecnologías existentes en AP			
	T1-4: Definir una política para evaluar la incorporación, explotación y aportaciones de las tecnologías en AP						
T1-5: Definir y desarrollar un Plan de Mantenimiento de las tecnologías e instalaciones de AP							
SOCIEDAD	SALUD PÚBLICA	SP2-1: Mejorar y desarrollar los sistemas de información en el ámbito de la salud pública y su integración con los sistemas de los servicios asistenciales					
		SP2-3: Desarrollar un sistema de alertas de salud pública					

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

7. ACUERDO DE 27 DE ABRIL DE 2007 ENTRE LOS REPRESENTANTES DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD Y DE LOS COMITES DE HUELGA, SOBRE LAS REIVINDICACIONES FORMULADAS EN RELACION CON EL PERSONAL DESTINADO EN ATENCIÓN PRIMARIA.



ACUERDO DE 27 DE ABRIL DE 2007 ENTRE LOS REPRESENTANTES DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD Y DE LOS COMITÉS DE HUELGA, SOBRE LAS REIVINDICACIONES FORMULADAS EN RELACIÓN CON EL PERSONAL DESTINADO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

ANTECEDENTES

1º) El pasado 27 de marzo de 2007 el sindicato CESM realizó una convocatoria de huelga destinada a los médicos que prestan servicios en el ámbito de atención primaria de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para los días 10 de abril y 10 de mayo de 2007, desde las 0 hasta las 24 horas, indicando en dicha convocatoria los motivos que determinaban la misma.

2º) A su vez, y con fecha de 28 de marzo de 2007, el sindicato CC.OO. convocó huelga para la totalidad del personal destinado en los centros de atención primaria del Servicio Murciano de Salud para los mismos días, especificando igualmente los motivos de dicha huelga.

3º) De forma resumida, los motivos que determinaron la convocatoria de huelga por parte de ambos sindicatos se concretaban en:

- Incremento del presupuesto para atención primaria, llegando al 25% del presupuesto sanitario.
- Cumplimiento efectivo de un máximo de 1.500 usuarios por médico de familia, 1.000 por pediatra y 1.800 por enfermero.
- Garantizar un tiempo medio de atención en consulta de 10 minutos por paciente.
- Aumentar la capacidad resolutoria mediante el acceso a todas las exploraciones complementarias en la totalidad de los centros de salud.
- Disminución de la burocracia en la consulta.
- Garantizar un tiempo para actividades comunitarias, docentes, investigadoras y de formación continuada.
- Aumentar la participación de los ciudadanos para la mejora de los servicios sanitarios.

4º) Con motivo de dicha convocatoria, el pasado día 3-4-07 las representaciones del Servicio Murciano de Salud y de las organizaciones sindicales fijaron los servicios mínimos que habrían de aplicarse durante la jornada de huelga del día 10 de abril de 2007.



5º) Con posterioridad, tales representaciones han mantenido diversas reuniones con la finalidad de alcanzar un acuerdo acerca de las peticiones que determinaron la convocatoria de la huelga, que han concluido con la adopción del presente Acuerdo.

6º) El artículo 8 del Real Decreto-Ley 17/1977, de 4 de marzo, sobre Relaciones de trabajo, dispone: "2. Desde el momento del preaviso y durante la huelga, el Comité de huelga y el empresario, y en su caso los representantes designados por los distintos Comités de huelga y por los empresarios afectados, deberán negociar para llegar a un acuerdo, sin perjuicio de que en cualquier momento los trabajadores puedan dar por terminada aquélla. El pacto que ponga fin a la huelga tendrá la misma eficacia que lo acordado en Convenio Colectivo".

A la vista de lo expuesto, y como consecuencia de las distintas reuniones que se han venido manteniendo hasta la fecha, los representantes del Servicio Murciano de Salud y de los Comités de Huelga, adoptan los siguientes acuerdos:

I) MEDIDAS COMPLEMENTARIAS AL PLAN DE MEJORA Y MODERNIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA REGIÓN DE MURCIA 2007 – 2010.

1. COMPROMISOS INSTITUCIONALES.

1.1. La Consejería de Sanidad de la CARM apoya explícitamente el desarrollo de la estrategia AP21 en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

1.2. La Consejería de Sanidad de la CARM solicitará, inmediatamente, la convocatoria de una reunión del Consejo Interterritorial del SNS para tratar exclusivamente la financiación en Atención Primaria.

1.3. La Consejería de Sanidad de la CARM solicitará en el seno del CI del SNS la modificación del actual modelo de receta médica oficial y que se regule la receta multiprescripción, mientras se desarrolla e implanta el Sistema de Receta electrónica.

2. ASIGNACIÓN DE RECURSOS ECONÓMICOS PARA ATENCIÓN PRIMARIA.

Durante los próximos ejercicios, se incrementará progresivamente el presupuesto destinado para Atención Primaria, hasta alcanzar que en el año 2010 se dedique para este ámbito un 25% del Presupuesto global en el Servicio Murciano de Salud.

3. AUMENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Antes de finalizar el año 2007, el SMS elaborará y difundirá el Catálogo de Pruebas complementarias disponible en Atención Primaria, por Área de Salud, que además recogerá los procedimientos y circuitos de solicitud.



4. DISMINUCIÓN DEL TRABAJO BUROCRÁTICO EN LAS CONSULTAS.

4.1. Informatización del 100% de las consultas de AP, salvo limitaciones técnicas, antes de finalizar 2007 y mejora de los aplicativos informáticos y de soporte.

4.2. Establecer las medidas necesarias para que cualquier acto clínico lleve aparejado los actos administrativos que genere, tanto en el ámbito de AP como en el del Hospital.

4.3. Modificar y adaptar a nuestra realidad actual y previsiones de futuro, el Reglamento de Funcionamiento de los EAP de la CARM, incluyendo, entre otros aspectos, la adecuación de funciones de los diferentes profesionales integrantes de los mismos.

4.4. Simplificar y unificar, antes de finalizar 2007, todos los modelos posibles de solicitud de pruebas complementarias, hoja de interconsulta, y otros documentos de uso generalizado en toda la red de centros del SMS.

4.5. Incluir, antes de finalizar 2008, en el aplicativo informático de AP, todas las plantillas necesarias para la generación automatizada de los documentos a los que se refiere el apartado anterior y extender su validez, en la medida de lo posible, a toda la Organización.

5. GARANTIAS PARA EL FOMENTO DE LA FORMACIÓN CONTINUADA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y PARA LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO DIARIO.

5.1. Durante el año 2007 se planteará, ante los órganos de negociación correspondientes, la asignación de un tiempo anual retribuido para actividades de Formación Continuada.

5.2. Se fija un tiempo máximo de dedicación diaria para actividad clínica asistencial de 5 horas, disponiéndose de 2 horas diarias para la realización de otras actividades propias de Atención Primaria (Atención comunitaria, coordinación asistencial, autoformación, docencia e investigación)

6. IMPULSO DE MEDIDAS DE FOMENTO DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA.

La Consejería de Sanidad impulsará, a través de la normativa legal correspondiente, la puesta en funcionamiento de los Consejos de Salud de Área y, en general, fortalecerá los mecanismos de participación ciudadana.



7. PROPUESTAS DESTINADAS A INCREMENTAR EL TIEMPO POR VISITA.

7.1. Antes de finalizar 2007 se crearán las plazas necesarias para que, distribuidas de forma priorizada por los órganos competentes, se pueda dar cumplimiento al Acuerdo Marco Sectorial, de 24 de mayo de 2005, por el que se ordenan y determinan las materias objeto de negociación sindical para la mejora de las condiciones de trabajo y de la asistencia sanitaria.

7.2. Fijar, en los términos descritos en el Real Decreto de Libre elección de Médico de AP, como "cupo máximo" los siguientes:

7.2.1. Para los Médico de Familia:

AÑO	Nº TSI
2007	1.750
2008	1.650
2009	1.600
2010	1.500

7.2.2. Para los Pediatras:

AÑO	Nº TSI
2007	1.250
2008	1.150
2009	1.100
2010	1.000

7.3. Mantener, durante los ejercicios 2007 al 2009, ambos inclusive, los ratios fijados de 1.500 TSI por Médico de Familia y 1.000 TSI por Pediatra, aplicándose éste como media de los cupos existentes en cada uno de los dispositivos asistenciales de cada una de las ZBS.

7.4. Durante el año 2008 se realizará un estudio de cargas de trabajo tendente a objetivar el cupo recomendado para que se pueda dedicar un tiempo medio de atención en consulta por paciente de 10 minutos, en procesos clínicos.

7.5. En función de las conclusiones del estudio referido en el punto anterior, se impulsaran, asimismo, las medidas necesarias encaminadas a alcanzar, a partir del año 2010, un tiempo medio de atención en consulta por paciente de 10 minutos, en procesos clínicos.



7.6. A partir del año 2010, se fijará el ratio de 1.200 TSI por Médico de Familia y de 800 TSI por Pediatra, sin perjuicio de que estas cifras puedan modificarse tras las conclusiones del estudio aludido en el apartado anterior.

8. GARANTIAS ECONÓMICAS POR LA MINORACIÓN DE LOS CUPOS.

8.1. En el año 2009 se procederá a incrementar la retribución por TSI en el concepto de Productividad correspondiente, en un 10%; y en el año 2010, en otro 10% adicional.

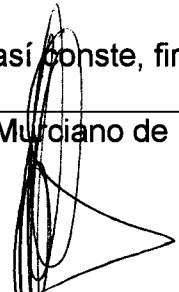
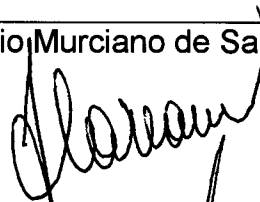
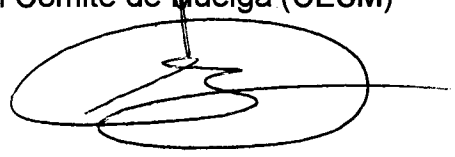
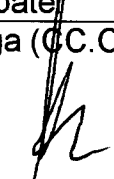
8.2. Asimismo, a partir del año 2010, cada una de las TSI asignadas a un Médico de Familia por encima de 1201 y cada una de las TSI asignadas a un Pediatra por encima de 801, serán retribuidas con el valor unitario de la de >65 años para su ZBS, en el primer caso; y con el valor unitario de la de <2 años para su ZBS, en el segundo.



8.3. Las medidas recogidas en los 2 apartados anteriores serán aplicadas siempre que el nuevo Régimen Retributivo no establezca otras medidas.

II) DESCONVOCATORIA DE LA HUELGA.

Por su parte, las organizaciones sindicales que forman parte de los Comités de Huelga (CESM y CC.OO.) deciden desconvocar la huelga prevista para el día 10 de mayo de 2007, así como trasladar dicha decisión con la mayor rapidez posible a los trabajadores afectados.

Y para que así conste, firman el presente en Murcia, a 27 de abril de 2007.

Por el Servicio Murciano de Salud  Fdo: Francisco Agulló Roca	Por el Servicio Murciano de Salud  Fdo: Pablo Alarcón Sabater
Por el Comité de Huelga (CESM)  Fdo: Francisco Miralles Jiménez	Por el Comité de Huelga (CC.OO.)  Fdo: Antonio Martínez Cañavate

	Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010	
	Consejería de Sanidad Servicio Murciano de Salud	

8. DOCUMENTO DE ADHESIÓN A LAS MEDIDAS COMPLEMENTARIAS AL PLAN PARA LA MEJORA Y MODERNIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA 2007-2010. QUE RECOGE EL ACUERDO DE 27 DE ABRIL DE 2007, ENTRE EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD Y LAS ORGANIZACIONES SINDICALES CEMS Y CCOO.



DOCUMENTO DE ADHESIÓN A LAS MEDIDAS COMPLEMENTARIAS AL PLAN PARA LA MEJORA Y MODERNIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA 2007-2010, QUE RECOGE EL ACUERDO DE 27 de ABRIL de 2007, ENTRE EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD Y LAS ORGANIZACIONES SINDICALES CESM Y CC.OO.

En el marco del desarrollo de las *Estrategias para el desarrollo sostenible de la Sanidad de la Región de Murcia 2005-2010*, nuestra Estrategia corporativa *es+Salud*, la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y el Servicio Murciano de Salud han elaborado durante los últimos meses el *Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria en la Región de Murcia 2007-2010*, como el instrumento que recoge un conjunto de medidas necesarias para la mejora de la calidad de la asistencia que prestamos al ciudadano en los Centros de Salud y Consultorios locales que conforman la red de centros del Servicio regional de Salud. Asimismo, este documento supone un compromiso explícito y la apuesta decidida por la Atención Primaria, su modernización y la mejora de la calidad en el primer escalón asistencial y por tanto en la Sanidad regional, tras el mandato que formuló la Asamblea Regional para su elaboración y aprobación por el Gobierno Regional.

Pero de forma simultánea, durante los últimos meses, estamos asistiendo al resurgir de un movimiento reivindicativo de ámbito estatal, que bajo el nombre de *"Plataforma 10 minutos"*, reclama de las Administraciones Públicas una serie de medidas urgentes que garanticen una Atención Primaria de calidad y, para ello, que se destine a este nivel asistencial un mayor porcentaje del presupuesto que anualmente se destina de forma global a la Sanidad de cada uno de los Servicios regionales que configuran el Sistema Nacional de Salud.

Esta serie de reivindicaciones fueron suscritas, tanto a nivel estatal como regional, por múltiples agentes: organizaciones sindicales, sociedades científicas, colegios profesionales, organizaciones de consumidores y usuarios, entidades ciudadanas, etc., con el único fin de la mejora de la calidad asistencial de la Atención Primaria en España.

Asimismo y para enfatizar en estas reivindicaciones, algunas de las organizaciones sindicales integradas en la Plataforma, han realizado convocatoria de huelga entre los profesionales de los diferentes Servicios regionales de Salud, generando ciertas expectativas entre los ciudadanos y pacientes, que obviamente desean siempre una mejora de la calidad asistencial y un mayor tiempo de dedicación en consulta.

En la Región de Murcia se realizaron convocatorias de huelga por CESM y por CC.OO., que han sido desconvocadas tras el *Acuerdo* alcanzado con el Servicio Murciano de Salud, rubricado el día 27 de abril de 2007. Este Acuerdo contempla una serie de *Medidas Complementarias al Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria en la Región de Murcia 2007-2010*, elaborado por la



Administración regional y en el que ya se han estimado diversas alegaciones formuladas, en el trámite de audiencia, por diferentes entidades y organismos (Organizaciones sindicales, Sociedades científicas, Academias y Colegios profesionales y la propia Plataforma 10 minutos).

Las **Medidas Complementarias** incluyen:

1. *compromisos institucionales,*
2. *medidas de asignación de recursos económicos para atención primaria,*
3. *para el aumento de la capacidad resolutive de atención primaria,*
4. *para la disminución del trabajo burocrático en las consultas,*
5. *garantías para el fomento de la formación continuada en atención primaria y para la organización del trabajo diario,*
6. *de fomento de la participación ciudadana,*
7. *propuestas destinadas a incrementar el tiempo por visita, y*
8. *garantías económicas por la minoración de los cupos.*

Finalmente, se entiende que la puesta en funcionamiento del Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria en la Región de Murcia 2007-2010 y las Medidas Complementarias acordadas, pretenden una mejora de la calidad de la asistencia en todas sus dimensiones y un incremento en el tiempo de dedicación al paciente, lo que redundará en otras mejoras tendentes a la sostenibilidad del Sistema, como el uso racional del medicamento, la contención del crecimiento del gasto farmacéutico y la mayor adecuación y control en la petición de pruebas complementarias.

Por todo lo anterior, los abajo firmantes **SUSCRIBEN** en este Acto las **Medidas Complementarias al Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007-2010**, que se recogen en el **Acuerdo de 27 de abril de 2007**.

Para el seguimiento de estos Acuerdos se crea una **Comisión**, que se constituirá en el plazo de 2 meses desde la firma de este Documento de Adhesión.

Serán funciones de esta Comisión, el seguimiento de las actuaciones desarrolladas y la formulación de propuestas de actuación en esta materia.

Su composición será la siguiente:

- 1 representante de cada uno de los sindicatos que firman el Acuerdo de 27 de abril de 2007.
- 1 representante designado por la Plataforma 10 minutos. Murcia.
- 1 representante designado por cada una de las Sociedades Científicas del ámbito de Atención Primaria: Sociedad Murciana de Medicina Familiar y



Comunitaria, Sociedad Murciana de Medicina General, Sociedad Murciana de Pediatría extrahospitalaria y SEMERGEN-Murcia.

- Por parte de la Administración 7 representantes designados al efecto.

El número de reuniones a celebrar será, al menos una al semestre, sin perjuicio de lo que se determine por la Comisión de Seguimiento.

Y para que conste, firman el presente Documento de Adhesión, en Murcia, a 27 de abril de 2007.

<p>Consejera de Sanidad Presidenta del Consejo Administración del Servicio Murciano de Salud</p>	<p>Presidente de la Plataforma 10 minutos de Murcia</p>
<p>Fdo. María Teresa Herranz Marín</p>	<p>Fdo: Juan Fco. Menarguez Puche</p>
<p>Director Gerente del Servicio Murciano de Salud</p>	<p>Presidente de la Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria</p>
<p>Fdo. Francisco Aguilera Roca</p>	<p>Fdo. Juan de Dios González Caballero</p>
	<p>Presidente de la Sociedad Murciana de Medicina General.</p>
	<p>Fdo. José Ant^o Piqueras López</p>
	<p>Presidente de la Sociedad Murciana de Pediatría extrahospitalaria</p>
	<p>Fdo. Ana M^a Rodríguez Fernández</p>
	<p>Presidente de SEMERGEN. Murcia</p>
	<p>Fdo.: José Eduardo Carrasco Carrasco</p>
	<p>Secretario del Colegio de Médicos de la Región de Murcia</p>
	<p>Fdo.: Aurelio González Palacios</p>