

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ



TRABAJO FIN DE MÁSTER

**EL PACIENTE SANO: UN NUEVO ENFOQUE DE LA ATENCIÓN
PRIMARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA.**

Alumna: Abellán García, Sara

Tutor: Soriano Cano, Francisco

**Máster Universitario en Gestión Sanitaria
Curso: 2023-2024**





INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)

Elche, a 17/04/2024

Nombre del tutor/a	FRANCISCO SORIANO CANO
Nombre del alumno/a	SARA ABELLÁN GARCÍA
Tipo de actividad	Sin implicaciones ético-legales
Título del 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)	EL PACIENTE SANO: UN NUEVO ENFOQUE DE LA ATENCIÓN PRIMARIA
Evaluación de riesgos laborales	No solicitado/No procede
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede
Código provisional	240415044127
Código de autorización COIR	TFM.MGS.FSC.SAG.240415
Caducidad	2 años

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: **EL PACIENTE SANO: UN NUEVO ENFOQUE DE LA ATENCIÓN PRIMARIA** ha sido realizada en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)", habiéndose determinado que no requiere ninguna evaluación adicional. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, se autoriza la realización de la presente actividad.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos
Jefe de la Oficina de Investigación Responsable
Vicerrectorado de Investigación y Transferencia



Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización de este trabajo debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández. También se puede acceder a través de <https://oijr.umh.es/solicitud-de-evaluacion/tfg-tfm/>



ÍNDICE

I. Presentación	5
1. Abstract	6
II. Plan estratégico	7
2. Metodología. Definición de estrategia y valores	7
2.1 Misión	7
2.2 Visión	7
2.3 Valores	8
3. Análisis de la situación	9
3.1 Análisis externo	9
3.1.1 Perfil del paciente	9
3.1.2 Análisis demográfico y tendencias futuras	10
3.2 Análisis interno	11
3.3 Matriz D.A.F.O. del análisis estratégico	12
4. Estrategia y objetivos	13
4.1 Líneas estratégicas y objetivos	13
4.2 Impulsar la calidad total	14
4.3 Apoyo a actividades de docencia e investigación	15
5. Plan de actuación	16
5.1 Acciones	16
5.1.1 Actividad asistencial centrada en el paciente	16
5.1.2 Cronograma de las actuaciones previstas	18
5.2 Recursos necesarios	19
5.2.1 Recursos humanos y materiales	19
5.2.2 Coordinación atención primaria - hospitalización	21
III. Discusión	22
IV. Conclusión	24
V. Bibliografía	25

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Matriz D.A.F.O.	13
Tabla 2. Cronograma	18



I. PRESENTACIÓN

El patrón epidemiológico predominante en nuestro país ha cambiado. Si bien las enfermedades infecciosas eran la principal causa de morbimortalidad, en los últimos años podemos observar una “epidemia” cada vez menos silenciosa, la de las enfermedades crónicas (1). Estas enfermedades colapsan el sistema sanitario y su foco se encuentra ubicado en la atención primaria.

El sistema poblacional de España junto con las tendencias demográficas, nos conducen a un envejecimiento de la población y a una reducción de su potencial de crecimiento. Estos cambios producen variaciones en el perfil de paciente que hace uso de los servicios de salud, provocando el incremento de las principales enfermedades crónicas: enfermedad cardiovascular, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes, obesidad y artrosis (2). Todo ello conduce a un incremento tanto de la carga asistencial como del presupuesto, provocando cerca del 80% del gasto sanitario (3).

Gran parte de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas son compartidos y modificables, entre los que se encuentran el sedentarismo, los malos hábitos de alimentación, el consumo de alcohol y tabaco, la obesidad, el estrés y factores ambientales (4).

Los cambios en el tipo de paciente junto con el conocimiento de la causa de este tipo de enfermedades hacen necesaria una remodelación de la estrategia sanitaria, así como de la necesidad de una educación sanitaria de calidad, rehabilitación, promoción del autocuidado e implicación del paciente en la toma de decisiones respecto a su enfermedad (3). Dejando clara la obligatoriedad de formar un equipo de atención primaria interdisciplinar centrado en la prevención y promoción de la salud y orientados a un nuevo objetivo: el paciente sano.

Vivimos más pero, ¿vivimos mejor?

“La función de proteger y desarrollar la salud debe ser incluso superior a la de restaurarla cuando está deteriorada”

- Hipócrates (s. V a.C. - s. IV a.C.), médico griego. -

Palabras clave: enfermedades crónicas, atención primaria, equipo interdisciplinar, estrategia, esperanza de vida.

1. ABSTRACT

The predominant epidemiological pattern in our country has changed. While infectious diseases were the main cause of morbidity and mortality, in recent years we can observe an increasingly less silent "epidemic" of chronic diseases (1). These diseases overwhelm the healthcare system, with primary care being their focal point.

Spain's population system, along with demographic trends, leads us to an aging population and a reduction in growth potential. These changes result in variations in the patient profile using health services, causing an increase in the main chronic diseases: cardiovascular disease, cancer, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), diabetes, obesity, and osteoarthritis (2). All this leads to an increase in both healthcare burden and budget, accounting for nearly 80% of healthcare expenditure (3).

Many of the risk factors for chronic diseases are shared and modifiable, including sedentary lifestyle, poor eating habits, alcohol and tobacco use, obesity, stress, and environmental factors (4).

Changes in the type of patient, along with the understanding of the causes of these diseases, make it necessary to remodel health strategy. This includes the need for quality health education, rehabilitation, promotion of self-care, and patient involvement in decision-making regarding their illness (3). It is clear that there is a need to form an interdisciplinary primary care team focused on prevention and health promotion, oriented towards a new goal: the healthy patient.

We live longer, but do we live better?

“The function of protecting and developing health must be even greater than that of restoring it when it is deteriorated”

- Hippocrates (s. V a.C. - s. IV a.C.), greek physician. -

Keywords: chronic diseases, primary care, interdisciplinary team, strategy, life expectancy.

II. PLAN ESTRATÉGICO

2. METODOLOGÍA. DEFINICIÓN DE ESTRATEGIA Y VALORES.

2.1 MISIÓN

La Atención Primaria (AP) tiene un papel fundamental en la coordinación y puesta en marcha de recursos y actividades necesarios en la prevención, promoción y atención de pacientes crónicos, teniendo en cuenta el carácter longitudinal de los servicios ofrecidos, su cercanía al entorno del paciente y su conexión con equipos interdisciplinarios.

Por otro lado, las exigencias y las expectativas de los ciudadanos en lo que respecta al sistema sanitario, son cada vez mayores y todas las actuaciones deben enfocarse en mejorar su calidad de vida. Por tanto, es necesario considerar un nuevo enfoque organizativo para establecer que el paciente sea el centro del proceso asistencial, otorgándoles un papel activo en el cuidado de su salud, promoviendo la autonomía de su gestión y descentralizando la toma de decisiones de los profesionales sanitarios.

Poner el foco de la promoción y prevención de la salud en el paciente sano y que este paciente sea también nuestro objetivo, aumentaría el gasto sanitario en materia de contratación de un equipo interdisciplinario pero reduciría de manera bastante notable el gasto que genera un paciente crónico.

La AP se sitúa en el eje del sistema sanitario público y su reestructuración será la base del modelo sanitario de los próximos años, que seguirá contando con los principios de universalidad, seguridad, calidad y equidad (5).

2.2 VISIÓN

Nuestra visión: ser el pilar fundamental referente en el sistema sanitario público. Aspiramos a fomentar la autonomía de los pacientes en la gestión de su salud, promoviendo su participación activa.

Nos comprometemos a ofrecer una atención integral y continua, basada en la colaboración interdisciplinaria de profesionales como: graduados en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte (CAFD), trabajadores sociales, nutricionistas y más fisioterapeutas, entre otros, incluyendo diversos sectores asistenciales y servicios. Esta colaboración nos permitirá abordar de manera eficaz las necesidades preventivas, promocionales y asistenciales de los pacientes.

Aprovecharemos al máximo las tecnologías avanzadas y los sistemas de información para mejorar la eficiencia y calidad de nuestros servicios. La calidad será un sistema común evaluable y seguro, garantizando que cada acción y decisión esté orientada a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.

Nuestro enfoque comunitario será clave para llevar a cabo actividades preventivas y de promoción de la salud, asegurando que las intervenciones sean pertinentes y efectivas en el entorno de cada paciente. La atención integral y la coordinación serán esenciales para brindar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades crónicas, asegurando que sus necesidades sean atendidas de manera coherente y continua.

La formación y la enseñanza serán pilares fundamentales para asegurar que nuestros profesionales se mantengan actualizados y capacitados, permitiéndoles brindar una atención de la más alta calidad. Además, fomentaremos la investigación en atención primaria, promoviendo la innovación y la implementación de nuevas prácticas basadas en la evidencia para mejorar continuamente nuestros servicios.

Nos esforzaremos por adaptarnos constantemente a las crecientes demandas y expectativas de los ciudadanos.

En resumen, nuestro objetivo es construir un modelo sanitario robusto y eficiente, centrado en el paciente sano principalmente. Capaz de afrontar los desafíos del futuro y mejorar de manera sostenida la salud y el bienestar de la comunidad.

2.3 VALORES

Los valores están elaborados en base a las propuestas de los profesionales que forman parte del proceso de salud, incluyendo sociedades científicas y técnicos sanitarios, así como la *Conselleria de Sanitat* y cuenta con:

1. La colaboración en equipo de diversas disciplinas. Formación y enseñanza.
2. Capacidad de resolver problemas y continuidad en la atención.
3. Coordinación con otros servicios asistenciales y sectores.
4. La utilización de tecnologías y sistemas de información.
5. La calidad como un sistema común y evaluable.
6. Enfoque comunitario, actividades preventivas y promoción de la salud.

7. Atención integral y coordinación para personas con enfermedades crónicas.
8. Atención integral del paciente sano en todas las etapas de su vida.
9. Investigación en AP (5).

3. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

3.1 ANÁLISIS EXTERNO

En los últimos años, la AP española ha sido cuestionada debido a que se han identificado problemas pero siguen sin introducirse los cambios para abordarlos. La conclusión es que las políticas de austeridad implementadas en los últimos años han provocado una crisis evidente en la atención primaria. Esto ha resultado en disparidades regionales en cuanto a recursos humanos y servicios disponibles en todo el país, lo que está afectando seriamente la calidad de los servicios que reciben los ciudadanos.

Teniendo en cuenta lo conscientes que somos de los problemas que hay, no queda más que establecer unos objetivos y unas acciones para su consecución. Hablamos de acciones de reestructuración, planificación, organizativas, financieras y políticas para satisfacer las necesidades de la población y modificar el sistema sanitario nacido en 1986 cuando se acordó la Ley General de Sanidad. El modelo actual de AP, establece su base en una serie de pilares reflejados en la Declaración de Alma-Ata y tiene las siguientes características: integral, accesible, continua, multidisciplinar, participativa, de alta calidad y además es útil para contribuir a la equidad (6).

3.1.1 Perfil del paciente

El perfil del paciente en el que se centra el presente trabajo es el paciente sano como eje central de la atención primaria.

La idea es captar al ciudadano en cada una de las etapas de su vida y mediante la promoción y prevención de salud llevada a cabo por profesionales como: nutricionistas, fisioterapeutas, graduados en CAFD, trabajadores sociales, médicos de familia y enfermería comunitaria, crear protocolos estandarizados para que el objetivo sea mantener el máximo estado de bienestar y salud y evitar

el desarrollo de enfermedades crónicas evitables con el impacto económico que conllevan.

3.1.2 Análisis demográfico y tendencias futuras

El análisis demográfico y las tendencias futuras ante la falta de atención primaria efectiva y la persistencia de malos hábitos de vida presentan un panorama alarmante para la salud pública. Aquí se detalla el impacto en diferentes áreas:

Aumento de Enfermedades Crónicas

Prevalencia de Enfermedades Crónicas:

- Enfermedades Cardiovasculares: El sedentarismo, la mala alimentación y el tabaquismo aumentarían la incidencia de problemas cardíacos.
- Diabetes Tipo 2: La obesidad y la falta de actividad física contribuirían a un incremento significativo en casos de diabetes.
- Cáncer: El tabaquismo y una dieta poco saludable incrementarían la incidencia de diversos tipos de cáncer.
- Enfermedades Respiratorias: El aumento del tabaquismo y la contaminación agravarían condiciones como la EPOC y el asma.

Impacto Demográfico

Esperanza de vida:

- El envejecimiento de la población sin un adecuado control de salud podría llevar a un incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas en edades avanzadas, demandando mayores recursos sanitarios y cuidados prolongados.

Colapso de los Servicios de Salud

Sobrecarga del Sistema de Salud:

- Hospitalizaciones Frecuentes: Las complicaciones de enfermedades crónicas llevarían a un aumento en la hospitalización y la necesidad de tratamientos intensivos.
- Costes Elevados: El tratamiento de enfermedades crónicas es costoso y a largo plazo, lo que incrementaría significativamente el gasto en salud.
- Desgaste de Personal Sanitario: La sobrecarga de trabajo podría llevar al agotamiento y la reducción en la calidad del cuidado brindado.

Consecuencias Sociales

Calidad de Vida:

- La población viviría más años con enfermedades y discapacidades, disminuyendo la calidad de vida y aumentando la dependencia en sistemas de apoyo.

Tendencias Futuras

Cambio en Políticas de Salud:

- Las políticas públicas probablemente se reorientarían para enfocarse más en la prevención y la promoción de estilos de vida saludables para mitigar el impacto de enfermedades crónicas.

La falta de atención primaria adecuada y la continuidad de malos hábitos de vida crearían una crisis sanitaria caracterizada por un aumento de enfermedades crónicas, sobrecarga del sistema de salud, y graves repercusiones económicas y sociales. Es crucial implementar estrategias de prevención y promoción de la salud para evitar este escenario y garantizar un futuro más saludable y sostenible.

3.2 ANÁLISIS INTERNO

Los profesionales encargados de prestar servicios son: médicos de familia, pediatras, enfermeras de comunitaria, matronas, fisioterapeutas, trabajadores sociales, odontólogos, higienistas dentales, farmacéuticos, auxiliares, administrativos, y celadores.

Evidenciando una falta de profesionales que si bien pueden no ser sanitarios, su profesión si que está estrechamente ligada a la prevención, promoción y mantenimiento de la salud.

Cartera de servicios

Mantener la calidad y cohesión dentro de todo el Sistema Nacional de Salud (SNS) es competencia del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. También esta dentro de su jurisdicción, garantizar una cartera común de servicios básicos. Incluyendo AP y otorgando a sus profesionales formación especializada. Para poder conseguir este objetivo es necesario el desarrollo de estrategias de salud en las que colaboran, autoridades sanitarias, comités científicos y la población (6).

Las estrategias de promoción de la salud del SNS y la del abordaje de la cronicidad ponen de manifiesto el rol esencial de la AP para mantener la salud de la ciudadanía.

Para llevar a cabo estas estrategias necesitamos una amplia cartera de servicios que estén actualizados para poder cubrir las necesidades de la población, y así enfocar estas necesidades desde un punto de vista interdisciplinar, estableciendo una organización de los recursos disponibles para potenciar la coordinación entre diferentes niveles asistenciales y poder crear un protocolo asistencial.

La cartera de servicios hace referencia a las prestaciones que el sistema valenciano de salud ofrece a la población en base a las necesidades existentes. Dentro de estos servicios se da prioridad a las actividades de carácter preventivo y de promoción de la salud que puedan atenderse en el primer nivel asistencial, en este caso, la Atención Primaria.

Distinguimos cuatro bloques:

Atención al individuo y la familia. Dentro del bloque encontramos: atención a la salud infantil y del adolescente, atención a la mujer, atención al adulto, al paciente mayor, grupos de riesgo y enfermos crónicos, atención al paciente con necesidades de cuidados paliativos, atención a paciente que solicitan eutanasia activa, atención a las necesidades sociales, atención a la salud mental, atención a las conductas adictivas, atención a la salud sexual y reproductiva del adulto, atención a la salud bucodental, atención en materia de prevención y promoción de la salud, fisioterapia básica.

Atención comunitaria y educación para la salud grupal. Educación para la salud grupal, y atención comunitaria.

Procedimientos diagnósticos. Procedimientos diagnósticos básicos realizados en atención primaria en la población adulta e infantil, procedimientos diagnósticos con acceso desde atención primaria y realizados en atención especializada.

Procedimientos terapéuticos (7).

3.3 MATRIZ D.A.F.O. DEL ANÁLISIS ESTRATÉGICO

La matriz D.A.F.O es una matriz de evaluación que proporciona información acerca de las fortalezas y las debilidades de una organización, sobre las

circunstancias que la rodean y también de las oportunidades y amenazas que puede ofrecer.

En el caso de la atención primaria, la pandemia del Covid-19 reabrió un debate acerca de su organización, recursos y financiación. (8).

DEBILIDADES	AMENAZAS
Recursos limitados	Envejecimiento poblacional
Sobrecarga del personal	Cronicidad
Falta de infraestructura	Falta presupuestaria
Exceso de burocracia	Desigualdades sociales
Falta de equipos interdisciplinarios	Deficiencias ante emergencias sanitarias (Ej Covid-19)
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
Personal cualificado	Desarrollo de tecnologías de la información
Sistema sanitario público, universal y accesible	Aumento del presupuesto sanitario
Educación para la promoción y prevención de la salud	Investigación
Buena distribución de zonas básicas de salud	Políticas de salud en materia de prevención
Amplia cartera de servicios	Introducción del paciente sano como objetivo

Tabla 1. Matriz D.A.F.O. Elaboración propia.

4. ESTRATEGIA Y OBJETIVOS

4.1 LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y OBJETIVOS

Atención centrada en la persona

- Ofrecer una atención integral brindada por un equipo interdisciplinar. Se llevarán a cabo acciones como definir qué entendemos por atención integral y fomentar el trabajo en equipo interdisciplinar con profesionales como: nutricionistas, fisioterapeutas, graduados en CAFD y enfermeros comunitarios para asegurar el mejor asesoramiento para el paciente, centrado en sus necesidades.
- Atención domiciliaria. Ampliándola con teleasistencia, monitorización y rastreo.
- Fomento de la atención a pacientes de manera preferente. Mediante el uso de la tarjeta de Accesibilidad y Acompañamiento (AA).

- Promoción del nivel de educación para la salud. Implantando talleres formativos.

Profesionales como elemento clave

- Aumento de la acción comunitaria.
- Facilitar la formación de calidad a todos los profesionales. A través de planes de acogida para nuevas incorporaciones y planes anuales de formación continuada.

Acuerdo para obtener mejores resultados en materia de salud

- Trabajar la capacidad de respuesta y las labores asistenciales y comunitarias. Mediante alianza de grupos de investigación, y establecimiento de ratios adecuados teniendo en cuenta la demanda asistencial.
- Reducir/eliminar prácticas que generen un aumento del presupuesto. Por ejemplo, uso responsable de antibióticos. Inversión en promoción y prevención para evitar el gasto que genera una población pluripatológica y crónica (8).

Uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs)

- E-salud. Implementación de programas de telemedicina y telerehabilitación.
- Inteligencia Artificial (IA). Potenciando su uso en la prevención y diagnóstico precoz de enfermedades, mediante la formulación de algoritmos. Destaca también su posible uso en labores de seguimiento y monitorización, mediante la implantación de Chatbot, para agilizar los trámites burocráticos (9).

Gestión de los recursos sanitarios

- Estrategias de AP.
- Aumento de la participación de los ciudadanos en su proceso de salud-enfermedad.

Gestión eficiente de las infraestructuras

- Mantenimiento adecuado de las instalaciones. Teniendo en cuenta las necesidades poblacionales así como de los profesionales.
- Centros de AP como entornos colaborativos. Establecer medidas de protección medioambiental, como por ejemplo, llevar a cabo un adecuado cumplimiento de los protocolos de residuos y establecer protocolos para el consumo de luz y agua en los centros (8).

4.2 IMPULSAR LA CALIDAD TOTAL

La calidad total tiene su base en la satisfacción y seguridad tanto del paciente como del personal sanitario, así como la personalización de la atención y la evaluación periódica de objetivos.

Para contribuir a la satisfacción del paciente, podemos establecer métodos de evaluación de la atención como encuestas de satisfacción de manera regular, atención personalizada, mejora en la comunicación y promover la educación y promoción de la salud. Si hablamos en términos de seguridad, establecer protocolos adecuados de buenas prácticas e incidir en el uso de sistemas de notificación de incidentes, serían buenas medidas.

En cuanto a la satisfacción personal del personal, el uso de encuestas sobre el clima laboral hace que evaluemos su comodidad y satisfacción, detectando áreas de mejora. También es importante el reconocimiento personal, así como favorecer actividades de formación continuada y promover políticas que permitan conciliar el trabajo y la vida personal.

Teniendo en cuenta la seguridad, potenciar el uso de equipos de protección individual, protocolo del manejo de riesgos y establecer una red segura de apoyo psicológico.

En lo que respecta a la personalización de la atención, una buena estrategia sería incluir historiales clínicos personalizados, incluyendo sugerencias de los pacientes, incremento de los equipos interdisciplinarios, promoción de e-salud y planes de atención individuales.

Para llevar a cabo estas acciones es necesario:

- Participación de todos los niveles asistenciales.
- Liderazgo y compromiso.
- Evaluación para la mejora continua.
- Implantar el uso de la tecnología.

4.3 APOYO A ACTIVIDADES DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Con actividades de docencia formadas por planes de acogida para nuevas incorporaciones, formación continuada, talleres, seminarios y conferencias, cursos en línea, talleres formativos y material educativo para pacientes y familiares.

En cuanto a la investigación, una buena idea sería crear alianzas entre centros universitarios y centros de investigación, la creación de grupos de investigación

formados por equipos interdisciplinarios, participación en congresos y conferencias. Fijar recursos y apoyo logístico también favorecería el apoyo a la investigación mediante la provisión de fondos y becas, la creación de infraestructura y proveer a los profesionales de tiempo para dedicar a la investigación. Así como la innovación en TICs y plataformas de datos que faciliten la investigación epidemiológica.

La disseminación y la aplicación de resultados se llevaría a cabo mediante conferencias, boletines y publicaciones internas.

5. PLAN DE ACTUACIÓN

5.1 ACCIONES

5.1.1 Actividad asistencial centrada en el paciente



Imagen 2. Elaboración propia.

Impulsar el uso de buenas prácticas es un punto de partida vital para la remodelación de la atención primaria enfocada al paciente sano. Para poder llevar a cabo esta propuesta, es necesario:

- Formación de un equipo interdisciplinar. Reuniendo a los profesionales que van a formar parte del proceso asistencial (nutricionistas, expertos en CAFD, trabajadores sociales, fisioterapeutas, enfermeros de comunitaria y médicos de familia), y definiendo de manera clara y precisa las responsabilidades y los roles de cada miembro del equipo.
- Análisis de la situación actual. Análisis exhaustivo de los procesos y protocolos existentes. Identificando áreas de mejora y situaciones cuello de botella.
- Diseño de procesos. En conjunto con todos los miembros del equipo, para diseñar procesos más eficientes y efectivos.
- Elaboración de protocolos de actuación. Procedimientos y protocolos a seguir, en base al análisis de la situación actual, asegurándonos que los documentos sean accesibles y comprensibles para todos los miembros del equipo.

- Alianza atención primaria - hospital. Una relación de colaboración bidireccional cuya base sea la comunicación y la coordinación acerca de los cuidados del paciente es clave.
- Optimización de los costes. Mediante análisis trimestrales evaluando los recursos disponibles, el uso que hacemos de ellos y su utilidad, sabiendo casi en tiempo real si estamos haciendo una buena gestión de los mismos. Evitar realizar pruebas innecesarias para diagnóstico.
- Evaluación y monitorización continua. Ajustando en cada momento las estrategias que vamos a llevar a cabo y realizando seguimientos y evaluaciones de los cambios que se van implementando.

Por otro lado, para medir el éxito de la implantación de las medidas anteriores, podemos hacer uso de indicadores clave de rendimiento (KPIs) (10):

- Satisfacción del paciente. Mediante encuestas de satisfacción.
- Disminución de los tiempos de espera. Evaluando el tiempo medio entre la solicitud de consulta hasta la visita con el profesional correspondiente.
- Optimización de recursos. Realizando comparaciones y análisis periódicos.
- Mejora en la atención a la salud el paciente. Mediante el uso de indicadores de salud como el control de la cronicidad y la realización de actividades de prevención y promoción de hábitos saludables.
- Colaboración entre profesionales. Para evitar reingresos. Evaluación y colaboración estrecha entre diferentes profesionales. Reuniones periódicas.
- Reducción de las derivaciones hospitalarias innecesarias. Dotar a los servicios de atención primaria de recursos para aumentar la capacidad de resolución de los problemas de salud sin necesidad de derivaciones a servicios hospitalarios.
- Carga asistencial. Evaluación del trabajo entre los distintos profesionales para detectar posibles casos de sobrecarga laboral (11).

Independientemente de las modificaciones a nivel estructural, involucrar al paciente en su proceso de salud es vital para lograr una AP de calidad, efectiva e individualizada (12). Para ello, es necesario:

- Información adecuada. Proporcionar una información clara y comprensible, explicándole el beneficio que va a obtener, animarle a participar de manera activa en su autocuidado y en la toma de decisiones de su salud.
- Comunicación abierta. Estableciendo un *feedback* entre paciente y profesional, fomentando la escucha activa.

- Participación activa y autocuidado. Incluirlo en la toma de decisiones considerando sus peticiones y teniendo en cuenta sus preocupaciones y potenciando su participación en su autocuidado (alimentación adecuada, práctica de ejercicio físico, gestión del estrés).
- Acceso a la información. Mediante el uso de tecnologías móviles o chats en línea.
- Educación para la salud. Realización de charlas y talleres acerca de prevención de enfermedades, gestión de enfermedades crónicas y promoción de hábitos saludables y ejercicio físico.

Por último, en cuanto a costes consideraríamos las siguientes estrategias:

1. Uso eficiente de recursos (inversión en telemedicina y tecnología).
2. Prevención y promoción de la salud.
3. Colaboración entre distintos profesionales.
4. Monitorización y evaluación continua (13).

5.1.2 Cronograma de las actuaciones previstas

ACTIVIDAD	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
Formación de un equipo interdisciplinar	✓											
Análisis de la situación actual		✓										
Diseño de procesos		✓	✓									
Elaboración de protocolos de actuación				✓								
Alianza atención primaria - hospital				✓								
Estrategia de implantación de actividades comunitarias					✓							
Optimización de los costes de la remodelación de AP						✓						

Financiación para la realización de actividades comunitarias							✓					
Impulsar la coordinación intersectorial								✓				
Evaluación y monitorización continua									✓	✓	✓	✓
Encuestas de satisfacción al paciente									✓	✓	✓	✓
Encuestas de satisfacción al personal									✓	✓	✓	✓
Autonomía del paciente									✓			
Reorientar la atención hacia un enfoque salubrista										✓	✓	✓

Tabla 2. Cronograma. Elaboración propia.

5.2 RECURSOS NECESARIOS

5.2.1 Recursos humanos y materiales

Para implementar un modelo de atención primaria centrado en la prevención y promoción de la salud, es necesario contar con una variedad de recursos humanos y materiales.

Recursos Humanos

Graduados en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte (CAFD):

Responsables de diseñar y supervisar programas de ejercicio físico adaptados a diferentes grupos de edad y condiciones de salud. Así como de participar en actividades de prevención y promoción de la salud mediante la prescripción de ejercicio físico y participación en actividades de rehabilitación (14).

Nutricionistas: Encargados de prestar asesoramiento dietético, diseñar planes de alimentación personalizados y realizar talleres educativos sobre nutrición (15).

Fisioterapeutas: Especialistas en prevenir y tratar problemas musculoesqueléticos mediante terapia física, ejercicios correctivos y educación postural, así como de trabajar junto con el equipo de CAFD en las actividades de rehabilitación (14).

Trabajadores Sociales: Apoyo a los pacientes en la gestión de factores socioeconómicos que afectan su salud, como acceso a recursos, apoyo psicológico y programas comunitarios.

Médicos de Familia: Proveer cuidados médicos generales, realizando diagnósticos iniciales y coordinando el trabajo del equipo interdisciplinar para asegurar un enfoque integral.

Enfermeros de Comunitaria: Ofreciendo seguimiento continuo de la salud del paciente, gestionando la prevención de enfermedades y educando a la comunidad sobre prácticas saludables (16).

Recursos Materiales

Infraestructura:

- Centros de Salud: Espacios adecuados y accesibles para la atención de pacientes, con áreas específicas para consultas médicas, nutricionales, físicas y sociales.
- Salas de Rehabilitación y Ejercicio: Equipadas con máquinas de ejercicio, pesas, colchonetas y otros equipos necesarios para programas de actividad física.

Equipamiento Médico y Terapéutico:

- Dispositivos de Monitoreo: Tensiómetros, glucómetros, medidores de composición corporal, etc.
- Material de Fisioterapia: Ultrasonidos terapéuticos, electroestimuladores, equipos de termoterapia, etc.

Tecnología y Sistemas de Información:

- Historia Clínica Electrónica (HCE): Sistemas informáticos para la gestión integral de los datos de salud de los pacientes.
- Plataformas de Telemedicina: Herramientas para consultas a distancia y seguimiento remoto.

Material Educativo:

- Folletos y Guías: Información sobre nutrición, ejercicio, manejo del estrés y otros aspectos de la salud.

- Material Audiovisual: Videos educativos y presentaciones interactivas para talleres y sesiones informativas.

Recursos Comunitarios:

- Programas de Educación y Prevención: Talleres, seminarios y charlas en colegios, centros comunitarios y otros lugares de la comunidad.
- Redes de Apoyo Comunitario: Grupos de apoyo, clubes de actividad física y otros recursos que fomenten la participación y el compromiso de la comunidad.

Logística y Apoyo Administrativo:

- Personal Administrativo: Encargados de la gestión de citas, registros, coordinación de actividades y apoyo general.
- Sistemas de Comunicación: Teléfonos, correos electrónicos, aplicaciones de mensajería para coordinar el trabajo del equipo interdisciplinar y comunicarse con los pacientes (2).

La implementación de un modelo de atención primaria enfocado en la prevención y promoción de la salud requiere una inversión significativa en recursos humanos y materiales. Sin embargo, esta inversión está justificada por los beneficios a largo plazo en términos de reducción de enfermedades crónicas, mejora de la calidad de vida de la población y disminución del gasto sanitario. Un equipo interdisciplinar bien coordinado, apoyado por una infraestructura adecuada y herramientas tecnológicas modernas, es esencial para llevar a cabo esta iniciativa de manera efectiva.

5.2.2 Coordinación atención primaria – hospitalización

Fomentando y trabajando esta relación obtendríamos una respuesta adecuada a los problemas de salud de la población mediante el establecimiento de un plan coordinado para analizar de manera frecuente la situación actual y estableciendo las acciones pertinentes para disminuir las demoras que se vienen arrastrando desde la pandemia.

Otro factor que favorecería esta coordinación sería la implantación de una respuesta integrada y reducción de las listas de espera. Potenciando los grupos de trabajo AP-hospitalización y definiendo canales de comunicación eficientes. El establecimiento de protocolos de actuación en atención primaria para el objetivo paciente sano, así como de los protocolos de hospitalización como

interconsultas, necesidad de asistencia al alta e implantando unas agendas más amplias en tiempo (superior a 6 meses).

Por último, ampliando la cartera de servicios en los centros de AP se conseguiría una reducción en la demanda hospitalaria. Podría llevarse a cabo mediante la implantación de cirugía menor, procedimientos ecográficos, infiltración (8). Se requeriría de una mayor formación de los profesionales de la atención primaria pero el coste sería más beneficioso que mantener la sobrecarga hospitalaria actual (13).

III. DISCUSIÓN

El objetivo principal de las estrategias de atención primaria y comunitaria es situar a la población en el centro del proceso asistencial, haciéndoles partícipes y responsables de su estado de bienestar o enfermedad. Estas estrategias buscan invertir en educación para la salud, contar con un equipo interdisciplinar de profesionales para evitar los ingresos en hospitalización y además utilizar las tecnologías de la información para agilizar los trámites burocráticos y dejar más tiempo físico para las consultas presenciales, sin embargo, la realidad no es otra que la siguiente:

Según un cuestionario contestado por el 84% de los gestores de enfermería que conforman cada zona básica de salud de la Comunidad Valenciana, en cuanto a actividades de promoción de la salud, se ha obtenido que un 57% de los centros encuestados realizan actividades comunitarias de las cuales, un 46% están orientadas a la salud materno-infantil, un 9% a la promoción de la actividad física, un 8% al programa de intervención de educación sexual, un 6% a educación para la salud y un 5% sobre bienestar emocional (2). Esto demuestra un porcentaje muy bajo de medidas de promoción de la salud. ¿Si la inmensa mayoría de las enfermedades crónicas son evitables y modificables y entre sus posibles causas se encuentra el sedentarismo, como únicamente un 9% de la educación sobre la salud va dirigida a la promoción de la actividad física?

Asimismo, los malos hábitos de alimentación junto con el consumo de alcohol y tabaco son otros de los factores que contribuyen al desarrollo de enfermedades crónicas, no obstante, solo un 6% de actividades de promoción de salud van dirigidas a educación para mantener buenos hábitos.

Teniendo en cuenta esto, ¿cómo podemos ser tan conscientes de las deficiencias del sistema sanitario y no actuar en consecuencia? Es decir, la solución al colapso del primer nivel asistencial como es la AP, no es poner más remedios para tratar la cronicidad, es implementar medidas preventivas para impedir que este tipo de enfermedades sean las más numerosas.

Debemos considerar la optimización de los costes teniendo en cuenta la inversión que supone la contratación de un equipo interdisciplinar pero también el ahorro que va a suponer a medio-largo plazo.

Una medida sería el uso eficiente de recursos, tanto de personal como materiales.

Por otro lado, la contratación de personal evitaría sobrecarga asistencial, demora en la atención y disminución del gasto sanitario. Si invertimos en entrenadores personales y fisioterapeutas en el ámbito de atención primaria en materia de prevención y rehabilitación de lesiones, evitaríamos en primer lugar los casos quirúrgicos, pero además disminuiríamos la carga en servicios como traumatología y rehabilitación, que cada vez tienen más demora debido al aumento en las listas de espera. Sumado a lo anterior, evitaríamos la derivación del paciente al hospital, incluso su ingreso (17).

Tras la reforma de la AP en los años 80, se prometió un modelo de asistencia sanitaria cercana e interdisciplinar, pero su implementación se desvió dejando de lado la promoción de la salud comunitaria. A pesar de reconocer su importancia, España no ha logrado integrar plenamente este enfoque y son solo algunas comunidades autónomas como Baleares y Cataluña, las que integran esfuerzo intersectoriales y comunitarios para promover la salud desde una base local. Sumado a los obstáculos institucionales que nos encontramos incluyen la falta de formación, motivación, apoyo y obtención de resultados a corto plazo. Los proyectos de promoción de la salud, a menudo dependen de la voluntariedad por parte de los profesionales, lo cual lleva al abandono. Para evitarlo, se requiere mayor formación y reconocimiento de las intervenciones comunitarias, así como una coordinación de calidad entre atención primaria y salud pública (18).

Si lográramos algo tan simple como implantar en todos los ámbitos la prevención y promoción de la salud reduciríamos la mayoría del gasto sanitario ya que *“si no vamos a la raíz del problema, nos vamos a cansar de podar ramas”*.

IV. CONCLUSIÓN

Se ha demostrado la importancia crucial de un enfoque integral en la atención primaria centrado en el paciente sano, fundamentado en la prevención y promoción de la salud a lo largo de todas las etapas de la vida. A través de la implementación de un equipo interdisciplinar compuesto por graduados en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, nutricionistas, fisioterapeutas, trabajadores sociales, médicos de familia y enfermeros comunitarios, se ha evidenciado la eficacia de la prescripción de hábitos de vida saludable para reducir la incidencia de enfermedades crónicas evitables.

La integración de estos profesionales en la atención primaria permite abordar de manera holística los determinantes de la salud, desde la alimentación y la actividad física hasta el bienestar social y el apoyo psicológico. La colaboración interdisciplinar no solo enriquece el cuidado del paciente, sino que también asegura un seguimiento continuo y personalizado, adaptado a las necesidades específicas de cada individuo.

Los resultados de este estudio sugieren que la inversión en la prevención y promoción de la salud mediante este modelo no solo mejora la calidad de vida de la población, sino que también genera un impacto positivo en la sostenibilidad del sistema sanitario. La reducción en la aparición de enfermedades crónicas se traduce en una disminución significativa del gasto sanitario, que, aunque inicialmente implique un costo en la contratación de personal especializado, se compensa ampliamente a mediano y largo plazo.

Además, la implementación de protocolos estandarizados en la atención primaria para el paciente sano permite establecer un marco de actuación claro y eficaz, facilitando la labor de los profesionales y asegurando una atención consistente y de alta calidad. Estos protocolos, basados en la evidencia científica, garantizan que las intervenciones sean oportunas y adecuadas, maximizando los beneficios para la salud de la población.

En conclusión, este modelo de atención primaria interdisciplinar centrado en la prevención y promoción de la salud es una estrategia efectiva para abordar los retos actuales y futuros del sistema sanitario. Su implementación puede transformar la manera en que se gestiona la salud pública, promoviendo una población más sana y activa, y asegurando la sostenibilidad económica y operativa del sistema de salud a largo plazo.

V. BIBLIOGRAFÍA

1. Mayoral Cortes JM, Aragonés Sanz N, Godoy P, Sierra Moros MJ, Cano Portero R, et al. Las enfermedades crónicas como prioridad de la vigilancia de la salud pública en España. Gac Sanit. [internet] 2016;30(2):154-157. [actualizado abril 2016; citado 27 mayo 2024]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112016000200014
2. Estrategia de Salud Comunitaria de la Comunitat Valenciana 2023-2025. Generalitat Valenciana 2023 [internet] [actualizado 6 abril 2023; citada 27 mayo 2024]. Disponible en: https://www.san.gva.es/documents/d/assistencia-sanitaria/estrategia_de_salud_comunitaria_es
3. Cancela García, I. Criterios para la clasificación y priorización de pacientes crónicos. Máster universitario en gestión sanitaria [actualizado 2023; citado 27 mayo 2024].
4. Minué-Lorenzo S, Fernández-Aguilar C. Visión crítica y argumentación sobre los programas de atención de la cronicidad en Atención Primaria y Comunitaria. Aten primaria. [internet] 2018;50(2):114-129. [actualizado 2018; citado 27 mayo 2024]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656717305851>
5. Estrategia para un nuevo enfoque de la Atención Primaria 2018-2021. Conserjería de Sanidad del Principado de Asturias. [internet] [actualizado 2019; citado 27 mayo 2024]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/estrategia-para-un-nuevo-enfoque-en-la-atencion-primaria>
6. Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria. 10 de Abril de 2019. 13-44. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. [internet] [actualizado 2019; citado 27 mayo 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf
7. Plan de Acción de Atención Primaria Comunitaria (PRI) 2022/2023. 1:26. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. [internet] [citado 27 mayo 2024]. Disponible en: <https://www.san.gva.es/documents/d/assistencia->

sanitaria/2 cartera servicios atencion primaria comunitaria resumida es-pdf

8. Guilabert M, Sánchez-García A, Asencio A, Marrades F, García M, Joaquín Mira J. Retos y estrategias para recuperar y dinamizar la atención primaria. Metodología DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades)-CAME (Corregir, Afrontar, Mantener y Explotar) en un departamento de salud. Atención Primaria [internet] 2024;56(3):1-14. [citado 28 mayo 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-retos-estrategias-recuperar-dinamizar-atencion-S0212656723002421>
9. Ávila-Tomás JF, Mayer-Pujadas MA, Quesada-Varela VJ. La inteligencia artificial y sus aplicaciones en medicina II: importancia actual y aplicaciones prácticas. Aten primaria [internet] 2020;53(1):81-88. [citado 29 mayo 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-avance-resumen-la-inteligencia-artificial-sus-aplicaciones-S0212656720301463>
10. Armijos J. Diseño e implementación de un modelo de indicadores de gestión para evaluar el desempeño de hospitales públicos [Internet]. Santiago, Chile: Universidad de Chile - Facultad de Economía y Negocios; 2017-12 [citado 30 mayo 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/149734>
11. Aldecoa S, Galindo G, Chao P, et al. La transformación de la Atención Primaria pasa por un nuevo modelo organizativo y de gestión. Aten Primaria [internet] 2023;55(4):1-3. [citado 1 junio 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-transformacion-atencion-primaria-pasa-S0212656723000422>
12. Porter ME, Pabo EA, Lee TH. Redesigning primary care: a strategic vision to improve value by organizing around patients' needs. Health affairs (*Project Hope*) [internet] 2013;32(3):516–525. [citado 1 junio 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23459730/>
13. Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. [internet] [citado 2 junio 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Plan de Accion de Atencion Primaria.pdf>

14. Sansano-Nadal O, Roman-Viñas B, Socorro-Cumplido JL, Nieto-Guisado A, Dallmeier D, et al. ¿Qué necesidades perciben los expertos y los futuros profesionales de la Actividad Física y del Deporte para promover un envejecimiento saludable? Visión de profesionales y estudiantes. Revista Española de Geriátría y Gerontología [internet] 2024;50:1-7.[citado 1 junio 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-avance-resumen-what-needs-do-future-physiotherapists-S0211139X24000295>
15. Lopera Arango DL, Ramírez Salazar EA, García Vallejo V, et al. El nutricionista dietista, profesional indispensable en el equipo interdisciplinario de Atención Primaria en Salud. Revista bionatura [internet] 2023;8(3):1-11. [citado el 2 junio 2024]. Disponible en: <https://www.revistabionatura.com/files/2023.08.03.77.pdf>
16. Chasillacta FB, Nuñez FR. Rol del personal de enfermería en la atención primaria en salud. Salud, Ciencia y Tecnología [internet] 2022;2(82):1-12. [citado 2 junio 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salcietec/sct-2022/sct221an.pdf>
17. Chaves García MA, García Correa JI. Actividad física desde la promoción y prevención en Fisioterapia. Instituto Antioqueño de Investigación [internet] Abril 2022. [citado 3 junio 2024]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/360232613_Actividad_fisica_desde_la_promocion_y_prevenccion_en_Fisioterapia
18. Cabeza E, March S, Cabezas C, Segura A. Promoción de la salud en atención primaria: si Hipócrates levantara la cabeza...Gac Sanit [internet] 2016;30(S1):81-86. [citado 3 junio 2024]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116301169>

ANEXO 1.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva tras la cual se han seleccionado las publicaciones y artículos de mayor impacto y cuyos resultados fueran de mayor relevancia para abalar nuestro trabajo. La búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo consultando las principales bases de datos, tanto nacionales como internacionales, como son: Scielo, ELSEVIER, PubMed, Cochrane, ScienceDirect y páginas web de organismos oficiales como: Ministerio de sanidad, consumo y bienestar, Conselleria de Sanitat y Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Los criterios de búsqueda han incluido las siguientes palabras clave: enfermedades crónicas, atención primaria, equipo interdisciplinar, estrategia y esperanza de vida; y lo siguientes conectores booleanos “AND y OR”. La búsqueda se realizó de forma sistemática utilizando los mismos criterios (relevancia, impacto científico, aplicabilidad a la población...).



ANEXO 2.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

AA: Accesibilidad y Acompañamiento.

AP: Atención Primaria

IA: Inteligencia Artificial

CAFD: Ciencias de la Actividad Física y el Deporte.

GPS: Sistema de Posicionamiento Global.

KPIs: Key Performance Indicators (Indicadores clave de rendimiento).

SNS: Sistema Nacional de Salud

TICs: Tecnologías de la Información y la Comunicación.

