

*NUEVO MODELO DE
ASISTENCIA SANITARIA
EN EL MEDIO RURAL:
DOCUMENTO MARCO*

noviembre 2019

Consejería de Sanidad

Gerencia Regional de Salud

NUEVO MODELO DE ASISTENCIA SANITARIA EN EL MEDIO RURAL: DOCUMENTO MARCO

1. LA ATENCIÓN PRIMARIA

El modelo de atención del primer nivel asistencial en España parte del Real Decreto 137/84, sobre estructuras básicas de salud, publicado hace 35 años.

En el año 2018 un total de 193 países de todo el mundo han aprobado por unanimidad la Declaración de Astaná, en la que los Estados se comprometen a fortalecer sus sistemas de Atención Primaria de la salud como paso esencial para lograr la cobertura sanitaria universal. La Declaración de Astaná reafirma la histórica Declaración de Alma-Ata de 1978.

Más de 30 años después de la puesta en marcha de este modelo, surgen nuevos retos a los que los sistemas de salud tienen que enfrentarse. En el ámbito de la Atención Primaria en Castilla y León, a circunstancias ya existentes previamente como la dispersión geográfica, se añade la pérdida de población, el envejecimiento de la misma o el aumento de las enfermedades crónicas. Frente a estos retos, se presentan oportunidades como las posibilidades que ofrecen las Nuevas Tecnologías o la alta cualificación del personal sanitario.

La Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León ha adquirido el compromiso de trabajar en la mejora de la Atención Primaria de Salud, priorizando actuaciones en esta dirección, con el fin de iniciar una transformación que desemboque en un nuevo modelo de atención, que dé respuesta a los desafíos planteados.

Este documento desarrolla un nuevo modelo de Asistencia Sanitaria en el Medio Rural de Castilla y León.

2. HACIA UN NUEVO MODELO ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

El objetivo de este proyecto es establecer unas bases comunes que permitan transformar la dinámica organizativa y el modelo asistencial de la Atención Primaria en el ámbito rural de Castilla y León, para lo que será preciso acometer una reordenación de los recursos en cada Zona Básica de Salud (ZBS), “zona a zona”, teniendo en cuenta las peculiaridades y necesidades de cada una de ellas.

Los objetivos de este nuevo modelo son:

- Proporcionar una mayor calidad asistencial.
- Adecuarse a las necesidades sanitarias que tiene la población en la actualidad.
- Organizar, de forma eficiente, la dotación de profesionales.
- Fomentar el mantenimiento de la competencia profesional.
- Garantizar la accesibilidad y la equidad en la prestación sanitaria para la ciudadanía.

Este nuevo modelo de Atención Primaria pretende ser dinámico y, además, permitirá adaptar la organización y los equipos a las necesidades de las Zonas Básicas de Salud de una forma ágil.

Esta propuesta precisa de un cambio de mentalidad, tanto de la población como de los profesionales. Se basa en el documento “Propuestas para la mejora de la Atención Primaria en Castilla y León”, fruto de las deliberaciones y acuerdos de los integrantes de los tres grupos técnicos puestos en marcha desde la Consejería de Sanidad, en los que estuvieron representados integrantes del Consejo Regional de Salud (Sindicatos, Colegios profesionales, Asociaciones de pacientes y familiares, de consumidores y de vecinos y Federación de Municipios y Provincias), Grupos Parlamentarios y Plataformas Sanitarias.

Éstos desarrollaron su actividad entre enero y abril de 2019, trabajando sobre documentos aportados por sociedades científicas, colegios, consejos profesionales y plataformas.

Las propuestas más relevantes de dichos grupos y a las que da respuesta este nuevo modelo fueron las siguientes:

❖ **Grupo 1: Planificación y estructura de la Atención Primaria:**

- *Mantener la competencia profesional.*
- *Ofertar consulta de lunes a viernes a toda la población de la Zona Básica de Salud (manteniendo los consultorios locales).*
- *Adecuar los horarios de atención directa y la frecuencia de consulta en los consultorios locales a las necesidades de la población auspiciando un pacto con los profesionales.*
- *Favorecer la implementación de nuevos modelos de atención como la consulta telefónica, sin que sustituyan la atención presencial.*
- *Potenciar medios de comunicación estables entre el núcleo principal y el resto de poblaciones con el fin de favorecer la accesibilidad de la población con carácter general.*
- *Valorar la implantación de modelos de atención basados más en los cuidados (potenciando determinados roles profesionales adecuados a las necesidades de la población).*
- *Modificar las Zonas Básicas de Salud mediante un sistema ágil si bien con suficientes argumentos y documentación y contando con la opinión de la población a través de los Consejos de Salud de Zona.*

❖ **Grupo 2: Organización de la Atención Primaria:**

- *Redefinir el papel de los profesionales adecuándolos a las competencias actuales.*
- *Fomentar y aumentar la proactividad.*
- *Incentivar la realización de actividades que implican competencias de nivel avanzado.*
- *Plantear un modelo de organización diferente en el medio rural y urbano.*

- *Adaptar los cupos a su perfil óptimo (definiendo unos cupos máximo y mínimo).*
- *Agrupar consultorios, potenciar y ajustar el transporte a la demanda.*
- *Organizar los cupos profesional médico/profesional de enfermería con una redistribución adecuada de las cargas de trabajo.*
- *Realizar un estudio y redimensionar las necesidades de Atención Continuada en el medio rural.*

❖ **Grupo de trabajo 3: Atención Continuada, formación e incentivación:**

- *Entender el Equipo de Atención Primaria como responsable de dar respuesta a la atención ordinaria y continuada de su Zona Básica de Salud así como a las urgencias que se produzcan en la misma (con dimensionamiento adecuado y abordaje de situación de médicos y enfermeras de área).*
- *Concentrar la asistencia en los Puntos de Atención Continuada.*
- *Establecer y determinar una organización interna del Equipo de Atención Primaria a fin de que sea autosuficiente para la atención ordinaria, así como a las coberturas por ausencias.*
- *Definir modelos de atención continuada diferenciados para el entorno rural y urbano.*

El 7 de mayo de 2019 el Boletín Oficial del Estado incluyó la Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo por la que publica el Marco estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria.

Entre las conclusiones de dicho documento se encuentra que “urge dar un nuevo impulso a la Atención Primaria de Salud, para que renueve su liderazgo como eje del sistema sanitario y como agente de la ciudadanía ante el mismo”.

A continuación se recogen algunas de las acciones propuestas en dicho documento:

- *Acometer los cambios normativos necesarios para definir y reforzar el rol, las atribuciones y responsabilidades de la Atención Primaria de Salud como agente principal del/la paciente ante el sistema sanitario.*
- *Acometer los cambios normativos necesarios para definir un nuevo ámbito de Atención Primaria y Comunitaria de Salud:*
 - o *partiendo de la actual composición de los Equipos de Atención Primaria y las Unidades de Apoyo,*
 - o *vinculando la cartera de servicios de Atención Primaria de Salud a competencias,*
 - o *definiendo perfiles profesionales, sanitarios y no sanitarios, funciones y servicios que deben desarrollar, así como ratios aceptables y circuitos de coordinación.*
- *Se potenciará asimismo el trabajo colaborativo con agentes de salud comunitarios, como puedan ser las y los farmacéuticas/os comunitarias/os y otras/os (contemplando aspectos como potenciar la capacidad resolutive de las enfermeras en la gestión de cuidados, en especial los dirigidos a pacientes con enfermedad crónica).*
- *Establecer criterios sobre el número de personas adscritas a un Equipo de Atención Primaria, teniendo en cuenta principalmente las características, demográficas, epidemiológicas y socioeconómicas de la población.*
- *Establecer procedimientos normalizados de gestión de la demanda según el motivo de consulta, que permitan potenciar el principio de subsidiaridad a cada Equipo de Atención Primaria de manera que se ofrezca a cada persona la atención adecuada en función del tipo de necesidad y que la misma sea prestada por el profesional idóneo.*
- *Promover acuerdos interprofesionales explícitos acerca de la distribución de roles en el seno de los equipos de Atención Primaria de Salud, de manera*

que cada actividad sea realizada por el profesional que pueda resolver de forma más eficiente y pueda aportar más valor añadido.

El nuevo modelo quiere recuperar el papel del Centro de Salud como epicentro de la atención que fomente la sensación de pertenencia y el trabajo en equipo, y la realización de procedimientos clínicos y actividades formativas, organizativas, docentes e investigadoras.

La atención a la población se realizará en el propio centro de salud, así como en todos los **Consultorios Locales (CL)** que se clasificarán en **Consultorios Rurales de Agrupación (CRA)**, con consulta médica y de profesionales de enfermería diaria, y **Consultorios de Proximidad (C-PROX)** con actividad periódica en función del volumen de población y según las necesidades clínicas detectadas por la propia población y el personal sanitario, sin detrimento de la atención domiciliaria necesaria.

El desarrollo de este modelo precisa de la colaboración de otras consejerías, de ayuntamientos, diputaciones y otras entidades.

3. ACTUACIONES NECESARIAS PARA ACOMETER LA REORDENACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LAS ZONAS BÁSICAS DE SALUD EN EL ÁMBITO RURAL

a) Acciones organizativas

- Concentrar la asistencia médica en el Centro de Salud y en un número pequeño de Consultorios Locales, que pasarán a denominarse **Consultorio Rural de Agrupación (CRA)**.
- El resto de consultorios pasarán a denominarse **Consultorios de Proximidad (C-PROX)**. La atención en estos Consultorios de Proximidad se realizará en función de las necesidades sanitarias de la población bien a petición de los usuarios o bien, por iniciativa de los profesionales.
- Se asegura que, tanto en el Centro de Salud como en los Consultorios Rurales de Agrupación, se prestará atención todos los días en horario de atención ordinaria, tanto por parte del personal médico como por el personal de enfermería.

- Cada Consultorio Rural de Agrupación debe tener asignado, como mínimo, un profesional médico y otro de enfermería.
- La frecuencia de la atención en los Consultorios de Proximidad se determinará en base a varios parámetros: población con Tarjeta Individual Sanitaria asignada, estratificación poblacional, epidemiología y existencia de farmacia, entre otros.
- Potenciar las citas concertadas en todos los consultorios locales, tanto a demanda, a través del sistema de cita previa, como la concertada con el profesional. Por ello es especialmente importante la implicación de la Unidad Administrativa.
- La atención continuada se seguirá prestando en el Centro de Salud.

b) Acciones asistenciales

- Potenciar los cuidados asistenciales. El escenario demográfico actual de nuestra Comunidad Autónoma, y todas las previsiones que se hacen, muestran un presente y un futuro caracterizado por un alto nivel de envejecimiento y una preponderancia de las enfermedades crónicas. La comunidad científica ha determinado que el mejor abordaje de esta población se realiza a través de un modelo asistencial basado en la prestación de cuidados por parte de los profesionales de enfermería. En estos pacientes es conveniente acercar la atención a su entorno, especialmente en los que precisan cuidados complejos y dirigir los esfuerzos a evitar desplazamientos e ingresos hospitalarios innecesarios.
- Fomentar una actitud proactiva de los profesionales, procurando que toda su actividad esté previamente concertada con el paciente.
- Ambas actuaciones precisan ser completadas con la incorporación de los cuidados sociales a través de agentes de salud comunitarios y la colaboración con las instituciones locales.
- Actividad del personal sanitario:
 - La actividad del médico de familia se concentrará fundamentalmente en el centro de salud o en el consultorio rural de agrupación. Se desplazará al consultorio de proximidad, con la periodicidad que se establezca en cada caso, siempre y cuando exista una necesidad asistencial sentida por las

personas interesadas (cita previa a demanda) o detectada por el profesional, médico o de enfermería (cita concertada).

- La actividad del personal de enfermería, además de prestar asistencia en el Centro Rural de Agrupación y en el Centro de Salud a diario, contemplará la atención a los Consultorios de Proximidad para llevar a cabo los cuidados asistenciales, con la frecuencia de visitas que se considere más adecuada en función del número de tarjetas, y las necesidades de salud sentidas por las personas interesadas (cita previa a demanda) o detectada por el profesional, médico o de enfermería (cita concertada).
- Todos los profesionales realizarán la atención a domicilio en todos los casos necesarios.
- La actividad de los profesionales que integran las Unidades de Área matronas, fisioterapeutas, trabajadores sociales, se mantiene, inicialmente, con la organización actual.

c) Infraestructura y equipamiento

Todos los Consultorios, tanto los de agrupación como los de proximidad, deben cumplir los siguientes requisitos:

- Disponer de acceso al sistema de cita previa de SACYL.
- Tener unas condiciones adecuadas de climatización, limpieza y garantías de accesibilidad.

Los elegidos como Consultorios Rurales de Agrupación, además, deben disponer de:

- Espacio suficiente para las consultas de medicina y enfermería necesarias, así como sala de espera. Deben ajustarse a las necesidades de cada caso, permitiendo versatilidad en la organización de la Zona Básica de Salud.
- Conexión a Red SACYL.
- Equipamiento informático adecuado.

- Dotación diagnóstica y terapéutica adecuada, entre la que se encuentra un monitor con capacidad de realizar Electrocardiograma (ECG) y un Desfibrilador Semiautomático (DESA), así como otro equipamiento, diagnóstico o terapéutico que se pueda trasladar desde el centro de salud, así como otro equipamiento diagnóstico-terapéutico.

4. NUEVA ORGANIZACIÓN FUNCIONAL DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y DE LAS ZONAS BÁSICAS DE SALUD

El modelo de asistencia sanitaria que se plantea requiere una nueva organización de los equipos de Atención Primaria que supere la fragmentación asistencial que, a día de hoy, existe en las Zonas Básicas de Salud rurales.

Se trata de pasar de una organización que se fundamenta en la asignación de una demarcación territorial asistencial a un profesional, a una organización que se fundamenta en la asignación de un cupo poblacional asistencial a cada profesional.

Para ello, será necesario acometer un cambio en la organización de los equipos de Atención Primaria, redefiniendo sus funciones y modificando su organización. En particular, al coordinador de equipo de Atención Primaria se le deberá dotar de funciones directivas y decisorias en la organización de la actividad asistencial que deben prestar los profesionales del equipo de Atención Primaria a toda la población, configurándolo como un verdadero Director de equipo de Atención Primaria.

Como tal, organizará la actividad, asistencial y no asistencial, de la zona, en función de los profesionales de que disponga en cada momento, asegurando que, tanto las consultas del Centro de Salud como las de los Consultorios Rurales de Agrupación, sean atendidas y se realicen otras actividades, asistenciales o no asistenciales, como las siguientes: realización de técnicas y procedimientos (ecografía, cirugía menor, retinografía...); atención de pacientes con enfermedades crónicas en sus domicilios; atención de pacientes que requieran cuidados paliativos en sus domicilios; actividades de educación para la salud, intervenciones comunitarias; actividades de formación, docencia o investigación.

En definitiva, el equipo de Atención Primaria se responsabiliza de dar respuesta a las necesidades asistenciales de toda la población de la Zona Básica de Salud, y cada profesional prestará, a la población que se le asigne, atención diaria, bien desde el Centro de Salud, bien desde el Consultorio Rural de Agrupación, bien acudiendo a los Consultorios Locales de Proximidad, siempre y cuando exista una necesidad asistencial sentida detectada por el paciente (cita previa a demanda) o detectada por el profesional (cita concertada) o bien, mediante la atención a domicilio en todos los casos necesarios.

Alcanzar el resultado, “un equipo de salud para una Zona Básica de Salud”, requiere una serie de actuaciones organizativas y normativas, que se irán desplegando de forma progresiva:

En primer lugar, se deberá implantar el sistema de cita previa en todas las zonas básicas de salud rurales.

Paralelamente, se deberá realizar un estudio por cada Zona Básica de Salud que permita determinar la pertinencia de establecer Consultorios Rurales de Agrupación.

En el caso de que proceda, en función de la dispersión y la población de la Zona Básica de Salud, se decidirá el número de consultorios rurales de agrupación necesarios, su ubicación, así como las localidades y consultorios de proximidad asignados a cada uno de ellos. Para esto, se deberán tener en cuenta las siguientes premisas:

- Que el tiempo de desplazamiento desde las localidades/consultorios de proximidad a los consultorios rurales de agrupación no supere los 30 minutos.
- Que se haga con la mayor agregación posible que garantice los objetivos asistenciales.
- Circunstancias específicas de la Zona.

Determinado el número de Consultorios Rurales de Agrupación se identificarán por cada Zona Básica de Salud los consultorios locales que por sus características pueden constituirse como Consultorios Locales de Agrupación, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

• Criterios Principales:

- Espacio suficiente para las consultas de medicina y enfermería necesarias, así como sala de espera.
- Conexión a red Sacyl para impulsar la receta electrónica y trabajar on-line (o previsión a corto plazo de disponer de ella).

• Criterios Secundarios (o de ajuste, que permitan perfeccionar y adecuar a las características de la zona la selección inicial):

- Ubicación en un enclave geográfico estratégico desde el punto de vista logístico para optimizar los desplazamientos de profesionales y pacientes.
- Existencia de farmacia en la localidad.
- Otros criterios a valorar: demográficos, epidemiológicos, socioeconómicos, características particulares de la Zona Básica de Salud (accesos, climatología, población flotante...), otros...

Se realizará un estudio sobre las necesidades que puedan presentar los consultorios locales seleccionados y se hará una valoración de la inversión que pudiera requerirse para la adecuación de sus instalaciones, que se acometerá de forma conjunta con la entidad local responsable.

Una vez puesta en marcha la cita previa, identificados los Consultorios Locales de Agrupación y los de Proximidad y, adecuadas sus instalaciones, se deberán adaptar las “demarcaciones asistenciales” a la nueva realidad organizativa. El paso de un modelo a otro se hará desde éstas.

En ese momento ya será posible de dar cobertura asistencial diaria a toda la población de la zona básica de salud.

Este sistema transitorio facilita a los profesionales el cambio de modelo asistencial, evidencia el mantenimiento de la plantilla en su integridad y dota a la implantación del nuevo modelo de seguridad jurídica.

El proceso de implantación culminará con la aprobación de las normas que establezcan la nueva organización y funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria y de las Zonas Básicas de Salud.

5. BENEFICIOS DEL NUEVO MODELO

Este proyecto dará solución a los principales problemas que refiere tanto la población como el personal de los centros.

- Mejora la accesibilidad al proporcionar consulta a diario tanto de médico como de enfermería para toda la población a poca distancia del domicilio del paciente, manteniendo la consulta en todos los núcleos de población con la frecuencia adecuada al volumen de la misma, siempre que exista una necesidad asistencial.
- Permite que la ciudadanía sepa cuándo y dónde pueden encontrar al profesional sanitario.
- Mejora la calidad de la atención en los centros de agrupación, al disponer de conexión a la red y por tanto, de acceso a la historia clínica de Atención Primaria y del Hospital, y de acceso a la receta electrónica.
- Reduce la necesidad de desplazarse al Centro de Salud para la realización de algunos procedimientos que podrán hacerse en los centros de agrupación.
- Podrán plantearse otras actividades en dichos centros, sobre todo de educación sanitaria e intervención comunitaria.
- Reduce el tiempo que los profesionales emplean en los desplazamientos, al vincular la atención en los consultorios de proximidad a las necesidades sanitarias de la población, a la vez que hace más fácil la organización.
- Facilita la autonomía del equipo para la cobertura de ausencias previsibles.
- Favorece el mantenimiento y desarrollo de las competencias de los profesionales y permite realizar otros procedimientos y técnicas.
- Reduce la sensación de aislamiento que tienen actualmente los profesionales y fomenta el trabajo en equipo.
- Favorece la realización de actividades de formación, docencia o investigación.
- Con este modelo se garantiza, en mayor medida que con la situación actual, una menor rotación de los profesionales que atienden a la población.

- Se potencia la capacidad organizativa y asistencial del equipo de Atención Primaria.
- Se garantiza la sostenibilidad del sistema en el tiempo.