

## **PROCEDIMIENTO PARA LA MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LA POBLACIÓN A LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA RED DEL SALUD**

*Fecha: 1-5-2021*

Cuando se cumplen ahora 15 meses desde el comienzo de la pandemia por Covid19 en Aragón y tras las diferentes instrucciones y recomendaciones que se han ido emitiendo sobre la organización asistencial en los equipos de Atención Primaria en las diferentes fases de evolución de esta pandemia, se hace necesario replantear el modelo de funcionamiento de nuestros centros de salud en relación con la mejora en su accesibilidad a la población.

En los primeros meses de evolución de la pandemia las recomendaciones estaban dirigidas a intentar garantizar la seguridad de los pacientes que acudían a los centros por problemas de salud y también la de los profesionales. El modelo asistencial tuvo y sigue teniendo, como consecuencia, una mayor complejidad en la organización de la atención y ha originado en la población una percepción de mayor distancia en la relación asistencial, poniendo en peligro precisamente una de las dimensiones fundamentales de la Atención Primaria: la accesibilidad.

Durante las sucesivas olas epidémicas la Atención Primaria viene soportando una importante carga asistencial y los profesionales tienen que atender las necesidades asistenciales habituales de los pacientes y, además, realizar las labores de seguimiento, rastreo y atención a los pacientes sospechosos de Covid19 o que desarrollan la enfermedad, en un entorno asistencial de mayor complejidad organizativa derivada del mantenimiento de circuitos asistenciales que minimicen el riesgo de contagio dentro de los propios centros de salud.

En el momento actual, en el que la vacunación ha alcanzado a la totalidad de los profesionales de Atención Primaria y de los centros residenciales y se está avanzando rápidamente en la vacunación completa de las personas mayores de 60 años y con un escenario que permite visualizar un porcentaje de población vacunada de alrededor del 70% al finalizar el verano, es necesario volver a definir el modelo de organización de la atención con el fin de mejorar la accesibilidad de la población a la Atención Primaria garantizando la atención más adecuada en función de la necesidad y la urgencia de la demanda asistencial.

Por otra parte, la realidad asistencial de cada Sector Sanitario en Aragón es muy diferente y, por tanto, cualquier tipo de recomendación general sobre la organización asistencial deberá adaptarse al entorno concreto de cada uno de los centros de salud.

Durante este tiempo transcurrido en el que necesariamente el sistema sanitario al completo ha tenido que reinventarse, también la organización de los equipos de Atención Primaria se ha ido adaptando al nuevo escenario y se han desarrollado ya diferentes propuestas para mejorar el servicio:

## DIRECCIÓN-GERENCIA

- El 14 de marzo de 2020 se decretó el estado de alarma por la pandemia en España y, en ese momento, se instauró la consulta “no presencial” por defecto, con el fin de resolver las consultas posibles por esta vía y así proteger a pacientes y profesionales de posibles contagios. Absolutamente necesaria en los meses iniciales por la gravedad de la evolución de la pandemia, la falta de recursos diagnósticos en Atención Primaria y la incertidumbre sobre el manejo clínico de estos pacientes, se sigue manteniendo en la actualidad, aunque se han recuperado, pero solo muy en parte, las visitas “presenciales”.
- Se han diseñado y mantenido circuitos asistenciales diferenciados para separar a los pacientes con cuadros respiratorios del resto de pacientes. Igualmente se han habilitado espacios y circuitos para la toma de muestras diagnósticas (PCR y test rápidos de antígenos) y para la campaña de vacunación.
- Se han intentado mejorar los sistemas de citación, tanto a través del servicio *SaludInforma* como directamente a través de las unidades de Admisión de los centros, buscando un mejor ajuste a las necesidades de los pacientes y a las competencias de los profesionales. Estas propuestas van dirigidas a facilitar sistemas para clasificar y organizar la demanda de los usuarios de forma que se puedan orientar hacia una actividad presencial o no presencial y, de esa forma, priorizar la atención presencial de aquellas situaciones que no puedan resolverse de forma no presencial. Igualmente, con estos sistemas se pretende evitar la sobrecarga de actividad no presencial de escaso valor que se pueda estar dando en el momento actual.

Pese al tiempo transcurrido y vista la evolución de la pandemia, que se desarrolla en sucesivas oleadas, sigue siendo necesario el mantenimiento de los mencionados circuitos asistenciales diferenciados en los centros de salud, pero adaptándolos a la realidad epidemiológica cambiante.

Este modelo de mejora de la accesibilidad en la red de equipos de Atención Primaria tiene los siguientes objetivos fundamentales:

- Se debe mantener, dentro de las posibilidades de cada centro, la organización de circuitos asistenciales diferenciados para los pacientes con sintomatología respiratoria o con sospecha de Covid.
- La entrada de los centros deberá estar abierta al público. Los pacientes que acudan al centro serán recibidos inicialmente en un área lo más cercana posible a la entrada, en las unidades de Admisión, procurando identificar a aquellos pacientes que deban derivarse al circuito asistencial de pacientes con sintomatología respiratoria o sospecha de Covid. Desde las propias unidades de Admisión debe regularse la circulación de todos los pacientes por el centro de salud. En función del tamaño del equipo podrá ser otro tipo de profesional el que regule el flujo de pacientes y en el caso de los consultorios locales serán los propios profesionales sanitarios los que deberán realizar esta función. Es muy importante que existan carteles o señalética apropiada en los centros y consultorios para ayudar a informar adecuadamente a los pacientes sobre cómo se establece la circulación de personas por nuestros centros.

## DIRECCIÓN-GERENCIA

- Todos los centros tratarán de ordenar los circuitos de circulación de los pacientes con la colocación de la señalización pertinente (tiras de colores en el suelo, carteles informativos, etc.). Igualmente se adecuarán los espacios en las salas de espera para respetar el distanciamiento social: barreras en las sillas de las salas de espera para respetar la distancia de 2 m entre ellas, reducción de los espacios de actividades de *pool* (extracciones, pruebas complementarias, etc.) con agendas que favorezcan la no coincidencia de pacientes en las salas. Se deberán controlar los aforos en las salas de espera y salas comunes (extracciones, pruebas diagnósticas, etc.) para garantizar que se mantiene la distancia social suficiente entre las personas que esperan en las salas y se deberán tomar las medidas oportunas para una adecuada ventilación de los espacios.
- Los pacientes que soliciten cita para la realización de trámites que no necesariamente impliquen la necesidad de una visita presencial (renovación de recetas, renovación de partes de IT de procesos de larga duración, visados, realización de informes, etc.) serán citados para consulta no presencial/consulta administrativa. De la misma forma, se priorizará la atención no presencial para la comunicación de resultados de pruebas de control, la renovación de prescripciones crónicas estables o las modificaciones mínimas de tratamientos y cualquier otro motivo en el que el profesional responsable considere que no es necesaria la presencia del paciente.
- Los pacientes que soliciten demanda de atención sanitaria por problemas de salud sobrevenidos o por la agudización de problemas preexistentes serán atendidos en consulta presencial, para lo que se habilitarán huecos suficientes en las agendas (ver propuesta más adelante).
- Como ya se viene realizando habitualmente, se garantizará la atención en el domicilio del paciente cuando así lo requiera el motivo de asistencia, tanto de carácter urgente, agudo o programado.
- Se podrán poner en marcha sistemas de clasificación de demanda en las unidades de Admisión de los centros con el fin de distribuir el flujo de pacientes por el centro, garantizando siempre una dotación suficiente de termómetros y pulsioxímetros para este tipo de tarea.
- En cada centro se garantizará la atención específica a las Urgencias con un equipo profesional con la protección adecuada y con una adecuada rotación del personal. Lógicamente, en la mayoría de los consultorios locales no es posible esta organización y serán los profesionales sanitarios del consultorio los que atenderán la urgencia tratando de respetar todas las medidas que minimicen el riesgo de transmisión.
- Es preciso recuperar la atención y el seguimiento del paciente con patología crónica que, en muchos casos, no ha podido recibir la atención sanitaria adecuada por el efecto que ha tenido la pandemia sobre las prioridades de cuidados. Esta labor debe pivotar fundamentalmente sobre los profesionales de Enfermería de nuestros equipos. Se deben priorizar aquellos pacientes

## DIRECCIÓN-GERENCIA

que por su patología requieren un control más estricto (pacientes crónicos complejos, anticoagulados, diabéticos, EPOC y HTA).

- Aunque muchos centros las han mantenido durante el periodo de pandemia, aunque con menor intensidad, hay que recuperar progresivamente las actividades comunitarias de los centros de salud con la red de activos de salud de sus respectivas zonas.

Todo ello con una idea central en el cambio organizativo propuesto y es que, teniendo en cuenta el nuevo escenario pandémico que supone el desarrollo de la campaña de vacunación poblacional con la repercusión que pueda tener sobre la transmisión comunitaria del virus, debe ser prioritario que se **garantice la atención presencial cuando ésta sea pertinente, tanto en el centro de salud como en el domicilio o en el entorno residencial**, tanto en el horario habitual de funcionamiento de los centros como, especialmente, en las demandas asistenciales urgentes y en horario de atención continuada. Además, debemos recuperar la atención en consulta programada, tanto en el centro como en el domicilio, para el control y seguimiento de pacientes con patología crónica.

En ese intento de ir ganando presencialidad hay múltiples formas de adaptación y serán los propios centros y consultorios locales los que deban adaptar estas propuestas a la realidad de su territorio.

En el año 2009 y posteriormente en 2017 se llevó a cabo una normalización de los actos de agenda en todos los centros de salud, pero la gestión que se hace en los distintos centros de esos actos es muy desigual e impide las comparaciones. Es muy importante trabajar en esa normalización y control de agendas en los equipos respetando, por supuesto, su autonomía profesional.

A continuación se muestra una “agenda tipo”, por ejemplo, en medicina de familia o pediatría, en la que se podría establecer una primera parte de la jornada en la que se realizaría la actividad no presencial y una segunda parte en la que se citaría de forma presencial todo aquello que así se haya estimado por parte del profesional sanitario, el Servicio de Admisión y lo citado en la plataforma web. Por supuesto el modelo puede tener múltiples variaciones, pero podría contemplar lo siguiente:

- Se podrían habilitar 20 huecos no presenciales en la primera parte de la agenda de los que 15 serían visibles en *SaludInforma*. Además, se habilitarían 20 huecos presenciales de los que 10 serían visibles en la plataforma y el resto serían asignados por el Servicio de Admisión o el propio profesional.
- Se deberán asignar igualmente los tiempos adecuados por profesional para la realización de consultas programadas y avisos domiciliarios, tanto de carácter agudo como programado.

Las consultas de Enfermería se deberán adaptar a esta misma descripción de actos presenciales o telefónicos, pero teniendo en cuenta que la consulta programada en el centro y el domicilio y las actividades de *pool* ocupan gran parte del tiempo de cuidados enfermeros. Se establece un tiempo mínimo de consulta de demanda abierta a la cita

por parte del paciente de 1 hora al día de duración.

A la hora de gestionar la petición de cita por parte del paciente cuando se hace por teléfono o por web, la decisión de solicitar consulta “presencial” o “telefónica” **la tomaría el propio paciente en el momento de solicitar la cita** sobre los huecos que hemos habilitado para ambos tipos de cita. Para ello habría que modificar la gestión de la cita en el servicio *SaludInforma* donde deberá haber un **mínimo de oferta** de huecos: 15 citas no presenciales (posteriormente el profesional es quien decide la necesidad o no de ver al paciente de manera presencial). Igualmente se establecerá un número mínimo de visitas presenciales que puedan solicitarse desde la plataforma, por ejemplo 10 citas, como hemos señalado anteriormente en el ejemplo.

En el caso de que el paciente acuda al centro de salud de forma presencial a solicitar cita por un motivo agudo de consulta se facilitará desde la Unidad de Admisión la cita presencial indemorable bien con el profesional asignado o bien con el equipo de atención a la Urgencia.

Aunque se han dado pasos importantes desde el pasado mes de enero en el servicio *SaludInforma* para orientar al paciente hacia aquel profesional más idóneo para resolver el problema de salud que genera la demanda, es necesario seguir mejorando la herramienta para permitir a los profesionales discernir y priorizar entre los diferentes motivos de consulta. Igualmente debemos potenciar las utilidades dentro del servicio que favorezcan el contacto a demanda con la enfermera responsable del paciente, no siempre orientar la demanda hacia la consulta médica.

Igualmente se trabajará con este servicio para lograr que el contacto telefónico con los centros de salud sea más accesible reordenando los circuitos de rebosamiento de llamadas en horas punta y valorando la posibilidad de que las llamadas que no logren contactar puedan ser acumuladas para que desde el *SaludInforma* se pudiese contactar posteriormente con el paciente, aunque su llamada no hubiese sido atendida (sistema de buzón de llamadas perdidas para un contacto posterior).

Las citas de carácter indemorable se gestionarían en el centro de salud y, lógicamente, no deberían ofertarse en *SaludInforma*. En estos casos es la Unidad de Admisión la que decide si es presencial o telefónica según el motivo de consulta y a qué profesional deben ir dirigida. Es muy importante mejorar la formación del personal de estas unidades para ayudar a dirigir la demanda de los pacientes.

En la gestión de esa consulta indemorable los centros tienen que favorecer la cita de demanda con el profesional de enfermería que, en muchas ocasiones, podrá resolver la demanda por sí mismo o en colaboración con el médico de familia (consultas de alta resolución de Enfermería – CARE).

Es muy importante llevar a cabo una campaña de información institucional para trasladar a la población la necesidad de un uso responsable del sistema público de salud y en cómo este modelo de mejora de la accesibilidad, a la vez que trata de garantizar la calidad de la atención sanitaria que prestan nuestros equipos de Atención Primaria, vela por mantener todas las medidas de seguridad pertinentes para minimizar el riesgo de transmisión de la enfermedad dentro de los centros de salud.

En esta campaña se hará especial hincapié en el mensaje que permita poner en valor las consultas de alta resolución de Enfermería.