

# PLAN DE ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA DE ARAGÓN

2022-2023

Ilustración: Centro de Salud "Amparo Poch", Pablo Zárate, Asociación "Actúa tú"





# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS .....</b>	<b>5</b>
<b>2. ANÁLISIS DE SITUACIÓN .....</b>	<b>9</b>
<b>3. FINANCIACIÓN .....</b>	<b>15</b>
• <b>OBJETIVO 1: Dotar de la financiación finalista necesaria para la implementación efectiva del presente plan. ....</b>	<b>15</b>
<b>4. RECURSOS HUMANOS .....</b>	<b>16</b>
• <b>OBJETIVO 2: Incrementar de forma progresiva el número de profesionales, garantizar su disponibilidad y mejorar las condiciones laborales de manera que se posibilite la accesibilidad, la longitudinalidad, estabilidad, atracción de talento y en consecuencia se reduzca la temporalidad por debajo del 8%. ....</b>	<b>16</b>
<b>5. CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN .....</b>	<b>25</b>
• <b>OBJETIVO 3: Aumentar la capacidad de resolución.....</b>	<b>25</b>
<b>6. DIGITALIZACIÓN .....</b>	<b>29</b>
• <b>OBJETIVO 4: Impulsar los sistemas de información y digitalización. ....</b>	<b>29</b>
<b>7. EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA .....</b>	<b>35</b>
• <b>OBJETIVO 5: Consolidar el rol de Enfermera Familiar y Comunitaria de Atención Primaria.....</b>	<b>35</b>
• <b>OBJETIVO 6: Reorganizar los equipos de Atención Primaria y los roles de cada perfil profesional. ....</b>	<b>39</b>
<b>8. CARTERA DE SERVICIOS .....</b>	<b>43</b>
• <b>OBJETIVO 7: Actualizar la Cartera de Servicios de Atención Primaria y ejecutar los cambios normativos. ....</b>	<b>43</b>
<b>9. CALIDAD ASISTENCIAL .....</b>	<b>46</b>
• <b>OBJETIVO 8: Fomentar la Calidad Asistencial y la práctica basada en la evidencia científica.....</b>	<b>46</b>
<b>10. ORIENTACIÓN A LA COMUNIDAD .....</b>	<b>52</b>
• <b>OBJETIVO 9: Reforzar la orientación comunitaria, la promoción de la salud y prevención en Atención Primaria de Salud .....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>11. EMPODERA AP.....</b>	<b>57</b>
• <b>OBJETIVO 10: Reforzar el liderazgo de la Atención Primaria como eje vertebrador del SNS, poniendo en valor y difundiendo su impacto en resultados en salud y equidad. .</b>	<b>57</b>
<b>12. SISTEMA DE GOBERNANZA.....</b>	<b>58</b>
• <b>OBJETIVO 11: Reforzar la gobernanza y el modelo de dirección y liderazgo en Atención Primaria.....</b>	<b>58</b>
<b>13. ACCESIBILIDAD Y GESTIÓN DE LA DEMANDA .....</b>	<b>61</b>
• <b>OBJETIVO 12: Mejorar la accesibilidad y gestionar la demanda asistencial con nuevos modelos organizativos.....</b>	<b>61</b>






<b>14. INVESTIGACIÓN, DESARROLLO E INNOVACIÓN .....</b>	<b>64</b>
• <b>OBJETIVO 13: Potenciar la investigación en el ámbito de Atención Primaria, así como la transferencia de sus resultados.....</b>	<b>64</b>
<b>15. PRESUPUESTO .....</b>	<b>67</b>
<b>16. INDICADORES DE EVALUACIÓN .....</b>	<b>76</b>

# 1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Han transcurrido 35 años desde que en 1986 la Ley General de Sanidad apostara en nuestro país por una reforma integral de su modelo de Atención Primaria adaptándolo a las necesidades acordadas en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata de 1978 de la que se han cumplido ya 43 años.

Durante todo este tiempo nadie puede cuestionar la mejora asistencial que supuso el cambio de modelo asistencial, pero bien es cierto que desde hace años se vienen proponiendo mejoras desde los distintos actores del sistema, administraciones, sociedades científicas, pacientes, etc. que nunca pasaron de ser meras declaraciones de intenciones.

La evolución de la Atención Primaria en España en los últimos años, con la pérdida de recursos experimentada debido al impacto de las políticas de austeridad derivadas de la crisis de 2007, ha puesto de manifiesto la necesidad de cambios profundos que permitan su reinversión para atender tanto a las necesidades de la sociedad como a sus expectativas. El Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón ha apostado decididamente por el incremento del gasto sanitario desde el año 2016 con crecimientos interanuales de entre el 3.6% y el 13.7% en el pasado año.

Año	Gasto	% del Total	Per cápita	Var
2021	2.345.972 	33,51%	1.786	13,78%
2020	2.061.799 	34,28%	1.549	3,60%
2019	1.990.106 	34,78%	1.503	0
2018	1.990.106 	34,78%	1.513	5,40%
2017	1.888.170 	36,80%	1.435	5,53%
2016	1.789.178 	38,17%	1.359	12,62%

Fuente: Dirección General de Presupuestos. Departamento de Hacienda del Gobierno de Aragón. Diciembre 2021.

Fruto del acuerdo unánime entre el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas de noviembre de 2018 para trabajar en la reforma del modelo, se elaboró un documento sobre el *Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria* (MAPyC) que fue aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en abril de 2019 a través de un proceso de reflexión participativo con sociedades científicas, colegios profesionales y asociaciones de pacientes y ciudadanía.

Este marco incluye actuaciones no solo en el ámbito científico o técnico sino también en relación con la accesibilidad a los servicios, con los recursos humanos y materiales, con la organización y con la participación ciudadana.

La Atención Primaria en Aragón se organiza en 123 zonas básicas de salud, reguladas en el mapa sanitario, que incluyen 118 centros de salud y 870 consultorios locales. Existen igualmente 125 puntos de atención continuada que atienden a los ciudadanos de forma ininterrumpida en el medio rural y con horarios que comprenden hasta las 20 horas en el medio urbano de lunes a viernes y sábados y domingos de forma más centralizada con un horario igualmente hasta las 20 horas.

La plantilla estructural reconocida en los centros de salud de Aragón (datos a 1 de enero de 2021) es de 960 profesionales de medicina de familia, 180 profesionales de pediatría, 958 profesionales de enfermería y 336 profesionales que realizan funciones administrativas. A estas cifras hay que sumar el conjunto de profesionales que atiende a nuestros ciudadanos en el horario de atención continuada que incluye 302 médicos de familia y 192 enfermeros. Además, en los centros de salud aragoneses trabajan otros profesionales como auxiliares de enfermería (73), fisioterapeutas (50), matronas (66), odontólogos (26), trabajadores sociales (32), higienistas dentales (20) y psicólogos clínicos (20). Estos últimos desempeñan su trabajo en Atención Primaria pero su adscripción orgánica y funcional a las Unidades de Salud Mental (de adultos e infantojuveniles) depende de los servicios de Psiquiatría de los hospitales.

Por lo tanto, en Aragón tenemos un médico de familia por cada 1.160 habitantes, un pediatra por cada 1.003 niños y una enfermera por cada 1.350 habitantes.

Así, la dotación de profesionales sanitarios es, salvo en Pediatría, mayor en Aragón que en el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS). Según los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el año 2019, el número de habitantes por profesional, en el Sistema Nacional de Salud, es de 1.342 habitantes en medicina de familia, 980 habitantes en pediatría y 1.485 en enfermería.

Con datos de diciembre de 2021, aproximadamente un 30% de los médicos de familia tienen menos de 1.000 tarjetas sanitarias individuales (TIS) y alrededor de un 20% tienen menos de 500 TIS. En el conjunto del Sistema Nacional de Salud el porcentaje con menos de 1.000 TIS es del 16% y solo un 6% tienen menos de 500 TIS.

Tenemos igualmente 10 farmacéuticos de Atención Primaria y 8 técnicos de salud que pertenecen al área de las direcciones de Atención Primaria de cada Sector Sanitario, aunque no pertenecen a la plantilla estructural de los equipos.

El modelo de Atención Primaria en España, como decíamos, se ha ido adaptando a las nuevas necesidades asistenciales y de salud de la población con más voluntarismo profesional que impulso decidido desde las administraciones, generalmente sin ir acompañado de una financiación suficiente y demasiado anclado en modelos organizativos que prácticamente no han evolucionado desde su puesta en marcha a mediados de los años 80 del pasado siglo y que no responden en la actualidad a los problemas de salud relacionados con el envejecimiento de la población, las enfermedades crónicas y la desigualdad social en un entorno de enorme dispersión poblacional que caracteriza a nuestra comunidad autónoma.

En Aragón viven 1.325.371 personas (datos de 2021), casi 700.000 de ellas en la ciudad de Zaragoza, y tenemos una densidad de población de 27,8 habitantes/km<sup>2</sup> cuando la media en España es de 94,2 habitantes/km<sup>2</sup>. Sin embargo, numerosas zonas de nuestro territorio cuentan con densidades desérticas, de menos de 3 habitantes/km<sup>2</sup>.

El contenido de este Plan de Atención Primaria de Aragón 2022-2023 detalla las actividades, presupuesto e indicadores de evaluación de la estrategia nacional adaptada a nuestro territorio. En consonancia con lo que establece el Plan de Salud de Aragón 2030, las actuaciones que se proponen deben ser realistas y tener impacto en nuestra población en términos de salud y no tanto en términos de recursos o actividad.

Por ser parte fundamental de la actividad de la Atención Primaria se insistirá en las actividades de promoción de salud y prevención de la enfermedad, buscando el equilibrio

con la asistencia sanitaria, con el fin de reducir la creciente medicalización de la sociedad y tratando de evitar aquellas intervenciones que pueden resultar perjudiciales o simplemente no han demostrado efectividad. Igualmente, el plan pretende dar una especial relevancia a las actuaciones en el ámbito comunitario porque creemos que contribuyen notablemente a la consecución de los objetivos en salud que se persiguen.

Los objetivos específicos que este plan pretende conseguir son:

- 1) Mejorar la accesibilidad en la Atención Primaria y reforzar la longitudinalidad asistencial para garantizar la atención continua por el mismo equipo de profesionales.
- 2) Mejorar la capacidad resolutoria de la Atención Primaria e impulsar el carácter vertebrador de la Atención Primaria y su papel como agente de salud del paciente en todo el sistema sanitario.
- 3) Facilitar la calidad asistencial a través de herramientas y formación que promueva el seguimiento de las Estrategias en Salud, las buenas prácticas y las recomendaciones de no hacer, para disminuir la variabilidad injustificada de la práctica clínica.
- 4) Promover la atención integral y la salud comunitaria, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud, reorientando la atención hacia la promoción de la salud y la prevención.
- 5) Dotar de Tecnologías de la Información y la Comunicación y Sistemas de Información que sirvan de apoyo directo a la gestión clínica y a la medición de resultados clínicos y en salud.

Este plan, de acuerdo con el marco nacional, agrupa las actuaciones en 6 líneas estratégicas:

- Estrategia A: Reforzar el compromiso del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud con el liderazgo de la Atención Primaria.
- Estrategia B: Consolidar una política presupuestaria y de Recursos Humanos que garantice la efectividad y la calidad de la Atención Primaria.
- Estrategia C: Mejorar la calidad de la atención y la coordinación con el resto de los ámbitos asistenciales, servicios e instituciones.
- Estrategia D: Reforzar la orientación comunitaria, la promoción de la salud y la prevención en Atención Primaria.
- Estrategia E: Potenciar el uso de las tecnologías de la información y la comunicación.
- Estrategia F: Impulsar la Formación y la Investigación en Atención Primaria.

Cada una de las líneas estratégicas define una serie de objetivos generales hasta un total de 23 diferentes en conjunto para el Plan y, por último, dichos objetivos se plasman en 100 acciones operativas a realizar por el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón y el Servicio Aragonés de Salud con su presupuesto y cronograma de implantación correspondientes.

El marco estratégico establece una serie de indicadores de evaluación que permitirán valorar el grado de implantación del plan a lo largo de los dos años de desarrollo, 2022 y 2023.

En los siguientes apartados se definen y concretan los objetivos de cada línea estratégica, el enunciado general de las acciones a desarrollar por las CCAA (en cursiva) y las acciones operativas a llevar a cabo en Aragón para conseguir los objetivos propuestos.



## 2. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

En este apartado se analiza la situación de la salud en general de la población de Aragón basada en los indicadores más comúnmente utilizados. Además, para cada área prioritaria se muestra un análisis valorativo que pretende señalar los problemas y deficiencias más importantes que se han puesto de manifiesto.

Como ya se ha mencionado, la densidad de población en Aragón es muy inferior a la media nacional. Además, la mitad de la población reside en Zaragoza capital y pese a que el 92,1% de los municipios aragoneses pertenecen a la llamada zona rural, sólo el 16,3% de la población reside en este tipo de municipios.

- Estructura poblacional.

La estructura de la **pirámide de población** en Aragón es similar a la de España. Es típica de una población envejecida, aunque en Aragón el porcentaje de personas mayores de 65 años es superior al de España (21,3% en Aragón y 18,6% en España en el año 2019). La proporción de personas de 85 y más años entre los mayores de 65 y más años indica que además es una población sobre-envejecida (Aragón 18,6% y España 15,6%). El porcentaje de población extranjera tanto en España como en Aragón descendió desde el año 2008 permaneciendo estable en los últimos dos años alrededor del 10% de la población total.

La **esperanza de vida al nacimiento** en el año 2019 en Aragón era de 83,01 años (79,9 en hombres y 86,4 en mujeres). Es muy similar a la media nacional y superior a la media de los países de la Eurozona. En los últimos 10 años ha aumentado un 0,7%, situándose la diferencia mujer-hombre en torno a 6 años.

La **tasa bruta de natalidad** en Aragón es inferior a la de España, presentando en los últimos 10 años un descenso leve pero sostenido. El **saldo vegetativo** en Aragón igualmente mantiene una tendencia descendente y es en este momento negativo, a diferencia de lo que ocurre en el conjunto del país.

- Medio ambiente.

La calidad del aire y el nivel de todos los contaminantes regulados y registrados no supera en Aragón los valores límites establecidos por la legislación. Por lo que respecta a la calidad del agua, el porcentaje de boletines de agua calificados como aptos para el consumo pasó del 94,4% en el año 2008 al 96,4% en 2019. El 89% de las muestras que se clasificaron inicialmente como no aptas y el 100% de las que se clasificaron como no aptas con riesgo para la salud pasaron a calificarse como aptas en la siguiente analítica en ese último año. Los parámetros que se incumplen con mayor frecuencia son los de contaminación microbiológica, sulfatos y turbidez. Destacan las incidencias en la calidad del agua debida a presencia de nitratos.

Dentro de los estándares de control de vectores de transmisión de enfermedad el mosquito tigre es el insecto que en los últimos años está en plena expansión en Aragón. Durante 2019, último año con datos cerrados, se ha detectado su presencia en 6 nuevos municipios y en 12 se ha confirmado su establecimiento.

- Entorno social, económico y educativo.

En Aragón el porcentaje de hogares que no sufre problemas en la vivienda según los datos y el tipo de problema recogido en la Encuesta de Condiciones de Vida (escasez de luz natural, ruidos producidos por vecinos o del exterior, contaminación y otros problemas ambientales, delincuencia o vandalismo), se mantiene en torno al 75%, estable en el tiempo en los últimos años e inferior al de España.

El tipo de hogar más frecuente tanto en Aragón como en España según los datos de la de la Encuesta de Condiciones de Vida de 2020 es el de “dos adultos sin niños” que suponen el 29,6% de los hogares aragoneses. El de “dos adultos con 1 o más niños” supone el 26,5% de los hogares. El 15,4% de los hogares los constituyen personas solas mayores de 65 años. Según esta misma encuesta el 29,8% de los hogares aragoneses no pueden permitirse una semana de vacaciones fuera de casa al año y el 27% no puede afrontar gastos imprevistos. Estos porcentajes son inferiores a la media nacional.

El porcentaje de “personas con instrucción insuficiente” en Aragón es del 23%, siendo el porcentaje de “personas jóvenes con instrucción insuficiente” del 11%. Ambos datos presentan gran variabilidad si los desagregamos en zonas de salud. Según estos mismos datos de la encuesta de 2020, el 25,9% de los hombres y el 28,6% de las mujeres de Aragón tienen estudios de nivel primario o inferior, el 49,5% y el 42,8% nivel secundario y el 24,4% y el 28,2% de nivel superior.

El desempleo es un problema importante tanto en Aragón como en España, aunque los datos de nuestra comunidad vienen estando alrededor de 4 puntos por debajo de la media del país (EPA marzo 2022) con un 9,02% de la población activa. Además, el 31% de las personas ocupadas eran asalariados eventuales.

El indicador AROPE (*At Risk Of Poverty and Exclusion*) que combina la tasa de riesgo de pobreza relativa (o pobreza monetaria) con la privación material y la baja intensidad del trabajo en los hogares, presenta una tendencia ascendente de la tasa de riesgo de pobreza o exclusión social en los últimos años, aunque ésta se mantiene inferior a la nacional (Aragón 21,1% y España 25,2%, en 2019).

- Estilos de vida.

Según la Encuesta Europea de salud de 2018, el 68,1% de los aragoneses consume fruta a diario, frente al 62,7 % de los españoles; solo el 31,1% se cepillan los dientes 3 o más veces al día, frente al 36,4% a nivel nacional; el 66,8% de los aragoneses mayores de 14 años no realiza ejercicio físico durante el tiempo de ocio, frente al 54,7 % de los españoles; el 27,3% fuman habitualmente, siendo el porcentaje superior en hombres (32,4%) que en mujeres (22,3%); un 77,5% de los aragoneses ha consumido alcohol en los últimos 12 meses frente al 65,5% de los españoles.

Según la Encuesta sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) en el año 2021, el 75,7% de los estudiantes aragoneses entre 14 y 18 años, declara haber consumido bebidas alcohólicas en alguna ocasión de su vida, la segunda sustancia con mayor prevalencia es el tabaco (41%), seguido por el cannabis (26,6%). En estas sustancias el porcentaje de mujeres que consume supera al de los hombres y esto ocurre

también a lo largo del tiempo. La edad media de inicio al consumo de estas sustancias es temprana, 13,7 años las bebidas alcohólicas, 14 años el tabaco y 14,9 el cannabis.

- Atención Primaria y resultados en salud.

El gasto sanitario público en Aragón ha venido creciendo desde el año 2016 entre el 3.6% y el 13.7% interanual hasta el año 2021. La mayor inversión se realizó en servicios hospitalarios, con un porcentaje de gasto del 65,8% en Aragón (2019). El porcentaje de gasto en Atención Primaria en ese año fue del 13,2%.

El Servicio Aragonés de Salud mantiene una red de Atención Primaria distribuida en 123 zonas básicas de salud en los ocho sectores sanitarios en que se divide nuestro mapa. Cuenta con 118 centros de salud y 870 consultorios.

En datos de 2019, por cada 1.000 habitantes teníamos 0,9 profesionales de medicina de familia y 0,7 de enfermería en equipos de Atención Primaria (SNS: 0,8 médicos y 0,6 enfermeras). La frecuentación en nuestros centros de salud ese mismo año fue de 5,4 visitas por persona a la consulta de medicina de familia, 5,1 visitas a la consulta de pediatría y de 2,6 visitas a la consulta de enfermería (SNS: 5,2 visitas de medicina de familia, 5,1 visitas de pediatría y 2,9 visitas de enfermería). Las visitas por 1.000 personas y año a los servicios de apoyo fueron: fisioterapia 18 sesiones; matronas: 56 visitas; salud bucodental: 9 visitas y trabajo social: 4 visitas. La actividad domiciliaria supuso el 3% de la atención de medicina y el 11% de la atención de enfermería (el 1,4% y el 7,2% respectivamente en el SNS). Las visitas para atención urgente fueron 0,8 por persona/año en Aragón y 0,6 por persona/año en el SNS.

En 2019 se prescribieron en el Servicio Aragonés de Salud 21,5 recetas por habitante, el gasto medio por receta fue de 11,4€ (SNS: 19,6 recetas por habitante con un gasto de 11€ por receta). El gasto medio por receta creció un 3,6% anual en Aragón (1,7% en el SNS). La dosis por habitante y día (DHD) de antibióticos fue de 23,3 (SNS 21), la DHD de sustancias hipnóticas fue de 33 (SNS 30,2) y la DHD de antidepresivos fue de 74 (SNS 69,6). Respecto al año 2018, en Aragón el consumo de antibióticos descendió un 2% mientras que el consumo de sustancias hipnóticas y antidepresivos creció un 4% y un 4,7% respectivamente.

La pandemia ha supuesto un fuerte impulso a la utilización de los servicios digitales, demostrando una brecha digital menor de la esperada. Destacar que en estos dos meses y medio que llevamos de año 2022, 800.000 ciudadanos aragoneses distintos han utilizado los servicios digitales de nuestro servicio Salud Informa. De ellos, más de 450.000 han accedido a información sensible mediante el denominado *Pinsalud* o mediante el certificado digital, de los cuales 340.000 han consultado datos de su historia clínica electrónica.

Según datos de la Encuesta de Integración Social y Salud de 2012 (últimos publicados), en Aragón el porcentaje de personas que consideraban su estado de salud como bueno o muy bueno fue en los distintos grupos de edad y sexo: el 78% en hombres y el 71% en mujeres; el 83% de las personas de 15 a 64 años y el 45% de las personas de más de 65 años; el 48% de las personas con educación primaria, el 74% con educación secundaria de 1ª etapa y el 85% con educación secundaria de 2ª etapa o superior; el 50% de los inactivos jubilados o prejubilados, el 66% de otros inactivos y el 86% de los activos.

En la Encuesta Nacional de Salud Española de 2017, en Aragón, el 10,5% de los niños percibían su salud como regular, mala o muy mala, porcentaje superior al nacional (6,8%). Los adultos, tanto en España como en Aragón, en un porcentaje del 29%, valoran su estado de salud de la misma forma.

En el año 2019 aproximadamente cuatro de cada cinco aragoneses acudieron a las consultas de medicina de familia por un problema de salud. El 37% de las mujeres y el 30% de los hombres padecieron dos o más problemas de larga evolución.

A partir de los 15 años de edad los problemas más frecuentes fueron las dislipemias, la hipertensión arterial y los síntomas músculo esqueléticos. Cada uno de estos problemas estuvo presente en más del 20% de la población. Determinados problemas de salud fueron más frecuentes en mujeres, como la hipertensión arterial (23% mujeres; 21% hombres), las lumbalgias (24% mujeres; 17% hombres), la depresión (13% mujeres; 5% hombres), o los trastornos tiroideos (9% mujeres; 2% hombres). Otros problemas como la diabetes (8,8% hombres; 6,8% mujeres) o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (3,8% hombres; 1,7% mujeres), fueron más frecuentes en los hombres.

En la edad pediátrica los problemas de salud más frecuentes fueron las infecciones de vías respiratorias altas, la dermatitis, la fiebre, la otitis media, la tos y la diarrea. La prevalencia de asma es del 8,1% en niños y del 5,3% en niñas. La diabetes afecta al 0,18% de la población pediátrica. El 16,3% de los niños y el 11,3% de las niñas tienen algún problema de salud mental, los más frecuentes son ansiedad y problemas de comportamiento.

En el año 2019, el grupo de enfermedades del sistema circulatorio continúa como la primera causa de muerte en Aragón (31,3% sobre el total de defunciones), seguida de los tumores (28,5%) y de las enfermedades del sistema respiratorio (10,2%). Por sexo, los tumores fueron la primera causa de muerte en los hombres (34,1%) y las enfermedades del sistema circulatorio (34,9 %), la primera causa de mortalidad femenina. Las cinco primeras causas de muerte por frecuencia absoluta (circulatorio, tumores, respiratorio, sistema nervioso y trastornos mentales) supusieron el 81.8% de todas las defunciones.

El indicador años potenciales de vida perdidos (APVP) mide mortalidad prematura entre 1 y 69 años. El número de APVP es más elevado en hombres que en mujeres y la principal causa de APVP han sido los tumores tanto para el total (47,4% del total de APVP) como para hombres (41,4% de los APVP en los hombres) y mujeres (60,1% de los APVP en las mujeres). En los hombres, el tumor maligno de pulmón supuso el 11,7% de todos los APVP seguido de los suicidios (6,8% de los APVP). En las mujeres, el tumor maligno de mama representa el 9,7% de los APVP. El tumor maligno de pulmón es la causa de defunción que más ha aumentado en la mujer suponiendo ya el 7,3% de los APVP. Las causas externas constituyen el 3,2 % del total de las causas de muerte (4,4 % en hombres y el 1,9 % en mujeres) y ocuparon el tercer puesto como causa de APVP tanto en hombres (18,4 % de los APVP) como en mujeres (6,4 % de los APVP).

En conjunto se puede valorar el estado de salud de la población de Aragón como bueno. Se observa la morbilidad y mortalidad típica de las poblaciones desarrolladas con buenos indicadores sanitarios, como una alta esperanza de vida, e incluso económicos con una posición mejor que la media en ingresos o tasa de riesgo de pobreza. Sin embargo, esto no debe hacer olvidar que la crisis económica y la pandemia han tenido una importante repercusión en la sociedad, como en el resto del mundo. Hay que destacar, frente a la situación general, que sigue habiendo problemas importantes dado que tenemos una población altamente envejecida y con serios problemas de soledad.

Nuestra población presenta un gran agrupamiento de la mitad de su población en un único municipio, frente a una manifiesta dispersión geográfica de la otra mitad, complicada por la complejidad orográfica del territorio, lo que dificulta enormemente la organización de recursos.

Por otra parte, además de esta visión de conjunto de los indicadores de salud globales es importante no distorsionar la realidad de los distintos territorios. En los últimos años hemos avanzado mucho en el estudio de la morbilidad de las poblaciones con un nivel geográfico desagregado por zona básica de salud, al menos en las enfermedades más prevalentes (Atlas de Salud Pública de Aragón). Esto nos ha permitido no solo incidir en aquellos agrupamientos más vulnerables, sino trabajar hacia la equidad. En este sentido, sabemos que existen diferencias evitables e injustas en el nivel de salud entre las personas y los diferentes grupos sociales, lo que se conoce como desigualdades en salud.

Estas diferencias se manifiestan por la edad, el género, la clase social, la etnia y el territorio, entre otros factores, verdaderos ejes de desigualdad y una buena parte de ellas tienen causas sobre las que se puede actuar, especialmente en personas y colectivos vulnerables como las personas mayores, las que tienen enfermedades crónicas y los colectivos en situación de desigualdad social. Este es uno de los principales retos a los que se enfrenta, ya desde hace algunos años, el Sistema Sanitario Público.

- [La Atención Primaria durante la pandemia por Covid 19](#)

La atención sanitaria durante la pandemia por Covid 19, que acaba de cumplir su segundo año, ha supuesto el mayor reto para el sistema sanitario público en toda su historia.

El compromiso y esfuerzo de todos los profesionales de nuestros centros sanitarios ha sido extremo durante todo este tiempo y la Atención Primaria en particular ha sido uno de los principales baluartes del sistema para afrontar esta pandemia con garantías.

El esfuerzo realizado por todos los profesionales de Atención Primaria en este periodo ha sido ingente y algunas cifras dan idea del impacto que ha tenido la pandemia en la actividad asistencial. En el total de Aragón, en el año 2020, la actividad de Atención Primaria en consulta ordinaria (incluidas las teleconsultas en centro y domicilio) ha sido de 3.528.372 consultas de enfermería, 6.420.401 en medicina de familia y 851.260 visitas en pediatría. Estos datos en el año 2021, han sido de 3.771.034, 6.681.144 y 943.436 de consultas respectivamente en las tres especialidades. Esto supone un total de consultas en el año 2020 de 10.800.033 y en el 2021 de 11.395.614, produciéndose un incremento del 5,5% de las consultas en el último año y del 9% respecto al año 2019 en el que hubo 10.448.029.

Se han realizado un total de 1.197.360 pruebas en este ámbito (el 37% de ellas, han sido test rápidos de antígenos), en 543.698 personas distintas, lo que supone una tasa de 498,54 personas con muestra analizada por cada 1.000 habitantes.

Desde el 16 de marzo de 2020 se han registrado en Atención Primaria, 260.558 casos sospechosos de infección por coronavirus y más del 80% de los mismos han sido seguidos en este nivel asistencial. Además, el número de contactos de pacientes con coronavirus que han tenido seguimiento por parte de Atención Primaria ha sido de 440.700 desde junio del 2020.

Por otra parte, hay que destacar el enorme esfuerzo realizado desde el inicio de la campaña de vacunación, en diciembre de 2020, que ha sido espectacular: hasta el pasado 28 de

marzo se han administrado 2.843.079 dosis de vacuna frente a Covid 19, la inmensa mayoría de ellas en nuestra red de centros de salud, alcanzando una cobertura en la población mayor de 5 años del 89,3%.

### 3. FINANCIACIÓN

- **OBJETIVO 1: Dotar de la financiación finalista necesaria para la implementación efectiva del presente plan.**

Este Plan de Atención Primaria de Aragón 2022-2023 cuenta con una serie de objetivos y acciones a desarrollar que se financian, en algunos casos, con fondos exclusivos de la Comunidad Autónoma y, en otros, mediante el sistema de cofinanciación con el Ministerio de Sanidad.

En las acciones financiadas con fondos propios de la Comunidad Autónoma se destinará un presupuesto de carácter finalista, específico y suficiente que permita la puesta en marcha efectiva de las acciones contempladas en el marco de estos dos años presupuestarios. Dicho presupuesto incluirá partidas tanto del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón como del Servicio Aragonés de Salud.

En la descripción en los apartados siguientes de cada uno de los objetivos y acciones a desarrollar se detallan las diferentes partidas asignadas. Se consigna las cantidades asignadas al presupuesto de 2022 y la estimación prevista para el ejercicio 2023. En el caso de las acciones cofinanciadas, pendientes en este momento de los criterios de distribución de fondos a las CCAA que se acuerden en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se consignan las cifras estimadas.

Con estas premisas, el detalle de las acciones y sus correspondientes asignaciones presupuestarias se refleja en cada uno de los apartados del plan. En las fichas resumen del apartado 15 se pueden ver las diferentes partidas presupuestarias.

#### **Ejercicio 2022\*:**

- 5.270.223,96 € en acciones incluidas en el plan financiadas íntegramente por la Comunidad Autónoma de Aragón.
- 11.619.619 € en acciones incluidas en el plan cofinanciadas conjuntamente con el Ministerio de Sanidad. De ellas, 4.076.000 € corresponden al Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón y entre 7.543.619-7.613.619 € corresponden al Ministerio de Sanidad.

*\*Algunas acciones pueden entrar en el presupuesto de 2023 en función del plazo de recepción de fondos de cofinanciación (se especifica en cada apartado).*

#### **Ejercicio 2023:**

En cada capítulo se realiza una estimación tanto de las acciones financiadas íntegramente por la Comunidad Autónoma de Aragón como las cofinanciadas conjuntamente con el Ministerio de Sanidad para ese periodo.

## 4. RECURSOS HUMANOS

• **OBJETIVO 2: Incrementar de forma progresiva el número de profesionales, garantizar su disponibilidad y mejorar las condiciones laborales de manera que se posibilite la accesibilidad, la longitudinalidad, estabilidad, atracción de talento y en consecuencia se reduzca la temporalidad por debajo del 8%.**

Este objetivo se traduce en las siguientes acciones concretas:

- *2.1. Adaptación de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, conocida como Estatuto Marco, a lo dispuesto en la Ley 20/2021, de 28 de diciembre, de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público.*
- *2.2. Publicación de las ofertas de empleo de las categorías profesionales que desarrollan su actividad en Atención Primaria que articulen los procesos de estabilización de empleo antes del 31/12/2022 y resolverlas, lo que incluye la incorporación al puesto de trabajo, antes del 31/12/2024.*
- *2.3. Creación de las vacantes necesarias y fomento de la transformación de los contratos de interinidad en contratos de estabilidad, con especial interés en las zonas de difícil cobertura.*

Se pretende adoptar medidas normativas para reducir la temporalidad y flexibilizar la gestión de los recursos humanos en el SNS con el objetivo de situar y mantener la tasa de temporalidad estructural por debajo del 8%. De la misma forma se precisa revisar las condiciones laborales no solo para el acceso a la plaza, sino para el desempeño de las funciones (horarios, organización y gestión de la actividad).

El Servicio Aragonés de Salud ha realizado en los últimos 5 años 3 convocatorias de concurso oposición, derivadas las ofertas públicas de empleo (OPE) aprobadas entre los años 2017 y 2021, en la categoría de médico de familia de EAP y pediatría de EAP, así como 3 procedimientos de movilidad voluntaria en ambas categorías con el fin de potenciar la ocupación de plazas en propiedad y favorecer el traslado de profesionales con el objetivo de que estos procesos incentiven la ocupación de plazas en zonas de difícil cobertura. De la misma manera se han ofertado 2 convocatorias de concurso oposición en la categoría única de enfermería (que incluye hospitales) y 3 procedimientos de movilidad voluntaria.

El próximo mes de mayo el Servicio Aragonés de Salud va a resolver el procedimiento de movilidad voluntaria y la convocatoria de concurso oposición de 2021 en las categorías de Médico de Familia y Pediatría con 248 plazas ofertadas y 29 plazas respectivamente.

Está prevista la convocatoria, antes de finalizar 2022, de un nuevo procedimiento de movilidad voluntaria en ambas categorías y en enfermería (no específico de Atención Primaria). Igualmente se procederá a la correspondiente convocatoria de la OPE 2022 con la oferta de plazas que se apruebe en la correspondiente Mesa Sectorial de Sanidad. Estos procesos se resolverán a lo largo del año 2023. También en el mes de mayo se realizará la primera OPE de farmacéuticos de Atención Primaria correspondiente al año 2021, con una oferta de tres plazas a resolver en 2022 y que completará la estructura en los 8 sectores sanitarios.



Por lo que respecta a la categoría de enfermera de EAP igualmente existe un proceso de movilidad voluntaria en marcha que se resolverá este año, aunque como ya se ha indicado, incluye a las profesionales que trabajan en el ámbito hospitalario al ser esta, de momento, una categoría profesional única.

Las medidas de reducción de la temporalidad y ofertas estables de empleo se aplicarán igualmente al resto de categorías profesionales que desarrollan su trabajo en el ámbito de la Atención Primaria, tanto personal sanitario (odontólogos, matronas, fisioterapeutas, técnicos de cuidados auxiliares de enfermería e higienistas dentales) como no sanitario (trabajadores sociales, administrativos, auxiliares administrativos y celadores). Y lo mismo se aplicará para el resto de profesionales que, sin formar parte de los equipos de Atención Primaria, apoyan a la red de centros de cada Sector Sanitario (farmacéuticos de Atención Primaria y técnicos de salud).

El Servicio Aragonés de Salud seguirá ofertando las vacantes estructurales necesarias siempre mediante contratos de interinidad para su posterior provisión mediante la correspondiente OPE, de acuerdo con el cronograma que tiene establecido de ofertas de empleo y concursos de traslados como mínimo bienales, salvo en aquellas categorías que tengan establecida la periodicidad anual.

Para la provisión de estos puestos se presta especial interés a las zonas de difícil cobertura tratando de incentivar este desempeño mediante la valoración específica adicional en los baremos de méritos en las categorías de facultativos. Con la misma finalidad de incentivación, en el caso de los contratos de interinidad de médicos de familia y pediatras se permite desde 2017 que un interino que desempeña su trabajo en un centro de difícil cobertura pueda acceder a una nueva interinidad en destino vacante que le pueda resultar más atractivo una vez lleve un mínimo de dos años en estas plazas (proceso de mejora de empleo).

Además, con el mismo objetivo de garantizar la cobertura de las plazas de médicos de familia y pediatras de Atención Primaria de difícil cobertura en los procesos de selección de personal, se trabaja en hacer confluir en el tiempo varios procesos de gestión de recursos humanos que tienen gran impacto en el citado objetivo, en el intento de que no queden plazas vacantes sin cubrir tras hacerse efectivos los concursos de traslados de dichas categorías. Así, en los próximos meses de abril y mayo de 2022 se van a desarrollar de forma coordinada los siguientes procesos:

- Ceses e incorporaciones efectivas derivadas del concurso de traslados, que han sido demoradas desde que se anunciaron los destinos adjudicados (publicación en el Boletín Oficial de Aragón –BOA- de los destinos e inicio del plazo de cese y toma de posesión).
- Toma de posesión efectiva de los adjudicatarios del concurso oposición a quienes previamente les hayan sido ofertadas las plazas vacantes generadas por el concurso de traslados, incluyendo en la oferta el mismo número de plazas que de adjudicatarios y, en todo caso, priorizando las plazas de difícil cobertura (publicación en BOA del listado de adjudicatarios con inicio del plazo posesorio unos días más tarde que el procedimiento anterior).
- Acto de adjudicación centralizada de nombramientos de interinidad para la cobertura de las plazas vacantes resultantes de los dos procesos mencionados.

- Finalización a finales de mayo del periodo de formación MIR de los nuevos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, que podrán participar en el proceso anterior de adjudicación de interinidades.

El artículo 2.2 de la Ley 20/2021, de 28 de diciembre, de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público (norma que ha sustituido al Real Decreto-ley 14/2021), establece lo siguiente:

*“2. Las ofertas de empleo que articulen los procesos de estabilización contemplados en el apartado 1, así como el nuevo proceso de estabilización, deberán aprobarse y publicarse en los respectivos diarios oficiales antes del 1 de junio de 2022 y serán coordinados por las Administraciones Públicas competentes.*

*La publicación de las convocatorias de los procesos selectivos para la cobertura de las plazas incluidas en las ofertas de empleo público deberá producirse antes del 31 de diciembre de 2022.*

*La resolución de estos procesos selectivos deberá finalizar antes del 31 de diciembre de 2024.”*

Para dar cumplimiento a dicha norma, el Servicio Aragonés de Salud se halla en estos momentos elaborando la Oferta Pública de Empleo de estabilización, habiéndose iniciado los contactos con las organizaciones sindicales previos a la negociación de la misma en el seno de la Mesa Sectorial de Sanidad, con el objetivo de que el Decreto que la apruebe sea publicado en el Boletín Oficial de Aragón antes del 1 de junio del presente año, y que todas las convocatorias –incluidas las de Atención Primaria– sean publicadas antes del 31 de diciembre.

Con carácter previo a la elaboración y aprobación de la Oferta de Empleo Público de estabilización prevista en la Ley 20/2021, y para su incorporación a la misma junto con las vacantes ya existentes, es necesario proceder a la creación de todas aquellas plazas estructurales que resulte necesario para dar cumplimiento a lo dispuesto en dicha Ley, es decir, aquellas que, estando dotadas presupuestariamente, hayan sido ocupadas de forma temporal e ininterrumpidamente mediante nombramiento temporal de carácter eventual o de promoción interna temporal fuera de plantilla, cuya fecha de inicio esté comprendida entre 1 de enero de 2016 y 31 de diciembre de 2017, y mediante nombramientos temporales, de la misma naturaleza que los anteriores, que se hayan iniciado con anterioridad al 1 de enero de 2016.

En estos momentos nos hallamos en proceso de análisis de las plantillas de los centros, en orden a la elaboración de la propuesta de creación de 746 plazas entre el ámbito de Atención Primaria y el de Atención Hospitalaria, propuesta que se someterá en breve plazo a la aprobación del Consejo de Gobierno.

- *2.4. Acuerdo en la Comisión de Recursos Humanos del SNS para mejorar la organización de la Atención Primaria y las condiciones laborales, incluyendo una mayor flexibilidad tanto en horarios como en organización y gestión de su actividad, para mejorar la motivación de los profesionales.*

- *2.5. Consenso en la Comisión de Recursos Humanos del SNS para establecer los criterios mínimos para identificar los puestos de difícil cobertura y los incentivos (económicos y no económicos) para la atracción y retención en dichos puestos.*

Se pretende alcanzar un acuerdo en el seno de esta comisión que recoja las acciones necesarias para la mejora de las condiciones laborales en Atención Primaria, así como definir e identificar los puestos de difícil cobertura que por sus especiales características demográficas y geográficas o por cuestiones derivadas de la estacionalidad precisarán de una estrategia diferenciada. Se deberán acordar igualmente los incentivos económicos y no económicos para la contratación de profesionales en estos puestos.

En el apartado de oferta de plazas en formación sanitaria especializada insistiremos en un aspecto en relación con los centros de difícil cobertura: es necesario dar a conocer el entorno rural a los residentes de Enfermería/ Medicina Familiar y Comunitaria y Pediatría/Enfermería especialista en Pediatría para lo que debe facilitarse la rotación de los residentes por centro de salud de difícil cobertura ya que, aun no siendo prácticamente ninguno centro docente (imposible con los criterios actuales de acreditación) sus profesionales presentan una trayectoria y perfil absolutamente válidos para dar a conocer la especialidad más allá del entorno urbano.

En Aragón se llegó a un acuerdo en el año 2017 para definir los centros de salud de difícil cobertura en Atención Primaria, para los médicos de familia y pediatras que trabajan en este ámbito. Este listado de centros se va actualizando en el tiempo de acuerdo con los criterios de inclusión acordados entre el Servicio Aragonés de Salud y las organizaciones sindicales. Se valorará igualmente a lo largo de 2022 la posibilidad de incorporar este mismo acuerdo para el resto de categorías profesionales.

Como ya se ha indicado anteriormente, desde 2017 se incentiva el trabajo en puestos de difícil cobertura en Atención Primaria mediante un reconocimiento en los baremos para el acceso a la bolsa de empleo y a los concursos oposición en las categorías de medicina de familia y pediatría, estableciendo una valoración adicional de cada mes de trabajo en centros de difícil cobertura de 0,125 puntos (un mes de trabajo ya se valora con 0,3 puntos).

En el momento actual, el Servicio Aragonés de Salud, a través de su Director de Recursos Humanos, participa en el «Grupo de Trabajo de Atención Primaria» constituido en el seno de la Comisión Técnica Delegada de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Director General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, cuya primera reunión, celebrada por videoconferencia el pasado día 11 de marzo, tuvo por objeto la fijación de criterios comunes para la identificación de los puestos de difícil cobertura, como paso previo al establecimiento de incentivos comunes para la cobertura de tales puestos.

En virtud de los acuerdos alcanzados en el seno de la Comisión de Recursos Humanos, el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón se compromete a desarrollarlos a lo largo del periodo de vigencia de este plan.

- *2.6. Promoción de la contratación en Atención Primaria como personal estatutario fijo o de larga duración al finalizar la residencia, favoreciendo la cobertura de las vacantes en Atención Primaria y la atención longitudinal, incentivando la permanencia de los/las profesionales en su puesto.*

El objetivo es impulsar los contratos, como interinos o al menos dos años de duración, tras la finalización del periodo de Formación Sanitaria Especializada de los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) y Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC), favoreciendo así la atención longitudinal de los pacientes e impulsando la fidelización a un área de salud.

Desde el año 2016 en Aragón se ofertan a las diferentes promociones de residentes de MFyC las plazas vacantes que existen en el momento de finalizar la residencia, con nombramiento de interinidad. Se permite su inscripción en las correspondientes bolsas de empleo desde 2 meses antes de finalizar el periodo de residencia para poder optar a interinidades nada más acabar su periodo formativo.

La permanencia de los profesionales tiene una valoración adicional importante en los baremos de concursos de traslados de la misma forma que el desempeño en puestos de difícil cobertura, generalmente en el mundo rural, ya hemos visto que tiene igualmente una valoración en todas las convocatorias de acceso a plazas para el caso de los facultativos (bolsa de empleo temporal y OPE).

Desde octubre de 2020 en Aragón disponemos de una bolsa específica de empleo en el caso de las enfermeras especialistas en EFyC y hace tan solo dos días se ha creado la correspondiente a enfermería especialista en Pediatría. Estas bolsas permiten la oferta de plazas a profesionales con la titulación de especialista, bien por la vía EIR o por la de homologación excepcional.

- *2.7. Impulso al concepto de carrera profesional en el ámbito de Atención Primaria basada en las habilidades, aptitudes y competencias de los profesionales, y asociada a un cumplimiento de objetivos y recertificación de estos de forma periódica, dotándolo presupuestariamente.*

Se trata de favorecer el desarrollo profesional continuo de los profesionales de Atención Primaria, así como su reconocimiento a través de la carrera profesional establecida en Aragón y definir un modelo de recertificación de profesionales que permita la acreditación periódica de su competencia profesional.

En este momento está definido el modelo de carrera profesional en el Servicio Aragonés de Salud en 4 niveles, de los que 3 están desarrollados para los profesionales sanitarios de Atención Primaria. Aunque no existe un modelo de recertificación de la competencia profesional implantado, apostamos por utilizar el modelo de valoración de la carrera profesional como modelo de recertificación en tanto no se elabore un procedimiento específico.

Se va a revisar el modelo de carrera profesional, común para el ámbito asistencial de Atención Primaria y Atención Hospitalaria, con el fin de mejorar la puntuación que se obtiene en los apartados correspondientes por la valoración de habilidades, aptitudes, competencias de los profesionales y el cumplimiento de objetivos fijados en los correspondientes acuerdos de gestión.

- *2.8. Evaluación y adecuación de las necesidades de RRHH en Atención Primaria en base a la morbilidad atendida, los resultados en salud y las características sociodemográficas de cada área de salud/centro de salud.*

El objetivo es dimensionar las plantillas de los equipos de Atención Primaria estableciendo una dotación de puestos de las profesiones sanitarias y no sanitarias que permita responder a las necesidades de atención a la población adscrita.

En la actualidad los criterios de ordenación de profesionales en los EAP se ajustan en Aragón únicamente a las ratios poblaciones máximas establecidas: 1 médico de familia y 1 enfermera por cada 1.600 tarjetas sanitarias individuales o 1 pediatra por cada 1.000 niños entre 0 y 14 años, por centrarnos en estos profesionales. Estas ratios se pueden incrementar un máximo de un 20% siempre que se pueda garantizar la calidad asistencial. Se trata de incorporar al criterio poblacional otros criterios que puedan modular esas cifras por ejemplo en función del nivel socioeconómico de la población o la distinta morbilidad atendida en cada zona básica de salud. Para ello se pondrá en marcha un grupo de trabajo que analice las variables a incluir partiendo de los sistemas de información que ya existen (ej. el índice de privación por zona básica de salud, los grupos de morbilidad ajustada-GMA, el número de residencias de mayores por zona básica de salud, entre otros).

Al confrontar la morbilidad atendida y las características sociodemográficas de algunas zonas de salud con los recursos humanos disponibles en el centro de salud, llama la atención la infradotación de trabajadores sociales en zonas básicas de salud con mucha población, importante actividad económica, elevadas tasas de población extranjera e Índice de Privación alto. Las circunstancias epidemiológicas de los dos últimos años y los fenómenos migratorios hacen aún más necesario disponer de esta figura profesional en nuestros centros por lo que se tienen que ajustar los criterios de ordenación para la implantación de estos profesionales en Atención Primaria que establecían, al menos, un trabajador social por cada 25.000 habitantes.

En este sentido, al igual que con el resto de categorías profesionales que trabajan en Atención Primaria, se propone revisar en 2022 la posibilidad de incorporación de nuevos criterios de ordenación en la asignación de plazas a cada zona básica de salud (por ejemplo, trabajadores sociales propios en la plantilla de los EAP de todas aquellas zonas básicas de salud con más de 10.000 habitantes según los determinantes sociales de la zona, así como la existencia o no de otros recursos de trabajo social en el territorio como recursos municipales, comarcales, etc.).

En base al acuerdo de estos criterios de ordenación y una vez hecha la estimación de necesidades, valorar la contratación de estos profesionales en las zonas de salud en que se estime pertinente durante el año 2023.

- *2.9. Planificación de la oferta de Formación Sanitaria Especializada de las distintas especialidades que desarrollan su actividad en Atención Primaria teniendo en cuenta las nuevas necesidades consensuadas con las CCAA.*
- *2.10. Revisión de los programas formativos de la Formación Sanitaria Especializada de Atención Primaria de las distintas especialidades, adecuando los requisitos para*

*la acreditación de las Unidades Docentes para favorecer el incremento de las plazas a ofertar.*

Se trata de establecer la oferta de plazas de formación especializada en las categorías de médico de familia, pediatra y enfermera de EAP de acuerdo con la demanda de especialistas existente. Mediante la revisión, actualización y publicación de los programas formativos de estas especialidades, así como de los criterios de acreditación de las Unidades docentes de Atención Familiar y Comunitaria, se pretende incrementar la oferta formativa especializada sobre todo en medicina y enfermería familiar y comunitaria.

Durante los últimos años Aragón ha ido incrementando progresivamente su oferta de formación especializada en medicina y enfermería familiar y comunitaria y pediatría ajustándola al máximo posible sobre la capacidad docente acreditada. En las últimas 4 convocatorias MIR/EIR el Servicio Aragonés de Salud ha pasado de ofertar 6 plazas de enfermera especialista en AFyC en la convocatoria 2017-2018 a 34 en la de 2021-2022. Por lo que respecta a los especialistas en Medicina de Familia, se ha pasado de 60 plazas en la 2017-2018 a 75 en la 2021-2022.

En función del aumento de la capacidad docente de nuestras unidades esta oferta debe ampliarse al máximo número posible que garantice la calidad docente. Para ello, como se contempla en el objetivo siguiente, es imprescindible que las comisiones nacionales de las especialidades definan nuevos criterios de acreditación docente que permitan incorporar nuevos centros de salud que con los criterios actuales quedan fuera. Si se consigue la acreditación docente de centros de salud rurales, esa oferta formativa puede incentivar el conocimiento del medio y la contratación futura de residentes formados en dichos centros favoreciendo su incorporación a plazas de difícil cobertura.

Por último, para poder asegurar la oferta formativa MIR/EIR llevaremos a cabo la correspondiente modificación normativa que permita asegurar que, en los centros de salud acreditados como docentes, sea obligatoria la acreditación de tutor a todos los profesionales que allí desempeñen su labor y que esa circunstancia se tenga en cuenta en los procesos de movilidad voluntaria y ofertas públicas de empleo que se realicen.

- *2.11 Establecimiento de incentivos para la función tutorial recogida en el RD 183/2008, de 8 de febrero, a través de acciones concretas trabajadas con las CCAA en la Comisión de Recursos Humanos del SNS.*

Con esta acción se pretende potenciar y reconocer el papel de los tutores en la formación sanitaria especializada en AP, con el objetivo de potenciar la calidad de la formación.

La legislación propia de Aragón (Orden de 15 de abril de 2010 y Orden de 13 de enero de 2011) sobre el procedimiento de acreditación y nombramiento de tutores de formación especializada, no contempla en este momento incentivar económica ni para los tutores ni para los colaboradores docentes (figura que está todavía por regular). Sin embargo, sí se reconocen determinados efectos del nombramiento como tutor:

- Garantía de disponer del tiempo suficiente para el desarrollo de las funciones de tutor.
- Derecho a formación continuada, facilitando y priorizando la participación de los tutores en actividades formativas en metodología docente y técnicas de

tutorización, formación clínica sistematizada y estructurada y manejo de herramientas evaluativas y formativas que fomentan el desarrollo profesional.

- Valoración curricular como mérito en los baremos en las pruebas de selección y acceso a plazas estructurales (oposiciones, concursos, bolsas de trabajo, etc.).
- Valoración en la carrera profesional.
- Valoración en la evaluación del correspondiente acuerdo de gestión clínica incluyendo en los mismos indicadores de cumplimiento de objetivos tutoriales.

Desde el año 2020, en el caso de los tutores de medicina familiar y comunitaria, el Servicio Aragonés de Salud abona una suscripción anual (gratuita por tanto para el tutor) a una revista de formación continuada en esta especialidad que incluye un proceso de evaluación anual de conocimientos.

En función de los acuerdos a los que se llegue en el seno de la Comisión de Recursos Humanos del SNS se pondrán en marcha las posibles medidas adicionales de incentivación aprobadas.

#### **Presupuesto de las acciones en el objetivo 2:**

- Procesos de estabilización de empleo (concursos de traslados, OPE): con fondos propios del capítulo I del Servicio Aragonés de Salud. No suponen incremento presupuestario.
- Mejora de las condiciones laborales de los profesionales de Atención Primaria e incentivación en plazas de difícil cobertura. Pondremos en marcha los acuerdos adoptados en el seno de la Comisión de Recursos Humanos del SNS. No se puede adelantar el presupuesto asignado hasta no conocer dichos acuerdos.
- Cumplimiento de lo establecido en la Ley 20/2021: 746 plazas entre ambos niveles asistenciales. En este momento se están revisando todas las plazas con una estimación en Atención Primaria de alrededor de 300 plazas. No suponen incremento presupuestario en 2022 puesto que se encuentran cubiertas en estos momentos.
- Ampliación de la oferta MIR/EIR al máximo de capacidad docente establecida. Con la máxima capacidad actual de oferta de plazas acreditadas el presupuesto adicional a consignar en la oferta 2022-2023 sería de 210.000 € (Medicina Familiar) y 378.000 € (Enfermería Familiar) y en la de 2023-2024 sería el mismo, salvo que se aumente la capacidad docente si los criterios de acreditación de las comisiones nacionales de las especialidades se flexibilizan. Total: 588.000 € de presupuesto de capítulo I.
- Incentivación a la función tutorial: presupuesto asignado en 2022 con suscripción a AMF para 179 tutores de Medicina Familiar y Comunitaria: 35.000 €. Igual previsión para 2023 salvo que aumente el número de tutores. 2023: entre 35.000 y 45.000 €.

Además, pondremos en marcha los acuerdos adoptados en el seno de la CRHSNS en relación a esta incentivación. No se puede adelantar el presupuesto asignado hasta no conocer dichos acuerdos.



## 5. CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN

El aumento de la capacidad de resolución por los distintos profesionales de los EAP es una de las mejoras del sistema sanitario mejor percibidas por los pacientes. Se trata de que el primer nivel asistencial aumente su capacidad diagnóstica mediante la implantación de tecnología de uso cada vez más habitual en nuestros centros de salud.

Igualmente, este objetivo pretende definir la cartera de servicios de procedimientos diagnósticos a los que debe tener acceso la Atención Primaria, independientemente de que su realización se haga en el ámbito hospitalario.

### • **OBJETIVO 3: Aumentar la capacidad de resolución**

Este objetivo se llevará a cabo mediante las siguientes acciones:

- *3.1. Mejora del acceso a la indicación de procedimientos diagnósticos desde Atención Primaria, para incrementar la capacidad resolutoria en este ámbito de atención y gestionar la indicación por proceso.*

El objetivo que se persigue es la unificación de la indicación y la realización de procedimientos diagnósticos en el SNS, atendiendo a la gestión de la indicación diagnóstica por proceso asistencial y no siendo dependiente de en qué ámbito asistencial o qué perfil profesional la realiza.

Pese a que desde 2016 se ha hecho un esfuerzo a través de los contratos programa anuales que el Departamento de Sanidad firma con los Sectores de Atención Primaria y hospitales de la red del SALUD sigue habiendo diferencias de acceso a distintos procesos diagnósticos de alta complejidad, TC y RM fundamentalmente, entre los distintos sectores sanitarios.

Hay que definir claramente cuál es la cartera de procedimientos diagnósticos hospitalarios que debe ser accesible a los profesionales de Atención Primaria con criterios homogéneos y de equidad y, en su caso, definir los protocolos de indicación de dichos procedimientos que deberían coincidir con los que se aplican a estas solicitudes cuando se hacen desde el propio ámbito hospitalario por el resto de especialistas.

Actualizaremos la cartera de servicios de Atención Primaria en relación con los procedimientos diagnósticos accesibles en función del acuerdo de la Comisión de Aseguramiento, Financiación y Prestaciones. Elevaremos dicha actualización a la Comisión de Evaluación de Cartera de Servicios de Aragón para su conocimiento y aprobación, que se materializará en la correspondiente Orden de actualización.

- *3.2. Identificación de los procedimientos diagnósticos que deben ser realizados en Atención Primaria, la adquisición del equipamiento diagnóstico y el desarrollo de formación continuada necesaria.*

El objetivo que se persigue es identificar las pruebas diagnósticas que se deben realizar en los propios centros de salud y dotar a la Atención Primaria de los equipamientos

diagnósticos y de los recursos diagnósticos necesarios para su implantación, así como de la formación y de los recursos humanos necesarios para el incremento de actividad que conlleva la mejora de su capacidad resolutive.

En el año 2018 el Servicio Aragonés de Salud dotó a 40 centros de salud, de los 123 existentes en la actualidad, de ecógrafos. Se ha desarrollado a lo largo de estos años un plan formativo y de extensión de uso entre los profesionales. A lo largo de 2022 se diseñará un nuevo plan de implantación de ecógrafos en los centros que carecen de los mismos para poder adquirirlos en 2023. Igualmente se sigue haciendo una apuesta importante por la formación en este campo a los médicos de familia de EAP. Está previsto para el periodo 2022-2023 un plan formativo inicial y avanzado en ecografía en Atención Primaria que se llevará a cabo mediante cursos específicos desarrollados tanto por parte del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud como por los 8 sectores sanitarios del Servicio Aragonés de Salud.

Durante 2022 se diseñará igualmente un plan para la compra de dermatoscopios en la totalidad de los centros de salud de nuestra red para poder adquirirlos igualmente a lo largo de 2023. Como en el caso anterior, esta estrategia se acompañará del correspondiente plan formativo. Esta tecnología ya está presente en algunos de nuestros centros, pero valoramos la extensión al conjunto de la red. Al igual que en el caso anterior, está previsto para el periodo 2022-2023 un plan formativo inicial y avanzado en ecografía en Atención Primaria que se llevará a cabo mediante cursos específicos desarrollados tanto por parte del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud como por los 8 sectores sanitarios del Servicio Aragonés de Salud.

Se hará una evaluación de necesidades de compra de equipos de oftalmoscopia y otoscopia digitales con la misma finalidad que en los casos anteriores.

Estas tecnologías que incorporan imagen a la historia clínica del paciente deben permitir avanzar en la mejora de los procesos de interconsulta virtual con el ámbito hospitalario en aquellos procesos asistenciales en que se apliquen (Tele dermatología, imagen ecográfica, etc.).

El proceso de interconsulta virtual en el Servicio Aragonés de Salud se ha ido implantando progresivamente en los centros de salud desde el año 2017 incluyendo en este momento a la mayoría de las especialidades hospitalarias. Debe mejorarse esta relación entre ambos niveles asistenciales incorporando a esta herramienta electrónica nuevas funcionalidades como es la incorporación del videochat entre el centro de salud y el hospital de forma organizada y estructurada (citación en agenda y anotación en historia de las decisiones compartidas sobre el paciente).

Se hará un análisis en 2022 de la situación de los 8 aparatos de retinografía no midriática instalados en los distintos sectores sanitarios, que se adquirieron en el año 2006, para realizar un plan de compra y reposición cuando sea preciso y poder adquirir los equipos en el año 2023.

Es fundamental seguir invirtiendo recursos en el mantenimiento y reposición de equipos de electrocardiografía y espirometría con la funcionalidad, como en las pruebas anteriores, de incorporar las imágenes de los trazados de estos aparatos al sistema de almacenamiento de imágenes corporativo (PACS) y, por tanto, a la historia clínica electrónica del paciente para que puedan consultarse desde cualquier punto de la red del sistema. Se diseñará en

2022 un plan con el inventario de equipos de los centros para establecer un cronograma de compra y reposición a lo largo de 2023.

Es necesario evaluar la necesidad de compra de equipos de diagnóstico de laboratorio del tipo *Point of Care* (POC), a la cabecera del paciente, en aquellos centros de salud que prestan atención continuada sobre todo en el medio rural, donde la dispersión y las distancias a los hospitales de referencia hacen precisa una evaluación del estado del paciente lo más acertada posible antes de decidir o no su traslado a estos centros. Durante 2022 se hará una evaluación de necesidades en los más de 70 centros de salud rurales de nuestra red para diseñar un plan de adquisición de esta tecnología en el año 2023.

Sigue siendo necesario extender a toda la red de centros de salud aquellas tecnologías de diagnóstico a la cabecera del paciente que han demostrado su efectividad como herramienta diagnóstica (*Strepto-Test*, test del aliento, otros test de diagnóstico rápido: antígenos Covid, Gripe, etc.).

Tenemos que revisar igualmente la dotación de los EAP en material necesario para realizar cirugía menor, monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) y automedición de la presión arterial (AMPA), manguitos de tensión arterial adecuados para la medición de índice tobillo/brazo. Se hará un inventario de estas tecnologías en 2022 con el fin de poder adquirir o renovar los equipos que sean pertinentes a lo largo de 2023.

Por último, continuaremos facilitando la mejora de la capacidad de resolución de enfermería en los procesos de atención a pacientes en tratamiento con citostáticos, incluyendo la coordinación con la atención hospitalaria para la retirada de dispositivos de perfusión continua y la heparinización de catéteres centrales, la colocación de bombas de insulina, bombas de perfusión continua para pacientes en tratamiento paliativo y otros procedimientos que, por su complejidad, pueden realizarse en nuestros equipos de Atención Primaria.

- *3.3. Optimización de los procesos administrativos que se realizan en Atención Primaria para conseguir la necesaria agilidad operativa en el desarrollo de los mismos.*

El objetivo que se persigue es realizar una reingeniería de los procesos administrativos para eliminar los pasos innecesarios que no aportan valor y garantizar que lo realiza el rol profesional más adecuado, potenciando el papel del personal administrativo, e introduciendo, en aquellos que no lo esté, los sistemas de información necesarios para que sean más eficientes.

Para ello, es necesario definir cuáles son estos procedimientos, mal llamados en muchas ocasiones “administrativos” cuando implican actuaciones clínicas que pueden derivar en un acto administrativo (informes de salud, emisión de partes de incapacidad transitoria, informes de derivación de pacientes, etc.) y facilitar las herramientas necesarias que permitan agilizar estos actos, tanto la historia electrónica como la redistribución de competencias profesionales que permita que cada acto se haga por el profesional competente. El Ministerio de Sanidad, en colaboración con las CCAA, aprobará un listado común en el SNS de procedimientos administrativos identificados para ser optimizados.

Se desarrollarán las herramientas informáticas necesarias desde la historia clínica electrónica del paciente que faciliten la cumplimentación de este tipo de tareas siempre por

el profesional más adecuado para realizarlas. Por último, se definirán los cambios organizativos pertinentes que permitan que estos trabajos puedan compartirse o delegarse en los diferentes perfiles profesionales del EAP (trabajo social, servicios de admisión, etc.) con el objeto de optimizarlos a partir de la oferta de servicios de cada centro de salud y una vez identificado el correspondiente mapa de procesos (de atención clínica o administrativa).

### **Presupuesto de las acciones en el objetivo 3:**

- Mejora del acceso a la indicación de procedimientos diagnósticos desde Atención Primaria: no se incluye financiación específica de estas acciones en 2022 ni en 2023.
- Proceso de estudio de necesidades de ecógrafos en 2022 y dotación en 2022-2023. Previsión de adquisición de 70 aparatos hasta alcanzar los 110 centros de salud dotados sobre el total de 123: 1.400.000 €.
- Proceso de estudio de necesidades de dermatoscopios en 2022 y dotación en 2022-2023. Previsión de adquisición de, al menos, 3 aparatos para cada uno de los EAP hasta alcanzar la totalidad de centros de salud dotados: 330.000 €.
- Proceso de estudio de necesidades de resto de aparatos (AMPA, MAPA, oftalmoscopia, otoscopia, POC, etc.) en 2022 y dotación en 2022-2023. Presupuesto estimado en función de necesidades: 250.000 €.
- Reposición/adquisición de equipos de ECG y espirometría con integración de imagen al PACS corporativo y dotación en 2022-2023: 1.200.000 €
- Reposición de equipos de retinografía no midriática: estudio de necesidades de reposición en 2022 y dotación en 2022-2023. Presupuesto en función de necesidades: 200.000 €.
- Desarrollo informático de las herramientas para la ayuda a la gestión de procesos administrativos. Desarrollo informático sobre historia clínica electrónica de Atención Primaria. Presupuesto 2022: 30.000 €.
- Programa formativo en técnicas diagnósticas propias de Atención Primaria priorizando en 2022 la formación en ecografía y dermatoscopia: 50.000 €.
- Total presupuesto 2022/2023 (según plazos de cofinanciación): 3.460.000 €. Presupuesto del Departamento de Sanidad 2022/2023: 860.000 €. Solicitud de cofinanciación: 2.400.000-2.600.000 €.

## 6. DIGITALIZACIÓN

La digitalización en Atención Primaria tiene que ser capaz de reforzar las capacidades de los centros de salud, mejorando la calidad de los servicios para los pacientes y facilitando el trabajo de los profesionales. La pandemia ha demostrado que se pueden prestar determinadas actuaciones sanitarias a través de una red de cuidados virtual que debe integrarse en el proceso continuo de la atención a los pacientes, garantizando la continuidad asistencial, la historia clínica compartida y la explotación de los datos.

En este sentido, la historia clínica digital debe evolucionar para ser, de verdad, inteligente, yendo más allá del simple registro de la actividad realizada, haciendo compatible la interacción y control del paciente sobre el uso de sus datos con la incorporación de nuevas capacidades tecnológicas y fuentes de datos -por ejemplo, dispositivos del “Internet de las cosas”, IoT- que faciliten a los profesionales su actividad para aumentar su competencia en prevención, diagnóstico, tratamiento y mejora de los sistemas de vigilancia de la salud.

Se trata de aprovechar el potencial que suponen las nuevas tecnologías con los siguientes objetivos:

- Desarrollo de herramientas para facilitar la atención sanitaria a través de proyectos de teleconsulta, videoconsulta, acceso a imágenes médicas y otras funcionalidades para la mejora de la gestión de la demanda.
- Impulso a la atención personalizada a cada paciente según sus circunstancias de vida y salud, dotando a los profesionales de capacidades de prevención, emisión de alertas individualizadas de salud y detección remota de riesgos y ayuda al diagnóstico, a través de tecnologías *Big Data* e Inteligencia Artificial.
- Desarrollo de herramientas digitales para el apoyo a los cuidados de personas con enfermedades crónicas y altas necesidades: dispositivos del internet de las cosas, sistemas de seguimiento remoto de la hospitalización y a domicilio, y dispositivos de automonitorización.
- Impulso a la transformación digital de los procesos de soporte a la gestión para facilitar la evaluación y mejora continua de los servicios, la transparencia y la toma de decisiones basada en datos.
- Proporcionar información que ayude a la toma de decisiones en intervenciones de salud pública a nivel del EAP o a nivel poblacional por parte del Departamento de Sanidad.

- **OBJETIVO 4: Impulsar los sistemas de información y digitalización.**

- *4.1 En el marco de ejecución de la Estrategia de Salud Digital, implementación de herramientas para facilitar la atención sanitaria en centros sanitarios inteligentes, a través de proyectos evaluados de teleconsulta, videoconsulta, acceso a imágenes médicas y “chatbots” para la mejora de la gestión de la demanda de la ciudadanía.*

- *4.2 En el marco de ejecución de la Estrategia de Salud Digital, impulso a la atención personalizada adaptada a cada paciente en función de sus circunstancias de vida y de salud, dotando a los profesionales de capacidades de prevención, emisión de alertas individualizadas de salud y detección remota de riesgos y ayuda al diagnóstico, a través de tecnologías Big Data e Inteligencia Artificial.*
- *4.3 En el marco de ejecución de la Estrategia de Salud Digital, implementación de herramientas digitales evaluadas para el apoyo a los cuidados de personas con enfermedades crónicas y con altas necesidades, a través de dispositivos del internet de las cosas (IoT), sistemas de seguimiento remoto de la hospitalización y a domicilio, sistemas para la aplicación de ciencias ómicas y dispositivos de automonitorización.*

Se trata de implantar un modelo integral de prestación de servicios presenciales y virtuales específicamente diseñados para grupos de pacientes que requieren una atención personalizada, continuada y sistemática, debido a su estado de salud u otras circunstancias personales. Mediante la incorporación de tecnologías como el internet de las cosas, se busca asegurar niveles de atención, calidad y seguridad adecuados a las personas en estas circunstancias, evaluando la extensión de determinados servicios a grupos más amplios para mejorar la capacidad de prevención y anticipación mediante el empleo, por ejemplo, de dispositivos portables que faciliten la toma de datos para la elaboración de análisis agregados y el fomento de la automonitorización o incluso dispositivos robotizados manejados remotamente, así como la implantación de sistemas de seguimiento remoto de la hospitalización a domicilio y de sistemas para la aplicación de ciencias ómicas.

- *4.4. En el marco de ejecución de la Estrategia de Salud Digital, impulsar la transformación digital de los procesos de soporte a la gestión, para facilitar la evaluación y mejora continua de los servicios, la transparencia y la toma de decisiones basada en datos.*

Esta acción está dirigida a facilitar la evaluación y mejora continua de los servicios, la transparencia y la toma de decisiones basada en datos, apoyando la actividad no asistencial en la Atención Primaria. Incluye el abordaje de los sistemas de gestión inteligente de listas de espera y agendas, el despliegue de portales del paciente, los sistemas de interconsulta virtual con el hospital, los sistemas para la gestión de material sanitario y farmacológico y su trazabilidad.

Incluye igualmente los entornos de formación virtual para los profesionales, los sistemas de gestión de recursos humanos y la medición de la población atendida, los resultados de salud, los indicadores de funcionamiento y los sistemas de soporte a la decisión en base a las colecciones de datos de gestión administrativa manejados.

Para conseguir estos objetivos, las acciones a desarrollar en Aragón en materia de transformación digital en Atención Primaria se orientan en dos líneas estratégicas:

1. La mejora de la accesibilidad al sistema sanitario, con equidad y transparencia, ofertando información y servicios sanitarios continuos en el domicilio de los ciudadanos.

Estas son las acciones planteadas en relación con esta línea:

- A. Ampliar las funcionalidades del servicio “SaludInforma” para constituirse en un canal bidireccional de comunicación entre ciudadanos y profesionales tanto para gestiones administrativas como asistenciales.
- B. Potenciar los servicios de Atención al Usuario orientándolos hacia la mejora de la accesibilidad de los ciudadanos al sistema sanitario mediante una ventanilla única que permita dirigir los circuitos de pacientes en todos los ámbitos asistenciales. Desarrollar un nuevo modelo de servicios de Admisión. Para ello es necesario apostar por una necesaria especialización de estos profesionales facilitando la adecuada formación continuada para asumir las nuevas competencias que se acuerden.
- C. Implantar la asistencia sanitaria virtual y la prestación de servicios de telesalud.
- D. Incorporar determinadas tecnologías de telemonitorización con el fin de permitir la gestión del paciente crónico en su domicilio, ofreciendo cuidados sanitarios en el hogar de personas enfermas y en lugares remotos, monitorizando su estado de salud desde la distancia. Especial mención al ámbito residencial y al de centros de discapacidad, donde actualmente ya podemos compartir información con nuestra historia clínica electrónica mediante la aplicación *SIRCOVID*.
- E. Desplegar soluciones de cuidados integrados sociales y sanitarios y de rehabilitación psicosocial.
- F. Aprendizaje digital y tecnológico de los ciudadanos. Potenciar la alfabetización digital, la escuela de salud y herramientas de empoderamiento de paciente y sector social para conseguir una coparticipación en la gestión de la salud e implantación de hábitos de vida saludables.
- G. Adecuación de los centros a la no presencialidad con las siguientes acciones operativas:
  - Simplificar el proceso de inicio de la consulta telefónica.
  - Facilitar el desarrollo de la consulta mediante la dotación de auriculares y micrófonos.
  - Fomentar la comunicación virtual entre profesionales creando salas de videoconferencia en los centros de salud y en las aulas de los centros hospitalarios.

De esta forma, con cargo al Programa de mejora de la eficiencia y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud 2022-2024 (en el caso de estos proyectos de digitalización, el plazo para su puesta en marcha se amplía un año más) se desarrollarán en Aragón los siguientes proyectos:

SUBPROYECTO	FECHA LANZAMIENTO	PRESUPUESTO
Solución de comunicación virtual	03/2022	200.000,00 €
Proceso de automatización de llamadas. Centros AP digitalizados	06/2022	500.000,00 €
Nuevas funcionalidades en Salud Informa Ventanilla Única. Formación	09/2022	300.000,00 €
Plataforma de Tele monitorización	06/2022	150.000,00 €

2. La segunda línea estratégica tiene como objetivo el fortalecimiento de la Atención Primaria mediante la incorporación de nuevos componentes tecnológicos que permitan modernizar la asistencia sanitaria en Aragón, mejorando la capacidad de adaptación del sistema sanitario y las herramientas de gestión disponibles para los trabajadores sanitarios.

Estas son las acciones planteadas en relación con esta línea:

- A. Despliegue de un módulo de gestión de citas centralizado y unificado para toda la organización, capaz de mantener un único calendario de citas para cada paciente, así como la posibilidad de incorporar el concepto de cita óptima para el paciente en la organización.
- B. Unificar los sistemas de información en Atención Primaria con los utilizados en Atención Especializada para conseguir una Historia Clínica Global y Única (GUHARA) centrada en el paciente, con una estructura modular en la que cada módulo asume la responsabilidad de un área de información, con una integración normalizada y una base de datos interoperable en cualquier otro ámbito sanitario.
- C. Avanzar en la definición de la infraestructura de *big data* e introducir la explotación masiva de datos médicos mediante mecanismos de inteligencia artificial y sistemas expertos que permitirán la transformación del sistema sanitario, proporcionando una medicina más personalizada, predictiva, precisa, participativa y para toda la población.
- D. Incorporar herramientas para la nueva gestión de las organizaciones sanitarias como es la gestión de procesos y de resultados mediante aplicaciones del tipo *data analytics* (explotaciones de datos masivos que permiten obtener un resultado o conclusión sobre un problema de salud determinado sobre el que queremos investigar).



- E. Incorporación de dispositivos médicos digitales en los centros del sistema de Atención Primaria, integrando los datos recogidos por los dispositivos médicos en la Historia Clínica Electrónica.
- F. Introducción de la salud digital comunitaria: nuevas tecnologías para educar al paciente (Escuela de Pacientes). Recomendación de activos comunitarios.
- G. Incorporación de percepción de los pacientes en su propia historia clínica, los denominados PROM (*Patient reported outcomes*) y PREM (*Patient reported experiences*), resultados y experiencias percibidos por los pacientes.
- H. Formación en habilidades digitales y tecnológicas destinada a los profesionales para fomentar el uso de las nuevas herramientas.
- I. Impulso a los procesos automatizados de soporte para la gestión del material sanitario del que se dispone en los centros de salud, incluyendo la gestión de almacenes y caducidades, neveras y equipos de soporte.
- J. Para conseguir los objetivos en el uso racional del medicamento es necesario el desarrollo de los sistemas de información (*DATA* de Farmacia) que permitan monitorizar la indicación, consumo, adherencia o resultados de los tratamientos, así como la detección de pacientes en tratamiento con fármacos inadecuados para su revisión y o retirada si procede. Estos sistemas de información deben estar disponibles para todos los profesionales. Aunque ya existe este aplicativo en nuestros sistemas de información se realizará un desarrollo específico con esta finalidad. En el desarrollo, implementación y evaluación de los indicadores anteriores, el farmacéutico de atención primaria desempeña un papel relevante.

En relación con esta segunda línea de acciones, se detallan los proyectos concretos con cargo al Programa de mejora de la eficiencia y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud 2022-2024:

SUBPROYECTO	FECHA LANZAMIENTO	PRESUPUESTO
Plataforma de Escuela de paciente	06/2022	150.000,00 €
Estación Clínica de Atención Primaria.	04/2022	150.000,00 €

Gestor de programación de actividad	04/2022	200.000 €
Historia Clínica Digital del SNS	05/2022	1.676.276 €

En fase de negociación fondos para digitalización específicos para A.P correspondientes al mecanismo de recuperación y resiliencia, componente 11.

#### Presupuesto de las acciones en el objetivo 4:

- Fondos procedentes de *Farmaindustria 2022*:
  - ✓ Línea 1 de mejora de la accesibilidad al sistema sanitario. Presupuesto de 1.150.000€.
  - ✓ Línea 2 de incorporación de nuevos componentes tecnológicos que permitan modernizar la asistencia sanitaria en Aragón. Presupuesto de 2.176.276 €.
- Total de fondos de la Estrategia de Salud Digital para Atención Primaria (Ministerio de Sanidad): 3.326.276 €
- Por otro lado, el plan de acciones cofinanciadas en este punto contempla un fondo específico (Fondos MMR) para Atención Primaria. Presupuesto 2022: 1.083.000 €. De ellos, 366.000 € son aportados por el Departamento de Sanidad y 1.464.000 € por el Ministerio de Sanidad. Al ser proyectos pendientes de aprobación por el Ministerio de Sanidad, se adelanta el cuadro de acciones concretas:

Propuestas Aragón	tipo	PRESUPUESTO	2022 Iva	
Herramienta atención al usuario CRM corporativo	colaborativo	400.000,00 €	122.000,00 €	30.500,00 €
Ciberseguridad AP	colaborativo	400.000,00 €	122.000,00 €	30.500,00 €
Integración de cuidados y telemonitorización de crónicos				
	colaborativo	800.000,00 €	244.000,00 €	61.000,00 €
Salud Comunitaria Digital y activación del paciente	colaborativo	400.000,00 €	122.000,00 €	30.500,00 €
Plataforma para integración de dispositivos médicos				
	colaborativo	880.000,00 €	268.400,00 €	67.100,00 €
Implantación nueva HCE AP infraestructuras tecnológicas	individual	1.000.000,00 €	305.000,00 €	76.250,00 €
Equipamiento de dispositivos AP	individual	800.000,00 €	244.000,00 €	61.000,00 €
mejorar sistema vigilancia de AP para SaludPublica (centinela)	individual	120.000,00 €	36.600,00 €	9.150,00 €
			1.464.000,00 €	366.000,00 €

## 7. EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Se incide mucho en necesidad de recursos suficientes para la Atención Primaria y no dudamos de que esta necesidad existe y debe ser atendida. Pero se habla menos del modelo de atención a nuestros pacientes que, prácticamente, responde a los patrones que se establecieron con la inicial reforma de Atención Primaria que se llevó a cabo desde finales de los años 80 del pasado siglo.

Hay que rediseñar el modelo de organización de nuestros equipos para atender a una población con nuevas necesidades y en un entorno de falta general de recursos humanos que va a ser difícil de solucionar. Y en este sentido entendemos que una parte fundamental de este plan tiene que ver con la redistribución de las tareas que tienen que llevar a cabo estos EAP.

- **OBJETIVO 5: Consolidar el rol de Enfermera Familiar y Comunitaria de Atención Primaria.**

Desde hace ya años la formación del grado de enfermería se amplió a 4 años de acuerdo con el modelo establecido en el *Acuerdo de Bolonia*. De la misma forma las especialidades de Atención Familiar y Comunitaria y Pediatría, con una formación sanitaria especializada de 2 años, llevan desarrollándose años sin que las administraciones públicas hayamos dado pasos firmes en relación con la creación de plazas específicas de especialistas en nuestros centros de salud.

Estas especialistas pueden desarrollar un abanico amplio de competencias, indicación farmacológica enfermera incluida, que permita redistribuir el trabajo a realizar dentro de los equipos asumiendo nuevas responsabilidades como, por ejemplo, la gestión de la demanda aguda de los pacientes (consultas de alta resolución de enfermería – CARE).

- *5.1 Creación de la categoría profesional de Enfermera Familiar y Comunitaria en Atención Primaria en todas las comunidades autónomas.*

En el año 2021, el Servicio Aragonés de Salud creó las categorías de enfermera especialista en Atención Familiar y Comunitaria y Enfermera especialista en Pediatría, además de la Enfermera especialista en Geriátrica y la especialista en Trabajo (que desempeñan su labor en otros ámbitos asistenciales) y que vinieron a añadirse a las ya existentes de especialistas en Salud Mental y cuidados Obstétricos-Ginecológicos.

Estos nuevos perfiles de especialistas deben favorecer la reorganización de las tareas asignadas de acuerdo a las nuevas necesidades asistenciales y las actividades de las nuevas estrategias de atención a las personas. En el caso de las especialistas en AFyC impulsando la Estrategia de Actividades Comunitarias, la atención a familia y a la cronicidad tanto en consulta como en domicilio, así como la nueva acción de atención a las personas que viven en residencias.

En el caso de la enfermera especialista en Pediatría con la intervención individual, familiar y comunitaria dirigida a este grupo de edad, la atención de apoyo a la crianza, el control

del niño sano, la promoción de la salud, la prevención, la relación con el medio escolar, el seguimiento de niños con problemas crónicos de salud, enfermedades raras o el desarrollo de los cuidados paliativos pediátricos.

En ambos casos es fundamental incorporar la atención a la demanda aguda de los pacientes, dentro de protocolos conjuntos con el resto del EAP.

En este sentido es fundamental que las enfermeras en Atención Primaria tengan, al igual que los facultativos, una población concreta asignada, lo que no ocurre en este momento. Durante 2022 y 2023 se trabajará en la asignación de tarjetas sanitarias poblacionales (pacientes) a las profesionales de enfermería de los EAP en los 8 sectores sanitarios, proyecto que el Departamento de Sanidad lleva trabajando desde el año 2019.

Para la implantación de determinados programas asistenciales, como el *Programa de Atención a la Salud de Personas en Residencias* es necesario que los centros de salud identifiquen la *enfermera referente* para cada programa o estrategia que implique cuidados en la cronicidad, como enlace para su implantación y seguimiento en cada equipo.

De la misma forma se potenciarán las consultas monográficas para problemas de salud concretos gestionadas por enfermeras de forma autónoma o colaborativa y que desde 2018 tratamos de potenciar: consultas de bienestar emocional para trastornos leves de salud mental, consultas de deshabituación tabáquica, etc. Por supuesto todos los programas de educación para la salud individual y grupal con enfoque de determinantes de salud en los diferentes grupos de edad se seguirán potenciando como una parte fundamental de trabajo de nuestras enfermeras.

Las consultas de alta resolución en enfermería (CARE) son otro de los puntos a desarrollar. En ellas, de forma protocolizada y colaborativa con los médicos de familia y pediatras del equipo, se da respuesta a determinados problemas de salud de carácter agudo que se pueden resolver por enfermería. En el Contrato Programa del Departamento de Sanidad/Servicio Aragonés de Salud con los 8 sectores sanitarios de Atención Primaria para 2022 se incluye como objetivo la puesta en marcha de estas consultas en todos los centros de salud.

- *5.2 Fomento de los nombramientos de Enfermeras de AP, incluyendo como mérito prioritario el título de especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria (EFYC) y arbitrar las medidas organizativas necesarias para ello y para el desarrollo de sus funciones.*

La incorporación de estas especialistas permitirá fortalecer la Atención Primaria apoyando la atención comunitaria, la promoción y la prevención de la salud.

En el año 2022 se van a crear en la plantilla orgánica del Servicio Aragonés de Salud 106 plazas de enfermera especialista en AFyC en los 123 EAP. Se va a llevar dicha creación a Consejo de Gobierno este mismo mes de marzo. La existencia desde el año 2020 de una bolsa de empleo específica para estas especialistas ya conlleva la exigencia de esta titulación para poder optar a esas plazas. Y desde hace tan solo unos días se ha creado la bolsa específica de enfermería especialista en Pediatría con ese mismo requisito de titulación para poder optar a plazas de especialista.

La crisis sanitaria originada por la pandemia de Covid-19 ha exigido llevar a cabo durante estos dos últimos años, un refuerzo de las estructuras asistenciales del Servicio Aragonés

de Salud, con especial atención al ámbito de la Atención Primaria. Para ello se ha intentado incrementar los recursos humanos adscritos a dicho ámbito, tanto en Médicos de Familia como en profesionales de enfermería, introduciendo en los EAP, por primera vez en la historia del Organismo Autónomo, a Enfermeros/as Especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria. A tal fin, a principios del mes de junio de 2020 se llevó a cabo un proceso de adjudicación de nombramientos eventuales de enfermeros/as especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria en respuesta a la necesidad de potenciar la Atención Primaria, que atendiesen las necesidades asistenciales y preventivas generadas por la pandemia del COVID-19, con el objetivo de desarrollar las siguientes competencias:

- Apoyar a la coordinación del equipo para las actividades dirigidas a la vigilancia epidemiológica y control de infecciones.
- Apoyar a los responsables de atención comunitaria de los equipos en lo referente a programas de salud de promoción y prevención.
- Ejercer como responsables de la consulta monográfica de vigilancia epidemiológica.
- Actuar como agentes dinamizadores en la adquisición de nuevas competencias.

Sin embargo, a pesar de haber ofertado 106 nombramientos de un año de duración, tan solo fue posible conseguir 36 profesionales de dicha especialidad, habiendo sido necesario cubrir el resto de los puestos con enfermeras generalistas, ante el escaso atractivo que representaba el carácter eventual de los nombramientos ofertados.

Esta situación ha llevado al Departamento de Sanidad a incorporar, en el marco de un Plan de Reconocimiento y Atracción de Profesionales del Servicio Aragonés de Salud, la propuesta de creación de 106 plazas de Enfermero/a Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria en las diferentes plantillas orgánicas de Atención Primaria, que fue objeto de acuerdo en la sesión de la Mesa Sectorial de Sanidad celebrada el día 10 de marzo de 2021, ratificado mediante Acuerdo del Gobierno de Aragón en su reunión celebrada el día 5 de mayo de 2021 y publicado en el B.O.A. núm. 232 de 12 de noviembre de 2021, mediante Orden SAN/1476/2021, de 28 de octubre.

En este momento se está elaborando un nuevo Acuerdo del Gobierno de Aragón a través del cual se crearán las citadas plazas en las diferentes plantillas orgánicas, permitiendo consolidar en la estructura del Servicio Aragonés de Salud los referidos puestos de trabajo eventuales, haciendo posible incorporar dichas plazas a una próxima Oferta Pública de Empleo y proceder cuanto antes a la convocatoria del correspondiente concurso-oposición para su provisión.

Al tratarse de una categoría/especialidad de escasísima implantación en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, dicha convocatoria esperamos que convierta al Servicio Aragonés de Salud en un potente polo de atracción para Enfermeros/as Especialistas de todos los servicios de salud de España, y la cobertura –ahora más fácil– de la totalidad de las plazas permitirá, a la finalización del proceso, liberar para otras necesidades a decenas de enfermeros/as generalistas que actualmente están desempeñando de forma eventual esas funciones, con simultáneo y notorio alivio del gravísimo déficit de profesionales de enfermería que venimos padeciendo.

De la misma forma se va a acometer la creación de las correspondientes plazas de enfermera especialista en Pediatría, tanto para el ámbito de la Atención Primaria como para el hospital, con el mismo procedimiento que se ha referido para el caso de las enfermeras

especialistas en AFyC. En este caso la previsión es poder desarrollar el proceso a lo largo de este año 2022 y 2023 con la creación progresiva de un total de 142 plazas en Atención Primaria.

- *5.3. Valoración y priorización de procesos de uso, indicación y autorización de la dispensación de medicamentos y productos sanitarios por las enfermeras y elaboración e implementación, tras su adaptación, de los protocolos correspondientes.*

El objetivo que se persigue es impulsar el uso, indicación y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios sujetos o no a prescripción médica por parte de enfermeras para mejorar los resultados en salud de las personas.

En el caso de fármacos sujetos a prescripción médica, es indispensable que los protocolos de indicación se desarrollen según lo establecido en el RD 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de las enfermeras, así como las modificaciones realizadas por el RD 1302/2018 de 22 de octubre.

El Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón ya han regulado este proceso mediante la Orden SAN/16/2021, de 14 de enero (Boletín Oficial de Aragón nº 20, de 1 de febrero), para la acreditación de enfermeras y enfermeras especialistas para la indicación, uso y autorización de la dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano en la Comunidad Autónoma de Aragón.

En este momento ya está articulado el procedimiento de acreditación de las enfermeras para esta indicación, tanto para el ámbito público como el privado, en el caso de aquellas profesionales que lleven más de un año prestando servicios. Para las que tienen una experiencia inferior a un año se ha articulado el correspondiente proceso de formación mediante un curso telemático que se realiza en colaboración con los colegios profesionales de Enfermería y la Universidad de Zaragoza.

Durante el pasado verano se comenzó a pilotar la indicación enfermera en el ámbito de las consultas monográficas de enfermería de varios hospitales de la red del SALUD.

En este momento tenemos preparada la herramienta de receta electrónica del Servicio Aragonés de Salud para que se pueda llevar a cabo la indicación enfermera desde cualquier ámbito asistencial. Durante este año 2022 se va a comenzar a pilotar en los equipos de Atención Primaria del Sector del Sector de Calatayud para progresivamente ir extendiendo su uso a los 7 sectores sanitarios restantes a lo largo de 2022 y primer trimestre de 2023.

Es necesario que desde el Ministerio se siga impulsando el desarrollo de nuevos protocolos de indicación enfermera tal como recoge el RD 954/2015 con el fin de que estas profesionales alcancen su máxima competencia profesional en la indicación de medicamentos y productos sanitarios.

### Presupuesto de las acciones en el objetivo 5:

- Creación de 106 plazas de enfermera especialista en Atención Familiar y Comunitaria en 2022. Presupuesto: 4.056.212,96 €.
  - Reconversión de 142 plazas de enfermera generalista a plazas de enfermera especialista en Pediatría en 2023. Presupuesto: 81.011 €.
  - Adaptación de las herramientas informáticas a la indicación, autorización de la dispensación de medicamentos y productos sanitarios por las enfermeras en 2022. Presupuesto: 50.000 €.
- **OBJETIVO 6: Reorganizar los equipos de Atención Primaria y los roles de cada perfil profesional.**
  - *6.1. Desarrollo de los mapas de competencias de los distintos profesionales de Atención Primaria y sus perfiles en la Comisión de Recursos Humanos del SNS.*

Con esta acción se pretende reorganizar los equipos de Atención Primaria para dar una mejor respuesta a las necesidades de la ciudadanía, por el profesional adecuado a través una redistribución de las tareas entre las distintas categorías profesionales que trabajan en este ámbito y con una mayor eficiencia y mejor calidad asistencial.

Los servicios de Admisión deben ser verdaderos servicios de atención al paciente para orientar su necesidad asistencial o administrativa hacia el profesional más adecuado funcionando como auténtica “ventanilla única” que permita guiar al paciente a través de todos los ámbitos asistenciales.

De la misma forma las enfermeras pueden y deben ampliar sus competencias de acuerdo con el programa formativo de las especialistas en AFyC y Pediatría para responder a las necesidades. Sigue siendo su papel fundamental la realización de técnicas específicas, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, el cuidado de los pacientes crónicos y la atención a la demanda en consulta y domicilio. Pero deben ampliar sus capacidades con la atención a la patología aguda de los pacientes, dentro de procesos acotados y acordados entre todo el equipo para resolver un buen número de problemas de salud de los pacientes de forma autónoma en un porcentaje muy alto de casos y de forma colaborativa con los médicos de familia o pediatras en otras ocasiones.

En el Contrato Programa 2022-2023 este modelo de gestión de la demanda enfermera es un objetivo estratégico de la organización y debe implantarse en todos los centros de salud de nuestra red.

En la práctica clínica se han identificado necesidades de cuidados y problemas de salud que, por su trascendencia, la eficacia de la solución y la factibilidad de la intervención, se pueden abordar en la Consulta de Enfermería a demanda y en un entorno colaborativo con el médico de familia. Con estos criterios se han seleccionado determinados problemas

agudos de complejidad leve que precisan una atención indemorable y que está protocolizada.

Esta actividad protocolizada es una herramienta útil en la práctica asistencial que facilita la solución, por un profesional de enfermería, de determinados problemas de salud y necesidades de cuidados que demanda el usuario, garantizando la calidad en la atención y la satisfacción del paciente.

Los problemas de salud seleccionados para este tipo de consultas de alta resolución o gestión de la demanda por enfermería son los siguientes:

- Aftas bucales.
- Anticoncepción oral de emergencia.
- Cólico del lactante.
- Cuidados del ombligo en el recién nacido.
- Dermatitis atópica.
- Dermatitis del pañal no complicada.
- Diarrea aguda.
- Epistaxis.
- Heridas agudas.
- Molestias en la micción.
- Orzuelo.
- Paroniquia.
- Quemaduras.

Por otra parte, tras el acuerdo alcanzado en el año 2021 con el Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales para mejorar la atención sanitaria que el sistema de salud presta en el ámbito de las residencias de personas mayores y de personas con discapacidad, es necesario poner en marcha el *Programa de atención a la salud de las personas en centros residenciales*, que incluye las perspectivas individual, familiar y comunitaria, en cuanto a la prevención y cuidado de problemas de salud y la relación con el contexto en el que viven las personas mayores.

Se trata de abordar esta asistencia desde la atención a la demanda y también desde la prevención y atención a los problemas de salud, la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales, la atención comunitaria, la atención a la diversidad, la intersectorialidad, la organización del EAP para garantizar esta asistencia, los sistemas de información, la formación estrategias de salud, el uso racional del medicamento y la adecuación en el almacenamiento, conservación y dispensación de medicamentos y productos sanitarios y dietéticos.

Especial relevancia de tener la identificación en cada equipo de Atención Primaria de la enfermera referente para cada programa o estrategia ligada a cronicidad (ej. *Programa de atención a la salud de personas en centros residenciales*).

La existencia o no de personal sanitario en los centros residenciales determinará el modo de coordinación con el centro de salud de referencia y sus profesionales, tal como se establece en este programa. Esta puesta en marcha se ha incluido como objetivo en el Contrato Programa de 2022-2023.



El Farmacéutico de Atención Primaria no forma parte de la plantilla de los EAP, pero tiene un papel fundamental con todos los equipos de un Sector Sanitario en la mejora de la seguridad, efectividad y eficiencia del uso de medicamentos y productos sanitarios a nivel individual y poblacional, facilitando la toma de decisiones clínicas de los profesionales y sobre el propio paciente.

Debe realizar el apoyo en la revisión y adecuación del tratamiento de pacientes polimedicados, crónicos o frágiles considerando las características personales, historia farmacoterapéutica y alternativas terapéuticas disponibles. Asesora a los profesionales que lo solicitan sobre la elección de los tratamientos, su revisión, ajuste de dosis y pautas de administración.

Además, debe implementar las políticas de uso racional de medicamento que se definen en Aragón y que buscan optimizar poblacionalmente la seguridad, eficacia y eficiencia de los mismos para permitir un modelo sostenible de prestación farmacéutica, así como realizar el seguimiento y análisis de los resultados de estas actuaciones.

Todas estas actuaciones se realizan de forma coordinada de acuerdo con nuestra regulación, establecida en la Orden SAN/1112/2017, de 20 de julio, por la que se crea y regula la *Red de uso racional del medicamento y productos sanitarios de Aragón* y es fundamental el impulso de las Comisiones de Sector de Uso Racional del Medicamento y la implicación de los responsables de uso racional de los medicamentos de los equipos de Atención Primaria.

El farmacéutico de Atención Primaria debe elaborar información y documentación sobre el uso de los medicamentos a los profesionales y a los pacientes, de forma coordinada a través de la *Comisión de información y actualización en farmacoterapia de Aragón*. Por último, debe diseñar y participar en programas educativos sobre medicamentos y productos sanitarios dirigidos a la población y colaborar en las actividades de la escuela de pacientes, tanto en la formación del paciente experto como en otras actividades.

Igualmente, aporta un valor añadido para la optimización de los tratamientos de los pacientes a través del apoyo a la revisión, conciliación y adecuación del tratamiento de pacientes polimedicados, crónicos o frágiles, aspecto este de gran importancia en un sistema que requiere una nueva orientación hacia la cronicidad.

Por último, como la pandemia ha puesto de manifiesto forma relevante, es fundamental garantizar las actividades de vigilancia epidemiológica en el seno de los equipos, como una parte más de su cartera de servicios. Por ello, estas labores de vigilancia y la coordinación con los dispositivos de la Dirección General de Salud Pública responsables de estas actividades deben garantizarse en todos los EAP.

En este sentido sigue siendo muy importante mantener en los 123 equipos a los responsables sanitarios de vigilancia, que serán siempre los interlocutores habituales de la Dirección General de Salud Pública a estos efectos. Se garantizarán los canales de comunicación urgentes, establecidos ya en junio de 2020, para la identificación unívoca del profesional referente y la línea móvil de contacto urgente en cada centro de salud.

**Presupuesto de las acciones en el objetivo 6:**

- Actividades de formación continuada para los servicios de Admisión año 2022. Presupuesto: 40.000 €.
- Actividades de formación continuada para puesta en marcha de consultas CARE año 2022: 30.000 €. Previsión 2023: 30.000 €.
- Total 2022: 40.000 € (financiación propia). Previsión 2023: 50.000 €.

## 8. CARTERA DE SERVICIOS

- **OBJETIVO 7: Actualizar la Cartera de Servicios de Atención Primaria y ejecutar los cambios normativos.**
- *7.1. Actualización de la cartera común de servicios de Atención Primaria, en especial en lo referente a la indicación y realización de procedimientos diagnósticos en este ámbito, en coherencia con la reorientación necesaria para incrementar su capacidad de resolución.*

El objetivo que se persigue es actualizar la cartera común de servicios del SNS, en concreto el anexo II del RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización, en el sentido de adecuarla a las necesidades actuales y futuras, comprendiendo todas las actividades, técnicas y procedimientos que deben prestarse en Atención Primaria, de acuerdo a los objetivos planteados en el apartado de capacidad de resolución, entre otros. Toda actualización/ampliación de la cartera de servicios debe ir acompañada de los recursos necesarios para su aplicación y garantizar los valores básicos de la Atención Primaria, como la accesibilidad y la longitudinalidad.

Como ya se ha indicado con anterioridad, actualizaremos la cartera de servicios de Atención Primaria en relación con los procedimientos diagnósticos accesibles en función del acuerdo al que se llegue en la Comisión de Aseguramiento, Financiación y Prestaciones. Elevaremos dicha actualización a la Comisión de Evaluación de Cartera de Servicios de Aragón para su conocimiento y aprobación, que se materializará en la correspondiente Orden de actualización.

- *7.2. Ampliación y desarrollo del servicio de Atención Comunitaria de la Cartera Básica Común de Atención Primaria.*

El objetivo que se persigue es potenciar la orientación comunitaria de los equipos mediante la identificación de las actividades concretas con participación de la comunidad que se deben desarrollar en todos los centros de salud y consultorios del SNS, orientadas a la detección y priorización de sus necesidades y problemas de salud, identificando los recursos comunitarios disponibles, priorizando las intervenciones y elaborando programas orientados a mejorar la salud de la comunidad, en coordinación con otros dispositivos sociales y educativos.

Al igual que en el punto anterior toda actualización/ampliación de la cartera de servicios de AP debe ir acompañada de los recursos necesarios para su aplicación, así como enfatizar los valores básicos de la AP, como la accesibilidad y la longitudinalidad.

- *7.3. Incorporación en cartera de servicios de las nuevas modalidades de atención no presencial estableciendo criterios de calidad de uso de cada una de las modalidades de atención.*

El objetivo que se persigue es que se reconozcan como actividad asistencial aquellos actos que se desarrollan de forma no presencial, así como que se acuerden los criterios que se deben cumplir para que estas actividades formen parte de los programas establecidos en relación con las necesidades de salud de la población.

- *7.4. Ampliación progresiva de la cartera común de servicios de salud bucodental del SNS.*

El objetivo que se persigue es doble: 1) Homogeneizar las prestaciones de atención de salud bucodental en el territorio nacional, garantizando la equidad en su acceso independientemente del lugar de residencia; 2) Incrementar los servicios comunes que hasta ahora no se prestaban por la sanidad pública, con un enfoque fundamentalmente preventivo y priorizando a los siguientes colectivos donde la inversión en salud es manifiesta: infanto-juvenil, embarazadas, personas con discapacidad y personas diagnosticadas de procesos oncológicos del territorio cervicofacial.

De acuerdo con el protocolo recientemente aprobado en el seno de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación del Ministerio de Sanidad, esta propuesta de ampliación de la cartera de servicios en Atención Bucodental tiene que desarrollarse según el calendario siguiente:

- Antes del 31 de diciembre de 2022: incluir a la población infanto-juvenil, de 6 a 14 años y a mujeres embarazadas.
- Antes del 30 de junio del 2023: incluir personas mayores de 14 años con discapacidad intelectual o con una discapacidad limitante de la movilidad de los miembros superiores, que impidan el correcto autocuidado necesario para alcanzar y mantener una adecuada salud bucodental.
- Antes del 31 de diciembre del 2023: incluir a la población infanto-juvenil de 0 a 5 años y a las personas diagnosticadas de procesos oncológicos del territorio cervicofacial).

Dado que esta ampliación de la cartera de servicios es objeto de un plan específico que Aragón debe remitir al Ministerio de Sanidad, no se incluye información detallada en este plan, aunque resumimos a continuación las intervenciones más relevantes:

- a) Dotación adecuada de las Unidades de Salud Bucodental en los sectores sanitarios de Alcañiz, Caspe y Barbastro con un/una Técnico Superior en Higiene Bucodental para realizar las actividades preventivas.
- b) Dotación a las 7 unidades existentes del material necesario para poder aplicar las medidas higiénico-preventivas incluyendo aparatos de ultrasonidos para la realización de tartrectomías.
- c) Dotación a la Unidad de Salud Bucodental de Barbastro del material necesario para poder realizar las medidas preventivas y terapéuticas incluidas en este nuevo servicio (flúor, selladores de fisuras, *composites*, etc.).

- d) Aumento de cobertura de nuestro Programa de Atención Bucodental Infantil y Juvenil (PABIJ) incluyendo ahora la cohorte de los 14 años.
- e) Para el resto de las actividades incluidas en la nueva cartera (atención a mujeres embarazadas, a población infanto-juvenil de 0 a 5 años y a personas diagnosticadas de procesos oncológicos del territorio cervicofacial), se valorará la creación de unidades específicas de referencia en número suficiente (entre 2 y 4 unidades, en función de la demanda), ubicadas en un mismo centro y compuestas por higienistas bucodentales y supervisadas todas ellas por un único odontólogo.

Para el desarrollo de estas actividades el cronograma previsto de inclusión de los diferentes grupos de edad o de pacientes se extiende a lo largo de 2022 y 2023, como se ha detallado anteriormente, aunque el presupuesto destinado al efecto prevé que el gasto pueda extenderse hasta el año 2025 incluido.

#### **Presupuesto de las acciones en el objetivo 7:**

- Actualización de cartera de servicios de procedimientos diagnósticos y ampliación del servicio de Atención Comunitaria. Actuaciones dentro del presupuesto del Servicio Aragonés de Salud, sin financiación adicional.
- Actividades para la puesta en marcha de las nuevas modalidades de atención no presencial. Presupuesto incluido en el capítulo de digitalización.
- Programa de Salud Bucodental. Contratación de profesionales y equipamiento de las nuevas unidades. Presupuesto 2022: 200.000 €. Cofinanciación asignada por el Ministerio de Sanidad: 1.269.619 €.

## 9. CALIDAD ASISTENCIAL

- **OBJETIVO 8: Fomentar la Calidad Asistencial y la práctica basada en la evidencia científica**
- *8.1. Implementación de las recomendaciones de "no hacer" en Atención Primaria pertenecientes al proyecto "Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España" según la actual metodología establecida entre Guía Salud y el Ministerio de Sanidad.*

En esta acción se incluye la identificación, selección, difusión e implementación y evaluación, a través de herramientas de ayuda, de las recomendaciones de "no hacer" para Atención Primaria basadas en la evidencia. Estas recomendaciones se incorporarán a una herramienta de ayuda a la toma de decisiones en las distintas plataformas digitales disponibles en este ámbito asistencial.

La relación de actividades que no aportan valor viene siendo defendida por las diferentes sociedades científicas de Atención Primaria desde el año 2014 y se centra en las numerosas acciones que no han demostrado a lo largo de los años mejorar la calidad de la atención sanitaria ni los resultados en salud. Debe potenciarse la utilización de las herramientas informáticas existentes y sus desarrollos como herramienta de ayuda a la toma de decisiones de los profesionales.

Así, planteamos como línea prioritaria de acción el desarrollo dentro de los sistemas de prescripción electrónica (e-receta) de herramientas de ayuda a la prescripción, dado que es la forma más eficiente de "no hacer" prescripciones de fármacos sin valor terapéutico o con problemas de seguridad. Descartamos sistemas que no hayan demostrado eficiencia, como la generación de alertas, y apostamos por la prescripción guiada desde la propia aplicación de receta electrónica.

De todas las estrategias de no hacer, se han seleccionado para el periodo 2022-2023 las siguientes acciones en Medicina de Familia, Pediatría, Farmacia de Atención Primaria y Enfermería las siguientes:

- No solicitar densitometría de forma rutinaria en mujeres postmenopáusicas para valorar el riesgo de fractura osteoporótica, sin realizar antes una valoración de factores de riesgo.
- No utilizar la terapia hormonal (estrógenos o estrógenos con progestágenos) con el objetivo de prevenir la enfermedad vascular en mujeres posmenopáusicas.
- No usar tiras reactivas y glucómetros en pacientes diabéticos tipo 2 en tratamiento con fármacos orales no hipoglucemiantes, salvo situaciones de control glucémico inestable.
- No realizar de forma sistemática la determinación de PSA a individuos asintomáticos sin antecedentes familiares de primer grado de cáncer de próstata.

- No emplear la rifampicina junto con pirazinamida por su elevada toxicidad para la quimioprofilaxis primaria de la tuberculosis en las personas inmunocompetentes.
- No dar antibióticos de forma rutinaria a niños y niñas con gastroenteritis.
- No recomendar la indicación de realizar una radiografía de tórax en la bronquiolitis aguda.
- Evitar el tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos en pacientes con enfermedad cardiovascular, enfermedad renal crónica, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca o cirrosis hepática y, en caso necesario, prescribirlos con mucha precaución.
- No prescribir de forma sistemática tratamiento farmacológico de la hipercolesterolemia para la prevención primaria de eventos cardiovasculares en personas mayores de 75 años.
- No prescribir de forma sistemática protección gástrica con inhibidores de la bomba de protones a los pacientes que consumen antiinflamatorios no esteroideos que no presentan un riesgo aumentado de sangrado.
- No prescribir bifosfonatos en pacientes con bajo riesgo de fractura.
- No prescribir un nuevo medicamento en el paciente anciano sin haber revisado los tratamientos que ya tiene pautados.

Estas recomendaciones se incorporarán como objetivos en los contratos programa del Departamento de Sanidad/Servicio Aragonés de Salud con los 8 sectores sanitarios de Atención Primaria en su actualización para 2023.

Para algunos de ellos, como ocurre en los indicadores de uso racional del medicamento, tenemos diseñadas herramientas (DATA de farmacia, en cuyo desarrollo han participado activamente los farmacéuticos de Atención Primaria) que permiten incorporarlos al Contrato Programa 2022-2023. Son los siguientes:

- Porcentaje de pacientes mayores de 75 años en tratamiento hipolipemiente combinado en prevención primaria.
- Porcentaje de pacientes en tratamiento con estatinas en prevención secundaria.
- Porcentaje de pacientes en tratamiento hipolipemiente combinado en prevención primaria.
- Indicador de uso de inhibidores de la bomba de protones que mide la sobreutilización.
- Porcentaje de mujeres de 40-65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis que no cumplen criterios de indicación.
- Porcentaje de pacientes mayores de 75 años que usan medicamentos potencialmente inapropiados.

- Porcentaje de pacientes mayores de 75 años que usan medicamentos con riesgo anticolinérgico elevado.
- Porcentaje de pacientes mayores de 75 años tratados con fármacos inhibidores de acetilcolinesterasa para la demencia que están tratados con fármacos con riesgo anticolinérgico elevado.
- Porcentaje de pacientes mayores de 75 años en tratamiento con fármacos opioides para el dolor no oncológico.

En el resto de casos se diseñará la batería de indicadores necesarios y los estándares a alcanzar para la valoración de los objetivos conseguidos que se obtendrán mediante la correspondiente auditoría de historias clínicas o mediante la extracción de resultados de la historia clínica electrónica y otras aplicaciones corporativas.

En el Contrato Programa 2022-2023 se priorizará la inclusión de proyectos de acuerdos de gestión en los que se trabajen estas indicaciones de no hacer.

- *8.2. Implementación íntegra de las recomendaciones recogidas en las Estrategias de Salud del SNS que se refieran a este ámbito asistencial dedicando los recursos necesarios para tal fin.*

Se llevará a cabo un análisis conjunto para identificar e integrar las recomendaciones sobre AP recogidas en las diferentes Estrategias de Salud del SNS. Se consideran prioritarias las recomendaciones incluidas en las siguientes Estrategias: Estrategia de Abordaje a la Cronicidad, Estrategia de Seguridad del Paciente, Estrategia de Promoción y Prevención y Estrategia de Cáncer. Una vez identificadas las recomendaciones, se monitorizará su implementación en las distintas CCAA.

Las Estrategias de Salud son actuaciones sobre problemas de salud que, bien por su elevada prevalencia o bien por suponer una mayor carga asistencial, familiar, social y económica, requieren un abordaje integral, que tenga en cuenta todos los aspectos relacionados con la asistencia sanitaria, así como la coordinación con otros departamentos o instituciones.

De todas las estrategias y programas de salud implementados desde el Departamento de Sanidad, se priorizan las siguientes para su inclusión en el Contrato Programa de Atención Primaria de los dos próximos años, por su especial relevancia, dada su prevalencia, carga de morbilidad, factibilidad para su desarrollo y compromiso institucional de los diferentes centros y sectores para el desarrollo de las actuaciones contempladas para avanzar en la implementación de las mismas:

- ✓ Estrategia de atención al paciente crónico complejo.
- ✓ Programa de cribado de cáncer (para 2022 los objetivos se centran en el cribado de cáncer de colon).
- ✓ Estrategia de atención comunitaria (ver apartado específico con objetivos y acciones).
- ✓ Estrategia de seguridad del paciente.



- ✓ Estrategia de cuidados paliativos.
- ✓ Programa de atención en centros residenciales.
- ✓ Protocolo de atención al paciente con condición post-COVID.
- ✓ Vigilancia epidemiológica y vacunación.

El resto de estrategias y programas de salud serán monitorizados de forma continua a través de los grupos de trabajo estables coordinados a nivel autonómico, incluyéndose algunos objetivos en el apartado específico del Contrato Programa que se denomina “Objetivos de Funcionamiento Global del Centro, Ordenación de la oferta y Desarrollo profesional”.

Al igual que se recogía anteriormente con las estrategias no hacer, se priorizarán además aquellos proyectos ligados al acuerdo de gestión clínica de los centros o al Contrato Programa del Sector de Atención Primaria en los que se incluyan propuestas de mejora para la implementación de las recomendaciones y objetivos recogidos en las estrategias de salud.

Los objetivos e indicadores propuestos para el seguimiento y monitorización de la implementación, pendientes todavía de cerrar con las distintas direcciones asistenciales de Atención Primaria, en lo referente a las Estrategias priorizadas son los siguientes:

INDICADORES DE ESTRATEGIAS DEL CONTRATO PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA			
Objetivo	Indicador	Valor estándar	Ponderación
<b>PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO</b>			
Garantizar seguimiento adecuado del paciente crónico complejo (PCC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de pacientes incluidos en Programa del Paciente Crónico Complejo con plan de Intervención.</li> </ul>	50-80%	9.09
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de pacientes de la población diana (GMA <math>\geq</math> 97) que se han incluido en Programa del Paciente Crónico Complejo.</li> </ul>	30-40%	9.09
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de documento con propuestas de líneas de mejora en el proceso de atención al Paciente Crónico Complejo en el sector incluyendo la atención de pacientes crónicos en fase avanzada que precisen cuidados paliativos.</li> </ul>	Si	9.09
<b>CRIBADO CÁNCER DE COLON</b>			
Aumentar la Cobertura del Programa de cribado de cáncer de colon	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de población de <b>50-69 años</b> que ha participado en el programa de cribado de cáncer de colon.</li> </ul>	40-60%	9.09
<b>ATENCIÓN COMUNITARIA</b>			
Promover la identificación de actividades y recursos promotores de salud en la zona.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de Equipos de Atención Primaria que han publicado su agenda comunitaria básica.</li> </ul>	50-70%	9.09
Promover la recomendación de activos comunitarios para la salud desde las consultas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % Equipos de Atención Primaria que recomiendan activos comunitarios desde las consultas.</li> </ul>	10-20%	9.09

SEGURIDAD DEL PACIENTE			
Identificar, analizar y gestionar los riesgos relacionados con la asistencia sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboración por la Comisión de Seguridad de informe anual con acciones de mejora planteadas para la gestión de riesgos relacionados con la asistencia sanitaria identificados a nivel de sector.</li> </ul>	Si	9.09
PROGRAMA ATENCIÓN EN RESIDENCIAS			
Mejorar la asistencia sanitaria de personas que viven en residencias	<ul style="list-style-type: none"> <li>% de Equipos de Atención Primaria con enfermera referente del Programa.</li> </ul>	100%	9.09
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Documento con acuerdos con todos los Equipos de Atención Primaria del Sector en Epiware.</li> </ul>	Si	9.09
ATENCIÓN A PACIENTES COVID			
Garantizar seguimiento adecuado a pacientes con Covid persistente	<ul style="list-style-type: none"> <li>% de pacientes con Covid Persistente en los que consta algún registro en el protocolo de Covid Persistente creado en OMI-AP.</li> </ul>	60-80%	9.09
Prevenir infección por Covid19	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cobertura vacunal de Covid-19.</li> </ul>	85-100%	9.09

- 8.3. Impulso a la mejora continua de la interoperabilidad de las historias de salud digitales autonómicas como principal elemento de intercambio de información entre profesionales de distintos ámbitos asistenciales, al menos entre AP y atención hospitalaria.*

La Historia de Salud Digital interoperable del SNS y las historias de salud digitales autonómicas son un vehículo fundamental de transmisión de información clínica y de relación entre profesionales del SNS. Los profesionales de Atención Primaria deben poder consultar todos los informes generados en otros ámbitos asistenciales a nivel de la comunidad autónoma. La información generada en este ámbito debe ser igualmente consultable por los profesionales de otros niveles asistenciales. La Atención Primaria puede beneficiarse de la Historia Clínica Digital interoperable del SNS al poder consultar información sanitaria de ciudadanos que pertenecen a otras CCAA (desplazamientos temporales, urgencias, etc.). Para todo lo anterior será necesario adecuar los sistemas de historia clínica de manera que se facilite su uso y acceso a los diferentes sistemas de datos clínicos y abordar la formación de los profesionales.

Las acciones propuestas para desarrollar este objetivo comprenden:

- Implantación del Proyecto GUHARA (Global y Única Historia clínica de ARagón), Estación Clínica de Atención Primaria, prevista para enero de 2023.
- Desarrollo del Proyecto de Historia Clínica Digital del SNS con una previsión de tener el 90% del proyecto implantado a 31/12/2022.

- C. Proyecto CEF: (06/2023) para compartir el sumario clínico de los pacientes en el territorio de la Unión Europea, así como la puesta en marcha de la receta electrónica interoperable en los mismos países.
- D. Desarrollo del proyecto de Sumario de paciente interoperable en la Unión Europea.
- E. Desarrollo del proyecto de Receta electrónica interoperable en la Unión Europea.

Es necesario seguir trabajando en la implantación de los planes de cuidados de enfermería en la historia clínica electrónica, planes normalizados de acuerdo a la codificación internacional (clasificación NANDA-NIC-NOC). Se ha trabajado intensamente desde 2017 en la actualización de estos planes en el Servicio Aragonés de Salud y hay que garantizar esta herramienta fundamental para prestar cuidados a nuestros pacientes se incluye en el futuro desarrollo de la estación clínica de Atención Primaria que vendrá a sustituir próximamente a nuestra historia clínica de Atención Primaria OMI-AP.

#### **Presupuesto de las acciones en el objetivo 8:**

- Desarrollo de recomendaciones no hacer incluidas en el Contrato Programa de 2022-2023. Con el conjunto de objetivos a desarrollar en este contrato programa se destina anualmente una cantidad a la incentivación de los equipos en función de los resultados obtenidos. Presupuesto 2022: 3.750.000 €. Previsión 2023: 3.850.000 €.
- Actividades de formación en Estrategias de Salud para 2022: 50.000 € Estimación para el año 2023: 60.000 €.
- Desarrollo informático para mejora del DATA de Farmacia y extracción de datos sobre estrategias no hacer 2022: 300.000 €. Previsión 2023: 300.000 €.
- Desarrollo informático para indicadores específicos de Estrategias de Salud 2022: 50.000 €. Previsión 2023: 50.000 €.
- Proyectos de desarrollo de mejora continua de la interoperabilidad de la historia clínica digital entre niveles asistenciales (GUHARA) y con la del SNS. Presupuesto 2022: 500.000. Previsión 2023: 500.000 €.
- Total presupuesto objetivo 8 para 2022: 4.660.000 €. Financiación propia: 1.900.000 €. Se solicita cofinanciación en este apartado: 2.400.000-2.600.000 €.

## 10. ORIENTACIÓN A LA COMUNIDAD

La Salud Comunitaria se ocupa de la salud de las personas a lo largo de la vida, incidiendo en los múltiples factores que la determinan y son origen de las desigualdades en salud. Para tener correcto este enfoque son necesarios la intersectorialidad y el enfoque de salud positiva basado en la capacidad de las personas y las comunidades en las que viven para mantener la salud y el bienestar. En Atención Primaria, además de la atención individual y familiar, se desarrolla la Atención Comunitaria (AC) que es clave en la atención a los pacientes.

La AC tiene estrechas relaciones con la Promoción de la Salud (PS) y facilita que la AP se incorpore al refuerzo de la acción comunitaria y la participación colectiva, reorientación de servicios, políticas saludables y desarrollo de habilidades individuales y colectivas. Es el espacio de coordinación natural con salud pública.

Supone una actividad fundamental de la AP y es un derecho de la población. Forma parte de la cartera de servicios básicos del Sistema Nacional de Salud desde 1996, debe formar parte de los acuerdos de gestión y contar con medios necesarios para su desarrollo como formación, asesoramiento, apoyos técnicos y presupuesto. Por tanto, se precisan estrategias específicas para su implantación en coordinación con estrategias de Salud Comunitaria más extensas.

Para su desarrollo es necesario que el EAP oriente comunitariamente su práctica en los escenarios en lo que trabaja, individual, grupal y comunitario. Ello implica intervenir organizadamente en la realidad social con otros actores y población para que, conociendo las realidades locales, con un diagnóstico participativo, se puedan establecer estrategias comunes, coordinadas y cooperativas para la resolución de problemas, demandas y necesidades de esa comunidad, contando con su participación y protagonismo.

- **OBJETIVO 9: Reforzar la orientación comunitaria, la promoción de la salud y prevención en Atención Primaria de Salud**

- *9.1. Desarrollo de una Estrategia de Salud Comunitaria a nivel de CCAA.*

En Aragón, desde el año 2016 se desarrolla la Estrategia de Atención Comunitaria en Atención Primaria (EACA). Como hemos comentado, el servicio de Atención Comunitaria incluye acciones sobre los problemas y necesidades de salud de la población de cada zona y la atención de sus desigualdades. A través de las actividades comunitarias y los consejos de salud se concretan las actuaciones y se potencia la participación y la capacidad de personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas de salud y estilos de vida. Dicha estrategia es una iniciativa del Departamento de Sanidad orientada a promover y mejorar la salud y el bienestar de las personas en Aragón. Se coordina desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria con un grupo

motor integrado por la Dirección General de Salud Pública y la Dirección General de Transformación Digital, Innovación y Derechos de los usuarios.

La EACA proporciona un marco de trabajo común, adaptado a cada territorio, con implicación de los diferentes agentes y población, y en la que se integran las acciones necesarias para reforzar la orientación comunitaria de la AP, con dotación presupuestaria para las mismas. El marco de la EACA son los 3 pilares básicos proceso salud-enfermedad: participación comunitaria, atención primaria de salud y acción intersectorial, así como el impacto de lo social en la salud y la equidad. Toma como referencia el marco de trabajo de salud comunitaria recogido en la Estrategia D del MAPyC y en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.

La atención comunitaria forma parte de la cartera de servicios de Atención Primaria en Aragón desde el año 2006, y es en 2016 cuando se inicia la creación y desarrollo con objetivos concretos incluidos en los contratos programa anuales que firman el Departamento de Sanidad/Servicio Aragonés de Salud con los 8 sectores sanitarios de Atención Primaria. La estrategia pivota sobre la gran trayectoria en promoción de salud y redes de salud y trabajo con los consejos de salud de zona, así como toda la investigación realizada desde 2008 en Aragón en el Grupo de Investigación de Atención Primaria del Gobierno de Aragón (GAIAP)

Los objetivos fundamentales de la EACA son potenciar la participación y la orientación comunitaria de los EAP para que se sumen a los procesos de salud comunitaria, de participación y de acción comunitaria que se produzcan en su zona básica de salud. Pretende mejorar la formación, metodología y la investigación en este campo que proporcione las habilidades y competencias para una atención comunitaria de calidad y la transferencia a la práctica. Trata de generar capacidad organizativa en los servicios sanitarios para responder de forma coherente y sostenida a las necesidades y demandas de los diferentes contextos y grupos de población atendida con el objetivo de potenciar en la prestación de los servicios sanitarios con una perspectiva salutogénica y reducir el proceso de medicalización, fomentando autonomía de los usuarios y facilitando la recomendación de activos para la salud.

Desde la coordinación interinstitucional el objetivo es desarrollar políticas saludables, promoviendo la coordinación intersectorial y el trabajo en red entre los servicios sanitarios y los demás servicios públicos y servicios presentes en el territorio y apoyar la participación comunitaria en la promoción de la salud.

La Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón, que puede consultarse en el enlace [enlace](https://atencioncomunitaria.aragon.es/) y en su web- blog : <https://atencioncomunitaria.aragon.es/> ocupa un lugar destacado en el **Plan de Salud de Aragón 2030** e integra las acciones de los equipos, propias y coordinadas, para reforzar la salud comunitaria de la población en cada zona de salud y que se concretan a través de tres vías de acción y cinco acciones coordinadas en :

- Atención Comunitaria dentro de la oferta de servicios del centro de salud e incluida en los contratos de gestión de los EAP y contratos programa.
- Identificación de los profesionales referentes comunitarios en cada EAP y creación de grupos de atención comunitaria en los equipos.

- Elaboración de la Agenda Comunitaria del EAP como herramienta innovadora para establecer el servicio de atención comunitaria, de acuerdo con la trayectoria previa y las características de la zona básica de salud y mejorar la orientación comunitaria del centro de salud.
- Funcionamiento del Consejo de Salud y participación en el mismo y/o grupos de participación intersectoriales, redes locales de salud y procesos de acción comunitaria.
- Desarrollo proyectos de atención comunitaria ligados al Acuerdo de Gestión Clínica.
- Enfoque de “Atención Comunitaria basada en activos” a través de la dinamización de activos para la salud.
- Implementación de procesos de Recomendación de activos para la salud, a través de la Guía de Recomendación de Activos para la Salud en Atención Primaria para la creación de esquemas de recomendación de activos, que presenta un protocolo específico en la historia clínica de AP (OMI AP) para la recomendación formal desde los EAP vinculado a cada persona y con enlace al *Buscador de Activos para la Salud*.
- Participación en proyectos de investigación en atención comunitaria, salud comunitaria y promoción de salud.

Puede consultarse en este enlace ([documento](#)) y se pueden observar los indicadores propuestos a nivel Atención Primaria, Sector Sanitario y regional de la estrategia. En el momento de publicar este plan 75 EAP (61%) cuentan con Agenda Comunitaria, el 80 % de los Equipos han participado en proyectos de atención comunitaria ligándolos al acuerdo de gestión clínica. En relación con la Recomendación de activos el 66% de los EAP han utilizado el protocolo de recomendación de activos para la salud. Para este 2022-2023 se ha realizado un análisis de los equipos y se está trabajado con las direcciones de Atención Primaria y con los apoyos técnicos de Salud Pública y Consejos de Salud para apoyar a los equipos en el proceso que necesiten.

#### *9.2. Estrategia de formación en abordaje biopsicosocial y acción comunitaria.*

Para desarrollar la EACA en AP es necesario un plan formativo a multinivel para todos los profesionales, desarrollado desde el año 2017, que fomente el trabajo en equipo, la orientación comunitaria y el abordaje multidisciplinar en el proceso salud enfermedad de los centros de salud. La formación se realiza con metodologías innovadoras y participativas, pretende la adquisición de conocimientos y habilidades para el diseño, desarrollo y evaluación de actividades comunitarias y de participación en salud y el acercamiento a la metodología de Activos para la Salud. La formación de la Estrategia de Atención Comunitaria va ligada a la acción concreta de los equipos.

Esta formación se ha integrado en el plan de formación continuada del Servicio Aragonés de Salud y en el catálogo formativo de las Estrategias de Salud del

Departamento de Sanidad ofreciéndose un itinerario formativo completo en actividades comunitarias, educación para la salud, metodología de activos, promoción de salud, participación, salud comunitaria y acción comunitaria. Es de carácter multidisciplinar y conjunta para todos los profesionales que trabajan en un EAP y se prioriza el acceso a los cursos y talleres de los profesionales que sean miembros de Consejos de Salud y/o grupos motores de salud comunitaria en los territorios. En el periodo 2017-2019 se ofrecieron 1200 plazas de formación ligada a la práctica y la acción.

Desde la EACA se facilita la formación conjunta con otros sectores a través de las acciones formativas coordinadas por Salud Pública de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de Salud, Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud, Cine y Salud y otros Programas de Promoción de Salud y Educación para la Salud. Y se participa en las Jornadas de estas redes de la Dirección General de Salud Pública y de Participación Comunitaria.

Se participa en la formación de pregrado en la asignatura de Medicina de Familia de la Universidad de Zaragoza y se han realizado colaboraciones con la de Ciencias de la Salud, Enfermería y Trabajo Social.

Se pretende continuar con el plan, facilitando los procesos de formación intersectorial, multidisciplinar, continua con la formación de formadores y tratando de llegar a los territorios y facilitar espacio de autoaprendizaje, así como de intercambio en las jornadas de intercambio y formación del Departamento de Sanidad y otras instituciones.

- *9.3. Generar y facilitar estructuras y/o mecanismos de coordinación para trabajar en salud comunitaria, promoción de la salud y prevención entre Atención Primaria, Salud Pública y otros sectores y actores en los diferentes niveles territoriales: comunidad autónoma, municipio y barrio.*

Es necesario articular estructuras y mecanismos de coordinación a nivel de cada territorio, ya que para la promoción de la salud y la acción comunitaria se debe trabajar de forma conjunta entre los diferentes agentes y con participación de la ciudadanía. Para ello desde la EACA se potencia la participación en Consejos de Salud, mesas de redes locales de salud e intersectoriales. En ellas la atención comunitaria propuesta tiene su espacio clave de trabajo para buscar acciones concretas que respondan a necesidades y demandas orientadas a determinantes de la salud con perspectiva de equidad. Se sigue trabajando para apoyar estas acciones en el seno de los consejos y redes locales de salud y proyectos de promoción de salud.

- *9.4. Enlace a herramientas de recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios en la Historia de Salud Digital.*

La recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios es una herramienta efectiva para dar a conocer aquellos recursos que generan salud y bienestar y favorecen vínculos en la comunidad, lo cual, a su vez, puede generar condiciones de vida más saludables. El enlace desde la Historia de Salud Digital a herramientas de recomendación de activos y recursos comunitarios favorece la generalización de su uso, ya que, sin salirse del contexto de la consulta, el profesional puede acceder con facilidad

a los activos y recursos del lugar donde vive o trabaja la persona, pudiendo realizar un consejo integral adaptado al aspecto o conducta que se quiere reforzar.

Aragón ya tienen integrado el enlace a un mapa de recursos y activos o repositorios (Buscador de activos para la salud) que sirve para dinamizar los mismos, así como para la implementación de procesos de Recomendación de activos para la salud, a través de la Guía de Recomendación de Activos para la Salud en Atención Primaria para la creación de esquemas de recomendación de activos, que presenta un protocolo específico en OMI AP para la recomendación formal desde los EAP, como ya se ha dicho antes, vinculado a la historia clínica de cada persona y con enlace al Buscador de Activos para la Salud. Igualmente, en este momento se está desarrollando el proyecto de investigación FIS EVALRA (Número de proyecto: PI20/00264) en Aragón para generar indicadores de calidad en la Recomendación de Activos para la Salud.

- *9.5. Definición de los condicionantes sociales y del contexto familiar de los/las pacientes que sería recomendable incluir en la Historia de Salud Digital de manera homogénea a través de un grupo de trabajo formado con las CCAA y el Ministerio de Sanidad.*

Incluir en la historia clínica los condicionantes sociales de la persona facilita el abordaje biopsicosocial en la consulta, de manera que los profesionales pueden conocer y tener en cuenta las condiciones de vida de la persona a la hora de hacer un diagnóstico, una recomendación, un seguimiento o una propuesta de manejo o de cuidados.

A través de un grupo de trabajo específico se definirán los condicionantes sociales y del contexto familiar a incluir en la historia de salud digital para que se puedan implementar de manera homogénea en un segundo tiempo, y sean de utilidad también para la organización de la asistencia en función de las necesidades y para la vigilancia en salud pública.

#### **Presupuesto de las acciones en el objetivo 9:**

- Desarrollo de la Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón y plan formativo 2022: presupuesto 150.000 €. Estimación: presupuesto de 150.000 €.
- Desarrollo informático de la recomendación de activos en historia clínica electrónica. Ya incluido en el programa OMI-AP, pendiente de incluir en GUHARA. Presupuesto 2022: 50.000 €.
- Total presupuesto 2022: 200.000 €. Se solicita cofinanciación de 110.000-130.000 € para 2022.



## 11. EMPODERA AP

- **OBJETIVO 10: Reforzar el liderazgo de la Atención Primaria como eje vertebrador del SNS, poniendo en valor y difundiendo su impacto en resultados en salud y equidad.**
- *10.1. Elaboración de una estrategia de comunicación crítica y veraz para poner en valor la Atención Primaria (su impacto en salud y equidad, su organización y el papel de cada profesional del equipo de Atención Primaria y visibilizar el trabajo realizado).*

Se trata de diseñar una estrategia de comunicación que sea capaz de transmitir dos ideas clave: “qué puede hacer la AP por ti” y “qué hace ya la AP por ti” empleando para ello las técnicas de marketing más indicadas, los canales de comunicación más efectivos en función del público objetivo, así como la celebración de una Conferencia de Atención Primaria en España.

- *10.2. Mejora de la visibilidad del trabajo de la Atención Primaria a través de una mayor y mejor difusión pública de los datos recopilados en los sistemas de información centralizada del SNS, de forma accesible, intuitiva, abierta y multidispositivo.*

El SNS cuenta con potentes sistemas de información a los que las CCAA aportan sus datos periódicamente, y que permiten realizar análisis exhaustivos sobre el estado de la AP en España y conocer la opinión de los ciudadanos/as para tomar en consideración sus expectativas, como elemento imprescindible para establecer las prioridades de las políticas de salud. Estas fuentes ponen en valor y demuestran con datos objetivos el rol vertebrador que la AP y sus profesionales ejercen en el SNS. Se trata de facilitar la difusión de esta información de forma intuitiva, atractiva, accesible y multidispositivo con la intención de que tanto profesionales como la población en general puedan consultar los indicadores de seguimiento de AP más importantes y los resultados en salud más relevantes. El sistema de información debe recoger resultados de los equipos de AP y permitir la comparación entre ellos.

Por tanto, se acuerda el compromiso con el Ministerio de Sanidad para dar difusión periódica y sistematizada de los datos extraídos de los sistemas de información con indicadores de seguimiento de Atención Primaria y los resultados en salud más relevantes para Aragón.

Igualmente es necesario desarrollar en el ámbito estatal y en el de nuestra CCAA una estrategia institucional de comunicación sobre el valor de la Atención Primaria como pilar básico del Sistema Público de Salud.

## 12. SISTEMA DE GOBERNANZA

- **OBJETIVO 11: Reforzar la gobernanza y el modelo de dirección y liderazgo en Atención Primaria**
  - *11.1. Definición e implementación de un modelo de gobernanza que permita la autonomía en la gestión clínica de los centros de salud, potencie la participación de los/las profesionales y de la ciudadanía y oriente la gestión hacia la mejora de los resultados en salud.*

El objetivo que se persigue es la potenciación de la autonomía de gestión a nivel meso y micro, para la consecución de las metas definidas, dotando tanto a los órganos de dirección de los centros de Atención Primaria como a los profesionales, de capacidades de gestión adecuadas.

La finalidad es aumentar la capacidad de gestión de los centros en el marco de su correspondiente Acuerdo de Gestión Clínica. Los coordinadores de los centros de salud deben ser líderes sanitarios, seleccionados en base a un sistema basado en la definición de las competencias disponiendo de una retribución acorde con esta exigencia.

Durante 2022 se creará un grupo de trabajo para diseñar el procedimiento de selección y provisión de la figura del Coordinador de EAP valorando la posibilidad de modificación de la normativa autonómica que se precise (modificación del Decreto 59/1997 por el que se aprueba el Reglamento de Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria en la Comunidad Autónoma de Aragón y modificación del Decreto 37/2011, de selección de personal estatutario y provisión de plazas en los centros del Servicio Aragonés de Salud). Igualmente se analizarán las retribuciones pertinentes para estos puestos y la liberación de la carga asistencial que se precisa para el desempeño de esta tarea de coordinación. Todo ello siguiendo un proceso similar al que ya está establecido para la selección de los jefes de Servicio y Sección de las unidades clínicas hospitalarias. Una vez analizado, se valorará su inclusión en el presupuesto de 2023.

- *11.2. Instauración en todos los centros de salud de acuerdos de gestión anuales con indicadores de seguimiento (contrato programa).*

El acuerdo de gestión clínica (AGC) es el marco referencial para la interrelación de los/las profesionales entre sí, con la dirección del centro y con la ciudadanía, en aras a conseguir los mejores resultados en salud para cada ejercicio. Y, dentro del mismo, al igual que ocurre con el Contrato Programa (CP) que el Departamento de Sanidad firma con cada Sector de Atención Primaria, los proyectos de mejora funcionan como un instrumento de participación de los profesionales en la estrategia de mejora de los equipos y son parte fundamental de estos acuerdos.

El ACG/CP deben favorecer el avance en el cambio organizativo hacia un nuevo modelo sanitario dentro del marco de la gestión clínica, donde destaque:

- La voluntad de reforzar la orientación a resultados en salud.
- La participación e implicación de la totalidad de sus profesionales.

- Y una gestión racional, socialmente responsable y eficiente de los recursos disponibles, en el marco de una estrategia, siempre necesaria y actualmente imprescindible, de sostenibilidad del SNS.

El CP 2022-2023 que el Departamento de Sanidad y el Servicio Aragonés de Salud firmará próximamente con cada uno de los 8 sectores sanitarios se estructura en los siguientes apartados:

- Objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad y líneas prioritarias a desarrollar.
- Desarrollo de la Estrategia de Atención Comunitaria.
- Indicadores de funcionamiento global de los centros de salud.
- Indicadores de accesibilidad y atención a tiempo.
- Indicadores de uso racional del medicamento.
- Ordenación de la oferta de servicios de los centros de salud (cartera de servicios).
- Consultas monográficas: cirugía menor, ecografía, bienestar emocional, consultas de alta resolución de enfermería (CARE).
- Objetivos en las unidades de Fisioterapia, Atención a la Mujer y Salud Bucodental.
- Definición de comisiones clínicas y grupos de trabajo de Sector de Atención Primaria o de EAP.
- Proyectos de gestión clínica.
- Objetivos en formación continuada.
- Objetivos en formación sanitaria especializada.
- Objetivos en investigación.
- Cumplimiento presupuestario.
- Evaluación del Contrato Programa y criterios de asignación de incentivos en concepto de productividad variable ligados a resultados.

Por su parte, cada Dirección de Atención Primaria del Sector Sanitario firma con todos sus equipos de Atención Primaria con carácter anual (en el caso de los acuerdos actuales, para 2022-2023) el correspondiente AGC que adapta los apartados del Contrato Programa al análisis de situación y la realidad individual de cada centro de salud.

Para estos dos años vamos a seguir trabajando en mejorar la pertinencia y el seguimiento de los objetivos y actuaciones de los AGC incorporando una guía para la elaboración de estos acuerdos que incide en el análisis de necesidades y oportunidades

de mejora de los equipos para garantizar que en cada ejercicio los recursos se dedican a las actividades, proyectos y programas que más eficientemente repercuten en la salud de los pacientes y en la buena práctica de los profesionales.

En base al cumplimiento de los objetivos tanto en el CP como en los correspondientes AGC, se asigna anualmente un pago en concepto de productividad variables a las diferentes categorías profesionales.

**Presupuesto de las acciones en el objetivo 11:**

- Análisis del proceso de selección y provisión en 2022 e inclusión en presupuesto estimado en 2023: 360.000 €.
- Como ya se ha detallado con anterioridad, el Servicio Aragonés de Salud destinará una partida del presupuesto de 2022, en concepto de productividad variable (capítulo I), de 3.750.000 € destinados al pago a profesionales de Atención Primaria por el cumplimiento de los objetivos incluidos en el Contrato Programa/Acuerdos de Gestión Clínica 2022-2023. La previsión es de una cifra similar para 2023.

## 13. ACCESIBILIDAD Y GESTIÓN DE LA DEMANDA

- **OBJETIVO 12: Mejorar la accesibilidad y gestionar la demanda asistencial con nuevos modelos organizativos.**
- *12.1. Definición e implementación de los objetivos de accesibilidad en función de las necesidades asistenciales.*
- *12.2 Gestión de las solicitudes de atención en las primeras 24 horas.*
- *12.3. Definición e implementación de un modelo de gestión integral de la demanda con intervención de todos los profesionales del equipo de Atención Primaria adoptado a las necesidades demandadas por la ciudadanía.*
- *12.4. Fomento de la autonomía de los profesionales para la gestión de las agendas en coordinación con las direcciones de Atención Primaria y alineada con los criterios establecidos y con los objetivos definidos.*
- *12.5. Establecimiento de la accesibilidad inmediata (en las primeras 24 horas) en los problemas de salud no demorables.*

El objetivo general que se persigue con estas acciones es la definición de metas específicas relativas a los tiempos de respuesta óptimos, en función de las necesidades asistenciales, que sean conocidos y aceptados por la ciudadanía y comprometan a los profesionales. Debemos conseguir gestionar las solicitudes de atención en las primeras 24 horas. El paciente debe conocer en este tiempo el cuándo y cómo se va a atender su solicitud.

De igual forma hay que asegurar que los problemas de salud no demorables a juicio del paciente tengan un tiempo de resolución en las primeras 24 horas.

La accesibilidad es una de las dimensiones más importantes y tradicionalmente mejor valoradas por la ciudadanía en relación con la Atención Primaria. Sin embargo, en estos dos años se ha visto notablemente alterada y ha sido muy criticada por la ciudadanía que ha visto cómo la pandemia imponía una barrera, muchas veces difícil de salvar, para contactar con su centro de salud.

En este sentido y aunque se han dado pasos importantes para recuperar esa accesibilidad, es necesario desarrollar medidas adicionales que nos permitan mejorarla para lo cual es necesario no solo mejorar las formas de comunicación con los centros de salud sino gestionar la demanda asistencial con nuevos modelos organizativos.

Así, se impulsará la gestión de la demanda asistencial a nivel del propio centro de salud, por el profesional que pueda resolver de forma efectiva, eficiente y satisfactoria los problemas de salud de los pacientes, sea sanitario o no. Para ello es fundamental garantizar la autonomía en la gestión de las agendas por el propio equipo. El cómo se

garantiza esta atención debe formar parte del correspondiente acuerdo de gestión clínica que el centro de salud firme con su Dirección de Atención Primaria.

Se pondrán en marcha las medidas necesarias que permitan gestionar las solicitudes de atención en las primeras 24 horas desde su recepción. Hay que identificar la necesidad del paciente en ese tiempo para intervenir con la prioridad necesaria según esa demanda, urgente o indemorable en algunos casos y, por tanto, con necesidad de atención inmediata, o de forma programada en otros casos en que una vez valorado el paciente así se decide por el profesional. Hay que garantizar al paciente una respuesta en menos de 24 horas sobre cuándo y cómo se va a atender su solicitud en el tiempo definido.

Para ello se desarrollarán las siguientes acciones:

- Puesta en marcha de un modelo de gestión integral de la demanda con intervención de todos los profesionales del EAP y adaptado a las necesidades demandadas por la ciudadanía con el fin de que resuelva el problema el profesional más adecuado para ello (consultas CARE de enfermería, gestión de la demanda por servicios de Admisión, etc.).

- Los profesionales del EAP tendrán toda la autonomía necesaria para la gestión de sus agendas de trabajo garantizando siempre la respuesta a las necesidades de los pacientes. Se organizarán los circuitos necesarios para que esa demanda, como ya se ha comentado anteriormente, sea resuelta por el profesional que mejor pueda atenderla (Servicio de Admisión, Enfermería, Matrona, Trabajo Social, Fisioterapia, Salud Bucodental, pediatría o medicina).

- Todos los centros tendrán circuitos para la atención inmediata, o en el día en función de la patología del paciente, para aquellos problemas de salud que éste considera no demorables.

- Desarrollo en el servicio Salud Informa (web y app) de las herramientas de citación inteligente que dirijan al paciente al profesional más indicado para resolver el problema fomentando un primer contacto con la enfermera responsable del paciente. Y lo mismo para el canal telefónico. En función del motivo de consulta la herramienta ofrecerá una primera cita con su enfermera y el paciente podrá decidir si sigue con esa cita o la cambia por el facultativo.

- Deben facilitarse al máximo los recursos telemáticos para contacto con el profesional que se requiera mostrando, de la forma más transparente posible, las agendas de los profesionales del EAP.

- Es muy importante la puesta en marcha de los modelos de gestión de la demanda enfermera (consultas CARE) ya comentados en apartados anteriores.

- Los servicios de Admisión deben comportarse como una auténtica ventanilla única que guíe al paciente por todo el sistema público de salud y dirija su demanda hacia el profesional más adecuado para su resolución. Es importante incorporar formación específica a nuestros profesionales de Admisión para conseguir este objetivo. En 2022 y 2023 se desarrollarán programas formativos para nuestras unidades con esta finalidad.

**Presupuesto de las acciones en el objetivo 12:**

- Actividades de formación del personal de Admisión y enfermería para el proyecto de gestión de la demanda. Ya se han detallado presupuestos en objetivos anteriores (digitalización, estrategias, etc.).
- Desarrollo en el servicio Salud Informa de las herramientas de citación inteligente facultativo. Presupuesto: 30.000 €.

## 14. INVESTIGACIÓN, DESARROLLO E INNOVACIÓN

### APARTADO POR DESARROLLAR

La investigación ha de salir del ámbito científico y acercarse a la realidad clínica, dando mayor importancia a la efectividad que a la eficacia. Innovar ha de significar también tener capacidad crítica con la forma de hacer las cosas, con los protocolos establecidos, y plantear nuevas formas que den más valor a la práctica médica.

- **OBJETIVO 13: Potenciar la investigación en el ámbito de Atención Primaria, así como la transferencia de sus resultados.**
- *13.1. Establecer un mapa de situación de I+D en Atención Primaria (recursos de apoyo metodológico, infraestructuras para I+D en centros de salud, grupos de investigación reconocidos, personas investigadoras con proyectos activos financiados en convocatorias competitivas públicas, participación en Institutos de Investigación Sanitaria acreditados, unidades de investigación en el ámbito de Atención Primaria etc..) con actualización periódica.*

El objetivo es conocer los recursos, infraestructuras y capacidades existentes relacionadas con el desarrollo de I+D en el ámbito de AP. Este repositorio actualizado permitirá: aportar información para una planificación eficiente de actuaciones, priorizada en función de las necesidades; identificar sinergias y establecer economías de escala para optimizar las capacidades existentes; dar visibilidad a la actividad de investigación realizada en el ámbito de AP.

Es necesario que el Departamento de Sanidad, a través de los recursos que tienen destinados para ello, el Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón y el Grupo de Investigación de Atención Primaria –GAIAP-, así como el grupo de investigación en Enfermería (comprende ambos ámbitos, Atención Primaria y Hospitalaria), dé visibilidad y apoyo a las actividades de investigación en Atención Primaria de sus profesionales sanitarios, médicos y enfermeras incluyendo a todos los sectores sanitarios y, de forma específica, facilite la participación de los profesionales de los sectores más rurales y dispersos.

Se puede encontrar información más detallada del GAIAP en la página oficial del Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón.

<https://www.iisaragon.es/grupos-de-investigacion/>

- *13.2. Establecer convocatorias competitivas y no competitivas específicas para Atención Primaria que favorezcan el inicio de la investigación y tengan apoyo metodológico.*



Esta actuación se dirige a las etapas iniciales de la actividad investigadora, con especial atención a los jóvenes profesionales sanitarios, para facilitar el desarrollo curricular investigador necesario para el acceso a convocatorias de ámbito estatal e internacional. Con estas convocatorias de financiación para grupos e investigadores emergentes se apoya la incorporación de los profesionales jóvenes a la investigación.

- *13.3 Promoción de la investigación cooperativa en Red específica de Atención Primaria: priorización en las convocatorias de redes en la Acción Estratégica en Salud (AES)*

Las características de la Atención Primaria, con importante dispersión de los centros de salud, cargas asistenciales, etc., constituyen una barrera para el trabajo cooperativo de investigadores y grupos de investigación que comparten líneas de interés. Por otra parte, la creciente complejidad de los problemas de salud requiere la participación coordinada de equipos multidisciplinares para abordar la investigación. Con el objetivo de facilitar esta generación y transferencia de conocimiento, la AES establece la Atención Primaria como área prioritaria en la convocatoria de Redes de Investigación Cooperativa orientadas a Resultados en Salud (RICORS).

- *13.4. En el programa de intensificación de actividad investigadora de la AES, promover la participación de investigadores con actividad clínica en Atención Primaria.*

El objetivo de esta actuación es facilitar tiempo de dedicación a sus líneas de investigación para profesionales con actividad clínica en AP. La actividad investigadora requiere una dedicación que con frecuencia se ve limitada por las exigencias de la actividad clínica, de forma especial en Atención Primaria.

- *13.5. Seguimiento anual del porcentaje de investigadores de Atención Primaria incorporados dentro de los Institutos de Investigación Sanitaria, como criterio para mantener su acreditación por el ISCIII.*

Los Institutos de Investigación Sanitaria (IIS) acreditados por el ISCIII son estructuras en las que equipos multidisciplinares de investigadores básicos y clínicos colaboran realizando líneas de investigación orientadas a necesidades del SNS. Cuentan con infraestructuras de uso común, plataformas de apoyo técnico y de gestión. La participación de investigadores de Atención Sanitaria en los IIS es necesaria tanto para incorporar prioridades de investigación en áreas que lideran (multimorbilidad, estilos de vida, prevención y promoción de salud...), como para dar acceso a los recursos de los IIS a estos investigadores.

- *13.6. Promoción y soporte de la participación de Grupos de Investigación de Atención Primaria en proyectos europeos: difusión y apoyo dirigido.*

Esta actuación se dirige a promover la participación de grupos de investigación de Atención Primaria en proyectos financiados en convocatorias europeas estableciendo cauces de información sobre las convocatorias: calendario, procedimientos de solicitud y búsqueda de socios.

**Presupuesto de las acciones en el objetivo 13:**

- El Instituto Investigación Sanitaria de Aragón cuenta con un presupuesto propio para la investigación en todos los ámbitos asistenciales, por lo que los proyectos del GAIAP contarán con la financiación establecida en las convocatorias oficiales que se realizan por parte de este organismo.

## 15. PRESUPUESTO

El Gobierno de España recogió en su Ley de Presupuestos Generales del Estado para 2022, una partida finalista con el objetivo de contribuir al fortalecimiento de la Atención Primaria y Comunitaria en el Sistema Nacional de Salud y favorecer su recuperación.

Este presupuesto finalista tiene como principal instrumento de planificación de política sanitaria en este ámbito el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria aprobado en 2019 y el plan de desarrollo de este marco aprobado por el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas el pasado mes de diciembre.

Este conjunto de actuaciones trata de responder a las Recomendaciones específicas 2020 realizadas por la Comisión Europea a España en el marco del Semestre Europeo y para el cumplimiento del compromiso adquirido en el Reforma 1 del Componente 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.

En cada uno de los apartados anteriores se ha ido detallando el presupuesto destinado por el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón a cada una de las acciones, así como la partida estimada de co-financiación solicitada al Ministerio de Sanidad exclusivamente para las acciones acordadas en el Marco de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023.

En todo caso, en cumplimiento de las directrices establecidas por el Ministerio de Sanidad, **a continuación se incluye el resumen de las acciones del Plan de Atención Primaria y Comunitaria de Aragón 2022-2023 que son financiadas exclusivamente por el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón.**

## Acciones financiadas por las CCAA

a) RECURSOS HUMANOS	Dotación Presupuestaria: 35.000 € EN 2022 + 588.000 € EN 2023: 623.000 €			
Acciones del Plan de Acción	Desarrollo de la acción (sí/no*)	Fecha	Fuente de verificación	Descripción breve (30 palabras)
2.1. Adaptación de la Ley 55/2003 de 16 de diciembre a lo dispuesto en el RD-Ley 14/2021, de 6 julio, de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público.	SI	2022-2023	BOLETÍN OFICIAL DE ARAGÓN (BOA)	OFERTA PÚBLICA DE EMPLEO 2022. PUBLICACIÓN DE CONVOCATORIA EN SEPTIEMBRE DE 2022. CONCURSO DE MOVILIDAD VOLUNTARIA Y CONCURSO OPOSICIÓN
2.2. Publicación de las ofertas de empleo público de las categorías profesionales que desarrollan su actividad en Atención Primaria que articulen los procesos de estabilización de empleo antes del 31/12/2022 y resolverlas (incluido la incorporación al puesto de trabajo) antes del 31/12/2024 (art. 2 del RD-Ley 14/2021).	Sí	jun-22	BOLETÍN OFICIAL DE ARAGÓN (BOA)	OFERTA PÚBLICA DE EMPLEO 2022. PUBLICACIÓN DE CONVOCATORIA EN SEPTIEMBRE DE 2022. CONCURSO DE MOVILIDAD VOLUNTARIA Y CONCURSO OPOSICIÓN
2.3 Creación de las vacantes necesarias y fomento de la transformación de los contratos de interinidad en contratos de estabilidad, implementando el RD-Ley 14/2021, con especial interés en las zonas de difícil cobertura.	Sí	jun-22	BOLETÍN OFICIAL DE ARAGÓN (BOA)	OFERTA PÚBLICA DE EMPLEO 2022. PUBLICACIÓN DE CONVOCATORIA EN SEPTIEMBRE DE 2022. CONCURSO DE MOVILIDAD VOLUNTARIA Y CONCURSO OPOSICIÓN

Plan de Atención Primaria y Comunitaria de Aragón 2022-2023

<p>2.4. Acuerdo en la Comisión de RRHH (CRHSNS) para mejorar la organización de la Atención Primaria y las condiciones laborales, incluyendo una mayor flexibilidad tanto en horarios como en organización y gestión de su actividad, para mejorar la motivación de los profesionales.</p>	<p>Sí</p>	<p>PENDIENTE ACUERDO EN COMISIÓN DE RRHH</p>	<p>INFORME DE CCAA</p>	<p>COMPROMISO DE PUESTA EN MARCHA DE LAS ACCIONES ACORDADAS EN EL SENO DE LA COMISIÓN DE RRHH</p>
<p>2.5. Consenso en la CRHSNS de los criterios mínimos para identificar los puestos de difícil cobertura y los incentivos (económicos y no económicos) para la atracción y retención en dichos puestos.</p>	<p>Sí</p>	<p>PENDIENTE ACUERDO EN COMISIÓN DE RRHH</p>	<p>INFORME DE CCAA</p>	<p>EN ARAGÓN ESTÁN DEFINIDOS Y ACORDADOS EN MESA SECTORIAL DESDE 2017.COMPROMISO DE PUESTA EN MARCHA DE LAS ACCIONES ACORDADAS EN EL SENO DE LA COMISIÓN DE RRHH</p>
<p>2.6. Promoción de la contratación en Atención Primaria como personal estatutario fijo o de larga duración al finalizar la residencia, favoreciendo la cobertura de vacantes en Atención Primaria y la atención longitudinal, incentivando la permanencia de los/las profesionales en su puesto.</p>	<p>Sí</p>	<p>ANUAL. PRÓXIMO EN MAYO DE 2022</p>	<p>INFORME DE CCAA CON LISTADO DE PLAZAS OFERTADAS</p>	<p>ANUALMENTE SE LES OFRECE AL TERMINAR EL CONJUNTO DE PLAZAS VACANTES EN RÉGIMEN DE INTERINIDAD INCORPORÁNDOLOS A BOLSA DE EMPLEO</p>
<p>2.7. Impulso al concepto de carrera profesional en el ámbito de Atención Primaria basada en las habilidades, aptitudes y competencias de los profesionales, y asociada a un cumplimiento de objetivos y recertificación de estos de forma periódica, dotándolo presupuestariamente.</p>	<p>Sí</p>	<p>2023</p>	<p>INFORME DE CCAA. ACUERDO DE MESA SECTORIAL</p>	<p>DESARROLLO COMPLETO DE LA CARRERA. ACTUALMENTE HASTA EL NIVEL III. ESTUDIO DE FACTIBILIDAD DE AUMENTAR HASTA EL IV DEFINITIVO (AP Y HOSPITALES)</p>
<p>2.8. Evaluación y adecuación de las necesidades de RRHH en Atención Primaria en base a la morbilidad atendida, los resultados en salud y las características sociodemográficas de cada área de salud/centro de salud.</p>	<p>Sí</p>	<p>2022-2023</p>	<p>INFORME DE CCAA</p>	<p>FIJAR NUEVOS CRITERIOS DE ORDENACIÓN QUE INCORPOREN A LA RATIO POBLACIONES CARACTERÍSTICAS ADICIONALES (MORBILIDAD ATENDIDA, RESULTADOS EN SALUD Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS)</p>
<p>2.9 Planificación de la oferta de Formación Sanitaria Especializada de las distintas especialidades que desarrollan su actividad en Atención Primaria teniendo en cuenta las nuevas necesidades consensuadas con las CCAA.</p>	<p>Sí</p>	<p>2022-2023</p>	<p>BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (BOE)</p>	<p>COMPARATIVA DE OFERTA EN CONVOCATORIAS DE FSE 2022-2023 Y 2023-2024 RESPECTO A AÑOS ANTERIORES</p>

Plan de Atención Primaria y Comunitaria de Aragón 2022-2023

2.10. Revisión de programas formativos de la Formación Sanitaria Especializada de Atención Primaria de las distintas especialidades, adecuando los requisitos para la acreditación de las Unidades Docentes para favorecer el incremento de las plazas a ofertar.	Sí	2022-2023	INFORME DE ACREDITACIONES DE LAS CNE	INCLUSIÓN DEL MÁXIMO DE EXPEDIENTES DE SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DOCENTE DE CENTROS DE SALUD
2.11. Establecimiento de incentivos para la función tutorial recogida en el RD 183/2008, de 8 de febrero, a través de acciones concretas trabajadas con las CCAA en la CRHSNS.	Sí	PENDIENTE ACUERDO EN COMISIÓN DE RRHH	INFORME DE LA CCAA	COMPROMISO DE PUESTA EN MARCHA DE LAS ACCIONES ACORDADAS EN EL SENO DE LA COMISIÓN DE RRHH
*Justificación de las acciones no desarrolladas:				
b) CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN		Dotación Presupuestaria: INCLUIDO EN PRESUPUESTO SALUD 2022		
Acciones	Desarrollo de la acción (sí/no*)	Fecha	Fuente de verificación	Descripción breve de la metodología
3.1. Mejora del acceso a la indicación de procedimientos diagnósticos desde Atención Primaria, para incrementar la capacidad resolutoria en este ámbito de atención y gestionar la indicación por proceso.	Sí	2022	INFORME DE LA COMISIÓN DE EVALUACIÓN DE CARTERA DE SERVICIOS (CECS)	INCLUSIÓN EXPRESA DE LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS ACCESIBLES A LA AP CON ENUMERACIÓN DE LOS MISMOS PARA SU APROBACIÓN EN LA CECS
*Justificación de las acciones no desarrolladas:				

Plan de Atención Primaria y Comunitaria de Aragón 2022-2023

c) EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA		Dotación Presupuestaria: 4.187.223,96 €		
Acciones	Si/ No	Fecha	Fuente de verificación	Descripción breve de la metodología
5.1. Creación de la categoría profesional de enfermera familiar y comunitaria en Atención Primaria en todas las CCAA.	Sí	2021	BOA	CREADA EN MAYO DE 2021
5,2 Fomento de los nombramientos de enfermeras especialistas en familiar y comunitaria, incluyendo como mérito prioritario el título de especialista. <b>CREACIÓN EN LA ESTRUCTURA DE PLANTILLA ORGÁNICA DEL SALUD DE 106 PLAZAS DE ENFERMERA ESPECIALISTA EN AFYC</b>	Sí	2022	BOA	UNA VEZ CREADAS LAS PLAZAS PROVISIÓN POR SISTEMA DE BOLSA ESPECÍFICA CON REQUISITO DE ESPECIALISTA EN AFYC. INCORPORAR A OPE 2023 PARA SU PROVISIÓN DEFINITIVA POR CONCURSO OPOSICIÓN
5.3. Valoración y priorización de procesos de uso, indicación y autorización de la dispensación de medicamentos y productos sanitarios por las enfermeras y elaboración e implementación, tras su adaptación, de los protocolos correspondientes.	Sí	DESDE 2021. EXTENSIÓN A AP EN 2022-2023	INFORME DE CCAA	COMIENZO EN 2022 POR SECTOR DE ALCAÑIZ. EXTENSIÓN A LOS 8 SECTORES EN 2023
6.1. Desarrollo de los mapas de competencias de los distintos profesionales de Atención Primaria y sus perfiles en la CRHSNS.	Sí	2022-2023	INFORME DE CCAA	IMPLANTACIÓN CONSULTAS CARE Y ESPECIALIZACIÓN DE SERVICIOS DE ADMISIÓN
*Justificación de las acciones no desarrolladas:				





Plan de Atención Primaria y Comunitaria de Aragón 2022-2023

e) <b>ORIENTACIÓN A LA COMUNIDAD</b>		Dotación presupuestaria: 200.000 €			
Acciones	SI /No	Fecha	Fuente de verificación	Descripción breve de la metodología	
9,3 Generar y facilitar e estructuras y/o mecanismos de coordinación para trabajar en salud comunitaria, promoción de la salud y prevención entre Atención Primaria, Salud Pública y otros sectores en los diferentes niveles territoriales: comunidad autónoma, municipio y barrio	Sí	REALIZADA	INFORME DE CCAA SOBRE LA EACA	DESDE 2019 COORDINACIÓN ESTABLE CON CIUDADANÍA Y SERVICIOS SOCIALES, DG DE DEPORTES DEL GOBIERNO DE ARAGÓN, AYUNTAMIENTOS Y COMARCAS	
*Justificación de las acciones no desarrolladas:					
F) <b>GOBERNANZA EN AP</b>		Dotación presupuestaria: PRESUPUESTO 2023: 360.000 €. Productividad variable por objetivos del CP/AGC 2022: 3.750.000 €			
Acciones	SI /No	Fecha	Fuente de verificación	Descripción breve de la metodología	
11.1. Definición e implementación de un modelo de gobernanza que permita la autonomía en la gestión clínica de los centros de salud, potencie la participación de los profesionales y de la ciudadanía y oriente la gestión hacia la mejora de los resultados en salud.	Sí	2022-2023	INFORME DE LA CCAA SOBRE RESULTADOS DE EVALUACIÓN DEL CONTRATO PROGRAMA	ELABORACIÓN DE CONTRATOS PROGRAMA CON DIRECCIONES	

Plan de Atención Primaria y Comunitaria de Aragón 2022-2023

11.2. Instauración en todos los centros de salud de acuerdos de gestión anuales con indicadores de seguimiento (contrato programa).	Sí	2022-2023	INFORME DE LA CCAA SOBRE RESULTADOS DE EVALUACIÓN DE LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLÍNICA DE LOS EAP	ELABORACIÓN DE ACUERDOS DE GESTIÓN CON LOS EAP
11.3 Estudio de viabilidad sobre selección y provisión de Coordinador del EAP	Sí	2022-2023	INFORME DE LA CCAA Y REGULACIÓN EN BOA EN SU CASO	GRUPO DE TRABAJO DE VIABILIDAD DE MODIFICACIÓN DE CRITERIOS DE SELECCIÓN Y CONDICIONES LABORALES DE COORDINADORES. PUESTA EN MARCHA DE SUS RECOMENDACIONES EN 2023
*Justificación de las acciones no desarrolladas:				
f) ACCESIBILIDAD Y GESTIÓN DE LA DEMANDA		Dotación presupuestaria: 30.000 €		
Acciones	SI /No	Fecha	Fuente de verificación	Descripción breve de la metodología
12.1. Definición e implementación de los objetivos de accesibilidad en función de las necesidades asistenciales.	Sí	2022-2023	INFORME DE LA CCAA. CONTRATO PROGRAMA Y ACUERDOS DE GESTIÓN CLÍNICA	PROCEDIMIENTO DE SALUD INFORMA
12.2. Gestión de las solicitudes de atención en las primeras 24 horas.	Sí	2022-2023	INFORME DE LA CCAA. CONTRATO PROGRAMA Y ACUERDOS DE GESTIÓN CLÍNICA	PROCEDIMIENTO DE SALUD INFORMA

Plan de Atención Primaria y Comunitaria de Aragón 2022-2023

12.3. Definición e implementación de un modelo de gestión integral de la demanda con intervención de todos los profesionales del equipo de Atención Primaria adaptado a las necesidades demandadas por la ciudadanía.	Sí	2022-2023	INFORME DE LA CCAA. CONTRATO PROGRAMA Y ACUERDOS DE GESTIÓN CLÍNICA	MODELO INTEGRAL DE GESTIÓN DE LA DEMANDA DEFINIDO EN EL CORRESPONDIENTE ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA DEL EAP
12.4. Fomento de la autonomía de los profesionales para la gestión de las agendas en coordinación con las direcciones de Atención Primaria y alineada con los criterios establecidos y con los objetivos definidos.	Sí	2022-2023	INFORME DE LA CCAA. CONTRATO PROGRAMA Y ACUERDOS DE GESTIÓN CLÍNICA	MODELO DE GESTIÓN DE AGENDAS DEL EAP Y TRANSPARENCIA DE LOS HUECOS DE CITACIÓN EN SALUD INFORMA
12.5. Establecimiento de la accesibilidad inmediata (en las primeras 24 horas) en los problemas de salud no demorables.	Sí	2022-2023	INFORME DE LA CCAA. CONTRATO PROGRAMA Y ACUERDOS DE GESTIÓN CLÍNICA	CIRCUITOS ESPECÍFICOS EN EAP
*Justificación de las acciones no desarrolladas:				
g) I + D + I Dotación presupuestaria: FONDOS PROPIOS DEL IIS				
Acciones	SI /No	Fecha	Fuente de verificación	Descripción breve de la metodología
13.2 Establecer convocatorias competitivas y no competitivas específicas para Atención Primaria que favorezcan el inicio de la investigación y tengan apoyo metodológico.	NO EXISTEN EN LA CCAA			
*Justificación de las acciones no desarrolladas: EL INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE ARAGÓN LIDERA LOS PROYECTOS PERO NO EXISTEN CONVOCATORIAS COMPETITIVAS				

## 16. INDICADORES DE EVALUACIÓN

Existen para todas las CCAA una serie de indicadores de evaluación de este plan acordados con el Ministerio de Sanidad que están detallados en el MAPyC.

A continuación se detallan los indicadores de evaluación del Proyecto Regional Integral de Aragón:

- **Objetivo 1: Dotar de la financiación finalista necesaria para la implementación efectiva del presente Plan.**
- *Indicador 1:* Existencia de dotación presupuestaria finalista suficiente en el presupuesto del Departamento de Sanidad dedicado a las acciones contempladas en el Plan para 2022 y 2023.

Si/No

- **Objetivo 2: Incrementar el número de profesionales, garantizar su disponibilidad y mejorar las condiciones laborales de manera que se posibilite la accesibilidad, la longitudinalidad, estabilidad, atracción del talento y en consecuencia se reduzca la temporalidad por debajo del 8%:**

*Indicador 1:* % de plantilla estructural de Atención Primaria del Servicio Aragonés de Salud con plaza en régimen de interinidad/eventualidad:

2022: < 12%

2023: < 8 %

*Indicador 2:* desarrollo de las acciones acordadas en el seno de la CRHSNS sobre criterios para la identificación de puestos de difícil cobertura y relación de incentivos.

Si/No

*Indicador 3:* Porcentaje de plazas de difícil cobertura ocupadas de hecho en régimen de propiedad o interinidad/eventualidad una vez identificados los puestos de difícil cobertura.

2023: > 80%

*Indicador 4:* Porcentaje de residentes de MFyC, enfermería FyC, pediatría contratados tras finalizar la residencia como fijos, interinos o con una duración de al menos dos años en Atención Primaria (excepción: residentes que rechacen contratos en bolsa de empleo):

2022: >80% (cobertura en S. Urgencias hospitalarios y 061, pediatría hospitalaria).

2023: >80%(cobertura en S. Urgencias hospitalarios y 061, pediatría hospitalaria).

*Indicador 5:* Desarrollo del nivel IV de carrera profesional para el personal sanitario del Servicio Aragonés de Salud (Atención Primaria y Hospitalaria).

2023: Si/No

*Indicador 6:* Porcentaje de plazas ofertadas en MFyC y EFyC sobre las plazas acreditadas para estas especialidades.

2022: >80 %

2023: >90%

*Indicador 7:* desarrollo de las acciones acordadas en el seno de la CRHSNS sobre criterios para el reconocimiento e incentivación de la función tutorial específicamente en AP.

2022/2023: Sí/No

- **Objetivo 3: Aumentar la capacidad de resolución:**

*Indicador 1:* Porcentaje de pruebas diagnósticas a las que se tiene acceso desde AP respecto el total de pruebas diagnósticas bajo la gestión de la indicación por proceso.

2022/2023: 100% sobre las aprobadas en la Comisión de Aseguramiento, Financiación y Prestaciones.

*Indicador 2:* Porcentaje de centros de salud con ecografía clínica implantada.

2023: >60%

*Indicador 3:* Porcentaje de centros de salud con equipamiento de dermatoscopia.

2023: >90%

- **Objetivo 4: Impulsar los sistemas de información y digitalización:**

*Indicador 1:* Porcentaje de servicios digitales implantados en Centros Sanitarios Inteligentes sobre los previstos en el plan (línea 1 + línea 2).

2023: >80%

*Indicador 2:* Porcentaje de servicios digitales implantados dirigidos a facilitar el diagnóstico y seguimiento del paciente por parte de los especialistas de la salud de AP (interconsulta virtual-ITV).

2022/2023: >80% de las especialidades médicas incluidas en ITV.

- **Objetivo 5: Consolidar el rol de la Enfermera Familiar y Comunitaria en Atención Primaria:**

*Indicador 1:* Creación de 106 plazas de enfermería especialista en Atención Familiar y Comunitaria.

2022: Sí/No

*Indicador 2:* Reconversión de 142 plazas de enfermería especialista en Pediatría para Atención Primaria.

2023: Sí/No

*Indicador 3:* Creación de la bolsa específica de enfermeras especialistas en AFyC y Pediatría (categoría conjunta con el hospital).

2022: Creación de bolsa de enfermera especialista en AFyC. Sí/No

2023: Creación de bolsa de enfermera especialista en Pediatría. Si/No

*Indicador 4:* Extensión de la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios a los 8 sectores sanitarios.

2023: Sí/No

- **Objetivo 6: Reorganizar los Equipos de Atención Primaria y los roles de cada perfil profesional:**

*Indicador 1:* Desarrollar las acciones que se contemplan en el acuerdo de la CRHSNS sobre las competencias y los perfiles de profesionales de AP.

2022/2023: Sí/No

- **Objetivo 7: Actualizar la Cartera de Servicios de Atención Primaria y ejecutar los cambios normativos:**

*Indicador 1:* Publicación de la Orden de la Consejera con la actualización de la cartera común de servicios aprobada en el seno de la CPAF.

2022/2023: Sí/No

- **Objetivo 8: Fomentar la Calidad Asistencial y la práctica basada en la evidencia científica:**

*Indicador 1:* Número de sectores sanitarios que firman el Contrato Programa 2022-2023 y porcentaje de equipos de Atención Primaria con firma de su correspondiente Acuerdo de Gestión Clínica.

2022/2023: 8 sectores/8 sectores y 100% de los EAP (cumplimiento de ambos).

*Indicador 2:* Implantación de un sistema de interoperabilidad de Historia de Salud Digital entre distintos ámbitos asistenciales.

2023: Sí/No

- **Objetivo 9: Reforzar la orientación comunitaria, la promoción de la salud y prevención en Atención Primaria de Salud:**

*Indicador 1:* Porcentaje de EAP que tienen agenda comunitaria publicada.

2022: 50%

2023: 75%

*Indicador 2:* Porcentaje de EAP que realizan al menos 10 recomendaciones de activos formales al año desde la historia clínica electrónica (OMI-AP).

2022: 100%

2023: 100%

*Indicador 3:* Porcentaje de profesionales de los EAP que realizan alguno de los programas de formación en actividades comunitarias organizado por el Departamento de Sanidad/SALUD.

2022: 20%

2023: 30%

*Indicador 4:* Porcentaje de EAP que cuentan con personas “referentes” en la Estrategia de Atención Comunitaria y grupo de actividades comunitarias dentro del equipo.

2022: 50%

2023: 65%

- **Objetivo 10: Reforzar el liderazgo de la Atención Primaria como eje vertebrador del SNS, poniendo en valor y difundiendo su impacto en resultados en salud y equidad:**

Indicador 1: Desarrollo de una estrategia de comunicación sobre el valor de la AP en Aragón.

2022/2023: Sí/No

- **Objetivo 11: Reforzar la gobernanza y el modelo de dirección y liderazgo en Atención Primaria:**

*Se repite Indicador 1 del objetivo 8:* Número de sectores sanitarios que firman el Contrato Programa 2022-2023 y porcentaje de equipos de Atención Primaria con firma de su correspondiente Acuerdo de Gestión Clínica.

2022/2023: 8 sectores/8 sectores y 100% de los EAP (cumplimiento de ambos).

- **Objetivo 12: Mejorar la accesibilidad y gestionar la demanda asistencial con nuevos modelos organizativos:**

*Indicador 1:* Porcentaje de EAP con objetivos de accesibilidad definidos e implementados, así como realizado su seguimiento en sus acuerdos/programas de gestión respecto al total.

2022:75%

2023:100%

*Indicador 2:* Porcentaje de EAP con un modelo de gestión integral de la demanda definidos e implementados (CARE, S. Admisión, etc.) que esté recogido en su AGC.

2022: 50%

2023: 100%

- **Objetivo 13: Potenciar la investigación en el ámbito de Atención Primaria, así como la transferencia de sus resultados:**

*Indicador 1:* Mapa de situación de I+D en AP disponible.

2022/2023: Sí/No

*Indicador 2:* Actualización anual de la información sobre recursos.

2022/2023: Sí/No