

I Encuentro SADEMI- SAMFyC -SEMERGEN

*Reflexión en torno a la
Atención Integral Centrada en las
Personas en Andalucía*

Informe Técnico

Antequera, 28 y 29 de Noviembre 2014



Escuela Andaluza de Salud Pública
JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

EA
SP

Equipo de trabajo EASP

Carmen Pérez Romero
Diana Gosalvez Prados
Begoña Isac Martínez
Eva Martín Ruiz

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
2. METODOLOGÍA	6
2.1. Objetivo del Encuentro	6
2.2. Participantes	6
2.3. Dinámica general del Encuentro	6
3. RESULTADOS DE LOS GRUPOS DE TRABAJO	8
3.1. Puntos fuertes y débiles de la Atención Integral Centrada en las Personas	8
3.2. Principales aportaciones del debate estructurado en grupos	11
3.3. Identificación de propuestas para la mejora de la Atención Integral	14
4. REFLEXIONES GENERADAS EN EL DEBATE EN PLENARIO	19
5. PRÓXIMAS ACCIONES	23
ANEXO I: PROGRAMA DEL ENCUENTRO	24



1. INTRODUCCIÓN

En este documento se recogen las principales aportaciones y resultados obtenidos en el Encuentro SADEMI – SAMFyC – SEMERGEN Andalucía, que tuvo lugar los días 28 y 29 de noviembre 2014 en Antequera, con el apoyo metodológico de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP).

El objetivo de dicho Encuentro ha sido fomentar la reflexión y el intercambio entre profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) sobre las características clave que debe reunir en el futuro la **atención integral centrada en las personas**.

Con la finalidad de orientar el debate y la obtención de propuestas de acción específicas, se diseñó una propuesta para la conducción del Encuentro basada en metodologías participativas, que facilitasen la intervención de todas las personas asistentes y la obtención de los distintos puntos de vista y experiencias sobre el tema de análisis.

Este Encuentro se concibe como un primer espacio de reflexión, al que las sociedades científicas esperan dar continuidad mediante el desarrollo de otras actividades y encuentros futuros, promoviendo de este modo la mejora continua en la atención integral en los centros asistenciales de Andalucía.

A continuación se presenta el diseño metodológico del Encuentro y se sintetizan los principales resultados obtenidos.

2. METODOLOGÍA

2.1. OBJETIVO DEL ENCUENTRO

Reflexionar en torno a **cómo avanzar en un modelo de atención integral centrado en personas** y no en enfermedades.

2.2. PARTICIPANTES

Profesionales facultativos de las especialidades de Medicina Interna y Medicina Familiar y Comunitaria, vinculados con las sociedades científicas SADEMI, SAMFyC y SEMERGEN Andalucía.

2.3. DINÁMICA GENERAL DEL ENCUENTRO

El Encuentro se distribuyó en dos jornadas de trabajo (ver Programa en Anexo I). En ambas se siguió una dinámica participativa para facilitar que se expusieran diferentes opiniones, experiencias y perspectivas sobre la atención integral centrada en las personas.

La *primera jornada* se inició con la bienvenida y contextualización del Encuentro a cargo de las presidencias de las sociedades científicas organizadoras, seguida por la presentación de la metodología de trabajo por parte de la EASP.

Posteriormente se conformaron dos grupos de trabajo, cada uno de ellos conducido y moderado por dos profesionales de la EASP. La composición de los grupos se diseñó atendiendo al perfil profesional de los asistentes y a la sociedad científica de pertenencia.

En ambos grupos se siguió idéntica secuencia de trabajo, incorporando la generación individual de ideas, el debate estructurado y la técnica de panel. Con la dinámica grupal los profesionales abordaron los siguientes temas de análisis:



- 1) **Puntos fuertes y débiles** del actual modelo de atención integral centrado en las personas.
- 2) **Aspectos clave** que marcan la **relación** entre profesionales de atención primaria y hospitalaria.
- 3) **Propuestas para mejorar** la atención integral centrada en las personas.

En la *segunda jornada*, se presentaron los resultados preliminares obtenidos en los grupos de trabajo, seguido de un debate abierto en plenario. El debate concluyó con una **síntesis de las principales ideas** y la concreción de propuestas de **próximas acciones** a impulsar por las sociedades científicas. Finalmente, se clausuró el Encuentro emplazando a los profesionales a una segunda convocatoria en 2015.

3. RESULTADOS DE LOS GRUPOS DE TRABAJO

A continuación se presentan los resultados obtenidos por los grupos de trabajo en relación con los temas de análisis propuestos.

3.1. PUNTOS FUERTES Y DÉBILES DE LA ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADA EN LAS PERSONAS

El trabajo grupal se inició con la identificación de los puntos fuertes y débiles que presenta en la actualidad la atención integral centrada en las personas, desde la perspectiva y experiencia de los profesionales participantes. De la reflexión surgieron las siguientes aportaciones.

PRINCIPALES PUNTOS FUERTES IDENTIFICADOS:

GRUPO 1

- **Percepción de beneficio** y aceptación el modelo por parte de la **ciudadanía**.
- **Legitimidad y respaldo social** de la **atención primaria**: se percibe que la medicina de familia realiza una labor demandada por la sociedad.
- Modelo de **atención primaria** de Andalucía **orientada hacia una atención integral**, accesible, dotada de personal cualificado: alto nivel de la medicina comunitaria.
- **Accesibilidad** al sistema sanitario por parte de la ciudadanía.
- **Atención integral** de personas, con capacidad para dar respuesta a las necesidades de las personas y las familias.
- Consideración del **paciente como persona**, como un todo indivisible.
- Abordaje multidisciplinar.
- Alta **capacidad** de los profesionales.
- **Motivación** y ganas de aprender entre los profesionales.
- **Comunicación** existente entre centros de referencia y centros de Atención primaria.

En el grupo se debate sobre la consideración de la atención integral centrada en las personas como un modelo. Se propone eliminar el término “modelo” cuando se hace referencia a la atención integral en el contexto del SSPA.

GRUPO 2

- **Voluntad compartida** de desarrollo de este modelo.
- El modelo de atención integral es el **futuro** de la atención sanitaria pública.
- Única vía de la atención a pacientes crónicos: la sostenibilidad del sistema pasa por **atención a personas, no enfermedades**.
- **Universalidad** del sistema sanitario.
- **Atención primaria como eje** del modelo de atención.
- La **estructura** disponible para el desarrollo del modelo.
- **Coordinación** e **interrelación** interniveles.
- **Orientación integral**.
- Relación profesional médico-enfermería-trabajo social y otros perfiles: abordaje del paciente desde muchas perspectivas; **longitudinalidad** de la atención.
- Trabajo **multidisplinar**.
- **Preparación, cualificación e implicación** de los profesionales.
- **Confianza** del **paciente** crónico en los/as profesionales.
- **Accesibilidad** de las personas.
- **Accesibilidad a pruebas diagnósticas** y terapéuticas.
- **Continuidad** en la **asistencia**.
- **Paciente experto**: papel del individuo y su participación, opciones accesibles.

PRINCIPALES PUNTOS DÉBILES IDENTIFICADOS:

GRUPO 1

- **Administración** sanitaria percibida como una **traba**: organización de los servicios orientada a los intereses del sistema, no integral, no centrada en las personas, dispersa por la especialización, centrada en la enfermedad, etc.



- **Alto valor** conferido a la **superespecialización** y a la **tecnología**, frente a la atención integral centrada en las personas.
- **Amplitud de la cartera de servicios de atención primaria** y **escasos recursos** con los que se dota.
- La administración **no** proporciona las **herramientas necesarias** para la atención personalizada
- El sistema sanitario **no se cree** su propio **discurso de la cronicidad**, y tampoco profesionales se lo creen del todo. No se termina de asumir la atención integral y la consideración de la valoración que hacen otros compañeros.
- **Atención integral poco reconocida** a todos los niveles, con escasa visión de las personas.
- El modelo de atención sanitaria actual está muy **fragmentado**, cada profesional trabaja en su parcela.
- Los profesionales no están formados en el **valor del trabajo en equipo**.
- La participación de diferentes profesionales con diferentes objetivos terapéuticos conduce a un problema de **polimedicación**, pudiendo llegar a producir iatrogenia o aumento de efectos adversos.

GRUPO 2

- **Ausencia de coordinación** entre niveles.
- Mala **organización**: seguimiento complicado del paciente.
- **Dispersión y heterogeneidad de historias clínicas**. No se ha conseguido una historia común para el hospital y atención primaria.
- **Ausencia de tecnologías de comunicación** para atender al paciente y para comunicarse entre los profesionales de una forma no presencial. Se promueve el uso de nuevas tecnologías pero no se explicita como utilizarlas.
- **Tradicón cultural**: tratar enfermedades, no a personas enfermas.
- **Atención** al paciente como una **serie de episodios agudos** independientes.
- **Ausencia de estímulos** e incentivos.
- **Desconfianza**.
- No se ha resuelto la **comunicación entre el ámbito hospitalario y la atención primaria**, salvo excepciones. Las herramientas de comunicación que se han implantado no se



utilizan (por falta de tiempo, inercia, etc.). Los profesionales se comunican por cercanía y conocimiento personal.

- Todas las iniciativas responden al **voluntarismo**, dado que las vías de comunicación no están institucionalizadas.
- **Variabilidad en la implantación**: el modelo funciona en algunos centros y en otros no. Se ha “comprado el modelo” por parte del sistema pero no se ha implementado en todos los sitios.
- Existencia de experiencias exitosas en la implantación del modelo en determinados centros que no se aplican en otros centros.
- El modelo **no recoge las necesidades del paciente**, ni de la persona cuidadora.
- **Limitación de la cartera de servicios** de los profesionales de **atención primaria** (por ausencia de recursos).
- **Distribución desigual de los recursos**: no en todos los centros se cuentan con los recursos necesarios.
- **Ausencia de voluntad firme** de responsables (Gerencias de hospital y de distrito) para desarrollar el modelo.
- **Medicalización** excesiva.

3.2. PRINCIPALES APORTACIONES DEL DEBATE ESTRUCTURADO EN GRUPOS

Con objeto de identificar los **elementos clave** que determinan la **relación entre profesionales** de atención primaria y hospitalaria, se desarrolló un debate estructurado sobre la relación que existe actualmente entre estos profesionales frente a la que debería existir potencialmente, en el marco de la atención integral centrada en las personas.

Se exponen a continuación las principales ideas aportadas por cada grupo.

GRUPO 1

¿Cómo es la relación entre profesionales?

- **No hay implementación real:** la relación no existe en todos los centros ni entre todos los profesionales.
- **Heterogeneidad** en la relación: se aprecia una diversidad de situaciones y diversidad de apoyos.
- **Basada en la voluntariedad y en las relaciones personales.**
- No siempre existe **respeto entre profesionales y entre ámbitos de atención** (Primaria vs. Hospitalaria): excesivo corporativismo y configuración de grupos profesionales centrados en la especialidad.
- **Relaciones en desequilibrio:**
 - La influencia política y social de la atención hospitalaria es superior a la de atención primaria, en recursos, en presupuestos, etc.
 - A nivel profesional, persisten valoraciones que consideran a los profesionales de atención hospitalaria “más especialistas” que los de atención primaria. Esta desigualdad nunca ha sido abordada desde la administración sanitaria.
 - Asimismo, los profesionales **internistas** son **percibidos por atención primaria como generalistas**, por lo que el paciente crónico no siempre se deriva a ellos, sino el especialista “*de lo concreto*” (neumología, cardiología, etc.).
- Heterogeneidad en la definición del **Internista de referencia:** No siempre se favorece la participación/ colaboración de estos profesiones en atención primaria.
- **Existencia de fronteras de colaboración y coordinación:** falta de voluntad para trabajar en equipo, ausencia de respeto profesional, estructuras que no fomentan ni contribuyen a la atención integral, etc.
- **Asimetría en la información:** algunos profesionales se limitan a derivar al paciente a para su seguimiento/tratamiento, si aportar información relevante sobre su situación de salud o necesidad de atención sanitaria.
- Escasa orientación al trabajo en equipo: **excesiva competitividad.**
- La atención integral se visualiza como atención “*de pobres*”: excesiva **centralidad en la tecnología.**
- Se generan situaciones de **desigualdad para pacientes.**



¿Cómo debería ser la relación entre profesionales?

- Reconocida: **debe existir, implantarse y perdurar** la relación a lo largo del tiempo.
- **Accesible y fluida**: marcada por la confianza mutua y no tanto basada en la tecnología (sería suficiente con el uso del teléfono).
- Con **respeto la profesionalidad** en ambos niveles.
- **No basada en el voluntarismo** e interés individual - personal. La relación debe ser reglada e institucional, formalizada, fomentada y organizada desde el sistema.
- Incorporada **en la agenda** de cada profesional.
- Basada también en la creación de puentes **entre los sistemas de atención primaria y hospitalaria**.
- Fomentadora de la superación del corporativismo: con conocimiento de lo qué hacen los demás, promoviendo la comunicación e intercambio de información entre profesionales.
- Dotada de **herramientas concretas y específicas** para trabajar con un enfoque integral: no solo centrada en episodios, sino que debe incorporar la perspectiva biológica global.

GRUPO 2

¿Cómo es la relación entre profesionales?

- Basada en el **voluntarismo** de los profesionales en gran medida.
- Sin aplicación real del modelo, por la **inercia del sistema**: se continúa manteniendo patrones de relación anteriores, sin cuestionarlos.
- **Con asimetría** en la relación entre Atención primaria y Hospitalaria.
- Con necesidad de más apoyo y más recursos por parte de los profesionales de atención primaria.
- Con problemas de **comunicación**.
- Basada en el **desconocimiento mutuo**.
- Condicionada por la **temporalidad de profesionales**, debido a la inestabilidad laboral y al cambio de las personas de referencia.



¿Cómo debería ser la relación entre profesionales?

- Basada en la **igualdad**.
- Con **objetivos comunes**, definidos por profesionales.
- Con **recursos tecnológicos compartidos** para la coordinación entre atención primaria y hospitalaria.
- **Personal y directa**: con conocimiento mutuo de los profesionales que participan en la atención al paciente. Para ello, es necesario disponer de espacios de encuentro, reuniones, etc. que faciliten la comunicación y el conocimiento, más allá de la dotación de tecnologías.
- Basada en la **motivación**: es preciso reducir la temporalidad de los profesionales.
- Con una mayor **dotación de recursos**.
- Impulsora de un cambio en la **cultura profesional** de la organización.
- Orientada a la toma de **decisiones compartidas**, también cuando la decisión es de “**no hacer**”.
- Con **voluntad** de llevar a cabo el modelo, contando con el apoyo institucional.
- Con conocimiento de **modelos de colaboración**.
- Dotando al **paciente y familia de herramientas** para el autocuidado: apuesta por fomentar el paciente experto.
- Con recursos de **telemedicina interprofesional**: creación de un espacio para interactuar los profesionales.

3.3. IDENTIFICACIÓN DE PROPUESTAS PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN INTEGRAL

Los grupos de trabajo concluyeron con una reflexión individual para generación de propuestas para la mejora de la atención integral centrada en las personas. Posteriormente, se hizo un ejercicio de priorización, bajo el criterio de importancia, basado en la asignación de puntos.

Las tablas adjuntas muestran las propuestas realizadas en cada grupo, así como el porcentaje de puntos que cada una de ellas reunió en el proceso de votación realizado.

GRUPO 1

Tabla 1. Propuestas para la mejora de la Atención Integral Centrada en las Personas, priorizadas según "Importancia". Grupo 1.

Propuesta de Mejora	% puntos obtenidos
Potenciar la autonomía en atención primaria (aumentar recursos, reducir tiempos para pruebas diagnósticas, etc.).	16,00
Asignar recursos (profesionales, inversiones y presupuesto) hacia centros y servicios que trabajan por la integralidad y la atención personal compartida.	16,00
Mejorar la coordinación entre los profesionales: claro reparto de tareas, espacio y tiempo asignado, establecer canales de comunicación estructurados.	9,33
Fortalecer el "generalismo" de la formación (universidad, MIR, plazas asistenciales).	9,33
Diseño de líneas de trabajo comunes interniveles e interprofesionales, incorporando la perspectiva sanitaria y social, dirigidas a la totalidad de profesionales (medicina, enfermería, trabajo social).	8,00
Sistema de alerta en tiempo real dirigida a atención primaria (responsable del seguimiento de pacientes) de pacientes ingresados en centros hospitalarios.	5,33
Documento conjunto de SADEMI, SAMFyC y SEMERGEN Andalucía, concretando elementos indispensables para el futuro de la Atención Compartida y difundirlo a profesionales, instituciones sanitarias y ciudadanía.	5,33
Dejar al paciente decidir quién debe ser su referente sanitario en su proceso, para que se sienta en el centro de la asistencia (formación y educación).	5,33
Trabajo con perspectiva de personas y no centrado en la enfermedad, tanto en guías, como protocolos y herramientas de sistemas de información.	5,33
Actuar como actores secundarios en el proceso del paciente.	2,67
Institucionalizar de manera asimétrica la relación basada en el liderazgo clínico: Atención primaria – Medicina Interna.	2,67
Jornada dirigida a Directivos del SSPA para incidir en la adopción de medidas concretas (presupuesto, estructura, facilitación) que garanticen el futuro de la atención compartida.	2,67
Publicitar la importancia de la atención integral.	2,67

Propuesta de Mejora	% puntos obtenidos
Apoyarse en la voluntariedad en ambos ámbitos asistenciales en las primeras etapas de la implementación de la atención integral.	2,67
Sistema de mensajería corporativa para tener relación entre profesionales de distintos centros y niveles.	1,33
Crear una estructura que permita un acceso fácil y directo con otros niveles asistenciales.	1,33
Organización para disminuir al mínimo la incertidumbre de lo que hay que hacer: dotar de tiempo y medios.	1,33
Establecer estrategias formativas comunes: conocimientos médicos y trabajo en equipo.	1,33
Presencia en los medios para crear un nuevo sentido común centrado en la atención integral, dejando a un lado el protagonismo del perfil de prescriptor y ultra-técnico.	1,33
TOTAL	100,00

GRUPO 2

Tabla 2. Propuestas para la mejora de la Atención Integral Centrada en las Personas, priorizadas según "Importancia". Grupo 2.

Propuesta de Mejora	% puntos obtenidos
Designar la figura del internista de referencia en cada Unidad de Gestión Clínica. Liderazgo de la medicina interna en el hospital.	13,10
Implicación, apuesta clara de la organización.	10,71
Estabilidad en las plantillas de medicina de familia y medicina interna.	9,52
Incentivos profesionales que cambien el clima actual.	9,52
Objetivos comunes y consensuados entre profesionales de medicina de familia y medicina interna.	7,14
Estratificar la población de crónicos complejos para empezar a trabajar donde no hay nada.	5,95
Desarrollo de sesiones conjuntas presenciales.	5,95
Uso de la historia clínica electrónica como verdadero espacio común de información.	5,95
Implicar al paciente.	4,76
Equidad en las estrategias de asistencia para garantizar la igualdad entre los pacientes.	4,76
Establecimiento de vías de comunicación y decisión estructuradas, que no dependan del voluntarismo.	4,76
Desarrollar el proceso particularizando cada centro.	3,57
Internista como "supervisor" de todas las altas hospitalarias de pacientes pluripatológicos.	3,57
Desarrollar estrategias de motivación de profesionales.	2,38
Destruir el modelo P.10. PIC transportado por el paciente.	2,38
Contacto periódico y reglado de referente de medicina interna con su centro de atención primaria.	2,38
Facilidad de comunicación interniveles.	1,19

Propuesta de Mejora	% puntos obtenidos
Comisión mixta que adapte soluciones para cada área.	1,19
Fomentar espacios comunes, crear espacios de encuentro.	1,19
Implicar a otros profesionales.	-
Rotaciones de atención primaria en el hospital.	-
TOTAL	100,00

4. REFLEXIONES GENERADAS EN EL DEBATE EN PLENARIO

La segunda jornada del Encuentro se centró en el desarrollo de un debate dirigido en plenario, en el que los asistentes expusieron sus reflexiones y valoraciones a partir de los resultados preliminares obtenidos en cada grupo de trabajo. Del debate mantenido, los profesionales destacan los siguientes aspectos:

- Las **aportaciones de ambos grupos se complementan**. El grupo 1 se centró más en la importancia de la institución y en la estrategia. En cambio, el grupo 2 profundizó más en lo local, en los aspectos concretos del día a día que afectan al profesional. La diferencia en la visión pudo deberse a la presencia en el grupo 1 de miembros de la junta directiva de las sociedades. En relación con este aspecto, se señala que lo institucional y lo local son dos dimensiones de la misma realidad. Por un lado, la definición y la parte conceptual del modelo de atención integral, y por otro, la organización sobre la que se aplica.
- Se hace una valoración sobre la importancia de centrar el debate en un plano operativo (no institucional), tratando de identificar porqué no funciona la atención integral y qué hay que hacer para que funcione, analizando los problemas desde las diferentes visiones y perfiles profesionales representados en el encuentro. En respuesta a este planteamiento, se enfatiza en la importancia de incorporar ambas visiones (institucional y operativa), promover **acciones que pongan en valor la atención integral**, cambiar la concepción en la ciudadanía y el valor que le otorgan. En opinión de algunos participantes, la población no tiene clara la importancia de la atención integral, siendo este un aspecto importante a tener en cuenta y sobre el que es necesario incidir. Se añade la importancia de que a nivel institucional se reflexione sobre cómo aplicar el modelo para que sea más viable: en este sentido se señala como ejemplo que si se crean más consultas de especialidades, no se fomentará el trabajo integral de los profesionales. Se percibe que las decisiones que se están tomando en la organización no ponen en valor ni refuerzan la atención integral.

- Se destaca que el **modelo de atención integral centrado en la persona es el centro de la Medicina Familiar y Comunitaria**; éstos profesionales no sabrían ni podrían trabajar de otro modo. Debe promoverse la visión integral del paciente por parte de todas las especialidades.
- Los cambios en el modelo de enfermar exigen un **cambio en la atención** que se requiere: en este sentido, la coordinación no es (o no debiera ser) tan compleja. Se propone crear la figura del **internista de referencia** para cada centro de atención primaria y **mejorar las relaciones entre ambos niveles**. Asimismo, se señala la importancia de **estratificar la población** más compleja y empezar a trabajar sobre ella. Cuando se observe que el modelo de atención integral funciona (y funcionará porque es de sentido común) la implementación del modelo se impulsará por sí sola.
- Otro elemento destacado en el debate es el riesgo percibido de que el Plan de crónicos se quede *“guardado en el cajón”*. Debe reflexionarse sobre **cómo poner en práctica este Plan**. Se cita como ejemplo de ello los Acuerdos de Gestión, en los que se percibe excesiva presión sobre la atención primaria: en la agenda del médico de familia prima la atención en consulta, siendo muy excepcional la disponibilidad de **agenda en atención domiciliaria** para pacientes complejos. Los asistentes al encuentro reclaman que la dirección del centro de salud reconozca la atención domiciliaria y la incluya en la actividad diaria de la medicina familiar, como la tiene incluida la enfermería. Incluir esta actividad en la agenda no puede ser solo de interés del Distrito, sino que debe venir impulsado desde la alta dirección del sistema sanitario.
- Se percibe que la **“la estrategia se aleja de la realidad”**, de modo que se dispone de documentos corporativos sobre la atención integral, que son valorados positivamente por los profesionales, pero la realidad y la práctica es bien distinta. Se hace énfasis en que la implementación del modelo no puede depender de la voluntad de los profesionales, sino que requiere de la implicación y el compromiso de la institución, que debe orientar a los centros sobre como desarrollar esa atención.
- Algunos profesionales apuntan que la atención integral está en el debate desde hace más de 20 años: tras haberse demostrado la idoneidad del modelo, **ha llegado el momento de**

tomar decisiones, pero no se toman. En este sentido, se afirma que *“la atención integral es la reforma sanitaria total y radical que necesita el sistema, es la clave”; “en los cajones está el magnífico documento del plan integral, que en realidad debería ser la estrategia de supervivencia del sistema público”*.

- El **modelo ha trascendido en los profesionales, pero se requiere más**. Se propone centrar el análisis en lo micro, preguntarse cómo seguir avanzando, ya que hay profesionales que, aún creyéndose el modelo, no lo han aplicado.
- Se percibe un **desfase entre lo que la institución define y lo que sucede en los centros sanitarios**. Se echa en **falta un plan operativo que impulse la implantación del modelo en todos los centros**, teniendo en cuenta las características de específicas de cada uno de ellos. Esta estrategia acabaría con el voluntarismo con el que actualmente funcionan y trabajan los centros.
- Se afirma que **el protagonismo de la atención integral debe recaer en el profesional de medicina familiar** quien, en determinadas ocasiones, contará con un internista. Para ello, tal vez sea necesario estratificar pacientes, e identificar en qué perfiles se requiere de la coordinación y colaboración entre especialistas. Este cambio debe impulsarse desde los profesionales, que son los que conocen las necesidades de sus pacientes.
- Se propone **analizar las experiencias exitosas e identificar lo que funciona** para exportarlo a otros centros. Además, si dichas experiencias exitosas coinciden con lo que se define en el Plan de crónicos, en ese caso se debe exigir que se pongan en práctica en todos los centros.
- Se pide a las sociedades científicas que exijan a la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales que difunda el Plan de crónicos y evalúe las dificultades que los directivos encuentran para la puesta en práctica del modelo de atención integral. El **análisis de las dificultades debería realizarse por zonas geográficas**.
- Como sociedades científicas deben aunar esfuerzos para impulsar los siguientes aspectos: favorecer la implantación del modelo por los directores de Distritos y de Unidades de



Gestión Clínica; evitar que el paciente sea tratado por especialistas de manera aislada; y reclamar que el Plan de crónicos se ponga en marcha de manera efectiva en los distintos niveles del sistema sanitario (a los profesionales también se les debe exigir la implantación del modelo, pero proporcionándoles las herramientas necesarias).

- Los profesionales de atención primaria destacan la **definición y clasificación de pacientes como una de las dificultades** para la implantación del modelo de atención integral, dada la complejidad de su aplicación. Señalan que la valoración geriátrica integral requiere excesivo tiempo y hacer reevaluaciones, por lo que su extensión a todos los crónicos no se considera viable ni real.
- Algunas personas añaden que el Plan funciona parcialmente, en sitios concretos, con personas concretas, y en muchas ocasiones por vías informales, dependiendo del **voluntarismo**.
- Dado que existe **variabilidad de situaciones en la comunidad**, es obligación moral y ética de las **sociedades científicas reclamar, aportar soluciones, recomendaciones y propuestas concretas** a la Administración para conseguir que se produzcan cambios y que el modelo se vaya generalizando. Dichos cambios deben ser graduales y diferenciados según la situación de partida de cada centro: así, en las zonas más atrasadas, debe comenzarse por una clasificación de los pacientes crónicos complejos; en las más avanzadas deben impulsarse otras actuaciones distintas.
- Se concluye el debate destacando la importancia de **aportar soluciones y propuestas específicas**, definir protocolos y procesos escritos. Se apunta también la idoneidad de definir residentes de Medicina Interna de referencia, no sólo porque serviría de ayuda a los adjuntos de referencia en la hospitalización, sino porque crearía vínculo con otros profesionales de atención primaria, ayudaría a crear equipo interniveles.

5. PRÓXIMAS ACCIONES

En Encuentro finaliza con el consenso, en plenario, de las próximas acciones a acometer por SADEMI, SAMFyC y SEMERGEN Andalucía, dirigidas a impulsar la mejora de la atención integral centrada en las personas en el SSPA:

1. Elaborar un **documento técnico** que recoja las principales ideas emanadas de este primer encuentro.
2. **Declaración** formal, fruto de este foro, en la que las tres sociedades científicas denuncien la situación de “parálisis actual” y la aparición de actuaciones que van en contra de la atención integral centrada en las personas.
3. Instar al desarrollo de un **análisis de situación y definición de hojas de ruta**, diferenciado por áreas y que contemple los tres niveles de la organización sanitaria (macro, meso y micro).
4. Desarrollo de un **Plan de Comunicación**, impulsado por las tres sociedades científicas, para poner en valor la atención integral centrada en las personas

Paralelamente:

- **Seguir trabajando en equipo**, impulsando el desarrollo de otros foros o actividades de intercambio profesional.
- **Evaluar** periódicamente estas iniciativas.

ANEXO I: PROGRAMA DEL ENCUENTRO

Viernes, 28 de noviembre:

17:00 Bienvenida y Presentación del encuentro.

Manuel Ollero Baturone. SADEMI.

Paloma Porras Martín. SAMFyC.

Juan Sergio Fernández Ruiz. SEMERGEN Andalucía.

17:15 Presentación de la metodología del encuentro. Organización del trabajo en grupos.

Carmen Pérez Romero. EASP.

17:30 Inicio del Trabajo en grupos: “Análisis del actual modelo de atención integral”.

- o Puntos fuertes y débiles del actual modelo de atención integral.
- o Aspectos clave en la actual relación entre profesionales de Atención primaria y Atención Hospitalaria.
- o Identificación del papel que deberían asumir estos profesionales en el futuro, en el marco de un modelo de atención integral centrado en las personas.
- o Formulación preliminar de propuestas de mejora en torno al Modelo de Atención Integral.

Metodología: Debate estructurado.

Modera: EASP.

20:45 Fin de la sesión de tarde.



Sábado, 29 de noviembre:

9:00 Exposición las conclusiones obtenidas en los grupos de trabajo.

Modera: EASP.

9:45 Debate en plenario a partir de las conclusiones de los grupos.

Modera: EASP.

11:30 Presentación de las Comunidades de Práctica de OPIMEC, espacio de intercambio profesional.

Diana Gosalvez Prados. EASP.

12:00 Conclusiones y Clausura.

Manuel Ollero Baturone. SADEMI.

Paloma Porrás Martín. SAMFyC.

Juan Sergio Fernández Ruiz. SEMERGEN Andalucía.