



ESTRATEGIAS ALINEADAS

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA,
ESTRATEGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN PEDRO
Y ACCIONES TRANSVERSALES DE
ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN HOSPITALARIA

2021-2024

Prólogo

Conseguir un objetivo conlleva varias etapas: identificar dicho objetivo, contar con la estrategia y la táctica más efectiva para llegar a él y tener cerca el equipo adecuado para lograrlo. El Plan Estratégico del Servicio Riojano de Salud que se presenta en este documento es la muestra clara de que se tienen los objetivos claros, se han podido dibujar unas líneas de acción tácticas concretas y se tiene el mejor equipo de profesionales posible para conseguirlo.

Estas páginas son fruto de meses de diálogo, debate, discusiones, momentos de gran motivación y otros que no tanto que han convivido en el tiempo con una situación crítica para el sistema: la pandemia por COVID-19. Sin embargo, a pesar de las adversidades y de los continuos obstáculos son el resultado de lo que los y las profesionales de todas las categorías han demostrado que quieren y pueden conseguir en el corto, medio y largo plazo.

Ha sido un Plan gestado por y para los y las profesionales. Un Plan sólido, ambicioso y compartido que va a fortalecer sin duda nuestro sistema del presente y del futuro. Un Plan histórico. No solo porque es la primera vez que se crea como tal, sino porque une en un mismo documento dos ámbitos del SERIS que tienen y deben caminar de la mano, trabajando de forma coordinada e integral: Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Son demasiados los puntos en común como para seguir dándose la espalda, sirva este documento para dejar por escrito qué se pretende lograr, aunque varias acciones ya se han dado en los dos últimos años con gran éxito.

Tener claro el horizonte es esencial para construir equipo, para confiar en el sistema y aspirar a un modelo asistencial coherente y cohesionado. No son cuestiones sencillas, pero tampoco imposibles. Y este documento es el primer paso para ello. Sigamos avanzando todos y todas juntos.

Contenido

I. ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO	4
II. INTRODUCCIÓN	6
1. Nuestra población: cambios y necesidades de atención	8
2. La pandemia COVID-19 y su impacto en nuestro sistema de salud	17
2.1. La pandemia COVID-19 y su impacto en nuestra Atención Primaria y Emergencias Sanitarias	17
2.2. La pandemia COVID-19 y su impacto en nuestro Hospital Universitario San Pedro	19
3. Necesitamos transformar nuestro sistema de atención	28
3.1. Modelo de atención	28
3.2. Con perspectiva de sistema	29
3.3. Coordinación	30
3.4. Misión y visión	30
III. ESTRATEGIA PARA UN ENFOQUE TRANSFORMADOR DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA RIOJA	31
1. La Atención Primaria de La Rioja	32
1.1. ¿Quiénes somos?	32
1.2. Nuestra experiencia de transformación, desde dentro	32
1.3. Nuestro diagnóstico de situación	32
1.4. Nuestro reto: transformar nuestro modelo de atención	35
2. Nuestra misión y visión	36
2.1. Nuestra misión	36
2.2. Nuestra visión	36
3. Círculos Estratégicos	36
IV. ESTRATEGIA PARA UN ENFOQUE TRANSFORMADOR DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN PEDRO DE LA RIOJA	42
1. Nuestro hospital en su contexto	43
1.1. ¿Quiénes somos?	43
1.2. Nuestra experiencia de transformación, desde dentro	43
1.3. Nuestro diagnóstico de situación	47
1.4. Nuestro reto: transformar nuestro modelo de atención	48
2. Nuestra misión y visión: un hospital de personas para las personas	52
2.1. Nuestra misión	52
2.2. Nuestra visión	52
3. Círculos Estratégicos	53
V. COORDINANDO LAS ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN HOSPITALARIA	58
1. Objetivos y Acciones Estratégicas Transversales	59
2. Las acciones vienen juntas	61
VI. AVANZANDO HACIA LAS SIGUIENTES METAS	62
ANEXOS Y REFERENCIAS	65
ANEXO I. Análisis de situación de la Pediatría de Atención Primaria	66
ANEXO II. Análisis de situación de Emergencias Sanitarias	67
ANEXO III. Proceso de Elaboración de las Estrategias	68
REFERENCIAS	70



ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO

En la **Introducción** se presentan los profundos cambios epidemiológicos, de necesidades y expectativas de la población de la Rioja, que nos abocan a la necesidad de transformar nuestro modelo de atención para dar respuesta al reto de la cronicidad a la vez que hemos de atender los problemas de salud que se presentan de forma aguda.

En la **Sección III** se presenta la Estrategia de Atención Primaria y en la **Sección IV** la Estrategia del Hospital Universitario San Pedro. Inicialmente, se planteó la elaboración de ambas estrategias como procesos independientes, y de ahí que para cada una se crearon grupos de reflexión propios y se contó con apoyos externos diferentes. Sin embargo, muchas de las aportaciones que se fueron haciendo durante ambos procesos demandaban directamente la realización de acciones conjuntas o apelaban implícitamente a la coordinación de ambos niveles asistenciales. Hasta la fecha y de forma reiterada, los diferentes planes regionales de salud, cronicidad, salud mental, etc., han venido haciendo llamadas o requerimientos a la coordinación entre servicios, entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria (o incluso entre servicios sanitarios y servicios sociales), pero o bien eran requerimientos abstractos y generales o no parecían tener encaje posible y viable en los planes propios de los servicios, dispositivos y niveles asistenciales.

En esta ocasión, durante la elaboración de la Estrategia de Atención Primaria y la Estrategia del Hospital San Pedro ha surgido una oportunidad excepcional para avanzar en la alineación y coordinación entre ambos niveles asistenciales, planteando el alineamiento con una perspectiva de sistema de salud. Así, la **Sección V** recoge aquellas acciones estratégicas transversales que consideramos esenciales para dar respuesta coordinada a las necesidades de salud que tiene ahora mismo la población riojana y que hemos debatido y consensuado. Pero no nos quedamos en eso – ya de por sí un ejercicio novedoso e innovador entre nosotros y en España – sino que hemos querido ser conscientes de la estrecha interdependencia que existen entre las diferentes acciones, por lo que podemos hablar de “paquetes de acciones”.



II.

INTRODUCCIÓN

La sociedad riojana ha cambiado profundamente en las últimas décadas. Somos una sociedad más longeva y envejecida, con mayor prevalencia de enfermedades crónicas y dependencia, y aunque esto nos plantea nuevos retos, es también resultado de nuestro buen desempeño como sistema sanitario. Somos también una sociedad con mayor acceso a diferentes fuentes de información, incluida información sobre salud, y que alberga mayores expectativas (también exigencias insostenibles) sobre la disponibilidad y calidad de los servicios. Somos una sociedad de acogida que se ha enriquecido con la llegada de personas migrantes. Somos una sociedad que ha sufrido la pandemia del COVID-19.

Estos cambios demográficos, epidemiológicos y sociales nos abocan a la necesidad de repensar nuestro modelo de atención como sistema sanitario. Ante estos retos, algunos de desarrollo lento y otros repentinos (p.ej. la pandemia), no caben respuestas parciales o atomizadas.

1. Nuestra población: cambios y necesidades de atención

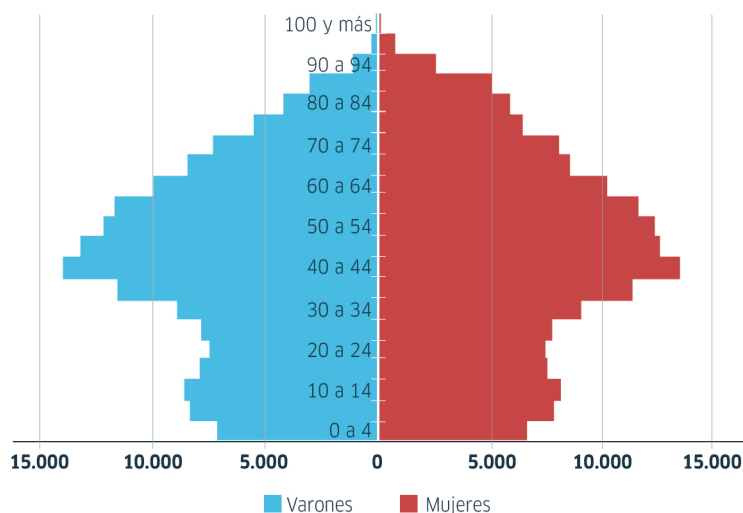
Demografía, migración y proyección demográfica

Servimos a una población residente en La Rioja de 319.914 habitantes (datos de 2020), de los cuales el 50,7% son mujeres y el 49,3% hombres¹. Tras unos años de bajada de la población, desde 2018 estamos asistiendo a una suave recuperación, reflejando la importancia de los flujos.

Con 5.045 km² de superficie, La Rioja tiene una baja densidad de población (62,79 habitantes/km², a 1 de enero de 2019). De los 174 municipios de nuestra región, 135 tienen menos de 500 habitantes, mientras que Logroño y el resto de municipios suponen el 93,7% de la población. Esto refleja que una parte pequeña de la población se distribuye en muchos municipios pequeños y dispersos y la gran mayoría de la población distribuida a lo largo del valle del Río Ebro, en municipios cabeceras de comarca, con la capital en el centro, Logroño que aglutina el 47,9% de la población.

Tenemos una población más envejecida que la media de España. Por edades, el 20,91% de la población riojana (1 de cada 5 residentes) tiene 65 años o más. Nuestro índice de envejecimiento, es decir, el número de personas mayores de 65 años con respecto a menores de 14, supera a la media española: en 2018 fue 138,29 en La Rioja, siendo 125,75 la media de España².

Figura 1. **Pirámide de población. La Rioja y España, 2019**



Fuente: Servicio de Planificación, Evaluación y Calidad y Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria, con datos del INE

¹ Instituto de Estadística de La Rioja. Información Estadística-Población. Explotación del Padrón Municipal de Habitantes de La Rioja. Población por sexo y edad (año a año). Datos de 2020.

² Instituto Nacional de Estadística. Indicadores de Estructura de la Población. Resultados por comunidades autónomas. Índice de Envejecimiento por comunidad autónoma. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1452#!tabs-tabla>

Los indicadores demográficos reflejan una población cada vez más envejecida, con tasas de dependencia, longevidad y envejecimiento superiores a la media nacional mientras que las tasas de juventud e infancia están por debajo.

La Tasa Bruta de Natalidad en La Rioja para 2019 fue de 7,7 niños por cada 1.000 habitantes, lo que nos sitúa ligeramente por encima de la media española (7,6 niños por cada 1.000 habitantes)³. Nuestra Tasa Bruta de Mortalidad en 2019 fue de 10% de fallecidos por cada 1.000 habitantes, mientras que la media nacional fue de 8,8⁴. De nuevo, esta diferencia entre nuestra región y el conjunto del país refleja que el envejecimiento de la población de la Rioja es superior a la media del Estado.

Tenemos una esperanza de vida al nacimiento de 81,0 años para los hombres y de 86,6 años para las mujeres (datos de 2019), lo que nos colocan por delante de la media nacional. Además, la esperanza de vida a los 65 años también ha aumentado, alcanzando en 2019 los 19,7 años para los hombres y los 23,9 años para las mujeres.

La Rioja ha sido y es una tierra de acogida. La población extranjera residente en La Rioja vino aumentando en números absolutos y relativos respecto al total de población hasta estabilizarse entre 2009 y 2013 en torno a un promedio del 14,4% de la población total; siguieron luego unos años de curva descendente y en el año 2017 se invirtió la tendencia volviendo a aumentar hasta el 12% en 2020, que es el peso relativo de la población extranjera entre los residentes en La Rioja. Los extranjeros que viven en nuestra región se incorpora principalmente a los estratos en edad de trabajar e infantil.

Finalmente, las proyecciones de población de La Rioja que se muestran en la Tabla 1 tienen en cuenta la sobremortalidad del año 2020 con un saldo migratorio positivo muy bajo pero que se prevé al alza paulatinamente a partir del año 2021.

³ Instituto de Estadística de La Rioja 2020. *Indicadores Básicos de La Rioja*. Logroño: Consejería de Hacienda. Instituto de Estadística de La Rioja.

⁴ Instituto de Estadística de La Rioja 2020. *Indicadores Básicos de La Rioja*. Logroño: Consejería de Hacienda. Instituto de Estadística de La Rioja.

Tabla 1. **Proyección de población. La Rioja 2019-2035**

1 ENERO 2019	HOMBRES (% S/ TOTAL HOMBRES)	MUJERES (% S/ TOTAL MUJERES)	TOTAL
Total	156.179	160.619	316.798
0-14 años	23.677 (15%)	22.259 (14%)	45.936 (15%)
15 a 64 años	103.115 (66%)	101.498 (63%)	204.613 (65%)
mayores de 64	29.387 (19%)	36.862 (23%)	66.249 (21%)
PROYECCIÓN A 1 ENERO 2035	HOMBRES (% S/ TOTAL HOMBRES)	MUJERES (% S/ TOTAL MUJERES)	TOTAL
Total	153.807	161.196	315.004
0-14 años	18.098 (12%)	17.091(11%)	35.189 (11%)
15 a 64 años	94.674(62%)	94.119 (58%)	188.792 (60%)
mayores de 64	41.035 (27%)	49.987 (31%)	91.022 (29%)
Tasa de dependencia proyectada mayores 64 años (%)	34,1	48,9	
Índice de envejecimiento (%)	142,42	240,73	

Fuente: Servicio de Planificación, Evaluación y Calidad y Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria, con datos del INE

Se observa un retroceso progresivo con un cambio en la estructura por edades, con una población estimada mayor de 65 años de casi el 28,9% de población y se estima que la tasa de dependencia para mayores de 64 años pasará del 34,1% en 2021 al 48,9% en 2035, con predominio de las mujeres en edades de más de 64 años.

Datos socioeconómicos

Datos de 2019 reflejaban cierta mejora en la situación socioeconómica de nuestra población. La tasa de pobreza era del 15,2% y los hogares que tenían mucha dificultad para llegar a fin de mes habían mejorado desde el 7,5% de 2018 al 4,3% de 2019.

Sin embargo, el durísimo efecto socioeconómico de la pandemia de COVID-19 hace predecir un cambio muy negativo en la situación económica de las personas a las que atendemos y somos conscientes de que ello tendrá un alto impacto sobre su salud. La Encuesta de Condiciones de Vida realizada por el INE en 2020 ya recoge parcialmente el impacto de la pandemia y refleja que en 2020 hay un 19% de personas en riesgo de pobreza o exclusión social en La Rioja, con un 15% de la población por debajo del umbral de la pobreza relativa y un 13,2% de los hogares riojanos con dificultad o mucha dificultad para llegar a fin de mes⁵.

⁵ Instituto de Estadística de La Rioja (2021) Estadística al día. Encuesta de Condiciones de Vida Año 2020. <https://www.larioja.org/larioja-client/cm/estadistica/images?idMmedia=1321810>

Expectativas de la ciudadanía

Nunca la sociedad de La Rioja ha tenido tanto acceso a diferentes fuentes de información, incluida información sobre salud.

Y este es uno de los factores que genera que la sociedad tenga mayores expectativas sobre la disponibilidad y calidad de los servicios de salud. Muchas veces, sin embargo, se tratan de demandas o exigencias que el sistema no puede satisfacer, por lo que se hace necesaria pedagogía sobre el uso racional de nuestro sistema de salud.

Nuestra contribución a la salud de la población riojana

Hemos de reconocer con orgullo y proclamar con humildad que el crecimiento de la esperanza de vida y la longevidad de nuestra población es también fruto de nuestra contribución a la salud en La Rioja. Nuestros servicios de Atención Primaria y de Atención Hospitalaria han aportado a la buena salud materno-infantil de nuestra población, a que las personas vivan más tiempo y en mejores condiciones sus condiciones crónicas, a que los pacientes superen un cáncer o sobrevivan más tiempo, a resolver complicaciones agudas, a ayudar a personas con enfermedades raras o a que cuidemos de nuestra población al final de la vida.

La Atención Primaria representa la primera línea de atención del Servicio Riojano de Salud, fruto del esfuerzo de los profesionales implicados en la modernización de la misma, además de mantener la coordinación efectiva y la continuidad asistencial con la Atención Hospitalaria.

Desde Atención Primaria, se atiende a un porcentaje muy alto de la población (entre un 75 y un 80% de la población de La Rioja, lo que significa que 3 de cada 4 habitantes de la Comunidad Autónoma pasan habitualmente por la consulta del personal médico de familia y un 72% por la consulta de enfermería). Como se refleja en la Tabla 2, se observa un incremento del 3,58% (1.646.095 consultas) de las consultas de atención primaria durante el año 2020 (año de comienzo de la pandemia) con respecto a 2019 (1.587.191 consultas), aunque hay una disminución del 2,12% del número de personas que acuden a la consulta.

Sin embargo, en enfermería y en pediatría de atención primaria se aprecia una disminución del número de consultas (6,93% y 13,74% respectivamente), fácilmente atribuible a las características de estas consultas con mayor presencialidad, habiendo aumentado el número de pacientes atendidos por las primeras (2,59% superior), disminuyendo el número de niños que acuden a consulta (6,88%), lo cual es explicable por la disminución de infecciones víricas, así como de la disminución de las revisiones pediátricas.

Tabla 2. **Total de actividad ordinaria y urgente**

	ACTIVIDAD	TOTAL PACIENTES	MFyC		PEDIATRÍA		ENFERMERÍA	
			Consulta	Pacientes	Consulta	Pacientes	Consulta	Pacientes
2019	Ordinaria		1.587.191	249.384	231.485	39.128	1.251.010	222.712
	Urgente	116.425	201.412				155.483	
2020	Ordinaria		1.646.095	244.204	203.521	36.608	1.169.970	228.645
	Urgente	94.212	148.009				100.643	

Fuente: Elaboración propia. Cuadro de Mandos SERIS

Con respecto a la atención continuada/urgencias, durante el año 2020, se constata una disminución de las consultas médicas en un 36% (de 201.412 en 2019 a 148.009 en 2020) y las de enfermería en un 54% (de 155.483 en 2019 a 100.643 en 2020), así como el total de pacientes atendidos de forma urgente en un 23% (de 116.425 bajó a 94.212 en 2020), lo cual se puede justificar por la disminución de las infecciones estacionales, los confinamientos prolongados, así como las normas de asistencia en la atención continuada como la llamada previa al 112, ejerciendo la labor de filtro ante las demandas no urgentes. Llama la atención el aumento de personas atendidas en domicilio (10,09%), con una ligerísima disminución de las asistencias tanto por personal médico (0,30%) como por personal enfermero (1,68%). Por grupos de edad, hay una disminución de las personas que acuden a atención continuada en general, sobre todo en los menores de 45 años, así como el número de asistencias tanto por personal médico como por personal de enfermería, solo habiendo aumentado ligeramente en los grupos muy ancianos (mayores de 90 años).

Se observa un incremento continuo y progresivo de la demanda asistencia en consultas de atención primaria, independientemente de la pandemia, aunque las restricciones de la misma han provocado un freno en la asistencia de urgencia (atención continuada), manteniendo desde todas las consultas de medicina y enfermería familiar y comunitaria, así como pediatría de atención primaria, con porcentajes altos de cobertura a prácticamente casi toda la población riojana.

Tabla 3. **Episodios en adultos por sexo clasificados por los grupos CIAP1 atendidos por Equipos de Atención Primaria en La Rioja 2018-2019 (datos de mayo 2021)**

EPISODIOS ATENDIDOS EN ADULTOS POR SEXO					
		2018	%	2019	%
Abuso crónico de alcohol	Hombres	3.110	83,4	3.190	83,2
	Mujeres	621	16,6	643	16,8
Abuso de tabaco	Hombres	14.912	55,7	15.601	55,7
	Mujeres	11.836	44,3	12.390	44,3
Artritis reumatoide (L88)	Hombres	659	32,0	686	31,8
	Mujeres	1.400	68,0	1.469	68,2
Artrosis de cadera	Hombres	2.475	47,4	2.610	47,6
	Mujeres	2.748	52,6	2.868	52,4
Artrosis de rodilla	Hombres	4.490	34,9	4.716	35,1
	Mujeres	8.360	65,1	8.727	64,9
Asma	Hombres	8.163	45,2	8.717	45,5
	Mujeres	9.890	54,8	10.427	54,5
Cardiopatía Isquémica	Hombres	8.425	69,1	8.772	69,3
	Mujeres	3.766	30,9	3.891	30,7
Demencia	Hombres	2.725	33,5	2.856	33,7
	Mujeres	5.401	66,5	5.619	66,3
Diabetes no insulino dependientes	Hombres	18.140	53,4	18.833	53,5
	Mujeres	15.814	46,6	16.340	46,5
Enfermedad bronquial obstructiva	Hombres	7.941	72,2	8.235	71,7
	Mujeres	3.063	27,8	3.243	28,3
Hipertensión arterial	Hombres	42.095	46,9	43.511	47,1
	Mujeres	47.686	53,1	48.932	52,9
Insuficiencia cardíaca	Hombres	3.567	45,8	3.833	46,1
	Mujeres	4.224	54,2	4.475	53,9
Obesidad	Hombres	9.658	40,1	10.134	40,3
	Mujeres	14.454	59,9	15.040	59,7
Osteoporosis	Hombres	849	4,3	884	4,4
	Mujeres	18.800	95,7	19.257	95,6
Trastornos de memoria	Hombres	4.669	41,6	5.085	41,5
	Mujeres	6.547	58,4	7.164	58,5
Trastornos del sueño	Hombres	13.909	43,6	15.095	44,0
	Mujeres	18.004	56,4	19.203	56,0
Trastornos metabolismo lipídico	Hombres	38.907	47,9	40.438	47,9
	Mujeres	42.299	52,1	44.030	52,1

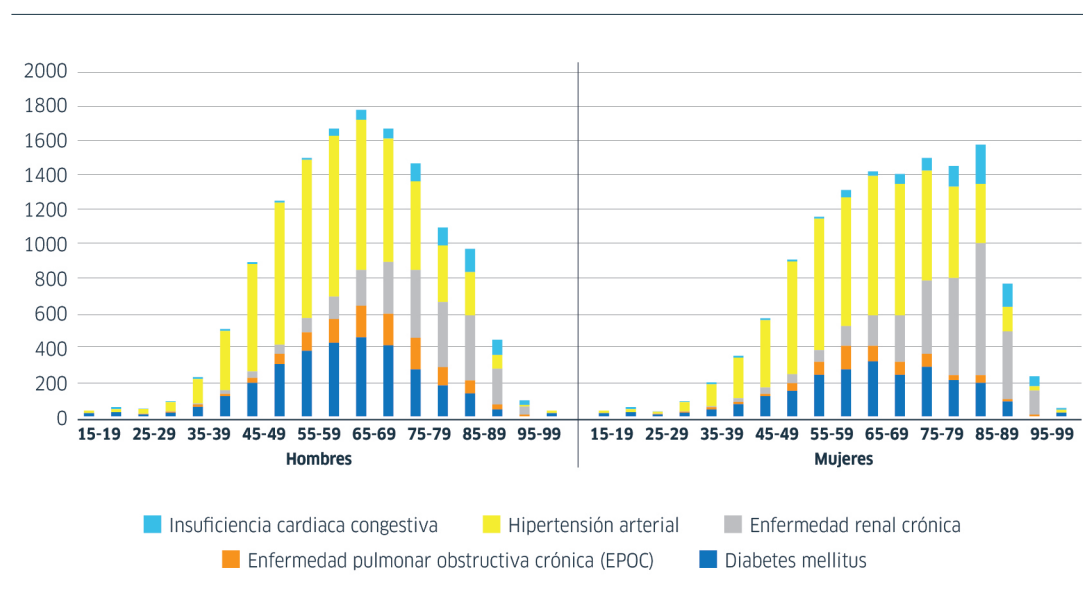
Fuente: Elaborado por el Servicio de Planificación, Evaluación y Calidad y el Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria, con datos del Cuadro de Mandos del SERIS Morbilidad

La atención a la cronicidad se plantea como uno de los más importantes retos de futuro para todos los sistemas sanitarios. Los datos reflejan que la prevalencia de enfermedades crónicas en nuestra sociedad va en aumento (Figura 2). Esto es debido a múltiples factores, entre los que destacan principalmente el aumento de la esperanza de vida y los cambios en los hábitos de vida.

Debemos sumar a este hecho, una relación directa entre la cronicidad, la vulnerabilidad y la dependencia, las cuales se asocian a su vez, a un aumento del consumo de recursos socio-sanitarios y a la propia sostenibilidad nuestro sistema.

La respuesta a la cronicidad obliga a reorientar nuestro sistema sanitario para garantizar una atención efectiva y eficiente, basada en decisiones técnicas y en la evidencia científica disponible. Se precisa de un enfoque integral complementado con intervenciones preventivas así como la implicación activa del paciente, su familia y la comunidad. Un objetivo muy ambicioso que la Atención Primaria debe liderar, con la necesaria coordinación con los diferentes ámbitos asistenciales así como una apuesta intersectorial sanitaria y social.

Figura 2. **Distribución de enfermedades crónicas, casos activos por edad y sexo en La Rioja. 2016-2020**



Fuente: Elaboración propia. Selene AP, casos registrados

En 2020, en los hospitales de nuestra Comunidad hemos tenido un total de 26.995 ingresos. La estancia media ha sido 6,64 días para el HUSP, 16,85 días para el HGR y 4,35 días para la FHC. Nuestra actividad quirúrgica total (programada y urgente), la actividad en las urgencias hospitalarias y el número de consultas externas han ido creciendo en los últimos años (Tabla 4), interrumpiéndose en 2020 como consecuencia de la pandemia.

Tabla 4. **Actividad asistencial hospitalaria y consultas externas**

		2016	2017	2018	2019	2020
HUSP	INGRESOS PROGRAMADOS	7.414	7.448	8.378	8.276	5.850
	INGRESOS URGENTES	16.729	17.615	17.369	17.192	16.703
	INGRESOS TOTALES	24.143	25.063	25.747	25.468	22.553
	ESTANCIAS	148.705	149.520	150.367	151.771	148.363
	ESTANCIA MEDIA	6,19	6,02	5,86	6,01	6,64
	ACTIVIDAD QUIRÚRGICA PROGRAMADA	20.479	21.032	22.383	23.068	17.203
	ACTIVIDAD QUIRÚRGICA URGENTE	1.743	1.993	1.836	1.713	1.858
	TOTAL ACTIVIDAD QUIRÚRGICA	22.222	23.025	24.219	24.781	19.061
	URGENCIAS HOSPITALARIAS	105.752	104.806	105.686	107.087	74.752
	HGR	INGRESOS PROGRAMADOS	77	86	89	95
INGRESOS URGENTES		872	836	1.081	938	558
INGRESOS TOTALES		949	922	1.170	1.033	590
ESTANCIAS		16.334	16.889	16.402	15.951	13.500
ESTANCIA MEDIA		14,80	15,84	12,55	13,98	16,85
FHC		INGRESOS PROGRAMADOS	892	743	717	1.290
	INGRESOS URGENTES	3.059	3.019	2.904	2.919	2.712
	INGRESOS TOTALES	3.951	3.762	3.621	4.209	3.852
	ESTANCIAS	19.000	18.215	16.678	16.011	14.180
	ESTANCIA MEDIA	4,77	4,82	4,58	4,48	4,35
	ACTIVIDAD QUIRÚRGICA PROGRAMADA	3.792	3.871	3.904	3.930	2.808
	ACTIVIDAD QUIRÚRGICA URGENTE	560	486	470	418	367
	TOTAL ACTIVIDAD QUIRÚRGICA	4.352	4.357	4.374	4.348	3.175
	URGENCIAS HOSPITALARIAS	21.226	22.052	22.599	22.757	17.279
	CEX HUSP	PRIMERAS	69.083	61.892	63.185	64.033
SUCESIVAS		175.203	176.397	180.934	183.246	160.392
TOTAL		244.286	238.289	244.119	247.279	213.711
CEX CARPA	PRIMERAS	85.095	81.402	82.949	81.518	62.988
	SUCESIVAS	43.818	44.649	47.848	45.094	38.871
	TOTAL	128.913	126.051	130.797	126.612	101.859
CEX FHC	PRIMERAS	50.259	50.241	54.171	51.237	39.410
	SUCESIVAS	65.745	63.649	64.924	63.514	47.671
	TOTAL	116.004	113.890	119.095	114.751	87.081

Fuente: Elaboración propia con datos de Control de Gestión del HUSP, cuadro de mandos del SERIS y memorias de actividad de FHC.

HUSP: Hospital Universitario San Pedro, HGR: Hospital General de La Rioja; FHC: Fundación Hospital Calahorra; CARPA: Centro de Alta Resolución de Procesos Asistenciales.

El estudio de la morbilidad hospitalaria nos permite conocer las enfermedades o situaciones que están requiriendo nuestra atención en nuestro centro. Datos de 2018 reflejan las altas hospitalarias según los principales grupos de diagnóstico, encabezadas por las *enfermedades del aparato respiratorio* (el 14,8% del total de altas), seguidas por las *enfermedades del aparato digestivo* (13,8% del total). Las *enfermedades del aparato circulatorio* (13,6% del total) ocupan la tercera posición⁶.

¿Cómo nos valora nuestra población?

Según datos del último Barómetro Sanitario (2019), la sanidad pública de La Rioja es altamente valorada por la población. El 27,3% de los encuestados consideran que funciona bastante bien y para el 56,8% el sistema sanitario funciona bien, aunque son necesarios algunos cambios⁷. Además, cada uno de los niveles asistenciales obtienen valoraciones notables: atención primaria obtiene una media de 7,72 sobre 10; atención hospitalaria obtiene 7,07 sobre 10; y el Servicio de Emergencias Sanitarias 061-112 de La Rioja, alcanza 8,16 sobre 10 (lo que supone la segunda puntuación más alta entre todas las Comunidades Autónomas)⁸.

Respecto al Hospital Universitario San Pedro, la *Encuesta de Satisfacción del Hospital*, de noviembre de 2020 confirma la alta valoración que nos tiene la población que atendemos en nuestro centro. En una escala de 0 a 10 (siendo 0 nula y 10 máxima), obtenemos una valoración general de 9,41 en “Trato humano” y un 9,14 en la comunicación con los pacientes (“Información dada al paciente”). Todos nuestros servicios obtienen más de 8 puntos (sobre 10) en “Trato humano”, con tres servicios (Medicina Nuclear, Medicina Intensiva y la Unidad de Cuidados Paliativos) calificados con un 10.

⁶ Instituto de Estadística de La Rioja (2020) *Estadística al día. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2018*. <https://www.larioja.org/larioja-client/cm/estadistica/images?idMmedia=1200879>

⁷ Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social (2019) *Barómetro Sanitario 2019* (Total oleadas). Tabulación por Comunidad Autónoma. Estudio nº 8819 Mayo-octubre 2019. Pregunta 2 (pág.2). https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2019/Tabla_CCAA.pdf

⁸ Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social (2019) *Barómetro Sanitario 2019* (Total oleadas). Tabulación por Comunidad Autónoma. Estudio nº 8819 Mayo-octubre 2019. Pregunta 6 (pág.13). https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2019/Tabla_CCAA.pdf

2. La pandemia COVID-19 y su impacto en nuestro sistema de salud

2.1. La pandemia COVID-19 y su impacto en nuestra Atención Primaria y Emergencias Sanitarias

La brusca irrupción de la pandemia por COVID-19 supuso una emergencia sanitaria que puso a prueba a los Equipos de Atención Primaria (EAP), la capacidad profesional y personal de cada uno de sus miembros y la propia organización funcional de cada centro de salud. De esta manera y de la noche a la mañana, los EAP tuvieron que reinventarse y cambiar su forma tradicional de trabajar para afrontar con rapidez y flexibilidad el gran número de transformaciones necesarias para proporcionar una adecuada atención sanitaria a la población.

Consultorios y centros de salud, de un día para otro, llegaron prácticamente a transformarse en centros monotemáticos de atención al COVID. Pero la capacidad profesional y la responsabilidad de cada uno de los integrantes de los EAP permitió la adaptación a la nueva situación, y aunque en algunos casos, de una manera imperfecta, a obtener resultados positivos en la atención a las necesidades de salud de las personas, de lo cual podemos sentirnos orgullosos. La Atención Primaria ha sido el dique de contención que ha evitado ingresos innecesarios, permitiendo que los pacientes permanecieran en sus lugares de residencia, contribuyendo así a evitar el colapso de los hospitales. Con una gran dedicación y resolución, se ha llevado la atención allí donde lo requerían las personas, incrementándose exponencialmente la atención domiciliaria, principalmente de pacientes crónicos y vulnerables.

Hay que destacar la llegada de la teleconsulta, que se instauró como una herramienta novedosa para realizar el triaje y atención a la demanda, para el seguimiento domiciliario de pacientes con infección por COVID y con otras patologías, para realizar el acompañamiento, la vigilancia y control de los pacientes crónicos, dependientes y vulnerables a las secuelas del propio aislamiento, la soledad, la incomunicación. También ha ayudado a la desburocratización asistencial tantas veces reclamada por el personal sanitario de Atención Primaria.

Por otra parte, la repercusión de la pandemia en el Servicio de Emergencias Sanitarias fue importante y mantenido. A nivel asistencial, además de haber padecido los mismos problemas que el resto de sanitarios (posibilidad de contagios, dificultades en asistencia por uso de equipos de protección individual, incertidumbre), las ambulancias, debían ser descontaminadas después de cada traslado de pacientes infectados, lo que retrasaba y dificultaba las asistencias. La saturación de las urgencias hospitalarias, contribuía a las demoras de los traslados, poniendo a prueba la buena coordinación entre niveles asistenciales.

Sin embargo, la mayor repercusión se produjo en el Centro de Coordinación, donde la población efectúa las demandas telefónicas de asistencia sanitaria a través del 112. La propia pandemia golpeando a la población, la saturación de las Urgencias hospitalarias, la reorganización de los flujos asistenciales en Atención Primaria, entre otros, provocaron que en los peores momentos se triplicaran las llamadas sanitarias en el mencionado Centro. Aún en estos

momentos nos encontramos atendiendo el doble de expedientes sanitarios que antes de la pandemia.

La reorganización motivada por la pandemia trajo mejoras, de las que cabe destacar el incremento de los sanitarios destinados a la asistencia en el CECOP, especialmente la regulación por parte de enfermería y la reubicación de los sanitarios en un espacio en el mismo CECOP.

Aunque queda mucho camino por recorrer, hemos aprendido de esta situación de crisis y a pesar de las circunstancias, la Atención Primaria ha salido reforzada, recuperando poco a poco la normalidad asistencial, introduciendo las mejoras organizativas y de atención necesarias.

Cada centro de salud con el apoyo y el alineamiento de las Direcciones de Atención Primaria, se organizó de forma descentralizada, pudiendo tomar sus propias decisiones para la gestión sanitaria de su zona básica de salud adaptándola a la situación epidemiológica en cada momento. Todo ello propició que afloraran el valor de la confianza entre profesionales, de la colaboración y de la participación en el desarrollo de proyectos exprés multiprofesionales para la contención del COVID en cada uno de los 20 centros de salud de La Rioja.

La flexibilidad y el compromiso de los profesionales ha sido determinante. En pocos días se ha alterado el funcionamiento normal de los centros para dar prioridad a la avalancha de casos de infección, sin descuidar la seguridad del resto de pacientes y del propio personal y se han diseñado nuevas funciones y competencias para cada uno de los profesionales del equipo, adaptándolas a la nueva situación, lo cual ha logrado que cada profesional llegara a sentirse verdaderamente parte integrante del equipo. Esto ha llegado a suponer un sentimiento ambivalente para muchos compañeros y compañeras, que manifiestan que a pesar de haber sido probablemente el momento más duro tanto en lo personal, el redescubrimiento del trabajo en equipo también lo haya convertido en uno de los más hermosos y satisfactorios en lo profesional.

A pesar del esfuerzo, el desgaste y el agotamiento mental, de las adversidades de ver a otros compañeros cayendo infectados, del miedo por sus familiares cada día al regresar a sus casas tras haber permanecido trabajando en primera línea en los domicilios de los pacientes. Pero aun así cada miembro del equipo ha caminado en la misma dirección, prestándose el apoyo necesario para mantener la estabilidad emocional y contener la ansiedad, protegiéndonos los unos a los otros.

Testimonio Personal

Personalmente, ante el primer impacto de la pandemia, estaba confinado por estar contagiado, pero desde el domicilio pude poner en marcha herramientas de teletrabajo que sirvieron para aliviar algo la pesada carga con la cual mis compañeros se enfrentaban en el día a día. En cuanto me incorporé, tuve que adaptarme a aquella situación tan crítica y asumir la dureza del impacto inicial con una carga psíquica y física de niveles insospechados. En mi llegada a la consulta me encontré un cambio de paradigma con una disminución de las consultas presenciales (debido a la propia pandemia) y las pocas que había con aquellas medidas de protección a las cuales no estábamos acostumbrados. Poco a poco, además de adaptarnos, fuimos facilitando la consulta presencial, siempre con medidas de seguridad de los pacientes con el fin de continuar la asistencia, independiente de la situación pandémica.

Testimonio Personal

“
La irrupción del COVID-19 ha significado un reto para los profesionales de la Atención Primaria. Durante los primeros meses de pandemia cambió radicalmente la medicina, ante un desconcierto general y con la consigna de que las personas se quedaran en casa. En AP estamos acostumbrados a lidiar con la incertidumbre, pero en este contexto se mezclaba con los cambios en la forma de atender a la población, nos arrebatava el contacto y la cercanía con nuestros pacientes y nos exigía inmediatez ante la presencia de signos y síntomas no conocidos con una evolución fulminante y que obligaban a su derivación e ingreso hospitalario aun siendo conscientes del colapso existente y haciéndonos sentir realmente impotentes. A título individual, era muy duro mandar a un paciente al hospital sin posibilidad de acompañamiento y sin poder dar una perspectiva alentadora a la familia de cuál podía ser su pronóstico. Por otra parte, el trabajo en casa seguía con actualizaciones de protocolos que cambiaban casi a diario, tardes llenas de webinars y reuniones telemáticas de todo el equipo del centro de salud prácticamente durante los siete días de la semana y la improvisación para gestionar y crear los equipos de protección individual y gestionar los recursos. Esto permitió reforzar la idea de que el buen funcionamiento de todos los engranajes del sistema de salud, diferentes estamentos, niveles asistenciales... es fundamental e imprescindible.

Testimonio Personal

“
A nivel personal, recuerdo especialmente algunos aspectos del primer pico de la pandemia: las largas y agotadoras jornadas organizando y trasladando a los sanitarios protocolos cambiantes (asistenciales, sobre EPI, del Centro de Coordinación, etc.), coordinando la llegada masiva de pacientes a los servicios de urgencias, las largas esperas de los pacientes, los estragos en las residencias de personas mayores, los contagios de los compañeros y las dificultades para poder seguir dando cobertura a los turnos de trabajo. También destacar aspectos emocionalmente positivos: la respuesta abnegada de los sanitarios del Servicio ante las dificultades de la pandemia, bajas, etc. y la sensación de trabajo en equipo (a todos los niveles) para hacer frente a la desconocida pandemia que teníamos delante.

Testimonio Personal

2.2. La pandemia COVID-19 y su impacto en nuestro Hospital Universitario San Pedro

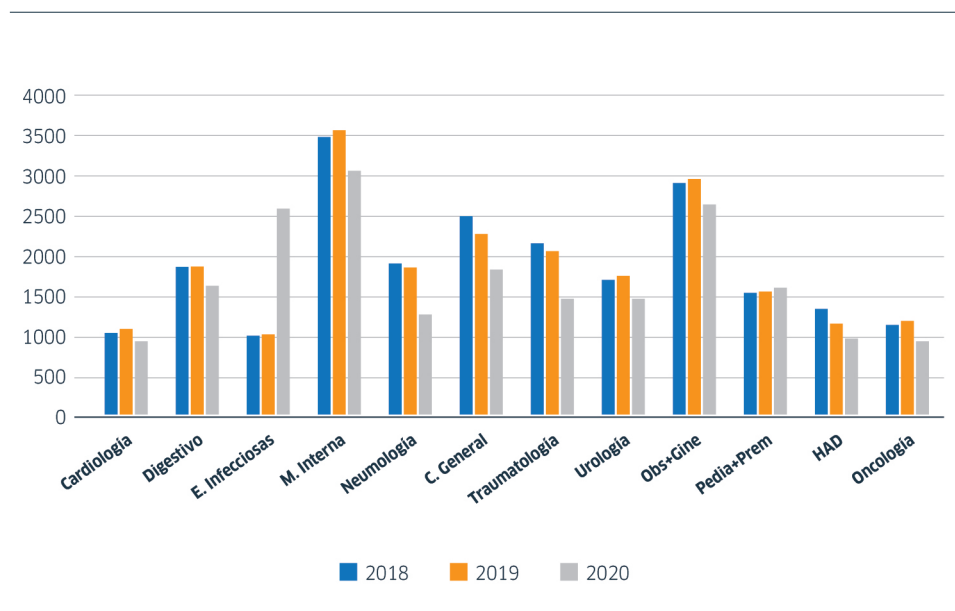
Tras más de un año de pandemia, se mantiene la presión asistencial de pacientes con infección por COVID sumada a la demanda asistencial habitual. Lejos quedan los primeros meses de incertidumbre e improvisación debido a una emergencia sanitaria con un nivel de exigencia que nadie esperaba. El hospital ha demostrado que puede ser flexible y adaptarse, tanto en el aspecto de infraestructuras como en el de los recursos humanos. Se ha trabajado de forma interdisciplinar a un nivel que nunca antes habíamos experimentado.

La demanda de hospitalización ha sido distinta en las diferentes olas, tanto en planta de hospitalización como en la UMI, cambiando el perfil demográfico y características de los pacientes conforme han evolucionado la pandemia y la vacunación. Sin embargo, salvo días

muy aislados, desde el inicio siempre ha habido pacientes ingresados en ambas áreas, lo que ha supuesto un enorme desgaste del personal del centro y consumo de recursos.

Los datos de hospitalización de años anteriores han sufrido variaciones importantes respecto a los de pandemia. El servicio que más ha aumentado el número de ingresos en el año 2020 ha sido Enfermedades Infecciosas, triplicando el número de los mismos (gráfica 2). El resto de especialidades médicas han disminuido el número total de ingresos habituales en torno a un 20-30%, sin embargo, su colaboración necesaria para atender pacientes COVID además de su demanda propia ha resultado vital en los momentos más críticos de esta pandemia, incluyendo el papel clave de Hospitalización a Domicilio para evitar congestionar el hospital y los dispositivos de asistencia domiciliaria tras el alta. Como consecuencia, algunos servicios han experimentado cambios profundos, como la Unidad de Medicina Intensiva (UMI), que ha sido uno de los servicios más afectados, no en tanto por el número de ingresos totales, como por el marcado aumento de estancias medias debido a la atención de pacientes COVID. El número de camas se ha cuatriplicado en diferentes olas. En cuanto a la estancia media para pacientes COVID ha sido de 18.8 días y para el resto de pacientes de 3.7 días durante 2020. Para su atención se han tenido que ir adaptando y dotando diferentes unidades como quirófanos y zonas de reanimación e ir reclutando a diferentes especialistas adiestrados en ventilación y pacientes críticos. En el momento actual la Unidad de Policríticos (UPC) es la destinada a estos pacientes y el Servicio ha aumentado su capacidad hasta las 43 camas desde las 17 camas disponibles pre pandemia.

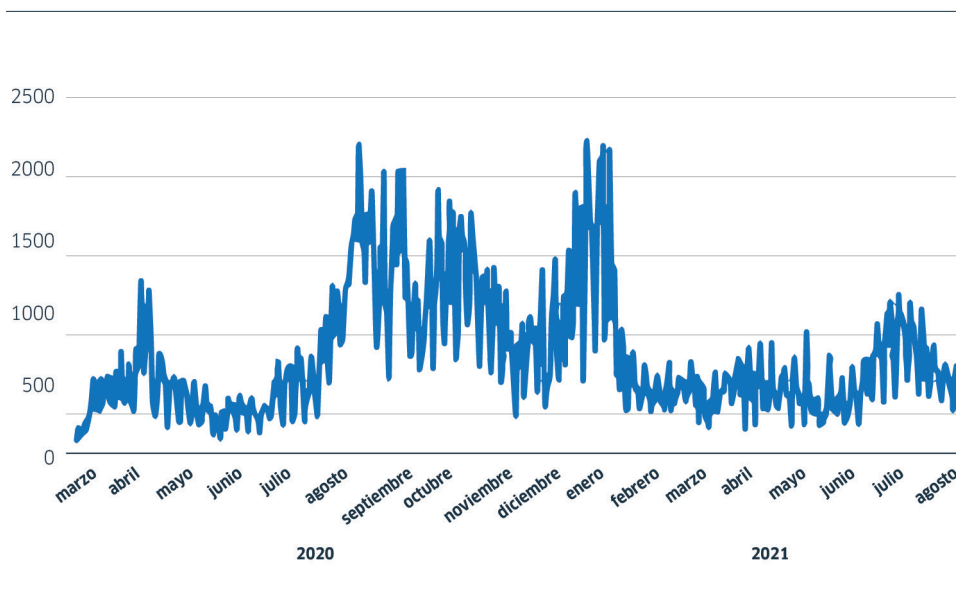
Figura 2. **Ingresos por servicio HUSP**



Fuente: elaboración propia. Cuadro de mandos del SERIS.
Se muestran los servicios con mayor número de ingresos.

Los servicios centrales también se han enfrentado a estos nuevos retos, cada uno desde su realidad; el laboratorio de Microbiología, que ha incrementado veinte veces su capacidad diagnóstica (gráfica 3), el aumento de la demanda sufrido también en el laboratorio de Urgencias, que obligó a reforzar su capacidad de respuesta, la adaptación y respuesta de Radiología, el trabajo discreto pero fundamental de la Farmacia Hospitalaria y del Banco de Sangre. Otros servicios menos visibles pero que siempre están allí, como Esterilización, Cocina, Mantenimiento, Limpieza y Seguridad también tuvieron que adaptarse y trabajar coordinadamente para poder superar los momentos de crisis sufridos durante estos meses.

Figura 3. **Número de PCR SARS-CoV-2 realizadas en La Rioja**

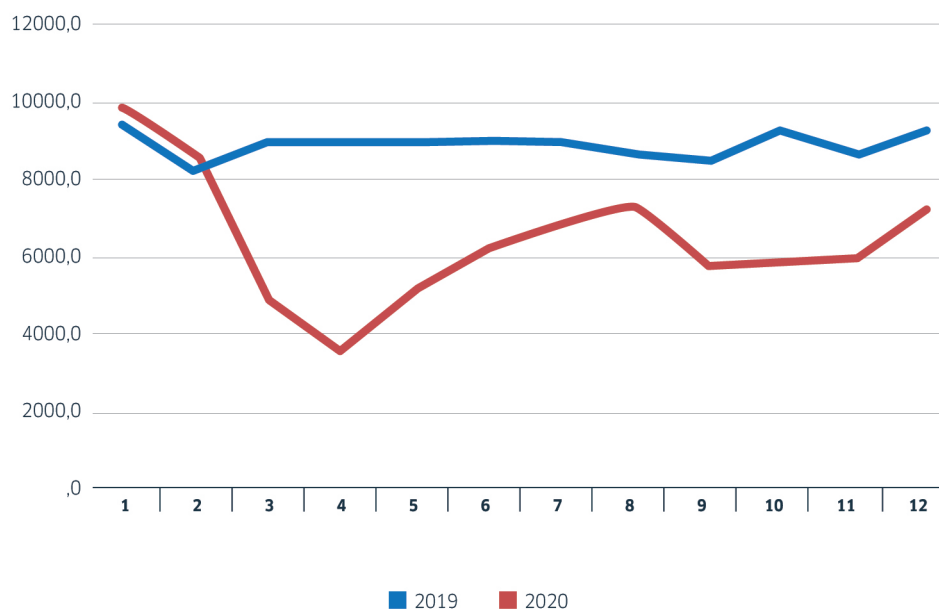


Fuente: elaboración propia. Datos del Ministerio de Sanidad.

El Servicio de Urgencias, después de años de demanda progresivamente creciente, ha registrado un descenso importante en la misma, especialmente significativo en la edad pediátrica, posiblemente por efecto del confinamiento prolongado o por el miedo de cierta parte de la población a resultar contagiados en el propio servicio. (gráfica 4). Se ha registrado, también por efecto de la pandemia, un exceso de mortalidad en el propio servicio por la gravedad de la infección. Como consecuencia, se pusieron en marcha reformas estructurales y funcionales y se amplió la plantilla de trabajadores del servicio.

En el año 2020 fueron atendidos en el servicio de urgencias 75.633 pacientes, 30.454 pacientes menos que el año precedente, en el que se produjo la mayor demanda registrada en este servicio (106.087 atenciones). Durante los dos primeros meses del año 2020 continúa la tendencia creciente de las atenciones, para disminuir abruptamente a partir del mes de marzo.

Figura 4. **Comparación demanda mensual. Años 2019-2020**

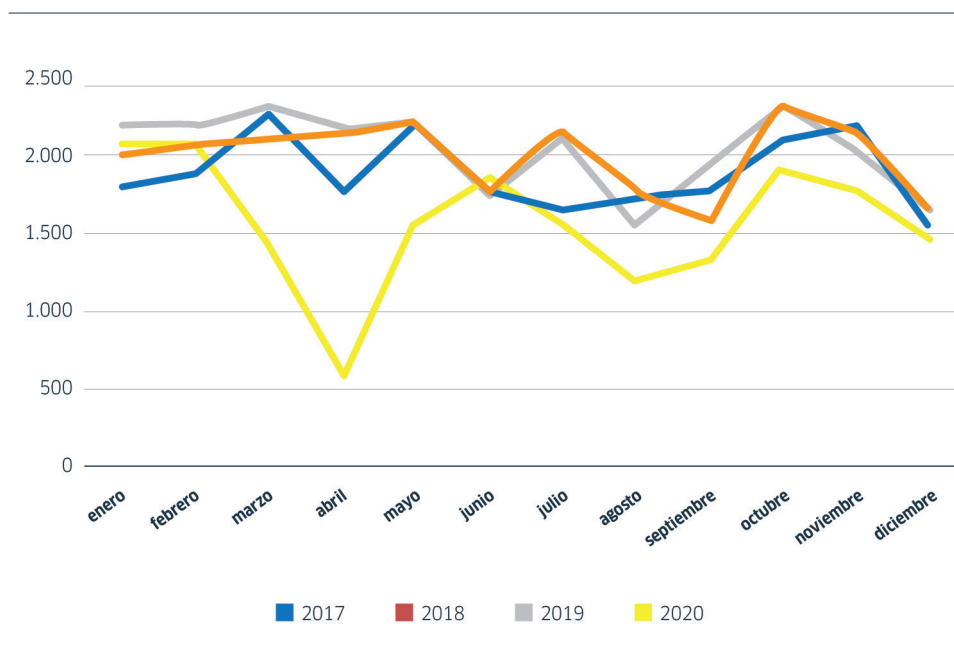


Fuente: Memoria de actividad del Servicio de Urgencias. Año 2020.

En cuanto la actividad del Bloque Quirúrgico durante la pandemia, se ha visto afectada de distintas maneras según la evolución de las olas pandémicas sufridas (gráfica 5).

En la primera ola la actividad quirúrgica sufrió un gran impacto. En primer lugar, por el desconocimiento inicial que se tenía de la propia pandemia y posteriormente por la propia presión asistencial de los pacientes con COVID 19, obligó a utilizar los quirófanos del bloque de quirófanos de la primera planta y del área de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) como camas de cuidados intensivos improvisadas. De la misma manera, el personal del Servicio de Anestesiología y Reanimación tuvo que atender a pacientes en situación de intensivos. Se suspendieron casi la totalidad de las cirugías programadas no urgentes y se reservaron los quirófanos del bloque de la segunda planta para las cirugías urgentes y las cirugías oncológicas de los distintos servicios. Esta situación obligó a optimizar y rentabilizar al máximo los recursos de los que se disponían, implementando un quirófano COVID exclusivo. También se pusieron en marcha distintos protocolos de actuación en colaboración con las sociedades científicas en cuanto a medidas de protección del personal y pacientes.

Figura 5. **Impacto de la pandemia en la actividad quirúrgica. Comparativa por meses 2017-2020**



Fuente: Elaboración propia. Cuadro de Mandos del SERIS.

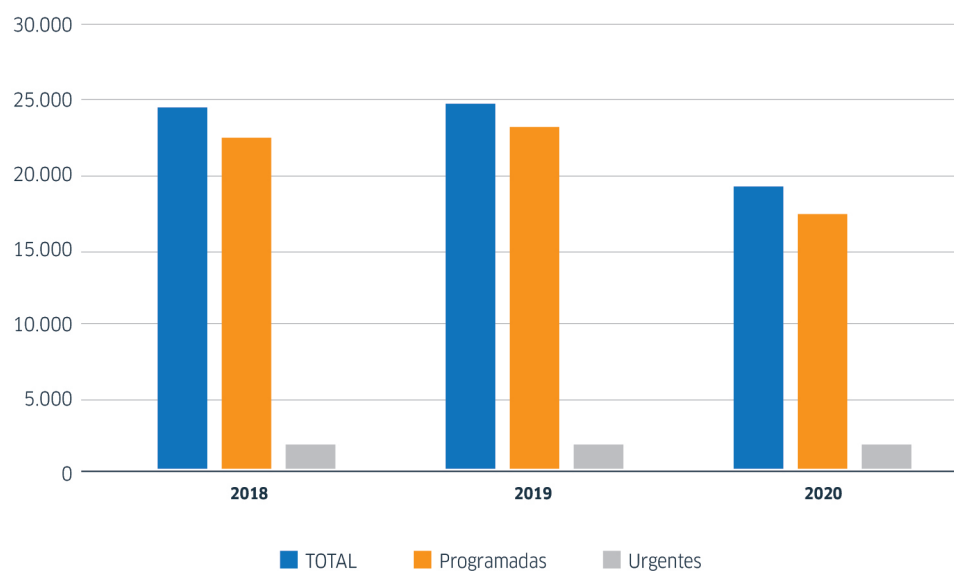
Durante la segunda ola la situación en el Bloque Quirúrgico fue de menor impacto y permitió mantener una actividad relativamente normal. Si bien las medidas de control ralentizaban el trabajo habitual.

La tercera ola tuvo un impacto similar a la primera, con el cierre de los quirófanos de la primera planta y de la CMA. Obligó de nuevo a priorizar pacientes y realizar cirugías urgentes y oncológicas.

En las olas posteriores (tercera y cuarta) la actividad se normalizó permitiendo incluso en algún momento puntual realizar jornadas quirúrgicas de tarde.

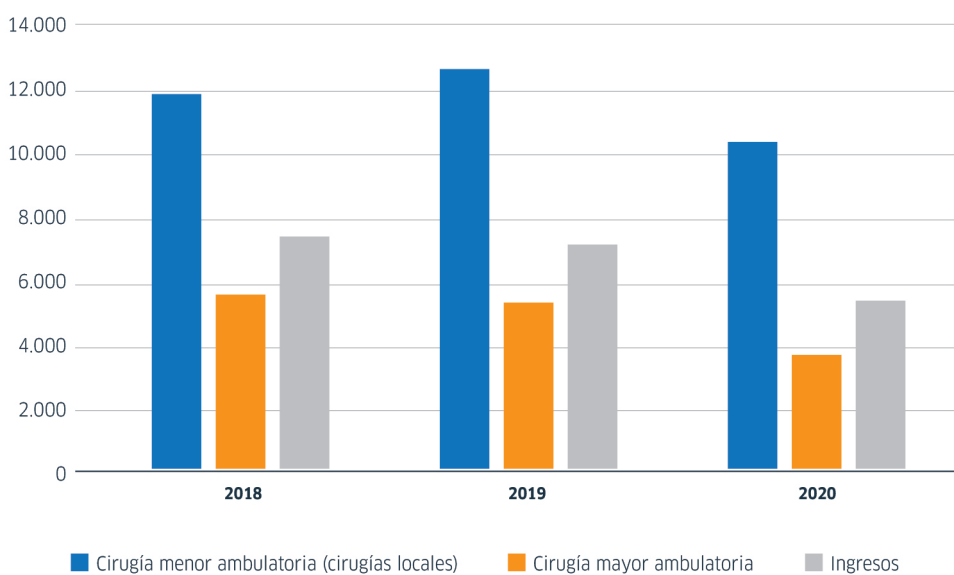
Como resultado, la pandemia ha tenido un impacto negativo en las listas de espera quirúrgica, lo cual supone un enorme reto asistencial a corto y medio plazo (gráficas 6 y 7).

Figura 6. **Comparación actividad quirúrgica programada y urgente. Años 2018-2020**



Fuente: Elaboración propia. Cuadro de Mandos del SERIS.

Figura 7. **Comparación cirugía mayor y menor ambulatoria y cirugía con ingreso. Años 2018-2020**



Fuente: Elaboración propia. Cuadro de Mandos del SERIS.

Las estrategia y planes de una organización suelen abstraerse o prescindir de circunstancias coyunturales para adquirir una proyección temporal a largo plazo. Pero nosotros no queremos hacer eso. Estamos viviendo la mayor pandemia global que ha conocido nuestra sociedad, que ha llevado a nuestro sistema sanitario a la mayor “prueba de esfuerzo” que hubiésemos podido concebir. Por tanto, no podemos obviar la pandemia del COVID-19, ni ignorar el sufrimiento que nos causó, ni dejar de reconocer el esfuerzo de todos. Creemos además que, de esta crisis, hay lecciones positivas que podemos extraer.

Todos y cada uno de los integrantes de este equipo de más de 2.000 personas que formamos el Hospital Universitario San Pedro podría contar su propia experiencia de compromiso, lucha, soledad, compañerismo, compasión... En esta sección, recogemos tan solo los testimonios de dos compañeros y compañeras con los que seguro que nos sentimos identificados.

El contacto con la realidad COVID llegó de manera casual, sin buscarlo, pero como por desgracia le pasó a todo el mundo de una u otra forma.

El trabajo del personal asistencial fue y está siendo muy duro, pero también lo fue y lo es a nivel organizativo. Sobre todo, al principio, cuando la expansión de la enfermedad se produjo de manera tan rápida que obligaba a duplicar habitaciones dentro de cada nuevo control de enfermería que se iba abriendo.

Había que adaptar los circuitos, la forma de trabajar, el uso continuado de EPIs, reabastecimiento de materiales y algo más importante, conseguir la cohesión del equipo humano que se estaba en muchas ocasiones conociendo debido al incremento de éste por el aumento de pacientes que se atendían por cada uno de los controles, así como la adaptación del personal a la nueva actividad que tenía que realizar.

Y todo mientras se estaba atendiendo a los pacientes, aislados, sin contacto con los familiares, con una incertidumbre total de lo que estaba pasando dentro y fuera del hospital, donde los protocolos, tanto internos, como de las normas que había que cumplir, eran cambiantes cada día.

Aspecto a tener en cuenta, y que creo nos ha dejado huella a todos, sobre todo en esa primera ola, la alta tasa de mortalidad, y la forma de enfrentarnos con esas situaciones. Recibir a familiares a los que se le acababa de avisar que su madre ha fallecido; ayudarle a colocarse un EPI para que pudieran darle un último adiós, pero sin permitir un contacto..., o consolar a ese hijo, que no se atreve ni a pasar, pero te entrega el DNI para formalizar el parte de defunción..., o esa hija a la que ayudas a colocarse el EPI para que pueda ver a su madre viva un momento, cuando se le ha avisado que va a fallecer, y cuando entras a la habitación con ella, resulta que ya ha fenecido...

A medida que avanzaba la pandemia, el número de pacientes que empeoraban su estado clínico, y que precisaban de una cama de Cuidados Intensivos era mayor; llegamos a pasar de las 17 camas estructurales de cuidados críticos a alojar a más de 60 pacientes de ese tipo, lo que obligó a adaptar espacios y personal para poder atender este tipo de pacientes. Como consecuencia, se tuvo que suspender una importante actividad quirúrgica, que aún hoy arrastramos, para adaptar los quirófanos como UCIs. De los 16 quirófanos, 10 con sus reanimaciones, los cerramos y pasaron a atender pacientes críticos.

Y ante todas estas situaciones, destacar el buen hacer del personal de las diferentes unidades que han dado el 2000% y más, trabajando hasta la extenuación, y ofreciéndose a todo lo que se les pedía ante la falta de personal, porque no podemos olvidar que han sido muchos los compañeros que han enfermado mientras cuidaban de sus pacientes.

Testimonio Personal

Esta pandemia se está haciendo demasiado larga. Recuerdo aquél día de marzo del 2020 en que el hospital comenzó su transformación, sus plantas todas iguales, el personal cambió de blanco a verde, todos iguales, el personal de limpieza dándole a la mopa y al trapo continuamente para que todo estuviese desinfectado, y cargando bolsas y bolsas de ropa y residuos... Todos vestidos iguales trabajando por y para el paciente, con una gran tristeza pero con un sentimiento de equipo y una fuerza, que nos daba una gran alegría y ganas de seguir adelante porque “podíamos con eso y con más”, ¡había que salir!. Al menos eso sentía yo con mis compañeros hora tras hora y día tras día.

Llegaron los aplausos; aplausos que hacían llorar de emoción, tenían sabor a agradecimiento, a satisfacción, a empujón para continuar al día siguiente a pesar del agotamiento porque aquello merecía la pena.

Aplausos que pronto supieron a hiel, a rabia, a jerga vecinal, a orquesta de ventana a ventana mientras las personas morían, el hospital explotaba o las UCIs reventaban, el personal se agotaba ...y se brindaba los domingos en el balcón a la 13h. Exhaustos y sin tiempo de recuperarnos de la batalla, ganada, pero con muchos soldados caídos o mutilados por el camino, llegó la segunda ola. Más de lo mismo, irresponsabilidad. Ya sabíamos lo que no había que hacer... pero volvió a ocurrir, en mayor o menor medida. Y para qué seguir, aquí estamos en la quinta ola y sin esperanzas de que sea la última.

Para terminar, decir que tenemos un maravilloso hospital que debemos cuidar, y más aún al maravilloso personal sanitario y no sanitario del SERIS y de otras empresas que lo conforman, porque han demostrado y siguen demostrando su gran profesionalidad a pesar del cansancio de todos estos meses. Y como no podía ser de otra manera, dar las gracias especialmente, sí... con mayúsculas, a mi gremio, al que no me puedo sentir más orgullosa de pertenecer: ¡gracias enfermeras!

Testimonio Personal

El hospital como organización ha demostrado una enorme capacidad de adaptación a la situación tanto en cuanto a su estructura, su diseño, como su funcionamiento. Todos los profesionales del hospital desde el equipo de limpieza, de celadores, mantenimiento, profesionales sanitarios etc., lo han dado todo para mantener la actividad asistencial que esta situación requería. Es digno reconocer el enorme esfuerzo organizativo y de gestión que la Dirección del hospital ha llevado a cabo. De todo esto podemos extraer aspectos positivos y también negativos.

Como positivos destacaría la organización en equipos multidisciplinares de apoyo en la atención a los pacientes, que ha facilitado relación entre compañeros trabajando en la misma dirección (no se competía entre servicios), dándose mutuo apoyo. Nos hemos dado cuenta que podemos ser capaces de dejar de ser especialistas X y pasar a ser provisionalmente médicos atendiendo una “catástrofe sanitaria”. Además, hemos buscado la forma de aliviar a los pacientes en su soledad y a sus familiares en su lejanía. Todo esto nos tiene que llenar de orgullo y alimentar nuestro sentimiento vocacional.

Pero desgraciadamente, creo que esta pandemia nos deja por el contrario una gran carga de aspectos negativos. El cansancio y agotamiento por el esfuerzo se percibe en cuanto uno pisa el hospital, ha monopolizado todos los temas de conversación, también porque de poco más se puede hablar. Se han enfriado las relaciones entre compañeros, no hay café por las mañanas, tampoco tertulia en las comidas en las guardias y las cenas es por turnos. Se han enfriado las relaciones con los pacientes, muchas son telefónicas y esto no facilita el contacto con los pacientes mayores, ni la conversación va más allá de lo puramente médico. Las presenciales son a distancia, apenas hay contacto físico y la mascarilla no deja ver una sonrisa. Unos y otros lo aceptan, pero están deseando volver a la situación anterior.

Sin embargo, se ha creado una cultura hacia el uso de la tecnología en la relación médico-paciente, que en el futuro incorporando algunas mejoras (p.ej. teleconsulta), puede quedar integrada en la rutina diaria para algunos pacientes.

Pero la mayor factura que vamos a tener que pagar, es que, desde hace 1 año, el hospital está en modo bypass esperando a un atisbo de cambio, para poner en marcha el motor de la actividad asistencial no COVID, de proyectos pendientes o futuros previstos etc. No se avanza en iniciativas ya puestas en marcha, son pequeños impulsos sin continuidad. Realmente es una situación muy frustrante para los profesionales.

Testimonio Personal

Cuento en primera persona como viví la situación. La realidad es que debido a la situación imprevista en la que nos encontrábamos se hizo lo que se pudo. Nos pidieron voluntarios para ir a planta COVID y dada mi edad, me ofrecí, dejé mi especialidad, para pasar a ser parte del equipo COVID. Lo primero que eché en falta fue formación, me llegó por WhatsApp y por mail un protocolo con el que tenía que trabajar, pero nadie se reunió con nosotros para explicarnos cómo trabajar o cómo proceder y mucho menos para prepararnos psicológicamente para la dura situación a la que nos íbamos a enfrentar. Por suerte, los compañeros que formamos los equipos multidisciplinares trabajamos fenomenal juntos y ayudábamos cada uno con lo que podía. Ese trabajo en equipo fue lo mejor de la pandemia, porque entre todos conseguimos sacar dignamente el trabajo y tratar a los pacientes lo mejor que pudimos.

Creo que por parte de la Gerencia y por parte de varios Jefes de Servicio se pusieron los medios para llevar a cabo esta coordinación y hacerlo lo mejor posible. Pero creo que gran parte del éxito se debió al equipo humano que hubo y a su esfuerzo e implicación. De hecho, creo que el motivo principal que hizo que la organización funcionara fue las buenas relaciones que se establecieron dentro de cada control y entre controles. Llama la atención que en la segunda y tercera ola haya sido mayor la improvisación cuando ya había habido experiencia de la primera y “tiempo” para organizarlo.

Creo que la pandemia ha sido una demostración de innovación, coordinación y adaptación, de una buena resiliencia, pero me parece que una situación tan puntual, desproporcionada y esperemos que única, sirva para saber que, si queremos, juntos podemos trabajar muy bien y que los equipos multidisciplinares son enriquecedores para todos; pero no olvidemos que por otro lado las patologías son cada vez más sub-especializadas y necesitan de un conocimiento específico, no todos podemos hacer todo.

Creo que se pueden sacar cosas buenas de la pandemia, pero no perdamos el horizonte de que ha sido una cosa excepcional y de que, aunque los equipos multidisciplinares son lo mejor que nos ha traído la pandemia, no olvidemos que los pacientes siguen teniendo patologías específicas que requieren de su atención.

Testimonio Personal

Así pues, el peso de la situación en estos momentos es tan fuerte que no podemos abstraernos de ella. Hemos intentado adaptarnos a esta catástrofe sanitaria lo mejor que hemos sabido y podido. Hemos buscado anticiparnos y trabajar desde la humildad de “no lo sabemos todo”, pero vamos probando y viendo qué funciona y cómo está funcionando. La anticipación siempre será nuestra mejor arma y precisamente esta Estrategia es ejemplo de esa voluntad de analizar y diseñar propuestas que sirvan para orientar nuestra acción en el futuro.

Como se nos dice en estos testimonios, una de las grandes lecciones que podemos extraer es que es posible superar barreras organizativas aparentemente infranqueables, simplemente por el bien de las personas que atendemos. Cuando la pandemia ya no monopolice nuestras energías, retendremos la experiencia de que, “si queremos, juntos podemos trabajar muy bien”.

3. Necesitamos transformar nuestro sistema de atención

3.1. Modelo de atención

De la anterior sección concluimos que estamos asistiendo a un cambio en el patrón epidemiológico (longevidad, mayor esperanza de vida, aumento de la cronicidad y fragilidad) y de expectativas de la población a la que servimos. Estos profundos cambios los hemos ido experimentado en todos y en cada uno de los diferentes niveles asistenciales, servicios o dispositivos, hasta el punto de que la necesidad de **transformar** nuestro modelo de atención es sentida por todos los profesionales que trabajamos en el Sistema Sanitario Público de La Rioja.

En ambos niveles asistenciales, experimentamos los mismos cambios:

“Debido al aumento de la esperanza de vida y a estilos de vida menos saludables, los pacientes que atendemos en Atención Primaria son más complejos, tanto los de edad media, con varios factores de riesgo y varias enfermedades crónicas, como los mayores, que son pacientes pluripatológicos complejos. Este cambio obliga a un esfuerzo organizativo que no hemos sabido adaptar, tanto en los Centros de salud como en el Hospital. Todavía hay distancia y falta de entendimiento entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria. Necesitamos establecer un circuito estable de relación, que no dependa del voluntarismo y relaciones personales entre los profesionales”.

Esta necesidad de transformación no significa alterar la esencia ni los elementos fundamentales de nuestro sistema, pero tampoco significan cambios cosméticos o simples ajustes. Se necesita reorientar y cambiar elementos importantes, como hábitos y culturas organizativas que dificultan la coordinación asistencial entre los diferentes niveles y recursos, o modelos y prácticas orientados a la patología aguda más que a las patologías crónicas, por ejemplo.

La *Estrategia de Atención al Paciente Crónico de la Rioja 2014* nos reclama la reorientación del modelo de atención: “El actual modelo de atención en salud está configurado principalmente para la atención de problemas de salud que se presentan de forma aguda. Por ello, es necesario reorientar el modelo asistencial para adaptarse a las necesidades del paciente crónico. La calidad asistencial al paciente crónico se ve disminuida si no se ejecuta de forma integrada y no se facilita una continuidad en los cuidados entre los niveles asistenciales y alianzas con los servicios sociales”.

En definitiva, hay una percepción generalizada que todo intento de reorientar el modelo para una efectiva gestión de la cronicidad pasa por establecer **la Atención Primaria como vertebradora de la respuesta** de nuestro sistema y **una Atención Hospitalaria capaz de apoyar y amplificar los efectos de una Atención Primaria fuerte**⁹. Esto solo es posible si ambos niveles asistenciales nos entendemos como partes esenciales de un mismo sistema.

En este ejercicio de alineamiento de las Estrategias, nuestro mayor esfuerzo ha sido repensar los modelos de atención y alinearlos, más que en hacer largas listas de acciones, por muy adecuadas que sean. Así, cada Estrategia incluye un apartado que define el modelo y profundiza en los principales elementos que lo han de configurar.

3.2. Con perspectiva de sistema

Muchas veces hablamos del sistema sanitario de La Rioja sin reparar en las profundas implicaciones que tiene el concepto de “sistema”. Es un concepto que ha recibido atención en los debates de salud y sanidad en las últimas décadas, promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros organismos internacionales, principalmente desde la publicación del Informe de la OMS sobre la salud en el mundo 2000 subtulado “Mejorar el desempeño de los sistemas de salud”. En este informe, la OMS definió qué es un sistema de salud y conceptualizó los objetivos y funciones de todo sistema de salud¹⁰.

En esfuerzo de alineamiento de las Estrategias de Atención Primaria y del Hospital San Pedro está hecho desde el convencimiento de que antes de ser un nivel asistencial concreto o un servicio o un equipo de profesionales, somos parte de un único sistema sanitario al que se nos ha encomendado producir, mejorar y restaurar la salud de la población de La Rioja.

Esto implica que:

- somos responsables de nuestro desempeño, y corresponsables del desempeño del otro nivel asistencial o del resto de dispositivos de atención;
- que solo alcanzaremos resultados positivos en salud en la suma del desempeño exitoso de todos;
- que modificar o transformar una parte del sistema afecta al resto de los elementos del mismo.

Pues bien, este alineamiento de estrategias está hecho con mirada sistémica. En la Sección V hemos definido primero Acciones Estratégicas Transversales y seguidamente, hemos identificado cómo las acciones que proponemos son estrechamente interdependientes entre sí. Por ejemplo, la puesta en marcha de una Ruta Asistencial Integrada para una patología que hemos priorizado, como la ICC, implica en realidad la implantación o activación simultánea de un paquete de acciones que aunque aparecen repartidas en cada Estrategia separadamente, están relacionadas y el éxito de cualquiera de ellas requiere el buen despliegue de las demás.

⁹ World Health Organisation (WHO) (2018) *The transformative role of hospitals in the future of primary health care*, Technical series on primary health care, https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/hospitals.pdf?sfvrsn=5d7e8137_2

¹⁰ Organización Mundial de la Salud. (2000). Informe sobre la salud en el mundo : 2000 : Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra : Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42357>; Durán A, Kutzin J, Martín-Moreno JM, Travis P (2011) Understanding health systems: scope, functions and objectives , in McKee M and Figueras J (eds.) Health Systems: Health, Wealth, Society and Well-being, Maidenhead: Open University Press & McGraw-Hill.

3.3. Coordinación

La coordinación entre niveles siempre ha sido un reto asistencial, tomando mayor importancia en los últimos años. Aunque en nuestra comunidad no se han dado grandes pasos para la coordinación entre niveles, el simple hecho de darnos cuenta de esta necesidad y plasmarlo en este plan es un paso muy importante. Queremos empezar a mirarnos y caminar juntos. En vez de “líneas estratégicas”, preferimos hablar de **“círculos” estratégicos** para que quede claro: 1) la total interdependencia entre cada ámbito estratégico; 2) que el primer círculo (“las personas”) señala el foco central; 3) alrededor del cual se han de alinear el resto de los círculos.

3.4. Misión y Visión

Nuestra misión

Los profesionales sanitarios de AP y de AH que formamos parte del Sistema de Salud de La Rioja somos grupo humano vocacional, comprometido y altamente cualificado, que contribuimos a promover y mejorar la salud y la calidad de vida de la población de nuestra Comunidad Autónoma.

Nuestra Visión

Disponiendo de un modelo sólido de atención humanizada y social que responde apropiadamente a las necesidades crónicas y agudas de la población riojana a la que servimos, hemos logrado trabajar coordinadamente y en red con todos los recursos asistenciales.



III.

ESTRATEGIA
PARA UN ENFOQUE TRANSFORMADOR
DE LA ATENCIÓN PRIMARIA
DE LA RIOJA

1. La Atención Primaria de La Rioja

1.1. ¿Quiénes somos?

La Atención Primaria es el eje vertebrador de la atención a la salud que incorpora otros aspectos fundamentales como la promoción y la prevención, la asistencia y la rehabilitación. Los profesionales que conformamos el nivel de Atención Primaria de La Rioja somos un gran grupo humano, comprometido y altamente cualificado, cuyo objetivo fundamental es prevenir la enfermedad, curar cuando se pueda, cuidar y acompañar a las personas y sus familias y todo ello con la competencia y capacidad técnica de todos los miembros del equipo.

Estamos organizados en 20 Zonas Básicas de Salud, con 20 Centros de Salud, 172 consultorios locales y 18 puntos de atención continuada.

Somos un equipo multidisciplinar de profesionales 216 médicos de familia, 290 enfermeros, 44 pediatras, 61 auxiliares administrativos, 35 técnicos auxiliares de cuidados enfermería, 14 enfermeras obstétrico-ginecológicas, 14 fisioterapeutas, 10 higienistas dentales y 12 trabajadores sociales; y un equipo de Emergencias Sanitarias organizado en cuatro Unidades Asistenciales: tres unidades de Soporte Vital Avanzado y un Centro de Coordinación donde trabajan 19 profesionales enfermeros y 25 médicos. Todos nosotros, trabajamos por la salud de la población de La Rioja. Amamos lo que hacemos y estamos orgullosos de ello.

1.2. Nuestra experiencia de transformación, desde dentro

El perfil de los pacientes que atendemos ha venido cambiando: los pacientes que atendemos son más complejos, tanto los de edad media, con varios factores de riesgo y varias enfermedades crónicas, como los mayores, que son pacientes pluripatológicos complejos. El crecimiento y progresivo envejecimiento de la población, con una mayor prevalencia de las enfermedades crónicas, y la tendencia a medicalizar los problemas de salud, han generado un notable aumento de la demanda asistencial en nuestras consultas de Atención Primaria. Sin embargo, no siempre esta demanda se ha visto acompañada de la adaptación organizativa o del incremento adecuado de recursos.

1.3. Nuestro diagnóstico de situación

El siguiente diagnóstico de situación (DAFO) identifica nuestras fortalezas y debilidades internas, así como las amenazas y oportunidades externas que pueden determinar nuestra capacidad de lograr los objetivos que nos planteemos. A su vez, hemos hecho análisis particulares de la situación de la Pediatría de Atención Primaria y de las Emergencias Sanitarias de La Rioja, que se han insertado como anexos de este documento.

El diagnóstico que se describe es reflejo de una situación de dificultades en un entorno de un modelo de Atención Primaria que ha cosechado grandes éxitos durante más de treinta años. Es justo, pues, reconocer que en el haber de la Atención Primaria riojana consta el haber desplegado un modelo de proximidad, accesible y de gran profesionalidad que, con el desarrollo de la función de puerta de entrada al sistema, ha aportado mucho orden y criterio (vertebración) al conjunto del sistema sanitario.

De ahí que en esta Estrategia constatamos la aceptación del modelo actual de éxito y emitimos una defensa firme del mismo por los resultados en salud que cosecha, por los niveles de equidad y cobertura que proporciona y por su capacidad de resolución, entre otros motivos. En ese modelo de éxito están la atención pediátrica y las emergencias sanitarias.

Sin embargo, nuestra Atención Primaria no está exenta de problemas, algunos de ellos estructurales, otros funcionales y algunos simplemente consecuencia de una falta o lentitud de adecuación y actualización a la dinámica de cambios sociales que vivimos actualmente.

Como refleja el siguiente cuadro, las debilidades que más nos preocupan a los profesionales de Atención Primaria de La Rioja tienen que ver con cuestiones de gestión de la demanda, cobertura en el ámbito rural, de organización, de liderazgo gestor o de personal. La pediatría de Atención Primaria de La Rioja enfrenta retos importantes derivados de la falta de profesionales y de la situación especialmente acuciante en el ámbito rural, encontrando su sostenibilidad en la relación y capacidades del propio equipo pediátrico, así como en un encaje más eficiente en los Equipos de Atención Primaria (véase anexo I). Emergencias sanitarias afronta retos similares de encaje en Atención Primaria y de reconocimiento dentro del sistema de salud, mientras encuentra soluciones de organización y gestión más eficaces (véase anexo II).

Análisis externo	Análisis interno
<p>Amenazas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios demográficos y epidemiológicos: <ul style="list-style-type: none"> • Usuarios/pacientes: más envejecidos, frágiles; frecuentemente socialmente aislados; con altas necesidades sociales; inequidad/desfase digital. • Retos derivados de la multiculturalidad de nuestra sociedad. • Desplazados de otras CCAA. • Crisis epidémicas y nuevas enfermedades. • Entorno macroeconómico difícil. • Entorno laboral inestable. • Usuarios: <ul style="list-style-type: none"> • Expectativas y demandas de la población crecientes (demanda “aquí y ahora”). • Percepción de creciente beligerancia de la población y exigencia sobre profesionales. • Sociedad “medicalizada”: la salud como bien de 	<p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aceptación generalizada y defensa firme de nuestro modelo de éxito (por resultados en salud, capacidad de resolución, cobertura poblacional). • Alto compromiso de los profesionales que conformamos los equipos multidisciplinares. • Alta valoración de los usuarios con la Atención Primaria de La Rioja. • Procesos de cambio ya iniciados: <ul style="list-style-type: none"> • Existen experiencias positivas de coordinación de equipos en AP. • Disponemos de historia clínica electrónica interconectada con otros ámbitos de atención. • Tenemos experiencia de estratificación de la cronicidad. • La experiencia de la pandemia ha demostrado nuestra capacidad de adaptación.

consumo. Falta cultura del uso razonable de los recursos (particularmente visible en PACs).

- Descenso del presupuesto sanitario mientras se incrementan los costes:
 - Encarecimiento de prestaciones sanitarios.
 - Coste de nuevas tecnologías; rapidez del cambio tecnológico.
- Escaso reconocimiento del trabajo de los profesionales en Atención Primaria en la organización.
- Exposición pública y riesgo de interferencia política en la toma de decisiones.
- Normativa pública limitante.
- Falta generalizada de profesionales sanitarios en España.

Oportunidades

- Oportunidades coyunturales (principalmente, por ser respuesta a la pandemia actual) de cambio:
 - Recordar el papel AP en la lucha contra la pandemia COVID-19 y reivindicarlo para el diseño de respuesta ante futuras pandemias.
 - Experiencia con las consultas no presenciales y el seguimiento telefónico: abordaje no pasajero, sino que se ha de impulsar.
- Dirección abierta a cambios.
- Oportunidad de alineamiento de mensajes de las autoridades sanitarias a la población sobre el uso adecuado de servicios y recursos sanitarios.
- Oportunidad de definir nuestra misión/visión alineados con el modelo de atención de La Rioja y de alinearnos con la Estrategia del Hospital San Pedro.
- Agenda social a desarrollar con tercer sector (discapacidad; colectivos en riesgo de exclusión social). Oportunidad para desarrollar nuevo modelo de relación con la comunidad.
- Sociedades científicas con gran disposición a ayudar en la transformación.
- Incorporación de nuevas tecnologías de la información y la comunicación:
 - Incorporación de modernas técnicas diagnósticas a Atención Primaria.

Debilidades

- Problemas del modelo de Atención Primaria:
 - Falta de respuesta a necesidades (justificadas y puntuales) de la población. No siempre se garantiza la continuidad asistencial por la falta de continuidad de profesionales de referencia.
 - Inviabilidad del esquema de plantillas de refuerzo para PAC: colectivo profesional con gran potencial de aportar renovación pero actualmente al margen.
 - Reto de la asegurar la cobertura en el ámbito rural.
 - Burocratización de las consultas.
 - Sobrecarga estacional por desplazados vacacionales y temporeros.
 - Escasa interrelación con la comunidad: poca orientación de salud comunitaria.
 - Falta seguimiento adecuado de la alta complejidad.
 - Desarrollo desigual de la atención domiciliaria.
 - Insuficiente coordinación entre niveles asistenciales y servicios: Hospitalización a Domicilio, Cuidados Paliativos y Salud Mental.
- Insuficiente coordinación entre la red de Atención Primaria y servicios centrales de diagnóstico y otros servicios de consulta especializada.
- Personal:
 - Ausencia de sentido de pertenencia a la organización de los profesionales.
 - Incorporación de personal de enfermería sin formación en Atención Primaria o en Enfermería Comunitaria; mientras falta reconocimiento de profesionales con méritos específicos en Atención Primaria (oposición).
 - Limitadas competencias del personal administrativo
 - Variabilidad en la pertenencia/idea de equipo de Atención Primaria:
 - Falta misión común.
 - Falta clima de equipo multidisciplinar (mas allá de médico y enfermera): trabajadores sociales, técnicos en cuidados, fisioterapeutas...
 - Desánimo, "burnout" (cansancio). Desconfianza ante nuevas iniciativas.
 - Envejecimiento de la plantilla (brecha digital).
 - Sobrecarga no pagada a los profesionales:
 - Sistema de docencia a mejorar: tutores escasos, desmotivados y sin reconocimiento; responsable de docencia no en todos los centros.
- Gestión:
 - Escaso empoderamiento de directivos de las ZBS, que carecen de instrumentos y autonomía de gestión y planificación (p.j. de inversiones).
 - Sin cultura del control del gasto (p.ej. a nivel farmacéutico ni pruebas complementarias).
 - Poca cultura de calidad.
- Sistemas de información no amigables.

1.4. Nuestro reto: transformar nuestro modelo de atención

Desde que en la década de los 80 del siglo pasado se establecieron las primeras estructuras de salud de Atención Primaria en La Rioja, muchos han sido los logros que han posibilitado acercar a los ciudadanos una atención sanitaria de calidad en nuestra comunidad autónoma. Por eso, en nuestro análisis de situación, hemos declarado con orgullo el éxito de nuestro modelo de Atención Primaria. Habitualmente somos la primera toma de contacto del paciente con el sistema de salud, prestamos una atención que suele ser percibida como cercana y personal, tenemos capacidad de solucionar un gran número de los problemas de salud habituales y también encauzamos eficientemente hacia el nivel hospitalario de atención cuando esos problemas de salud lo requieren.

Pero las nuevas necesidades de salud, la prevalencia de la cronicidad y dependencia asociada, así como el avance de la tecnología y la evolución de las competencias profesionales requieren que se imprima un nuevo impulso a nuestra Atención Primaria, con el objetivo de dar la mejor respuesta a los retos actuales. Actualmente, todos los sistemas de salud se encuentran en una búsqueda necesaria de nuevos modelos de Atención Primaria que se adapten mejor a una sociedad en continuo cambio, con una capacidad de respuesta adecuada a la demanda y que al mismo tiempo se oferte una atención sanitaria integral, todo ello en un contexto de recursos limitados y con la sostenibilidad del sistema en perspectiva.

Rasgos del modelo de Atención Primaria como vertebradora del sistema

La atención centrada en la persona y su contexto familiar y social y por tanto la visión holística, y no solamente en un órgano o problema específico es una de las características que deben fundamentar una Atención Primaria fuerte. Esta fortaleza se asocia a una mejor salud comunitaria, menor tasa de hospitalizaciones y una disminución en la desigualdad socioeconómica a la hora de acceder a un servicio de salud.

Vertebramos la continuidad de la atención de todo el sistema de salud, desde la infancia (a través de la pediatría de Atención Primaria) hasta la edades adultas y etapas de cronicidad y fase final de vida.

Los pilares necesarios sobre los cuales rediseñar y transformar la Atención Primaria para que seguir vertebrando eficazmente el sistema serían: una adecuada gobernanza y liderazgo, el desarrollo de servicios de salud integrales equitativos, el enfoque de prevención y promoción de la salud, el trabajo en equipos multidisciplinares, la reducción de la asimetría respecto al sistema hospitalario en la asignación de recursos materiales y humanos y un uso inteligente de la tecnología.

2. Nuestra misión y visión

2.1. Nuestra misión

La Atención Primaria de La Rioja somos un grupo humano vocacional, comprometido y altamente cualificado, que prestamos los servicios de proximidad en la atención a la salud a la población de la Comunidad Autónoma. Como puerta de entrada al sistema sanitario, contribuimos a promover y mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que atendemos y sus familias.

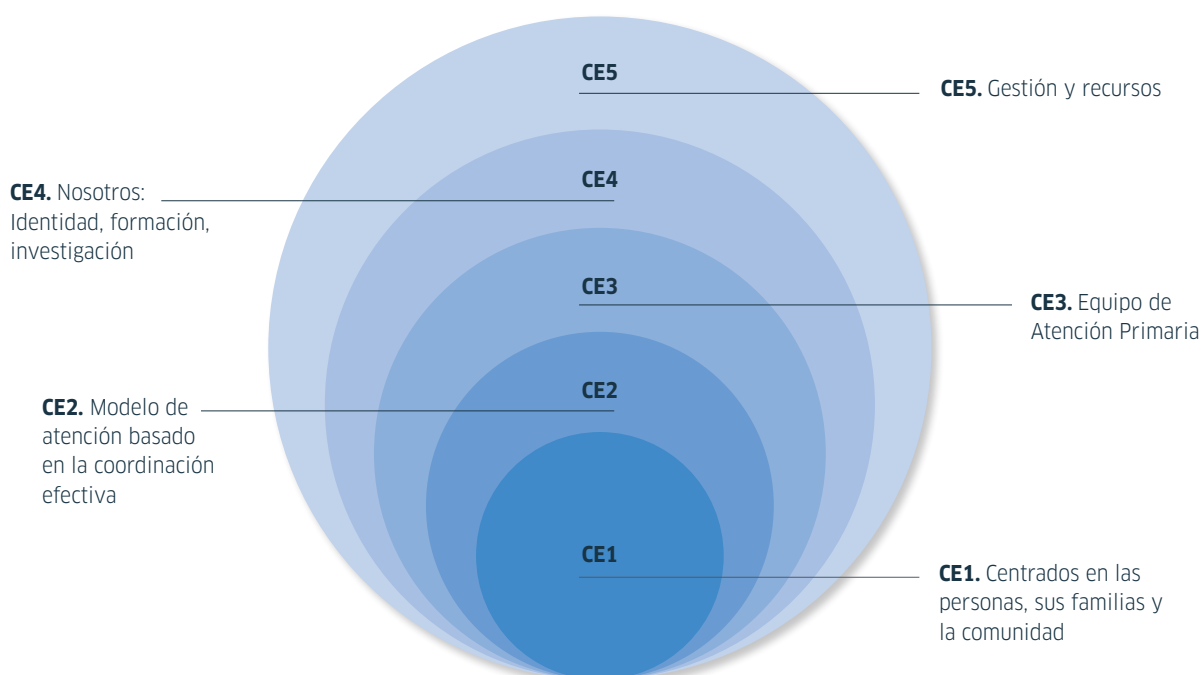
2.2. Nuestra Visión

Disponiendo de un modelo sólido de atención humanizada y de continuidad de cuidados, que responde apropiadamente a las necesidades crónicas y agudas de la población riojana a la que servimos, hemos consolidado nuestro rol de nivel vertebrador del sistema de salud de La Rioja, trabajando en un equipo multidisciplinar capacitado, coordinado con atención hospitalaria y con otros recursos asistenciales.

3. Círculos Estratégicos

Círculos Estratégicos de Atención Primaria de La Rioja

Fuente: elaboración propia



CE1. Centrados en las personas que atendemos, sus familias y la comunidad

<p>1. Adoptar la humanización como valor esencial de la AP</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desplegar en Atención Primaria el Plan de Humanización del Sistema Riojano de Salud (Acción Transversal AP-AH)
<p>2. Sensibilizar a la ciudadanía y pacientes en el enfoque del autocuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar la Escuela de Salud impulsada por la Dirección General de Salud Pública; Potenciar las Escuelas de Pacientes, Familia y Cuidadores
<p>3. Mejorar la seguridad del paciente en AP</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desplegar en Atención Primaria el Plan de Seguridad del Paciente • Crear la Comisión de Seguridad del Paciente en Atención Primaria
<p>4. Potenciar la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones del Centro de Salud y la presencia del Centro en la comunidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recuperar y potenciar los Consejos de Salud en cada Zona Básica de Salud y de Área: <ul style="list-style-type: none"> - Elaborar un Decálogo de gobernanza participativa en los Consejos de Salud - Implementar los mecanismos de transparencia y difusión de los acuerdos alcanzados - Promover mayor apertura a la ciudadanía - Actuar con las asociaciones e iniciativas comunitarias de activos en salud, en el ámbito de la promoción de la salud, la prevención, la atención y la recuperación
<p>5. Fortalecimiento de la perspectiva comunitaria en Atención Primaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la formación en salud comunitaria • Realizar un diagnóstico de salud comunitario en cada Equipo de AP • Implementar actividades comunitarias desde los centros de salud • Desarrollar la prescripción social de activos de salud

CE2. Modelo de atención basado en la coordinación efectiva

<p>6. Trabajar según rutas asistenciales integradas consensuadas y priorizadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Despliegue en Atención Primaria de las rutas asistenciales integradas priorizadas como Acción Transversal AP-AH: ERC; DM; ICC; EPOC
<p>7. Priorizar la atención del riesgo cardiovascular</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ruta asistencial del riesgo cardiovascular: HTA; Dislipemia; Obesidad; Tabaquismo
<p>8. Mejorar los cuidados en salud de atención domiciliaria en los casos indicados desde el punto de vista asistencial</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Despliegue del Circuito de la Fragilidad en Atención Primaria: seguimiento activo y atención de pacientes frágiles y/o complejos en su entorno habitual • En línea con el Plan de Cuidados Paliativos, asumir nuestro liderazgo en la atención a domicilio al paciente paliativo, incluyendo al paciente paliativo pediátrico, elaborando el protocolo de atención paliativa en primaria, en coordinación con los recursos paliativos especializados • Desarrollo de programa de Atención Integral al alta hospitalaria
<p>9. Priorizar la Atención Primaria en el medio rural</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de Choque para reforzar la Atención Primaria en el medio rural: <ul style="list-style-type: none"> - reorganización y dimensionamiento de los cupos, con dotación apropiada de medios, sistemas de comunicación (atención telefónica, medios telemáticos) - proyecto de implantación de la asistencia telemática en el medio rural
<p>10. Consolidar el modelo de atención de emergencias en procesos tiempo-dependientes en Atención Primaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de un Grupo de Trabajo que revise el circuito y roles de los dispositivos implicados en la atención en emergencias sanitarias en Atención Primaria, potenciando el papel del Centro Coordinador y dimensionando el Servicio de Emergencias Sanitarias 061 (SES) para poder afrontar los retos de futuro

	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de las condiciones de recursos humanos, tecnología e infraestructuras para la asistencia de Emergencias y Urgencias extrahospitalarias • Despliegue en AP de las medidas priorizadas como Acción Transversal AP-AH para establecer una uniformidad transversal en los procedimientos de atención sanitaria urgente de la población: (i) Implantar el Código Trauma; (ii) Implantar un Plan de actuación ante quemado
<p>11. Normalizar y avanzar en el desarrollo de la salud mental en Atención Primaria, enlazando con las propuestas del IV Plan de Salud Mental</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Uso racional de la medicación psicofarmacológica en Atención Primaria y Salud Mental con un programa de reducción de tratamiento farmacológico de personas con Trastorno Mental Leve/Común (ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos) • Favorecer la coordinación entre los Equipos de Atención Primaria y las Unidades de Salud Mental en la implementación de programas de continuidad de cuidados y hábitos saludables dirigidos a pacientes y sus familias/cuidadores • Establecer programas de prevención de la patología mental y fomento del bienestar psicosocial en la población general, y en la infanto-juvenil en particular, en Atención Primaria de forma coordinada con las Unidades de la Salud Mental • Reforzar la USMIJ para dar cobertura a la demanda asistencial actual • Establecer protocolos de continuidad asistencial entre Salud Mental infanto-Juvenil y Pediatría de Atención Primaria • Redefinir los protocolos de derivación existentes • Ofrecer una alternativa asistencial para los pacientes que precisen una asistencia psicológica en procesos de salud no catalogables como un trastorno psicopatológico

CE3. Equipo de Atención Primaria

<p>12. Potenciar el liderazgo especializado de los Médicos de Familia y Comunitaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Impulsar las figuras de expertos clínicos y de grupos de trabajo, que puedan ser consultados y dar apoyo entre sí con el fin de promover las prácticas de valor
<p>13. Potenciar la Pediatría de Atención Primaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener y fortalecer la unidad básica pediátrica (pediatra y enfermera de pediatría) para asegurar una atención integral óptima de la población hasta los 14 años • Desarrollar la figura del responsable de apoyar de forma transversal y en colaboración con los responsables de los EAP, asuntos específicos relacionados con la pediatría de Atención Primaria (docencia, formación de residentes, rotaciones, protocolos asistenciales y coordinación primaria-hospitalaria) • Dimensionar y adaptar el nombramiento de Pediatra de AP y Pediatra de Área al modelo de atención pediátrica de La Rioja • Elaboración de un protocolo de recepción y formación al profesional enfermero que se incorpora por primera vez a pediatría
<p>14. Impulsar y potenciar los roles de la enfermería en Atención Primaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la capacidad resolutive de las/los profesionales de enfermería en los diferentes dispositivos asistenciales del sistema sanitario, desarrollando circuitos y protocolos de atención en consulta enfermera a pacientes entre 7 y 70 años que consultan por procesos concretos, enfermedades agudas autolimitadas o que tienden a la resolución espontánea, aplicando un modelo de autocuidado • Articular la aplicación de la prescripción y dispensación enfermera de acuerdo a sus competencias y formación • Identificar los procesos, planes de cuidados, GPC y rutas asistenciales en Atención Primaria basados en la evidencia científica, donde la figura de la enfermera puede tener mayor impacto • Potenciar la consulta domiciliaria orientada a la cronicidad y la prevención de la

	<p>vulnerabilidad y la dependencia de las personas: (i) Normalizar el contacto (presencial, domicilio o telefónico) al alta hospitalaria y de seguimiento de crónicos e inmovilizados; (ii) protocolizar la coordinación entre los y las diferentes profesionales que atienden a domicilio</p> <ul style="list-style-type: none"> • (i) Implantar la figura de la Enfermería Gestora de Casos y la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria; (ii) Desarrollar y potenciar el rol de Enfermera Gestora de Casos (EGC). Se incluirá dentro de la oferta formativa del SERIS la formación específica requerida para el desarrollo e implantación progresiva de estos perfiles dentro de la necesaria estrategia para la atención al paciente complejo • Incorporar la especialidad de Enfermera Especialista FyC en los centros de salud de manera progresiva para asegurar la calidad asistencial en la prestación de los cuidados y servicios de enfermería • Potenciar y fortalecer el papel de la enfermera pediátrica en la ejecución del Programa de Salud Infantil, así como en todos los actos relacionados con la promoción de la salud, consejos de puericultura y actividades preventivas en la edad pediátrica • Potenciar el liderazgo del profesional enfermero/a en los proyectos, programas y roles relacionados con la prevención, promoción y educación de la salud
<p>15. Impulsar y potenciar el rol de los profesionales de apoyo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Matronas: <ul style="list-style-type: none"> - Actualización de la Cartera de Servicios de Atención Obstétrico-Ginecológica en Atención Primaria - Normalizar la atención al embarazo normal y la participación en actividades preventivas, de educación para la salud y comunitarias, en relación a la mujer - Asumir un mayor número de competencias en la atención de la mujer dentro de los protocolos consensuados del Área Sanitaria (menopausia, cribado poblacional HPV y salud sexual y reproductiva) - Potenciar la educación maternal, incluyendo el fomento de la lactancia materna, la prevención de la incontinencia urinaria y la preparación al parto así como la visita puerperal en el primer mes del postparto • Fisioterapia: <ul style="list-style-type: none"> - Normalizar la actividad preventiva y de educación y promoción de la salud - Identificar los procesos y rutas asistenciales en Atención Primaria donde la figura del fisioterapeuta puede tener mayor impacto - Prescripción de fisioterapia grupal protocolizada, en los procesos prevalentes de bajo nivel de complejidad - Potenciar el autocuidado mediante formación en técnicas fisioterapéuticas en pacientes inmovilizados - Protocolizar la coordinación entre los y las diferentes profesionales que atienden a domicilio - Normalizar un procedimiento de continuidad asistencial entre Rehabilitación y fisioterapia hospitalaria y de Atención Primaria - Incrementar la capacidad resolutoria de fisioterapia, mediante circuitos y protocolos de actuación basados en la evidencia • Trabajo social: <ul style="list-style-type: none"> - Actualización de la Cartera de Servicios de Atención del Trabajo Social en Atención Primaria - Fomentar el trabajo interdisciplinar con la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria mediante el desarrollo de protocolos y circuitos de atención social, basados en la metodología del trabajo social, individual, familiar, grupal y comunitario - Liderar la incorporación de la mirada social en los planes de atención - Difundir y sistematizar la utilización del formulario de derivación a la consulta de la trabajadora social, por parte del resto de profesionales de Atención Primaria y Hospitalaria • Unidades de Salud Bucodental (USBD): <ul style="list-style-type: none"> - Actualización de la Cartera de Servicios de las Unidades de Salud Bucodental en

	<p>Atención Primaria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar aquellas actividades de promoción y prevención que se han demostrado eficaces en la reducción de la caries y de la enfermedad periodontal, a través de programas preventivos dirigidos a escolares y embarazadas - Mejorar el abordaje de la atención a los problemas de salud oral que se realiza desde los centros de salud, como el tratamiento de la caries, la cirugía bucal, la consulta del/de la adulto/a o la atención a la discapacidad e incluyendo actuaciones de salud comunitaria en la agenda de las USBD - Incluir a la población pre-escolar en actuaciones de prevención de la caries <ul style="list-style-type: none"> • Personal administrativo: <ul style="list-style-type: none"> - Promover la capacidad de resolución de todas las tareas administrativas en el ámbito de salud, mediante protocolos de actuación - Otros profesionales de apoyo • Explorar y valorar nuevos roles y profesionales necesarios para mejorar la atención que proporcionamos
--	---

CE4. Nosotros (Identidad, personal, formación, investigación)

<p>16. Impulsar la formación en Atención Primaria y Urgencias y Emergencias Sanitarias</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plan Docente de Atención Primaria, dirigido hacia las prioridades de actuación con objeto de disminuir la variabilidad en la práctica clínica, mejorar la calidad de la atención sanitaria prestada de acuerdo con los planes estratégicos de atención incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> - Oferta formativa al Equipo Directivo de ZBS - Oferta formativa para la formación de expertos que sirvan de referente en el EAP en actuaciones concretas de salud: imagen, cirugía menor, cardiovascular, salud mental, patología respiratoria, urgencias y emergencias - Facilitar la rotación de los residentes de las diferentes especialidades en formación durante sus rotaciones en Atención Primaria - Establecimiento de un currículo formativo básico plurianual adecuado a cada perfil profesional - Ofrecer a los profesionales sanitarios la posibilidad de ampliar su formación en pediatría de Atención Primaria, mediante un programa rotatorio tutelado - Disponibilidad de ayudas para facilitar estancias formativas en programas y experiencias de Atención Primaria innovadoras • Implementar un Plan de Mejora de las Unidades Docentes, estableciendo un sistema de FCF propio de AP en la Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria (UDMA-FyC) e incorporada en la organización general del CS sin que pueda ser relegada por las necesidades asistenciales
<p>17. Reformular la Política de personal en Atención Primaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avanzar en el diálogo social y trabajar en acuerdos de mejora de condiciones laborales y retributivas • Implementar un plan de captación de residentes que terminan su formación en nuestra Comunidad Autónoma • Mejorar la bolsa de empleo actual de profesionales sanitarios de Atención Primaria • Flexibilizar los modelos de contratación y avanzar en la estabilización de empleo • Estrategia de captación, fidelización e incentivación de puestos de difícil cobertura
<p>18. Fomentar la investigación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Crear una bolsa (anual) que financie proyectos colaborativos innovadores, por competición abierta y transparente, según los criterios ajustados al modelo de atención de esta estrategia • Crear una red de investigadores en Atención Primaria, Urgencias y Emergencias Sanitarias

CE5. Gestión, recursos y calidad asistencial	
19. Establecer estructuras de liderazgo gestor en Atención Primaria	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de la figura de Gerencia de Atención Primaria y Continuidad Asistencial: establecer el organigrama, composición y funciones de la Gerencia de Atención Primaria y Continuidad Asistencial • Reconfiguración de equipos directivos de Atención Primaria de Zona Básica de Salud (ZBS) <ul style="list-style-type: none"> - Establecer el organigrama y composición de los/las directivos/as de EAP - Establecer las funciones y competencias de los/las directivos/as de EAP Primaria - Revisar, adaptar y potenciar las funciones y competencias del EAP
20. Implantar los sistemas de información que necesitamos para aplicar eficazmente esta estrategia	<ul style="list-style-type: none"> • Proyecto de mejora de los sistemas de información necesarios para facilitar, unificar y centralizar la gestión de la información relacionada con los diversos procesos y tareas propios de AP; para la monitorización y seguimiento de pacientes con procesos crónicos (complejos) a través de HCE; y la explotación estadística de la información • Potenciar el triaje y gestión de la demanda telemática, mediante la incorporación herramientas de digitalización de la salud y de telemedicina • Desarrollo de un cuadro de mandos que permita monitorizar y evaluar los resultados en salud y objetivos alcanzados por los profesionales y los Equipos de Atención Primaria en los planes y líneas estratégicas específicas de AP
21. Dotarnos de instrumentos de gestión eficaces, apostando decididamente por la cultura de la calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuar el catálogo de pruebas diagnósticas accesibles en Atención Primaria • Plan de mejora de la gestión de la demanda: desarrollar protocolos de atención de la demanda y atención compartida • Recuperar los contratos programa: establecer los objetivos adecuados; definir los indicadores necesarios; establecer el seguimiento y mejora continua • Incorporar herramientas digitales que permitan mejorar la gestión de la demanda, incluyendo el proceso actual de digitalización de la salud y estrategias de telemedicina • Desarrollo de un cuadro de mandos que permita monitorizar y evaluar los resultados en salud y objetivos alcanzados por los profesionales y los Equipos de Atención Primaria en los planes y líneas estratégicas específicas de AP • Elaboración de un Plan de Calidad (que incluya transparencia, comunicación y difusión de resultados)



IV. ESTRATEGIA PARA UN ENFOQUE TRANSFORMADOR DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN PEDRO DE LA RIOJA

1. Nuestro hospital en su contexto

1.1. ¿Quiénes somos?

El Hospital Universitario San Pedro, nuestro hospital, somos un complejo institucional que incluye el Hospital Universitario San Pedro propiamente dicho, (situado en la calle Piqueras 98 de Logroño), el Hospital General de La Rioja (situado en la Avenida Viana 1 de Logroño) y el Centro de Alta Resolución del Paciente Ambulatorio (CARPA) (situado en C/ Obispo Lepe, 2 en Logroño).

Somos parte esencial del sistema sanitario de la Comunidad Autónoma de La Rioja, al ser el centro de referencia para la atención hospitalaria en la Comunidad.

Con 616 camas en el año 2020 (548 camas el Hospital San Pedro y 68 el Hospital de La Rioja), somos un hospital considerado de tamaño medio. Disponemos de 12 quirófanos, 4 paritorios, 18 puestos de hospital de día oncohematológico y 124 locales de consulta y gabinetes.

Somos un gran grupo humano, vocacional, comprometido y altamente cualificado, que cura y cuida, capaz de prestar servicios sobre una amplia cartera de servicios y de gran complejidad. Componemos el hospital un total de 2.610 personas, de las cuales 2.405 son personal estatutario, 104 residentes, además de funcionarios y personal laboral.

Somos un hospital universitario y asumimos con vocación la responsabilidad de contribuir a la formación de las nuevas generaciones de profesionales sanitarios.

1.2. Nuestra experiencia de transformación, desde dentro

Estos profundos cambios demográficos, epidemiológicos, de expectativas de la población de La Rioja no los conocemos solo mirando a las estadísticas y los datos agregados. Los hemos ido percibiendo y sintiendo directamente a lo largo de los años. Hemos experimentado cómo el perfil de nuestros pacientes ha ido cambiado y somos conscientes de que hacemos cosas de forma diferente a lo que hacíamos hace simplemente unos años atrás.

Esta sección incluye las reflexiones realizadas desde diferentes servicios o unidades del hospital, para contribuir al análisis de situación de esta Estrategia.

Desde **Enfermería**, notamos cómo han aumentado la cronicidad y la pluripatología de los pacientes, quienes además tienen mucha información a su alcance, por lo que son mucho más demandantes. Cada vez más, Enfermería sirve de apoyo a las distintas especialidades médicas y es enlace entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria.

Desde la **Hospitalización a Domicilio (HAD)** hemos visto en los últimos años un incremento claro del tratamiento de agudizaciones de patologías crónicas en pacientes frágiles y pluripatológicos. La mejora de sistemas de infusión, nuevos fármacos y la mejora en la portabilidad de métodos de diagnóstico y tratamiento (ecografía, curas VAC, bombas electrónicas) que se han presentado en los últimos años, han mejorado y ampliado el número de patologías que se pueden tratar de forma segura en HAD.

Sin detrimento de la atención de pacientes más jóvenes con patologías agudas, nuestro reto es potenciar todas las opciones asistenciales que eviten o acorten los ingresos hospitalarios de los pacientes crónicos, con el fin de disminuir el deterioro funcional que los ingresos provocan en este tipo de pacientes y sus complicaciones posteriores, pero también con el fin de mejorar la estabilidad del sistema sanitario, permitiendo un uso más eficiente de las camas de agudos de los hospitales. Para ello, necesitamos establecer protocolos de trabajo tanto con los centros sociosanitarios (CSS) como con Atención Primaria y con el resto de especialidades para favorecer el ingreso desde consultas.

El **Hospital de Día** ha ido creciendo en importancia, tanto por el incremento en el número de pacientes como en su cartera de servicios. Realmente, todos los servicios del hospital son “clientes” del HD. Muchos pacientes llegan con poca información y muchos miedos.

Ante los diferentes retos actuales de nuestro sistema sanitario (crisis de sostenibilidad, la pandemia en la que estamos inmersos, el envejecimiento y la cronicidad, la participación más activa de la población con aumento de sus expectativas, nuevas tecnologías, etc.), el **Servicio de Cirugía General, Digestiva y Plástica** hemos sentido la necesidad de replantear la organización clásica con la redefinición de los equipos y circuitos asistenciales, con mayor comunicación y coordinación entre servicios y niveles para evitar dobles consultas y la pérdida de recursos ocasionada por la variabilidad de la práctica clínica. La reducción de las listas de espera quirúrgica sigue siendo un reto permanente y apremiante.

En estos años, nos hemos transformado, reorganizando funcionalmente el servicio, creando Unidades por patologías (grupos específicos de cirujanos formados para una patología determinada), y elaborando guías de práctica clínica. Hemos venido mejorando el circuito de canalización de pacientes desde Atención Primaria y la colaboración con todos los niveles (Enfermería y Médicos, Atención Primaria y Atención Hospitalaria) para la mejora de la preparación del paciente y los cuidados perioperatorios.

En estos últimos 15 años, el aumento de la esperanza de vida y la cronicación de los procesos hematológicos, junto con el perfil de los pacientes cada vez más mayores y demandantes de vida con calidad de vida, han supuesto retos reales para el servicio de hematología y hemoterapia. El desarrollo de nuevos biomarcadores y tratamientos han motivado que la mayoría de las enfermedades hematológicas antes mortales se hayan convertido en enfermedades crónicas.

Ello nos ha obligado como **Servicio de Hemología y Hemoterapia** a transformaciones profundas (como, en su día, la incorporación de los trasplantes de precursores hematológicos y la creación de una unidad específica de ensayos clínicos oncohematológica, que hemos de recuperar y potenciar). Sentimos necesario rehacernos como área de gestión mixta procedimental y clínica, coordinada con otros servicios (hospital de día, en cuidados paliativos domiciliarios y en consultas) y al día de las nuevas innovaciones tecnológicas (p.ej. de diagnóstico hematológico, citogenética y biología molecular hematológica).

El **Servicio de Urgencias** se ha especializado, la atención se ha diversificado y se han ofertado mayores propuestas. Pero es un Servicio del que no siempre se comprende su rol y cartera de servicios, que debe estar enfocado al tratamiento urgente (el paciente inestable hemodinámicamente de entrada, el estiaje de dolor torácico, dolor abdominal agudo, Código ICTUS, Código Infarto...) a la vez que puede aportar a la atención del paciente mayor pluripatológico complejo, colaborando con otros servicios para realizar diagnósticos o tratamientos rápidos que ayuden a disminuir los ingresos o la estancia hospitalaria innecesaria y aumento del confort y comodidad del usuario.

Al igual que ocurre con el resto de especialidades, la situación demográfica (cada vez hay más población mayor) nos ha afectado mucho al **Servicio de Neurología**. Los pacientes Cada vez son más mayores, la prevalencia de las enfermedades neurodegenerativas aumenta y por tanto nos enfrentamos a la atención de un volumen de pacientes mayor en patologías degenerativas, sobre todo en cuanto a demencias y Parkinson.

Por otro lado, la calidad de vida de las personas ha mejorado. Por ello, a pesar de que los pacientes tengan más edad, se les ofrece gran cantidad de oportunidades diagnósticas y terapéuticas que en años previos no se disponía y estaban limitadas.

La mejora de la precisión diagnóstica en cuanto a técnicas radiológicas se refiere, pruebas de medicina nuclear, nuevos marcadores inmunes, bioquímicos, genéticos, infecciosos... necesita de una formación mucho más especializada y una necesidad constante de estar al día para poder ofrecer a nuestros pacientes el mejor diagnóstico posible. A su vez, en relación con un mejor diagnóstico, los recursos terapéuticos han crecido de manera exponencial, tanto desde el punto de vista farmacológico como de procedimientos terapéuticos disponibles.

En resumen, atendemos a un mayor volumen de pacientes, con un mayor grado de sub-especialización acorde a los avances que se van teniendo.

El perfil del paciente de **Nefrología** ha experimentado un cambio fundamentalmente en dos vertientes. Por un lado, los pacientes están mejor informados, quieren saber, entender y participar en sus decisiones; son pacientes expertos en las nuevas tecnologías y esto nos obliga a adaptarnos a esos cambios. Por otro lado, la Enfermedad Renal Crónica es la enfermedad crónica por excelencia y que acompaña a la edad, además de a la evolución de enfermedades crónicas cada vez más prevalentes (obesidad, DM, HTA, ICC, cardiopatía isquémica, etc.) y que se aglutinan fundamentalmente en pacientes de mayor edad y con alta morbilidad asociada.

Es en este grupo de pacientes, en los que se objetiva un cambio llamativo en lo referente a la problemática social que tienen y que directamente repercute en la calidad de vida, en los resultados y el beneficio real de los tratamientos. El concepto de sociedad y núcleo familiar ha cambiado: ancianos sin apoyo familiar y/o institucionalizados, inmigrantes (legales o no), con barreras idiomáticas difíciles de resolver etc. Al menos en pacientes en diálisis tienen una alta presencia y no es fácil encontrar una estructura de apoyo social sólido y coordinado que nos ayude. A lo largo de los años, desde el servicio de Nefrología, hemos ido respondiendo a estos retos, transformándonos a su vez, potenciando la diálisis domiciliaria, la telemonitorización, la consulta online con Atención Primaria y especialidades, la creación de una Escuela de Pacientes de Enfermedad Renal Crónica, etc.

En definitiva, la Nefrología ha experimentado en los últimos 10 años un cambio radical tanto en sus infraestructuras, como en tecnología, recursos humanos y organización, lo cual le ha permitido alcanzar un desarrollo prácticamente completo de la cartera de servicios de la especialidad.

La atención a la patología alérgica que se realiza desde la **Sección de Alergología** tiende a cambiar en los últimos años, tendencia similar a la que se observa en el resto de especialidades del hospital. La patología alérgica es de una alta prevalencia en la población general, con lo que la presión asistencial en Medicina Primaria tiende a repercutir, lógicamente, en la actividad que se desarrolla desde esta unidad hospitalaria. El mayor porcentaje de pacientes atendidos, alrededor del 80%, provienen de Primaria, y es por ello que es necesario un contacto permanente y ajustado a los cambios. En general cualquier diagnóstico en alergología va seguido de un tratamiento y/o unas indicaciones terapéuticas que atañen a la atención en primaria, y la mayoría de los procesos que se tratan implican patología de larga evolución, con tendencia a la cronicidad, y que si no son controladas adecuadamente, van a ir complicándose con patologías sobreañadidas conforme se avanza en la edad adulta y en los grupos de población mayor.

Las características de presentación de las enfermedades alérgicas, hacen que se superpongan diversas especialidades en su seguimiento y control. Desde Medicina Primaria, pasando por Pediatría: hay una clara marcha atópica que implica que en el desarrollo del paciente alérgico, van a ir apareciendo procesos que se van a ir modificando en sus formas de presentación y en la adecuación de los tratamientos acordes a cada edad: dermatitis atópica, alergia alimentaria, rinitis, conjuntivitis, asma bronquial, son procesos que pueden modificar sus presentaciones y expectativas en cada período de edad. Pueden ser pacientes que inician sus procesos en primera infancia, que persisten a lo largo

de la adolescencia, y alcanzan la vida adulta con procesos sin adecuada resolución, lo que puede implicar en edad adulta avanzadas patologías complicadas o procesos graves, como asma bronquial grave o sinusitis, complicando una rinitis persistente, que pueden estar relacionados con un control inadecuado. Simultáneamente, la diversidad de órganos que pueden verse afectados, dependiendo del alérgeno o del órgano de choque, implica una interacción entre diversas especialidades, implicando una actividad transversal: Dermatología, Digestivo, Neumología, Oftalmología, O.R.L., Pediatría.

La gravedad de presentación de determinadas reacciones, implica la adecuada conexión con el Servicio de Urgencias, o con diversidad de servicios como los de Anestesiología, Radiología o Hematología, así como la atención de pacientes de Oncología con implicación del Servicio de Farmacia que requieren una rápida actuación para planificar desensibilizaciones que hace años no se realizaban, así como la atención a interconsultas a pacientes hospitalizados, habitualmente por sospecha de reacciones a medicamentos, precisa interacción frecuente con los Servicios de Medicina Interna y de Infecciosas, así como la valoración del adecuado desetiquetado de pacientes que debe realizarse con el Servicio de Farmacia.

Finalmente, las consultas por reacciones de anafilaxia por picadura de himenópteros o por alimentos, así como por reacciones a medicamentos que se generan desde Atención Primaria, implican a grupos de población de estratos de mayor edad, en orden al mayor uso de fármacos en estos grupos de población.

La mayor parte de los estudios diagnósticos que se realizan, como pruebas cutáneas con medicamentos, pruebas de exposición controlada con alimentos o con medicamentos, desensibilización con alimentos o con medicamentos, están agrupados dentro de lo que se denomina pruebas de riesgo, por lo que dichos estudios precisan el manejo por parte de personal experimentado y su realización dentro de un ámbito hospitalario, lo que unido a la necesidad de la atención diaria a las interconsultas que surjan por parte de otros servicios en hospitalización, son el motivo por el que la unidad de alergología precisa su ubicación dentro del hospital,

Es importante la coordinación desde Atención Primaria y Pediatría con la unidad de alergología, que a su vez debe interactuar con el resto de especialidades hospitalarias para el seguimiento de variedad de patologías.

El **área de donación y trasplante de órganos y tejidos** en nuestro hospital ha experimentado un destacado crecimiento y desarrollo en los últimos 15 años. Por ello nuestra Comunidad Autónoma se encuentra desde entonces entre las de mayor tasa de donación de España, siendo nuestro país líder mundial en esta materia desde 1992.

La permanente necesidad de órganos y tejidos válidos para el trasplante ha exigido del desarrollo de programas específicos de donación que es preciso mantener y potenciar para garantizar a su vez la sostenibilidad de los programas de trasplante.

Como se puede ver, todas las aportaciones coinciden en dos asuntos claves. Por una parte, junto a la atención de patología aguda, nuestra actividad se enfoca a la atención de pacientes crónicos frágiles y pluripatológicos. La Estrategia de Atención al Paciente Crónico de La Rioja señala que un 52% de la población entre 45 y 64 años presenta alguna enfermedad crónica, aumentando a 80% entre los hombres y 78% entre las mujeres mayores de 65 años¹¹, y esto lo vemos y confirmamos en nuestro día a día habitual en la clínica. Por otra parte, somos conscientes que la nota fundamental de cualquier respuesta que queramos dar pasa por mayor coordinación entre todos los agentes, servicios y niveles asistenciales.

¹¹ RiojaSalud (2014) *Estrategia de Atención al Paciente Crónico de la Rioja*, p.16, <https://web.larioja.org/plan?n=pla-estrategia-pa-ra-enfermos-chronicos>

1.3. Nuestro diagnóstico de situación

Hemos hecho un diagnóstico de situación (DAFO) que identifica nuestras fortalezas y debilidades internas, así como las amenazas y oportunidades externas que pueden determinar nuestra capacidad de lograrlo.

Análisis externo	Análisis interno
<p>Amenazas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios demográficos y epidemiológicos: <ul style="list-style-type: none"> • Usuarios/pacientes: más envejecidos, frágiles; frecuentemente socialmente aislados; con altas necesidades sociales. • Retos derivados de la multiculturalidad de nuestra sociedad. • Desplazados de otras CCAA. • Crisis epidémicas y nuevas enfermedades. • Entorno macroeconómico difícil. Entorno laboral inestable. • Usuarios: <ul style="list-style-type: none"> • Expectativas y demandas crecientes. • Sociedad "medicalizada": la salud como bien de consumo. Falta cultura del uso razonable de los recursos. • Incremento de los costes: <ul style="list-style-type: none"> • Encarecimiento de prestaciones sanitarios. • Coste de nuevas tecnologías; rapidez del cambio tecnológico. • Exposición pública y riesgo de interferencia política en la toma de decisiones. • Normativa pública limitante. • Competencia profesional con otros centros y regiones para servicios determinados. • Falta generalizada de profesionales sanitarios en España. 	<p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> • El personal de nuestro hospital: la valía de nuestro equipo humano. Combinamos experiencia y ganas de hacer cosas nuevas. • Tamaño apropiado que facilita el conocimiento recíproco de profesionales. Número suficiente de camas de agudos. • Servicios muy valorados: Hospitalización a Domicilio; Servicio de Urgencias; Cuidados Paliativos; Pediatría; Oncología Radioterápica. • Alta valoración por usuarios. • Experiencias de colaboración y coordinación interna: <ul style="list-style-type: none"> • Larga experiencia del Bloque Quirúrgico. • Unidad de ICTUS. • Coordinación ejemplar durante la pandemia. • Procesos de cambio ya iniciados: reactivación de pactos de gestión; nuevo Cuadro de Mandos; plan de inversiones; revisión de historia electrónica en proceso. • Capacidad formativa a todos los niveles: como hospital universitario, experiencia con Unidades Docentes. Formación continuada muy bien organizada. • Liderazgo sanitario en La Rioja (hospital de referencia). • Alianzas estratégicas con Navarra, Aragón, País Vasco (Hospital de Cruces) y Cantabria (Hospital de Valdecilla). • Infraestructuras: nuevas instalaciones, diseño moderno; habitaciones individuales.
<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coyunturales (principalmente, por ser respuesta a la pandemia actual): <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de recursos destinados a salud (paquete emergencia). • Visibilidad de la investigación, la ciencia y la sanidad: percepción social y política de su necesidad. Fondos disponibles. • Oportunidad de definir nuestra misión/visión alineados con el modelo de atención de La Rioja. 	<p>Debilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios no orientados a necesidades: <ul style="list-style-type: none"> • Cartera de servicios provisional/desactualizada. • Orientado a atención de agudos; poca atención 24/7, poca actividad de tarde; falta de recursos ambulatorios (Hospital de Día). • Falta un verdadero proyecto de atención integral hacia la cronicidad. • Pérdida de valor por exceso de procesos externalizados.

- III Plan de Salud; Estrategia de Crónicos; Plan de Salud Mental; Plan de Cuidados Paliativos.
- Estrategia de Atención Primaria actualmente en desarrollo.
- Reorganizar carteras de servicios con Hospital Provincial.
- Alianzas:
 - CIBIR: nuevo equipo gestor.
- Agenda social a desarrollar con tercer sector (discapacidad; colectivos en riesgo de exclusión social). Oportunidad para desarrollar nuevo modelo de relación con asociaciones de pacientes, industria farmacéutica, etc.
- Oportunidades por ser hospital universitario para forjar alianzas nacionales e internacionales:
 - Relación con la Universidad: alianzas y proyectos comunes.
 - Posibilidades para colaborar en proyectos internacionales.
 - Evaluación de tecnología sanitaria con otros centros y comunidades.
- La Rioja: encanto, su gente. Un lugar atractivo para vivir y trabajar.
 - Incorporación de profesionales procedentes de otros hospitales.
- Recursos propios y asociados, actualmente en funcionamiento, que requieren redefinición y alineamiento: Hospital La Rioja, Residencias de Convalecencia Sociosanitaria, etc.
- Listas de espera (cirugía).
- “Silos” clínicos - (p.ej. Comisiones escasas y sin funcionar).
- Personal:
 - Falta personal.
 - Falta de pertenencia/ identidad con el hospital.
 - Cansancio, desconfianza hacia nuevas iniciativas. Falta de auto-estima.
 - Dificultad reemplazar ciertos perfiles/especialidades. Necesidad de replantear la actual bolsa de empleo.
 - Envejecimiento de plantilla.
 - Dimensionamiento inadecuado.
 - Inestabilidad/eventualidad laboral.
 - Talento desaprovechado. Pérdidas de profesionales senior con dilatada experiencia sin prever el recambio.
- Gestión:
 - Asimetría/desequilibrios organizativos: falta estructura organizativa clara (servicios<->secciones); crecimiento sin planificación.
 - Poca estructura de gestión para la dimensión de la organización.
 - Falta liderazgo gestor; falta de formación en gestión.
 - Decepción con iniciativas de gestión previas. Falta de continuidad en los proyectos.
 - Poca cultura de calidad.
- Diseño/funcionalidad no apropiado para nuevas necesidades de atención, hospitalización de media estancia, quirófanos.
- Sistemas de información (historia clínica electrónica: datos fragmentados, poco homogéneos; no aporta información a los profesionales).
- Logística/ Equipos: Poca planificación. escasa capacidad de almacenamiento; Obsolescencia de equipos. Infraestructuras sin utilizar.

1.4. Nuestro reto: transformar nuestro modelo de atención

Totalmente alineados con la Estrategia de Atención Primaria, el Hospital Universitario San Pedro se pone al servicio de esta transformación sistémica que reconocemos como esencial, para adecuar los recursos hospitalarios a las necesidades de los pacientes crónicos y agudos de La Rioja, mientras nos afianzamos en una serie de áreas estratégicas de alta especialización. ¿En qué consistiría esa reorganización y adecuación de nuestros recursos, que atienda a la vez la patología aguda y la crónica? ¿Cuáles serían los elementos de ese nuevo modelo? Nuestro principio orientador es ser **una Atención Hospitalaria capaz de apoyar y amplificar los efectos de una Atención Primaria fuerte.**

El modelo de hospital del futuro

En los últimos años se ha venido debatiendo sobre el contorno y papel del llamado “hospital del futuro”, tanto fuera¹² como dentro de nuestras fronteras¹³. Frente a la visión del hospital como “centros encerrados en sí mismos, en los que se gestionaban todos los servicios: lavandería, cocina, mantenimiento... un viejo dinosaurio grande, pesado, difícil de manejar y con dificultades para adaptarse a las nuevas necesidades”¹⁴, ahora:

“El hospital del futuro -el hospital que necesitamos ya-, es un hospital cuya estructura y organización se oriente fundamentalmente al tratamiento de procesos médicos y quirúrgicos de patologías fundamentalmente agudas que requieran hospitalización y a la atención de pacientes crónicos, pluripatológicos, paliativos y convalecientes en régimen ambulatorio y/o domiciliario en estrecha colaboración e interrelación con la Atención Primaria”¹⁵.

Esto es ser una Atención Hospitalaria capaz de apoyar y amplificar los efectos de una Atención Primaria fuerte. La literatura coincide en las notas que identifican a ese hospital “que nos puede esperar en el futuro: eficiente, adaptado a las necesidades de los pacientes, con un uso eficiente de la tecnología, capaz de obtener rendimiento de los sistemas de información, con un paciente cada vez más protagonista de su enfermedad, enraizado en su medio, ambulatorio y resolutivo, y capaz de aprovechar las oportunidades de colaboración entre los sectores público y privado”¹⁶.

Desde los debates sobre la atención integrada a los pacientes crónicos, pluripatológicos y frágiles se pide al hospital que trabaje coordinada y horizontalmente con la Atención Primaria

¹² McKee M, Merkur S, Edwards N y Nolte E (eds) (2020) *The changing role of the hospital in European Health Systems*, Cambridge: Cambridge University Press, https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/448048/Changing-role-of-hospitals-eng.pdf; World Health Organisation (WHO) (2018) *The transformative role of hospitals in the future of primary health care*, Technical series on primary health care, https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/hospitals.pdf?sfvrsn=5d7e8137_2

¹³ Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (ed.) Un Nuevo Hospital para una nueva realidad. Informe de la SEDAP, http://www.sedap.es/wp-content/uploads/2017/03/Informe_SEDAP_2011.pdf; Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) (2016) *El futuro de los hospitales*, https://www.easp.es/wp-content/uploads/documentos/EASP_El%20futuro%20de%20los%20hospitales.pdf; Club Gertech, El Hospital del Futuro. Las ideas de los expertos, <https://www.fundacionbamberg.org/sites/default/files/adjuntos/publicacion/hospitalfuturolibro-club-gertech.pdf>;

¹⁴ Mosquera Álvarez R, Lado Lema E y Monteagudo Romero J (ed.) (2011) *Del Hospital al sistema sanitario del futuro* en Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (ed.) Un Nuevo Hospital para una nueva realidad. Informe de la SEDAP, http://www.sedap.es/wp-content/uploads/2017/03/Informe_SEDAP_2011.pdf

¹⁵ Pastor Navarro V (2011) *El Hospital del futuro* en Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (ed.) Un Nuevo Hospital para una nueva realidad. Informe de la SEDAP, http://www.sedap.es/wp-content/uploads/2017/03/Informe_SEDAP_2011.pdf

¹⁶ Carretero Alcántara L (2011) Pensando el hospital del futuro, en Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (ed.) Un Nuevo Hospital para una nueva realidad. Informe de la SEDAP, http://www.sedap.es/wp-content/uploads/2017/03/Informe_SEDAP_2011.pdf, pp. 85-94.

y con el resto de los prestadores, todos centrados en las personas¹⁷. Y concretamente, se nos pide¹⁸:

- Que superemos la visión tradicional del hospital como un mero edificio físico (que se define por el número de camas) para entendernos como organizaciones adaptativas complejas que están al servicio del bien común;
- Que dejemos de vernos como entidades aisladas que solo son responsables de atender (muy bien) a las personas que entran por nuestra puerta, para reconocer que tenemos una responsabilidad compartida con el resto del sistema sanitario (y social) sobre la salud de la población que atendemos;
- Que pasemos de entender nuestro trabajo como un acumulado de episodios agudos a entender que somos parte de un proceso de atención continuo, más amplio, integrado y en último término, más efectivo.

Rasgos del nuevo modelo de atención

¿Cuáles serían esos elementos del **modelo de atención transformado** que nos permitirían responder mejor a los retos que hemos descrito?

a) Respecto al modelo asistencial

Responder al patrón epidemiológico causado por la cronicidad, pluripatología y fragilidad requiere, coordinados con Atención Primaria, orientarnos hacia la actividad ambulatoria (hospital de día, consultas externas), la hospitalización a domicilio y apoyarse en avances tecnológicos para potenciar la cirugía mayor ambulatoria.

La gestión de la cronicidad y el uso eficiente de nuestra capacidad instalada reclama más actividad 24/7 (p.ej. nuestra actividad se concentra en horario de mañana; deberíamos aumentar la oferta de tarde).

La actividad asistencial del nuevo modelo necesita organizarse en torno a procesos integrados de atención que a su vez respondan a las necesidades de las personas y se establezcan según los recursos que disponemos. Hemos de retomar y potenciar procesos asistenciales ya existentes, así como crear nuevas rutas de atención integrada consensuadas multidisciplinariamente, entre los diferentes servicios del hospital, con Atención Primaria y con otros agentes sociales.

¹⁷ Naylor C, Alderwich H, Honeyman M (2015) Acute hospitals and integrated care. From hospitals to health systems, London: The King's Fund, https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/acute-hospitals-and-integrated-care-march-2015.pdf

¹⁸ World Health Organisation (WHO) (2018) *The transformative role of hospitals in the future of primary health care*, Technical series on primary health care, https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/hospitals.pdf?sfvrsn=5d7e8137_2, p.5.

El modelo asistencial de nuestro hospital en el futuro, o es un modelo humanizado, o no será un modelo asistencial válido.

b) Respetto a nuestra organización interna

Hemos de superar divisiones burocráticas, “cilindros/silos” clínicos que dificultan la coordinación asistencial, la innovación colectiva y son causa de ineficiencias – y por tanto afectan a la calidad del servicio que prestamos.

Hemos de resolver desequilibrios organizativos mediante la mejor definición de servicios, secciones y equipos. A su vez, estas unidades se benefician del liderazgo gestor.

c) Respetto al equipo humano que conformamos el hospital

El nuevo modelo de atención requiere un dimensionamiento apropiado de la plantilla, que no sufra de eventualidad e inestabilidad en el empleo.

El hospital del futuro que necesitamos vive en la cultura de la innovación, la calidad y la investigación – que no son tareas adicionales y externas, ajenas a la actividad asistencial.

d) Respetto a la planificación y uso de nuestros recursos

En el nuevo modelo, los recursos e inversiones derivan del análisis de las necesidades de las personas. Los sistemas de información y en general, la tecnología, facilita el trabajo y la coordinación entre los profesionales.

e) Respetto a la inserción en nuestro entorno

El nuevo Hospital San Pedro ha de estar inserto en el entorno comunitario, aliado a los múltiples agentes del territorio (entidades locales, asociaciones de pacientes, etc.), más abierto, más transparente. El nuevo modelo reconoce el valor del voluntariado, promovido por nuestro hospital. Es también muy sensible a los colectivos más vulnerables.

2. Nuestra misión y visión: un hospital de personas para las personas

Nuestro hospital es un elemento esencial en el ecosistema sanitario de La Rioja. Pero no somos el centro de ese sistema: en el centro del sistema están las **personas a las que atendemos** (no es “mi paciente”; no son mis datos; etc.) y nosotros mismos, **las personas que les prestamos servicio** desde los múltiples servicios, unidades y dispositivos.

Somos una institución, de naturaleza: pública; asistencial; investigadora; docente. El término institución tiene unas implicaciones profundas: nuestro reconocimiento y prestigio proviene de nuestra cultura profesional de la calidad, de la práctica basada en la evidencia, de que aportemos valor (mejoremos la salud) a las personas y a la sociedad.

Somos un hospital **consciente de su lugar en la cadena de valor** del sistema sanitario y en coordinación con el sistema de atención social: frente a la visión hospitalocéntrica tradicional, nos reconocemos como un hospital coordinado y en red.

Queremos un modelo de prestación de servicios de atención **centrado en las personas**, organizado para responder apropiadamente a las necesidades de la población que servimos (crecientemente con enfermedades crónicas, pluripatología y fragilidad), mientras que debemos atender también a la problemática aguda.

Queremos ser un hospital con presencia comunitaria: **en la comunidad y para la comunidad** que servimos. Esto significa que queremos ser apreciados por nuestros pacientes y familiares, y en general por todos los ciudadanos de La Rioja; que tiene especial sensibilidad por los colectivos más vulnerables, a los que tratamos de responder a sus necesidades específicas; que participa en redes y alianzas con otros actores locales para promover la salud de los riojanos.

2.1. Nuestra misión

El Hospital Universitario San Pedro, nuestro hospital es una institución formada por un grupo humano vocacional, comprometido y altamente cualificado, que presta servicios de atención hospitalaria de gran complejidad a la población de la Comunidad Autónoma de La Rioja. Contribuimos a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que atendemos y sus familias y a la formación de calidad de las nuevas generaciones de profesionales de la salud.

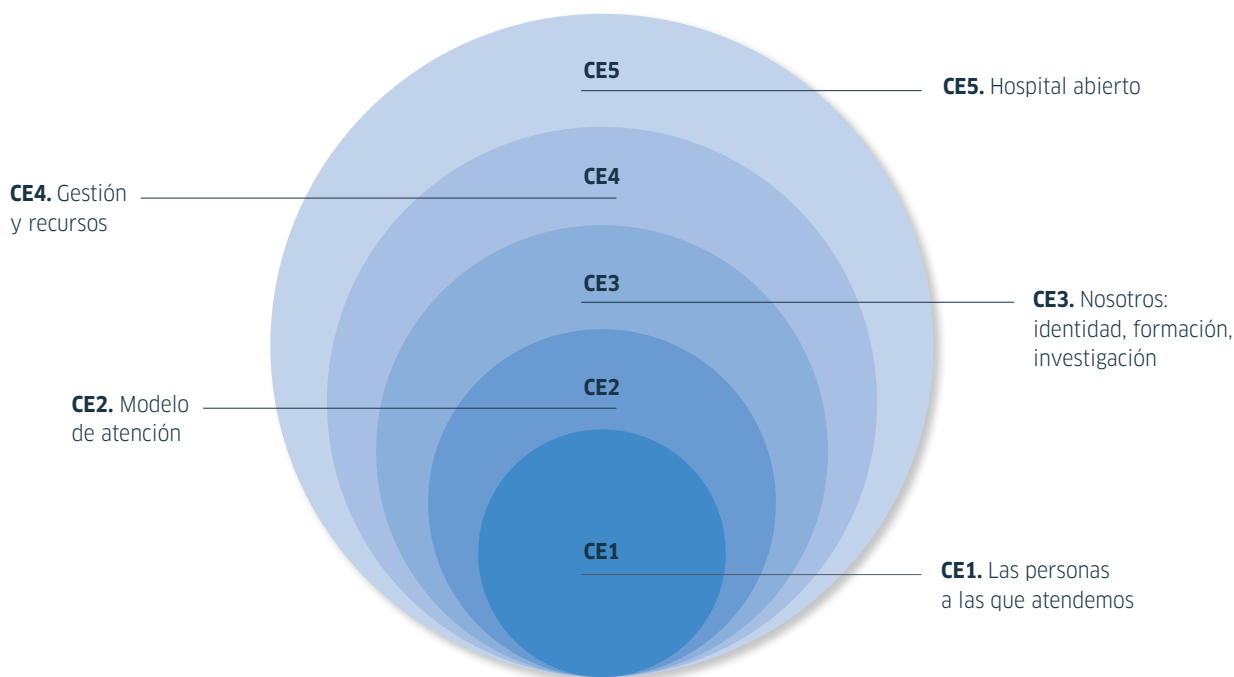
2.2. Nuestra Visión

Disponiendo de un modelo sólido de atención humanizada y social que responde apropiadamente a las necesidades crónicas y agudas de la población riojana a la que servimos, hemos logrado ser en una institución reconocida por trabajar coordinadamente y en red como hospital de referencia con el resto de recursos asistenciales, por nuestra cultura profesional de calidad y por nuestra práctica basada en el conocimiento, la investigación y la innovación.

3. Círculos Estratégicos

Círculos Estratégicos del Hospital Universitario San Pedro

Fuente: elaboración propia



Círculo Estratégico 1. Estamos centrados en las personas a las que servimos	
1. Adoptar la humanización como valor esencial	<ul style="list-style-type: none"> • Desplegar en el Hospital el Plan de Humanización, priorizado como Acción Transversal AP-AH • Elaborar documentos de información para pacientes en los procesos asistenciales que lo requieran
2. Profundizar en nuestra relación con las asociaciones de pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Definición del modelo de relación con las asociaciones de pacientes: creación de un Grupo de Trabajo para la definición del modelo • Incorporar a asociaciones de pacientes en la formulación de rutas asistenciales
3. Impulsar la formación a los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar la Escuela de Pacientes de Enfermedad Renal Crónica • Crear Escuelas de Pacientes para las patologías de las rutas crónicas priorizadas • Introducir experiencia de preparación para intervenciones quirúrgicas
4. Seguir impulsando la donación de órganos en La Rioja	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la donación a través del Documento de Voluntades Anticipadas y de la Ley Orgánica de Regulación de Eutanasia • Potenciar nuevos programas de donación de Cuidados Intensivos Orientados a la Donación (CIOD) y asistolia como en enfermedades neurodegenerativas • Impulsar un Plan de donación y trasplante de tejidos con bancos de tejidos
5. Mejorar la seguridad del paciente del Hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Actualizar y desarrollar el Plan de Seguridad del Paciente

Círculo Estratégico 2. Prestamos una atención integrada al paciente crónico y al paciente agudo a la vez que impulsamos áreas de alta especialización

Abordaje de la cronicidad

<p>6. Trabajar según rutas asistenciales integradas consensuadas y priorizadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> Despliegue en el HUSP de las rutas asistenciales integradas priorizadas como Acción Transversal AP-AH: ERC; DM; ICC; EPOC
<p>7. Incorporar la mirada de necesidades sociales en nuestra atención sanitaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> Desplegar en el Hospital esta acción priorizada como Acción Transversal AP-AH: <ul style="list-style-type: none"> Generalizar el uso del aplicativo de valoración del riesgo social de los pacientes que ya está en el sistema de información
<p>8. Impulsar las alternativas a la hospitalización convencional de adultos y pediátricos</p>	<ul style="list-style-type: none"> Plan de impulso a las Alternativas a la Hospitalización convencional: <ul style="list-style-type: none"> Priorizar el ingreso directo en HAD (esquema de evitación de ingreso) Potenciar el Hospital de Día (separar el HD médico del H Oncológico; mejora y adecuación de espacios; dotarlos de recursos humanos y figura responsable; atención 24/7) Impulsar la alta resolución Potenciar las alternativas a la hospitalización convencional pediátrica: el Hospital de Día pediátrico, CMA
<p>9. Apostar por el empoderamiento de Enfermería</p>	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de protocolos normalizados de trabajo en enfermería: <ul style="list-style-type: none"> Protocolizar la función enlace de enfermería al alta Esquema de selección y consolidación de enfermería adecuada para las áreas de mayor complejidad y exigencia (p.ej. urgencias, cuidados intensivos, etc.)
<p>10. Adoptar las herramientas de telesalud y telemonitorización que necesitamos y priorizamos</p>	<ul style="list-style-type: none"> Creación de un grupo de trabajo para la selección e incorporación de soluciones de telemedicina y telemonitorización: <ul style="list-style-type: none"> Telemonitorización de pacientes crónicos complejos Telesalud y consulta online (asíncrona y síncrona) Telefarmacia (consulta en farmacia hospitalaria; proyecto MAPEX)

Atención de pacientes agudos y Alta especialización

<p>11. Ampliar la accesibilidad a la Atención Hospitalaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> Plan de apertura de la actividad de consultas externas de tarde.
<p>12. Mejorar la actividad de cirugía</p>	<ul style="list-style-type: none"> Plan de mejora de la cirugía: <ul style="list-style-type: none"> Creación de Unidades por patologías y grupos específicos de cirujanos formados para una patología determinada Plan de choque de listas de espera quirúrgica
<p>13. Implantar el modelo de cuidados intensivos extendidos para el tratamiento temprano del paciente hospitalizado grave</p>	<ul style="list-style-type: none"> Implantación de una Unidad de Cuidados Intensivos extendidos (para detectar a aquellos pacientes con signos incipientes de gravedad e ingresarlos en UMI de forma precoz)
<p>14. Mejorar la coordinación de la atención en procesos agudos seleccionados</p>	<ul style="list-style-type: none"> Despliegue en HUSP de las medidas priorizadas como Acción Transversal AP-AH para establecer una uniformidad transversal en los procedimientos de atención sanitaria urgente de la población: <ul style="list-style-type: none"> Implantar el Código Trauma Implantar un Plan de actuación ante quemado

<p>15. Impulsar el trabajo multidisciplinar y entre diferentes servicios y unidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de impulso y creación/desarrollo de estructuras y actividad multidisciplinarias e inter-servicios: <ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de guía de funcionamiento y participación de los comités interdisciplinarios del hospital - Equipo multidisciplinar de atención al acceso vascular para hemodiálisis (Nefrología, Cirugía Vascular y Radiología Intervencionista) para maximizar la Fistula como acceso óptimo y más eficiente - Equipo multidisciplinar de atención a la Insuficiencia Cardíaca Refractaria con Diálisis Peritoneal (Nefrología, Cardiología) - Unidad de aféresis terapéutica - Unidad de Pie Diabético - Desarrollo proceso tratamiento quirúrgico de la carcinomatosis peritoneal, en colaboración con el Servicio de Cirugía General - Programa de tratamiento de dolor postoperatorio
<p>16. Impulsar estratégicamente la alta especialización</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo estratégico sobre áreas referentes donde queremos impulsar la alta especialización • Formular la estrategia multidisciplinar de Medicina Personalizada y de Precisión. Aprovechar recursos NGS: oportunidad para avanzar hacia la medicina personalizada y para posicionarse asistencial y científicamente

Círculo Estratégico 3. Nosotros: nuestra identidad y las notas que definen nuestro buen hacer (docencia, formación, investigación)

<p>17. Definir nuestra identidad como institución asistencial, investigadora y docente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esquema de creación de una bolsa (anual) que financie proyectos colaborativos innovadores, interniveles y/o inter-servicios • Programa de ayudas económicas para facilitar la formación y participación en eventos científicos, etc.
<p>18. Mejorar la comunicación interna</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar un plan de comunicación interna
<p>19. Resolver la planificación y dimensionamiento de plantilla</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de un Plan de Planificación y dimensionamiento de la plantilla, consolidación de empleo público y redefinición de los criterios de selección de la bolsa de empleo
<p>20. Impulsar la formación sanitaria especializada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la acreditación de unidades docentes • Impulsar, valorar y reforzar más el papel del tutor de las unidades docentes
<p>21. Mejorar la formación continuada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Actualización del plan de formación continuada según las necesidades percibidas de formación
<p>22. Asegurar la interrelación con CIBIR y la Universidad de La Rioja para aprovechar oportunidades de trabajo conjunto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Creación del Instituto de Investigación que integre todos los recursos investigadores en Ciencias de la Salud • Elaborar el esquema de relación entre HUSP, CIBIR y otros centros tecnológicos de la Comunidad Autónoma • Plan de interrelación y oportunidades entre Hospital Universitario San Pedro y las universidades (Campus Iberus)

23. Impulsar la investigación en nuestro hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de un Plan Formación investigadora y reconocimiento de dedicación investigador y docente • Creación de Unidad de Apoyo a la Investigación. Registro de todos los proyectos de investigación del centro, su difusión en congresos y foros científicos
24. Apostar por la innovación	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos para la evaluación e incorporación de nuevos medios diagnósticos y terapéuticos

Círculo Estratégico 4. Gestionamos servicios y recursos

25. Realizar una revisión funcional de nuestros Servicios y Cartera según el modelo de atención definido en esta Estrategia	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de una Comisión de Revisión Funcional de Servicios y Cartera para: <ul style="list-style-type: none"> - La revisión de servicios y procedimientos actualmente subcontratados/derivados - Actualización de la Cartera de Servicios • Plan de rediseño de servicios
26. Apostar decididamente por la cultura de la calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de un Plan de Calidad • Creación de una Unidad de Calidad que proporcione apoyo metodológico
27. Mejorar nuestras capacidades de gestión	<ul style="list-style-type: none"> • Formación en gestión adaptada a cada uno de los ámbitos asistenciales • Desarrollar un reglamento específico donde se potencie y profesionalice la figura de los cargos intermedios
28. Comenzar a caminar en la atención basada en valor	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de una comisión que inicie el camino hacia una atención basada en valor
29. Avanzar en la gestión compartida	<ul style="list-style-type: none"> • Reactivación de pactos de gestión (con perspectiva de atención basada en valor), compartiendo información para la rendición de cuentas
30. Dotarnos de un modelo de gestión farmacéutica	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño del modelo de gestión farmacéutica
31. Avanzar en la integración e interoperabilidad de los sistemas de información clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Proyecto de revisión e integración de los sistemas de información clínica y su gobernanza para la identificación única de pacientes, mejora de la usabilidad de las TICs y de la gestión de la demanda
32. Promover la colaboración con la Fundación Hospital de Calahorra (FHC)	<ul style="list-style-type: none"> • Propuesta de puesta en marcha de una Comisión de Alineamiento Estratégico y Colaboración Institucional entre la FHC y el HUSP
33. Mejorar la gestión de las inversiones	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de inversiones
34. Convertirnos en un hospital energéticamente eficiente	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de eficiencia energética (para reducir nuestra huella CO2 y el uso de agua) y protección medioambiental

Círculo Estratégico 5. Somos un hospital abierto a la sociedad riojana

35. Ser un hospital socialmente comprometido	<ul style="list-style-type: none">• Plan de voluntariado para el acompañamiento de enfermos; grupos de voluntariado de profesionales con proyectos en zonas necesitadas; iniciativas culturales en el hospital; conferencias de temas en salud para pacientes, familiares y ciudadanía en general
36. Impulsar nuestra comunicación con la sociedad riojana	<ul style="list-style-type: none">• Elaboración de líneas generales de comunicación e interacción con la sociedad
37. Aportar a la formación sanitaria de la sociedad	<ul style="list-style-type: none">• Impulsar acciones para la formación sanitaria de la sociedad (charlas o conferencias sobre temas de actualidad e interés)• Campaña de información y concienciación sobre el uso racional de recursos sanitarios.<ul style="list-style-type: none">- Campaña sobre el uso correcto del Servicio de Urgencias



V.

COORDINANDO LAS ESTRATEGIAS
DE ATENCIÓN PRIMARIA
Y ATENCIÓN HOSPITALARIA

1. Objetivos y Acciones Estratégicas Transversales

Objetivos transversales	
1. Adoptar la humanización como valor esencial	<ul style="list-style-type: none"> • Concluir la elaboración del Plan de Humanización del Sistema de Salud de La Rioja (con personas que atendemos y con nosotros) • Incorporar la responsabilidad social corporativa (RSC) con todos los actores y grupos de interés de las instituciones sanitarias, a través de una comunicación fluida y eficaz que dé respuesta a los retos y objetivos de desarrollo sostenible así como las preocupaciones sociales y ambientales
2. Incorporar la mirada a la dimensión social en nuestra atención sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar el rol del trabajador social para incorporar la mirada de las necesidades sociales, mediante el uso de herramientas: <ul style="list-style-type: none"> - Generalizar el uso de la valoración del riesgo social de los pacientes - Generalizar la derivación entre trabajo social hospitalario y de atención primaria - Incorporar Testamento vital y los grados de dependencia en HCE - Incorporar Genograma en HCE - Formular un Plan de desburocratización entre Sanidad y Servicios Sociales
3. Impulsar y garantizar la calidad asistencial y seguridad del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Implantar un Plan de Seguridad del paciente: adoptar el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) • Impulsar la calidad asistencial en Atención Primaria, HUSP y FHC • Crear una página web para publicar datos e indicadores relacionados con la calidad asistencial y la seguridad del paciente
4. Sensibilizarnos en el enfoque de la igualdad de género	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar un Plan de Igualdad • Promover el protagonismo y liderazgo del trabajador social en la atención a los casos de violencia de género y otras violencias, para la rápida y eficaz identificación de situaciones de mayor vulnerabilidad así como de las posibles medidas de protección
5. Mejorar la accesibilidad a nuestros consultorios, centros de salud y hospitales	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de un Plan de Accesibilidad
6. Trabajar según rutas asistenciales integradas, consensuadas y priorizadas	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar, revisar, implantar y/o impulsar las siguientes rutas asistenciales integradas (en colaboración con organizaciones sociosanitarias e incorporando a las asociaciones de pacientes) que se han priorizado: ICC; ERC; DM; EPOC
7. Programas de optimización de la prescripción de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Poner en marcha iniciativas de mejora de la atención farmacéutica a los pacientes crónicos polimedcados (adherencia terapéutica, deprescripción, “no hacer” o criterios stop-start, etc.) entre servicios, niveles de atención y con centros sociosanitarios • Implementar y desplegar los programas de optimización del uso de los antibióticos (PROA)
8. Mejorar la coordinación de la atención en procesos quirúrgicos y agudos tiempo-dependientes	<ul style="list-style-type: none"> • Avanzar en la coordinación efectiva entre Atención Primaria y hospitalaria para optimizar circuitos de atención perioperatoria • Favorecer medidas para establecer una uniformidad transversal en los procedimientos de atención sanitaria urgente de la población: (i) Implantar el Código Trauma; (ii) Implantar un Plan de actuación ante quemado; (iii) Código Sepsis; (iv) Código TEP
9. Definir la interrelación entre dispositivos para asegurar la continuidad de cuidados a la cronicidad,	<ul style="list-style-type: none"> • Creación del Circuito de Atención a la Cronicidad y Fragilidad: (i) Redefinir el rol de los distintos agentes: Atención Primaria, Hospital Universitario San Pedro, Hospital General de La Rioja, Fundación Hospital de Calahorra, centros de convalecencia y recursos sociosanitarios; (ii) Avanzar en la coordinación y relación con los recursos sociosanita-

<p>fragilidad, salud mental y fase final de vida</p>	<p>rios existentes, compartiendo información y corresponsabilizándonos en la continuidad de cuidados; (iii) Continuar impulsando la prestación farmacéutica desde el servicio de Farmacia Hospitalaria en los centros sociosanitarios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alinear los centros de convalecencia como recurso efectivo de media estancia en el Circuito de la Atención a la Cronicidad y Fragilidad • Redefinir y potenciar la actividad del Hospital General de La Rioja como centro de atención a la cronicidad, fragilidad, salud mental y fase final de vida • Repensar la Unidad de Pluripatológicos (actualmente en Hospital General de La Rioja): definir criterios de derivación; revisar la nomenclatura de la Unidad de Pluripatológicos
<p>10. Perfeccionar las herramientas que nos ofrecen nuestros sistemas de Información para avanzar hacia la digitalización plena</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar y mejorar el Gestor de Crónicos que permita registrar y valorar factores bio-psico-sociales y revisar/actualizar los formularios • Fomentar y facilitar el uso del Gestor de Crónicos como herramienta pivotal para la atención integrada • Continuar y potenciar el proceso de sincronización de interconsultas no presenciales Atención Primaria-Atención Hospitalaria, incluyendo nuevas funcionalidades de ITC a Unidad de Paliativos y Hospitalización a Domicilio • Retomar el ejercicio de estratificación de pacientes crónicos por complejidad y difundirlo en la organización para generalizar su uso en la planificación, en la gestión, en la priorización de los pacientes a atender y realizar seguimiento estrecho en domicilio • Implementación de las herramientas informáticas necesarias para la integración sanitaria de la red de centros socio-sanitarios públicos y privados con concierto en La Rioja • Implantación de sistemas de inteligencia artificial, inteligencia de negocio y minería de datos para la planificación de los recursos asistenciales riojanos (para mejorar la gestión de lista de espera, ocupación hospitalaria, quirófano, derivaciones, etc.)

2. Las acciones vienen juntas

Aplicando una mirada de sistema, esta sección muestra la interdependencia profunda que existen entre las diferentes acciones que nos hemos adoptado.

Tomando como ejemplo la puesta en marcha de una Ruta Asistencial Integrada para una de las patologías que hemos priorizado, la Insuficiencia Cardíaca Crónica (ICC), se muestra cómo esto implica en realidad la implantación o activación simultánea de un paquete de acciones que ahora aparecen repartidas en cada Estrategia por separado, y que exigen mucho más que consensuar un protocolo clínico: coordinar dispositivos de naturaleza organizativa y propiedad diferente, implantar nuevos roles profesionales, hacer interoperables los sistemas de información, humanizar el proceso de atención e incorporar la voz de los pacientes, etc.

Ruta Asistencial Integrada para la Insuficiencia Cardíaca Crónica (ICC) Paquete de Acciones Estratégicas que están relacionadas con su implantación



Fuente: Elaboración propia.

El tiempo y recursos disponibles, así como nuestra capacidad (y limitaciones) como grupo humano, finalmente decidirán qué es lo más urgente, oportuno y eficaz a la hora de implantar nuestras Estrategias.



VI.

AVANZANDO
HACIA LAS SIGUIENTES METAS

Se ha pretendido hacer un planteamiento lo más realista y ajustado posible de lo que conjuntamente podemos hacer para transformar el sistema sin tensionarlo inútilmente ni generar expectativas que no vayamos a poder cumplir. Creemos que todo lo incluido en las secciones previas es realizable y podemos ponerlo en marcha con los recursos necesarios y el conocimiento, voluntad y participación de todos.

Ahora bien, esta postura pragmática es todo lo contrario al conformismo o a una mirada de corto alcance. Somos conscientes de que hay una serie de temas esenciales e irrenunciables que es necesario comenzar a plantear ya mismo, aunque la madurez y desarrollo de nuestro sistema no nos permitan un despliegue directo en estos momentos. Debemos comenzar a trabajar para ir creando las condiciones para que podamos abordarlos con éxito en el medio y largo plazo. Estos temas ya aparecen recogidos en ambas estrategias, y para los que hemos planificado la creación de grupos de trabajo específicos.

Uno de los temas esenciales a abordar es conocer qué valor en ganancia en salud le aportamos a la población de La Rioja con la actividad sanitaria que realizamos y cómo podemos generarle más valor, que este sea realmente de relevancia a las pacientes, personas y poblaciones y que lo hagamos a un menor coste¹⁹. Por ahora nos limita no tener todavía consensuado qué resultados debemos y queremos medir, nuestra capacidad de medir tales resultados de forma rutinaria o el que podamos incorporar la voz de los usuarios y profesionales de nuestro sistema de salud.

Un segundo tema esencial que abordamos con vista larga y paso corto es la coordinación efectiva entre los sectores social y sanitario. Creemos firmemente que, para prestar una atención verdaderamente integrada y centrada en las necesidades sociales y sanitarias de las personas, debemos avanzar en la coordinación entre servicios sociales y los servicios sanitarios, y de estos con otros sectores como educativo, judicial, vivienda, etc. El paradigma de la atención integrada social y sanitaria es ya una realidad en nuestro contexto y La Rioja tiene el reto de comenzar un diálogo a todos los niveles (comenzando por acuerdos estratégicos entre las respectivas Consejerías) para comenzar a avanzar.

En las Estrategias se incluyen ya aportaciones que suponen pasos en esta línea, pequeños aunque esenciales. Por ejemplo, apostamos por incorporar la mirada a la dimensión social en nuestra atención sanitaria, que incluimos como un Objetivo Transversal. Hemos recogido además una serie de sugerencias para comenzar a debatir y abordar en cuanto se den condiciones oportunas (por ejemplo: elaboración de protocolos de acción conjunta entre servicios sanitarios, servicios sociales y Juzgados de Familia para casos de complejidad sociosanitaria) y que señalan nuestra voluntad y camino a seguir en el medio y largo plazo, pero que ahora mismo exigen un diálogo más amplio que facilite el avance.

Un tercer tema nuclear y esencial es mejorar la relación y comunicación con la sociedad a la que servimos. Por una parte, nos comprometemos por dar más voz a la ciudadanía, a través

¹⁹ Deusto Business School Health (2018) VII Foro de Transformación Sanitaria. La transformación hacia una sanidad basada en valor, <https://bit.ly/2Tlkjxs>

de la relación con las asociaciones de pacientes, favoreciendo el co-diseño de servicios y formas de atención más humanizadas, más cercanas a las necesidades de las personas y sus familias. Pero, como parte de este pacto renovado con la sociedad riojana, urgimos a todas las partes a hacer pedagogía tranquila pero activa sobre el uso racional de los servicios de salud con el fin de garantizar su sostenibilidad presente y futura.



ANEXOS Y REFERENCIAS

ANEXO I. Análisis de situación de la Pediatría de Atención Primaria

Análisis externo	Análisis interno
<p>Amenazas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios demográficos y epidemiológicos: que generan nuevos motivos de consulta y mayor y más compleja demanda asistencial: <ul style="list-style-type: none"> • Más problemas psico-sociales (por ejemplo problemática de salud mental derivado de acoso escolar, separación de padres, abuso de las tecnologías, etc.) exigen tiempo, recursos, coordinación. • Multiculturalidad (migrantes, refugiados). • Patología estacional y aguda. • “Epidemia” de obesidad y sedentarismo infantil. • Expectativas y demandas de la población crecientes: <ul style="list-style-type: none"> • Falta cultura del uso razonable de los recursos. Demandas absurdas, reiterativas y urgentes. • Falta de recursos de otros sectores (orientadores/equipos educativos; trabajadores sociales; logopedas, neuro-pediatras, etc.) con los que necesariamente tenemos que trabajar y coordinarnos. • Falta generalizada de profesionales pediatras en España. • Competencia de otras CCAA más interesantes profesionalmente. 	<p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aceptación y defensa firme de nuestro modelo de pediatría en AP: <ul style="list-style-type: none"> • Alta calidad y buen nivel de resolución en pediatría de AP. • La enfermería de pediatría está bien integrada en nuestro modelo de atención: fuerte relación enfermería-medicina de familia (pero hay debilidades). • El colectivo de pediatras de AP y AH a nivel regional tienen buena relación (satisfacción con las interconsultas “sub-especializadas” entre pediatras de AP y AH) (pero es necesario elaborar protocolos conjuntos para consolidar la relación). • Colectivo pediátrico muy unido. • La alta tasa de plazas ocupadas por pediatras (comparativamente con el resto de España) –(aunque no están correctamente distribuidas, hay desigualdades: problema en Rioja Baja). • Buena experiencia de trabajo regular con equipos de orientación escolar (sobre todo en ámbito rural); con trabajadores sociales; etc. • Disponemos de un buen sistema de información.
<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nueva Gerencia de Atención Primaria (nuestra gerencia). • Oportunidad de alineamiento de mensajes de las autoridades sanitarias a la población sobre el uso adecuado de servicios y recursos sanitarios. • Oportunidad de apoyarnos en la Asociación Riojana de Pediatría de Atención Primaria para mejorar la coordinación AP-AH (y entre hospitales), la integración de enfermería pediátrica de AP en las actividades de la asociación. • Oportunidad de consolidar el uso de tecnologías de apoyo, desde las recientes lecciones aprendidas: <ul style="list-style-type: none"> • Por ejemplo, que la cita web incluya el motivo de consulta ayuda a un primer cribado. • Oportunidad de hacer uso de teleasistencia e interconsultas no presenciales AP-AH. 	<p>Debilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situación problemática en el medio rural: faltan pediatras y enfermeras pediátricas (problema de cobertura); enfermeras pediátricas a veces compartidas con adultos. Riesgo de pérdida de continuidad y atención a patología crónica por falta de recursos. • Sobrecarga: por acumulaciones; estacional por desplazados vacacionales y temporeros. • Equipo pediátrico: no llegamos todavía a la ratio 1 pediatra- 1 enfermería pediátrica: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeras sin experiencia profesional, formación ni preparación en pediatría. Faltan protocolos de recepción al profesional recién llegado. • Poca coordinación y poca pertenencia con el Equipo de Atención Primaria (particularmente entre médicos): “estamos en los equipos pero no somos del equipo, esperando que seamos autosuficientes”. • Desconocimiento de recursos (sanitarios, sociales, educativos) con los que complementarnos o su disponibilidad para poder prescribirlos. • Carecemos de liderazgo coordinador como colectivo de pediatría.

ANEXO II. Análisis de situación de Emergencias Sanitarias

Análisis externo	Análisis interno
<p>Amenazas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios demográficos y epidemiológicos: <ul style="list-style-type: none"> • Usuarios/pacientes: más envejecidos, frágiles; frecuentemente socialmente aislados; con altas necesidades sociales (en el Centro Coordinador afecta especialmente). • Retos derivados de la multiculturalidad de nuestra sociedad; desplazados de otras CCAA (triplicada población en verano). • Crisis epidémicas y nuevas enfermedades. • Entorno físico en el que trabajamos: inestable, diverso y peligroso (la calle, el monte, los domicilios, etc.; desplazamientos en carretera). • Expectativas y exigencias crecientes de la población, presión social y demanda de atención inmediata. Demandas absurdas. • Descenso del presupuesto mientras se incrementan los costes de nuevas tecnologías y por rapidez del cambio tecnológico. • Coyuntura COVID que podría institucionalizarse: el actual triaje de acceso a los PAC desborda en mayor carga de llamadas a Emergencias Sanitarias. 	<p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percepción generalizada de ser un modelo de éxito (por resultados en salud, capacidad de resolución, amplia cobertura poblacional). • Alta valoración por usuarios. • Gran interés del colectivo de enfermería en trabajar en el servicio, que además tiene formación excelente. • Disponemos de historia clínica electrónica interconectada con Hospital San Pedro de La Rioja: con aplicación para la gestión de pacientes. [Pero hay problemas en la migración de datos SIREN->SELENE]. • El COVID ha fomentado la Incorporación de Enfermeras como agente de coordinación en el Centro de Coordinación (aunque falta mejorar y concretar esta incorporación).
<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nueva Gerencia de Atención Primaria (nuestra gerencia). • La actual duplicación de 112 y Consejo Sanitario es una oportunidad para reclamar y asumir Consejo Sanitario en nuestro Centro Coordinador (de Atención Primaria) en línea con el modelo de atención que se está promoviendo. • Oportunidad de alineamiento de mensajes de las autoridades sanitarias a la población sobre el uso adecuado de servicios y recursos sanitarios. • Oportunidad de consolidar el uso de tecnologías de apoyo (telemedicina, telemonitorización, etc.). 	<p>Debilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • No nos conoce ni la ciudadanía ni el resto del sistema de salud (Web salud). • Dificultades de encaje con el modelo de Atención Primaria: <ul style="list-style-type: none"> • Nuestros pacientes no se ajustan a una gestión por agenda. • Insuficiente derivación con Primaria. • Dificultades en Centro Coordinador: <ul style="list-style-type: none"> • Falta claridad en la toma de decisiones, liderazgo y gobernanza. • Dificultad de alineamiento con Protección Civil. • Sin capacidad de resolver problemas (informáticos, administrativos o de mantenimiento) urgentes. • Personal: <ul style="list-style-type: none"> • Falta personal (incluido personal de apoyo). • Envejecimiento de la plantilla: acentuado en nuestro sector por la complejidad y peligrosidad del entorno físico en el que trabajamos. • Dificultad de captar profesionales médicos; situaciones excepcionales de profesionales sin la homologación adecuada. • Sobrecarga no pagada a los profesionales. • Gestión y recursos: <ul style="list-style-type: none"> • Faltan recursos (p.ej. vestuario; video-cámaras, ecógrafos portátiles, instrumentos analíticos; etc.). • Obsolescencia de equipos.

ANEXO III. Proceso de Elaboración de las Estrategias

La elaboración y alineamiento de las Estrategias de Atención Primaria y del Hospital Universitario San Pedro de La Rioja ha sido el resultado de un proceso participativo, de revisión y prospectiva y metodológicamente sólido y coherente.

Metodológicamente, nos han guiado estos 4 principios prácticos:

- **Realismo:** significa elaborar unas estrategias que seamos capaces de poner en marcha, con objetivos alcanzables y acciones realizables, sostenibles y dentro de plazos de tiempo posibles.
- **Coherencia:** hacer documentos con coherencia interna, donde las acciones derivan de los objetivos y estos responden a lo detectado en el análisis de situación.
- **Evidencia:** proponer intervenciones que hayan funcionado y funcionen en otros sistemas y contextos similares, y que hayan sido sujetas a la revisión y debate experto nacional e internacional. Esto también incluye haber revisado acciones de estrategias y planes previos de La Rioja para identificar qué se llegó a poner en marcha y las razones de por qué o por qué no se hizo, qué ha funcionado y debemos continuar y qué propuestas hemos de recuperar y desplegar.
- **Participación:** ha significado realizar un ejercicio participativo de escucha, recogida de propuestas, debate y consenso, en espacios diversos: (i) en los Grupos de Reflexión establecidos (de Atención Primaria; Hospital San Pedro; Pediatría de Atención Primaria; y Emergencias Sanitarias); (ii) en las reuniones con la Dirección y con mandos intermedios; (iii) acogiendo y analizando propuestas individuales que se nos fueron enviando; (iv) sometiendo los documentos a la consideración de agentes sociales y sociedades profesionales.

Si bien la decisión de elaborar ambas Estrategias se remonta a los primeros meses de 2020, la situación de emergencia sanitaria por el coronavirus SARS-COV-2 impidió el inicio de los proyectos hasta el otoño del mismo año, que adquirió el impulso con el nombramiento del responsable de la nueva Dirección de Planificación Estratégica.

Se iniciaron entonces los servicios de consultoría para elaborar las Estrategias y se convocaron dos Grupos de Reflexión diferentes, uno para Atención Primaria y otro para el Hospital Universitario San Pedro, que comenzarían propiamente a funcionar en enero de 2021. Posteriormente se convocarían los Grupos de Reflexión específicos para Pediatría de Atención Primaria y para Emergencias Sanitarias.

Los Grupos de Reflexión celebraron varias reuniones presenciales cada uno entre los meses de enero y abril de 2021. El esfuerzo de análisis y debate de los Grupos de Reflexión se dividió en dos momentos metodológicos. El primero se centró en el análisis de situación (DAFO) y de revisión de los modelos de atención actuales del nivel primario y hospitalario. El segundo

partió de esta realidad para debatir el modelo de atención transformador que buscamos y que se refleja en los círculos estratégicos y acciones que seleccionamos. En este segundo momento, los Grupos de Reflexión ya procedieron a sugerir tanto acciones transversales como propias para cada nivel de atención.

Para favorecer la amplia participación, se habilitó la dirección planestrategico@riojasalud.es, donde se podían enviar aportaciones o comentarios. Así, durante todo el proceso se han recibido decenas de aportaciones, bien desde servicios, equipos o a título individual y a través de encuestas estructuradas a mandos intermedios en ambos niveles asistenciales. Cada aportación fue analizada con interés y se respondió en la medida de lo posible a las personas y actores que había contribuido, explicando qué se había incorporado de sus propuestas y por qué.

La última fase, desde la perspectiva de la metodología seguida, supuso el alineamiento de ambas Estrategias, agudizando la mirada sistémica para revisar posibles duplicaciones, identificar las interrelaciones entre todos los objetivos y acciones y confirmar que todo lo que nos hemos propuesto es verdaderamente oportuno, eficaz, viable y sostenible en el tiempo.

REFERENCIAS

Nuestras Estrategias se hacen eco de los recientes debates nacionales e internacionales y de las nuevas aportaciones conceptuales de los sectores de salud y sanidad. Hemos partido de la lectura y reflexión conjunta sobre el concepto de sistema, los debates sobre el rol de la atención primaria y el hospital del futuro o sobre novedosas palancas de transformación como las rutas asistenciales integradas para conocer el estado de la cuestión y buscar soluciones innovadoras. Y tras ese ejercicio de estudio y reflexión, procedimos a la elaboración y propuesta de los objetivos y acciones estratégicas.

Sin pretender ser exhaustivos, recogemos seguidamente una selección de aquellas publicaciones que han aportado el armazón conceptual de las nuevas Estrategias y que por tanto reconocemos como nuestras publicaciones de referencia. Se presentan organizadas temáticamente y, en cada grupo, por fecha de publicación (de las más recientes a las más antiguas).

Sobre el concepto de sistema sanitario y su alcance

- Organización Mundial de la Salud (2007). *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes - WHO's Framework for Action*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2000) *Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42357>;

Sobre Atención Primaria

- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019) *Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Centro de Publicaciones. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf
- Sociedad Riojana de Medicina Familiar y Comunitaria y otros (2021) *Bases para la mejora de la Atención Primaria de La Rioja*. <http://srmfyc.es/wp-content/uploads/2021/05/Bases-para-la-mejora-de-la-Atenci%C3%B3n-Primaria-en-La-Rioja.pdf>

Sobre la transformación del hospital contemporáneo

- McKee M, Merkur S, Edwards N y Nolte E (eds) (2020) *The changing role of the hospital in European Health Systems*. Cambridge: Cambridge University Press, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/448048/Changing-role-of-hospitals-eng.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2018) *The transformative role of hospitals in the future of primary health care, Technical series on primary health care*, https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/hospitals.pdf?sfvrsn=5d7e8137_2
- Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (ed.) (2011) *Un Nuevo Hospital para una nueva realidad. Informe de la SEDAP*. http://www.sedap.es/wp-content/uploads/2017/03/Informe_SEDAP_2011.pdf

Sobre la coordinación y continuidad asistencial

- Organización Mundial de la Salud (2018) *Integrating Health Services. Technical series on primary health care*, <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/linkages.pdf>
- Hendry A, Kadu M, Kuluski K y Thompson J (2018) *Continuity and coordination of care. A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274628/9789241514033-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sobre las rutas asistenciales integradas

- Blay C, Limon E, Benet C (2016) El impacto en la práctica de las rutas asistenciales. *FMC Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 23(5): 257-59.
- Blay C (2015) Modelos de coordinación en la atención a los pacientes con enfermedades avanzadas: rutas territoriales de atención a la complejidad, en Gómez Batiste-Alentorn X, Blay Pueyo C, Roca Casas J, Fontanals de Nadal M.⁹ D y Calsina-Berna A (eds.) *Manual de atención integral de personas con enfermedades crónicas avanzadas: aspectos generales*. Elsevier, pp.151-162.

Agradecimientos

La elaboración de este Plan Estratégico, desde el inicio, tenía como pilar fundamental que fuera un trabajo realizado por y para los profesionales del Servicio Riojano de Salud. Y gracias a ellos este documento ha podido salir adelante. A todos los que han formado parte de los grupos de reflexión en cualquier momento del desarrollo del trabajo, a los coordinadores, a todos los profesionales sanitarios y no sanitarios, a los mandos intermedios y a toda la dirección que han participado en su construcción enviando aportaciones, han facilitado las reuniones o han dirigido su construcción para sentar las líneas estratégicas de los próximos cuatro años, GRACIAS.

Ha tocado afrontar este reto en un momento complejo, de gran intensidad y presión en el sistema. Pero se ha demostrado que se tiene una visión clara y compartida, un objetivo común que mueve el SERIS día a día.

Los agradecimientos se extienden también a todas las organizaciones profesionales, colegios, sociedades científicas, sindicatos, organizaciones no gubernamentales, y otras instituciones que han trabajado este documento como propio y han aportado un punto de vista objetivo y externo a todo lo trabajado. El diálogo y el debate son los mejores caminos para lograr algo en equipo.

Gracias a todos los involucrados.

Colaboradores

Coordinador:

Azcona Gutiérrez, José Manuel. Director de Planificación Estratégica

Consultor Estrategia Hospital Universitario San Pedro

Álvarez Rosete, Arturo. Consultor Externo

Consultor Estrategia Atención Primaria

Varela, Jordi. Consultor Externo

Álvarez Rosete, Arturo. Consultor Externo

Equipo Directivo

Calvo Martínez, Adolfo. Director de Atención Hospitalaria

Caro Berguilla, Yolanda. Directora de Enfermería de Atención Hospitalaria

Crespo Sabaris, Rafael. Director Médico de Atención Primaria.

Fabon Anchelegues, María. Directora del Secretariado de la Gerencia

Guerrero Alonso, Paula. Gerente de Atención Primaria

Herreros Tobías, Felipe Ricardo. Director de Recursos Humanos

Lafuente Jiménez, Alberto. Gerente del Servicio Riojano de Salud

Marauri Corcuera, Noemí. Directora de Enfermería de Atención Primaria

Ornosope Barbarín, Jesús Felipe. Director de Gestión Económica

Royo Oyaga, Inés. Directora de Asistencia a la Gerencia

Bea Berges, Laura. Coordinadora asistencial de Atención Primaria

Castejón Moreno, Rubén. Coordinador de Consultas Externas, Hospital de Día y Urgencias

Cotelo Sáñez, Ruth. Coordinadora de Cuidados de Enfermería de Atención Primaria.

Díaz de Cerio, Pedro. Coordinador del Bloque Quirúrgico

Gastón Najarro, Íñigo. Coordinador de Hospitalización y Servicios Centrales

González González, María Victoria. Coordinadora de Equipos de Enfermería de Atención Primaria

Grupo focal para la Estrategia y DAFO de Atención Primaria:

Azofra Crespo, Miguel. Facultativo Especialista Medicina Familiar y Comunitaria. Zona Básica de Salud de Murillo

Calle Cordón, Verónica. Inspección Médica

Corzo Domínguez, Beatriz. Facultativo Especialista Medicina Familiar y Comunitaria. Zona Básica de Salud de Navarrete

Fernández Hurtado, Ignacio. Facultativo Especialista Medicina Familiar y Comunitaria. Zona Básica de Salud de Cameros Nuevos

Gómez Eguilaz, María. Facultativo Especialista Neurología

Huarte Loza, Enma. Jefa de Sección de Nefrología.

Jiménez Monteagudo, Francisco. Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de Espartero. Logroño

Jodrá Esteban, Blanca. Enfermera de Atención Primaria. Responsable de Enfermería. Zona Básica de Salud de Espartero

Lorente Redón, Esther. Enfermera de Atención Primaria. Responsable de Enfermería. Zona Básica de Salud de Arnedo

Pevidal Rodríguez, Luis Alberto. Enfermero de Atención Primaria. Zona Centro de Salud Gonzalo de Berceo.

Ramón Trapero, José Luis. Facultativo Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Jefe de Estudios UD Multi-

profesional AFYC La Rioja

Rivera Sanz, Félix. Enfermero de Atención Primaria. Zona Básica de Salud de Alberite

Rodríguez Arranz, Cristina. Pediatra de Atención Primaria. Zona Básica de Salud de Alberite

San Martín Triana, Marta Leire. Trabajadora Social. Servicio de Atención Sociosanitaria

Teja Ruiz, Basilio. Médico de Emergencias. Coordinador de equipos. Servicio de Emergencias Sanitarias de La Rioja

Velilla Zancada, Sonsoles. Facultativo Especialista Medicina Familiar y Comunitaria. Zona Básica de Salud de Joaquín Elizalde

Vitoria Abad, Celia. Enfermera de Atención Primaria. Responsable Enfermera Zona Básica de Salud de Calahorra

Zapiola Sáenz, Carlos Roberto. Facultativo Especialista Medicina Familiar y Comunitaria. Zona Básica de Salud de Arnedo

Grupo focal para la Estrategia y DAFO del Hospital San Pedro:

Antón Botella, Francisco. Coordinador del Hospital General y Hospitalización a Domicilio

Blanco Ramos, José Ramón. Facultativo Especialista en Medicina Interna. Director científico del Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR)

Busto Sancirrián, Jesús Héctor. Profesor Titular. Departamento de Química. Universidad de La Rioja

Del Puerto García, M^a Dolores. Facultativo Especialista Neumología

García Tejero, Aitana. Jefa de Departamento de Cirugía General y Digestiva

Gómez Eguilaz, María. Facultativo Especialista de Neurología

Gómez Pérez, Tomás. Informático. Jefe de Área de Aplicaciones y Desarrollos Específicos en Salud

Huarte Loza, Enma. Jefa de Sección de Nefrología

Ibáñez Armas, Ángeles. Supervisora de Enfermería. Consultas Externas

Lisa Catón, Valentín. Facultativo Especialista Urgencias
 Marco Galilea, Inmaculada. Supervisora de Enfermería. Hospitalización a Domicilio
 Martín Blanco, Natalia. Facultativo Especialista Hospitalización a Domicilio
 Montiel Quiñones, Marisol. Supervisora de Enfermería. Nefrología
 Moreno Azofra, María de la O. Facultativo Especialista Medicina Interna
 Oliva Pérez, Juan Carlos. Director de Innovación Sanitaria, Fundación Riojasalud
 Oteo Revuelta, José Antonio. Jefe de Departamento. Enfermedades Infecciosas
 Pinilla Moraza, Javier. Facultativo Especialista Medicina Interna
 Rabasa Baraiibar, Pilar. Facultativo Especialista Hematología
 Ramos Salces, Margarita. Supervisora de Enfermería. Traumatología y Otorrinolaringología
 Ruiz del Prado, Yolanda. Jefa de Servicio. Pediatría
 Sáenz López, José Antonio. Jefe de Sección del Servicio de Anestesiología y Reanimación
 Yangüela Terroba, Joaquín. Médico jubilado

Equipo de trabajo para el DAFO de 061 y Emergencias Sanitarias

Castro Ibañez, Ana Isabel. Responsable de Enfermería de Emergencias Sanitarias
 García Marquínez, María José. Enfermera de Emergencias Sanitarias
 Gutiérrez Sádaba, María Victoria. Médico de Emergencias. Coordinadora SVA de Calahorra
 Merino Aguado, Alberto. Médico de Emergencias. Coordinador SVA de Haro
 Muñoz Castellano, Julián. Médico de Emergencias. Coordinador SVA de Logroño
 Oserín Perez, María Teresa. Enfermera de Emergencias Sanitarias
 Sánchez Esteban, Nuria. Médico de Emergencias. Coordinadora sanitaria Centro de Coordinación
 Vega Ochoa, Francisco Javier. Enfermero de Emergencias Sanitarias

Equipo de trabajo para el DAFO de Pediatría de Atención Primaria

Bernard Usoz, José Vicente. Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Gonzalo de Berceo. Logroño
 Jiménez Gil de Muro, Silvia. Pediatra de Atención Primaria. Directora de Zona Básica de Salud de Calahorra
 Jiménez Monteagudo, Francisco. Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de Espartero. Logroño
 Lizaranzu Olarte, Eden. Enfermera de Atención Primaria. Zona Básica de Nájera
 Lorente Redón, Esther. Enfermera de Atención Primaria. Responsable de Enfermería. Zona Básica de Salud de Arnedo
 Munguía Gonzalez, Ana Isabel. Enfermera de Atención Primaria. Centro de Salud Joaquin Elizalde. Logroño
 Palacios Horcajada, María. Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de Haro
 Rodríguez Arranz, Cristina. Pediatra de Atención Primaria. Consultorio de Villamediana y Centro de Salud de Murillo
 Villaro Amilburu, María Candelas. Enfermera de Atención Primaria. Centro de Salud Gonzalo de Berceo.. Logroño

Líneas estratégicas transversales AP-AH Fundación Hospital de Calahorra:

Castiella Herrero, Jesús. Coordinador Médico de Especialidades Médicas
 Gimeno Gurpegui, Iñigo. Coordinador Unidad de Admisión, Documentación Clínica y Atención al Paciente Fundación Hospital Calahorra
 Soriano Gil Albarelllos, Pablo. Coordinador Médico Especialidades Quirúrgicas Fundación Hospital Calahorra

Análisis demográfico:

Ruiz Nicolás, Belén. Jefa Área Cartera de Servicios. Servicio de Planificación, Evaluación y Calidad
 Ramalle Gómara, Enrique. Jefe de Sección de Información Sanitaria. Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria

Colegios, sociedades científicas y asociaciones profesionales:

Asociación de Enfermería Comunitaria - AEC
 Asociación de Matronas de La Rioja - AMALAR
 Asociación de Técnicos de Emergencias Sanitarias de La Rioja - UTESLAR
 Colegio Nacional de ópticos-optometristas. Quinta Delegación Regional
 Colegio Oficial de Médicos de La Rioja
 Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja
 Colegio Oficial de Farmacéuticos de La Rioja
 Colegio Oficial de Fisioterapeutas de La Rioja
 Colegio Oficial de Podólogos de La Rioja
 Sociedad Riojana de Medicina Familiar y Comunitaria
 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen)

Sindicatos, plataformas y agentes sociales:

Amnistía Internacional
 Comisiones Obreras - CCOO
 Plataforma en Defensa de la Sanidad Pública La Rioja
 Sindicato de Enfermería - SATSE
 Unión General de los Trabajadores - UGT

