



Comunidad  
de Madrid

Gerencia Asistencial  
de Atención Primaria  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

PROYECTO PARA LA REORGANIZACIÓN ASISTENCIAL DE LOS  
CENTROS DE SALUD

5 de marzo 2021

# PROYECTO PARA LA REORGANIZACIÓN ASISTENCIAL DE LOS CENTROS DE SALUD



## ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	3
2.	MODELOS DE CAMBIO Y MEJORA DE LAS ORGANIZACIONES .....	8
2.1.	ATENCIÓN SANITARIA BASADA EN EL VALOR .....	8
2.2.	MODELO DE MICHAEL E. PORTER.....	9
2.3.	MODELO “TRIPLE AIM” (TRIPLE META).....	10
2.4.	CONCLUSIONES.....	11
3.	METODOLOGÍA.....	11
3.1.	MODELO PARA EL CAMBIO EN AP.....	11
3.2.	HERRAMIENTAS DISPONIBLES .....	14
3.3.	LÍNEAS DE TRABAJO Y PROYECTOS PARA LA GESTIÓN DEL CAMBIO EN LOS CENTROS DE SALUD.....	15
3.3.1.	ORGANIZACIÓN DE LA RESPUESTA A LA DEMANDA DE ATENCIÓN DE LOS CIUDADANOS.....	16
3.3.1.1.	POTENCIAR EL ROL PROFESIONAL DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO (UAU). .....	16
3.3.1.2.	GESTIÓN DE LA DEMANDA: ATENCIÓN A PROCESOS AGUDOS EN CONSULTAS DE ENFERMERÍA Y UNIDADES DE ATENCIÓN ESPECÍFICA .....	17
3.3.1.3.	ATENCIÓN A LA DEMANDA NO DEMORABLE .....	17
3.3.1.4.	REACTIVACIÓN DE LAS AGENDAS NOMINALES.....	17
3.3.2.	DESBUROCRATIZACIÓN DE TAREAS .....	17
3.3.3.	GESTIÓN DEL PROCESO COVID .....	18
3.3.4.	CENTRALIZACIÓN DE ALGUNOS PROCESOS ASISTENCIALES .....	18
3.3.5.	OTRAS LINEAS DE TRABAJO .....	18
4.	PLAN DE ACCIÓN: FASES, OBJETIVOS Y PROPUESTAS.....	19
4.1.	ESTABLECER Y COMPARTIR LA NECESIDAD Y URGENCIA DEL CAMBIO .....	19
4.2.	IDENTIFICAR LÍDERES DEL CAMBIO CON INFLUENCIA Y CAPACIDAD DE ACTUACIÓN .....	19
4.3.	DESARROLLAR UNA VISIÓN CLARA PARA EL CAMBIO Y SUS BENEFICIOS .....	21
4.4.	COMUNICAR LA VISIÓN: DEBE FORMAR PARTE DEL FUNCIONAMIENTO Y TOMA DE DECISIONES .....	21
4.5.	ELIMINAR OBSTÁCULOS: ACTUACIÓN PROACTIVA CON EQUIPOS QUE NECESITAN APOYO PARA EL CAMBIO .....	21
4.6.	ASEGURAR Y COMPARTIR TRIUNFOS A CORTO PLAZO.....	22
4.7.	CONSOLIDAR EL CAMBIO .....	23
4.8.	ÁNCLAR EL CAMBIO EN LA CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN .....	23
5.	BIBLIOGRAFÍA (POR ORDEN ALFABÉTICO) .....	24
6.	GESTIÓN DOCUMENTAL.....	24

## 1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La Atención Primaria de Madrid, tras un largo recorrido en su actividad y cometidos, necesita iniciar un cambio en su organización. Se le plantean situaciones y desafíos actuales que su funcionamiento presente no puede afrontar con garantías de cumplir su objetivo principal que es mejorar la salud de la población.

La Gerencia Asistencial de Atención Primaria (GAAP), como organización que presta servicios, debe adaptar este nivel asistencial ante los cambios poblacionales y epidemiológicos de la población y sus necesidades y demandas. Mantener el escenario actual de prestación de servicios compromete la accesibilidad, la seguridad, la eficiencia y la calidad y, en definitiva, la sostenibilidad del modelo.

Recientemente, se ha finalizado el diseño del **Plan Estratégico de la GAAP 2020-2024**, para el que se ha realizado un exhaustivo análisis de situación. Se trata de un proyecto muy participativo, en el que se ha contado con la implicación de más de 200 profesionales, representativos de todas las categorías y niveles de gestión de la GAAP. Se ha contado también con profesionales de organizaciones externas identificadas como nuestros aliados, como hospitales, direcciones y subdirecciones de la Consejería de Sanidad, asociaciones de pacientes, universidades, sindicatos y proveedores, lo que ha contribuido a enriquecer el análisis.

El Plan Estratégico contempla entre sus objetivos y líneas estratégicas actuaciones encaminadas a dar respuesta a los pilares en los que las organizaciones modernas deben basarse, y que se recogen con más detalle en el apartado 2 de este documento: mejorar la experiencia de los pacientes, mejorar los resultados clínicos, reducir costes (eficiencia) de la atención sanitaria y conjugarlo con la satisfacción de los profesionales.

El diseño del Plan Estratégico finalizó en febrero de 2020, y fue presentado en Comisión de Dirección, pero el inicio de la pandemia de COVID-1 impidió su difusión a todos los profesionales y por tanto el comienzo del despliegue de las líneas estratégicas que incluye.

A continuación, se recogen algunos de los objetivos (OE) y líneas estratégicas (LE) respetando la denominación establecida en el Plan estratégico de AP y sus contenidos, que reflejan aspectos claves a cuyo desarrollo daría respuesta al proyecto de cambio que en este documento se recoge.

### OE 2. DESARROLLAR ESTRATEGIAS CLAVES PARA ACERCAR LA ORGANIZACIÓN A SU VISIÓN

#### ▪ LE 2.1. DESARROLLAR ALIANZAS CON LOS GRUPOS DE INTERÉS.

Para establecer relaciones sostenibles y mutuamente beneficiosas con los grupos de interés, la GAAP va a **identificar y entender las necesidades que plantean**, definir la sistemática de sus relaciones y **alinear los objetivos desplegados en la organización con las necesidades de profesionales y usuarios**.

▪ **LE 2.2. INNOVAR EN NUEVOS MODELOS ORGANIZATIVOS PARA AFRONTAR LOS PRINCIPALES RETOS DEL FUTURO CON FLEXIBILIDAD.**

Dentro de las debilidades encontradas, se destaca la falta de previsión de la Organización ante los nuevos retos que se avecinan: el envejecimiento y la cronicidad. Es preciso afrontar el cambio que las nuevas demandas sociales plantean y afrontar este proceso de cambio y transformación desde la innovación. **Para ello, la GAAP va a reorientar el modelo de atención al paciente, poniendo el foco en impulsar de manera efectiva la gestión compartida de la demanda.** Va a introducir **nuevos modelos organizativos** de la atención pediátrica y Unidades de Atención Específica, a innovar en escenarios que favorezcan la longitudinalidad de la asistencia y a facilitar nuevas medidas de comunicación para asimilar la demanda de forma satisfactoria con las oportunidades que las nuevas tecnologías plantean, tanto para usuarios como para profesionales.

**OE 5. AÑADIR VALOR A LOS GRUPOS DE INTERÉS**

▪ **LE 5.4. COORDINAR ACTUACIONES SANITARIAS CON OTROS ÁMBITOS ASISTENCIALES, CENTROS SOCIOSANITARIOS Y OTRAS INSTITUCIONES.**

La GAAP juega un papel fundamental en la continuidad de la atención de los pacientes y en la integración de la atención sanitaria. Se ha considerado prioritario dar un nuevo impulso a esta línea de trabajo con los hospitales y el SUMMA 112 en todos los aspectos concernientes a la coordinación y al papel de las personas que intervienen en ella, aprovechando las oportunidades que ofrecen las nuevas tecnologías de la salud. Además, frente al reto que suponen los importantes cambios epidemiológicos del envejecimiento, una de las líneas de acción pasa obligatoriamente por una adecuada coordinación sociosanitaria. Como tercera línea de acción, se va a trabajar en la coordinación con Salud Pública para reforzar las alianzas que mantiene la GAAP con esta institución.

▪ **LE 5.5. IMPLICAR, EMPODERAR Y ESTABLECER RELACIONES SOSTENIBLES CON LOS CIUDADANOS**

El ciudadano es el destinatario último de la asistencia sanitaria. Las nuevas demandas sociales nos llevan a cambiar nuestra forma de trabajar y a percibir de diferente manera el valor que le otorgamos a nuestras actuaciones. El ciudadano no es sólo el destinatario de una asistencia sanitaria de la máxima calidad científica, sino parte de la asistencia y el que realiza la medida de la calidad de la atención prestada. Con esta línea estratégica, la GAAP pretende otorgar al ciudadano la capacidad de expresar su experiencia en la interacción con el sistema sanitario, reordenar su accesibilidad, promover su corresponsabilidad, personalizar la atención en función de sus necesidades y mantener e impulsar las intervenciones educativas individuales y grupales.

## **OE 6. AÑADIR VALOR Y SOSTENIBILIDAD A NUESTRAS ACTUACIONES**

### **▪ LE 6.1. ADECUAR LAS ACTUACIONES SANITARIAS A LA EVIDENCIA CIENTÍFICA DISPONIBLE**

En esta época de tanta información, de incremento exponencial del consumo de medicamentos y productos sanitarios y de avances tecnológicos, esta GAAP se ha propuesto las siguientes líneas para garantizar el adecuado seguimiento de la evidencia científica: abordar el no hacer y el dejar de hacer y hacer frente al sobrediagnóstico y la sobreutilización.

### **▪ LE 6.2. REDUCIR LA VARIABILIDAD INJUSTIFICADA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA**

El matiz diferenciador de esta línea estratégica respecto a la anterior reside en la existencia de una gran variabilidad en la práctica clínica intra e inter-profesional. Son muchos los factores que influyen en esta variabilidad y el propósito de esta línea es establecer pautas e incorporar herramientas de gestión que la disminuyan, de acuerdo con los diferentes factores que la literatura recoge como condicionantes (mejoras vinculadas al registro de la información clínica, la normalización de los procedimientos, la selección de la evidencia, el desarrollo y mejora de indicadores en salud y su seguimiento en cuadros de mando, la protocolización de actuaciones con el mejor conocimiento disponible y la mayor seguridad para el paciente, la introducción de ayudas tecnológicas, la actualización y la formación de los profesionales).

### **▪ LE 6.3 ADECUAR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES A LAS NECESIDADES DE LOS CIUDADANOS**

Crear valor para los ciudadanos en el ámbito de la atención primaria y hacerlo sostenible es uno de los actuales retos del sistema sanitario.

Para ello, esta línea estratégica pretende consolidar la Cartera de Servicios Estandarizados en todas sus fases: actualización, evaluación y resultados. Además, es preciso desarrollar nuevos servicios asistenciales para dar respuesta a nuevas necesidades de los usuarios no abordadas hasta la fecha, orientar los cuidados enfermeros a los nuevos retos e impulsar el papel de las Unidades de Atención Específica y del ESAPD en los servicios asistenciales prestados.

### **▪ LE 6.4 IMPULSAR Y MEJORAR LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE AP**

Para que el sistema sanitario sea sostenible, la AP debe ocupar el puesto que le corresponde en el sistema y abordar con éxito los problemas que se le presentan dejando para el ámbito hospitalario sólo aquello que no pueda atender por su gravedad o complejidad. Para ello, se requiere una adecuada dotación e inversión tecnológica. Esta línea estratégica contempla desarrollar líneas de acción para consolidar la ecografía y hacer accesibles a los profesionales de atención primaria otras pruebas diagnósticas que aumenten su capacidad resolutive, asegurando la eficiencia de la atención en el primer nivel. También incluye la incorporación de tecnología que proporcione ayudas a los profesionales en la toma de decisiones clínicas.

▪ **LE 6.6 MEJORAR LA ATENCIÓN DOMICILIARIA**

Uno de los retos que el futuro nos plantea y dentro del propósito de proporcionar calidad de vida a los pacientes y en especial, en la atención a la dependencia, es la atención domiciliaria. Es preciso potenciarla y mejorarla para el paciente crónico complejo, las personas mayores, con fragilidad o con deterioro funcional y en la demanda por procesos agudos en pacientes sin patología crónica que lo precisen.

▪ **LE 6.7 MANTENER EL DESPLIEGUE DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO**

La atención a la cronicidad es una línea estratégica actualmente en desarrollo que va a continuar abordándose en los próximos años, con especial atención al paciente complejo y pluripatológico.

**OE 7. TRANSFORMAR LA ORGANIZACIÓN PARA EL FUTURO**

▪ **LE 7.1. POTENCIAR EL DESARROLLO DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DE AP.**

La historia clínica (HC) es fundamental para el seguimiento de la atención de los pacientes. Esta línea estratégica pretende impulsar el desarrollo de la HC aplicando nuevas tecnologías para la transformación funcional de esta acorde a las necesidades clínicas identificadas. En esta línea se incorporará el evolutivo de la aplicación EpSalud, identificada como parte de la HCE del ciudadano.

▪ **LE 7.2. CONSOLIDAR EL CUADRO DE MANDO INTEGRAL COMO PILAR FUNDAMENTAL DE LA GESTIÓN DIRECTIVA Y CLÍNICA.**

La gestión directiva y la gestión clínica necesitan los datos que genera la asistencia sanitaria para tomar decisiones. En este sentido, es preciso desarrollar un Cuadro de Mando Integral (CMI) que de respuesta a las necesidades de los gestores y directivos y a los requerimientos de las nuevas líneas estratégicas y de gestión clínica de los profesionales. Se aprovecharán las oportunidades tecnológicas para mejorar la estructura y funcionalidad del CMI.

▪ **LE 7.3 POTENCIAR EL USO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN SALUD**

Las nuevas tecnologías en salud son claves en la transformación y cambio de las organizaciones. Se presentan como una oportunidad para mejorar muchos de los procesos que se desarrollan en Atención Primaria. Por ello, la GAAP pretende aprovechar las nuevas tecnologías en salud para mejorar la accesibilidad de los pacientes, la continuidad asistencial y la formación de los profesionales. Además, se van a renovar y actualizar recursos tecnológicos o informáticos acorde a las necesidades de los usuarios y a las posibilidades financieras. Por último, se va a promover el desarrollo y mantenimiento de herramientas que faciliten la labor asistencial en la ayuda en la toma de decisiones.

▪ **LE 7.6 IMPULSAR LA INVESTIGACIÓN Y LA INNOVACIÓN EN LA ASISTENCIA SANITARIA**

La investigación y la innovación en la asistencia sanitaria son motores de cambio en una organización. Esta línea estratégica se va a desplegar en dos líneas de actuación. De un lado, el impulso y desarrollo de la investigación, sentida como fortaleza en el análisis de los grupos de trabajo del PE. De otro, la innovación, que en todos los contextos es considerada como una aliada fundamental del cambio y de los procesos disruptivos que lo facilitan. Para que esto ocurra, es preciso proporcionar a los profesionales la capacitación, recursos y herramientas tecnológicas necesarias para que desarrollen la creatividad y el pensamiento disruptivo necesarios para potenciar la innovación.

**OE 8. MEJORAR LOS RESULTADOS DE LA PERCEPCIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS**

▪ **LE 8.1. MANTENER LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS**

La GAAP anualmente evalúa la satisfacción de los pacientes y consigue resultados sobresalientes. En el propósito para estos cuatro años se contempla desplegar actuaciones que mantengan este nivel de satisfacción, especialmente orientadas a elaborar proyectos de mejora allí donde se detecte un área a corregir.

▪ **LE 8.2. MEJORAR LA PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS**

En 2019 la GAAP ha realizado su primera evaluación de calidad de vida laboral. El propósito de esta línea estratégica, es hacer seguimiento de los resultados que se vayan produciendo y de las mejoras incorporadas, para garantizar una tendencia positiva en la percepción de las personas de la organización.

**OE 9. CONSEGUIR LOGROS RELEVANTES EN LOS RESULTADOS CLAVE VINCULADOS CON LA MISIÓN**

▪ **LE 9.1 MEJORAR LOS RESULTADOS EN SALUD**

En la actualidad, la GAAP mide resultados en salud y estos son bastante satisfactorios, según su tendencia y comparación, cuando es factible, con otras instituciones nacionales e internacionales, tal y como se destacó en la autoevaluación EFQM de 2017. Mantener la monitorización, actualizarla y hacer seguimiento de los nuevos indicadores orientados a resultados en salud que se introduzcan en el CMI para mejorar los resultados es el reto de esta línea estratégica.

▪ **LE 9.2 MEJORAR LA EFICIENCIA**

Para que el sistema sanitario sea sostenible, las actuaciones sanitarias deben ser eficientes. Hacer seguimiento de indicadores válidos en la medición de la eficiencia, conseguir resultados que nos permitan tomar decisiones para la mejora y poder objetivarla es el propósito de esta línea estratégica.

A continuación, se describen los modelos de cambio de las organizaciones, la metodología y herramientas para su realización y las líneas de trabajo y proyectos disponibles y en diferente grado de desarrollo que pueden utilizarse para la gestión del cambio en los centros de salud (CS).

## 2. MODELOS DE CAMBIO Y MEJORA DE LAS ORGANIZACIONES

A continuación, se describen los principales modelos y estrategias que han demostrado ser más efectivos a la hora de cambiar y mejorar las organizaciones. De ellos, se han tomado las principales ideas para elaborar este proyecto.

### 2.1. Atención sanitaria basada en el valor

En los últimos tiempos ha surgido con fuerza el concepto de **asistencia sanitaria basada en el valor**, entendido como **la necesidad de aportar resultados clínicos de salud con la máxima calidad y seguridad, pero con los mínimos costes**. Y ha surgido para completar el concepto de la atención **clínica basada en la evidencia** que ha sido la referencia constante en las últimas décadas para el desarrollo de la actividad de los profesionales del ámbito sanitario, en general, y de Atención Primaria, en particular.

Entre sus **beneficios** destacan:

- **Produce un menor gasto sanitario:** si nos centramos en **estrategias que ayuden a prevenir el desarrollo de enfermedades crónicas y a promocionar una mejoría del estado de salud** a corto y largo plazo, facilitando la recuperación de enfermedades más rápidamente, disminuiríamos el consumo de recursos sanitarios y, por ende, el coste. Aunque sea necesaria una inversión inicial en servicios centrados en la prevención, el resultado final será una menor dedicación al control de las enfermedades crónicas. La atención sanitaria será, por tanto, más eficiente y con mayor satisfacción por parte de los pacientes. → La Atención Primaria es el ámbito de desarrollo por excelencia de la Promoción y la Prevención.
- **Propone una atención centrada en el paciente:** requiere por tanto un enfoque coordinado con integración entre la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria. Un óptimo intercambio de información a través de los registros electrónicos es un elemento relevante para ello y para reducir, en lo posible, la atención redundante y los costes asociados. → La Atención Continuada es fundamental para generar valor.
- **Consigue que la sociedad se vuelva más saludable** al tiempo que se reduce el gasto total en atención sanitaria.
- **Consigue que los proveedores se beneficien al poder alinear productos y servicios con resultados positivos** para los pacientes y con un coste reducido.



## 2.2. Modelo de Michael E. Porter

Michael E. Porter, en su libro “Redefining Health Care” publicado en 2006 y varios artículos posteriores, propone que los modelos organizativos estén basados en la definición de indicadores que midan el valor aportado a la salud de las personas y que la valoración de los profesionales no solo se haga a través del volumen de trabajo y de los servicios entregados, sino que se tengan en cuenta los resultados en salud logrados en términos de eficiencia. Según Porter, los pilares para mejorar una organización sanitaria deben ser:

- **Definir y utilizar indicadores para medir el valor salud:** lograr un alto valor para los pacientes debe ser el objetivo primordial de la prestación de los servicios de salud, definido en términos de resultados en salud, por cada moneda gastada.
- **Unificar los objetivos de los actores implicados** (pacientes, profesionales, gestores, proveedores...) que por lo general son dispares y a menudo contradictorios. El objetivo que importa a los pacientes es obtener buenos resultados en salud. Los buenos resultados en salud favorecen los intereses de todos y contribuyen a la sostenibilidad económica de los sistemas sanitarios.
- **Alinear los enfoques** de los actores para **agilizar la implantación de las mejoras.**
- **Asumir la responsabilidad en la gestión de los cambios de forma conjunta y compartida** por todos, a través de una práctica clínica integrada, con un seguimiento longitudinal de los resultados y de los costes del paciente. Para su medición, hay que definir indicadores de resultados y costes globales del ciclo completo de atención.

**En resumen:** la asistencia sanitaria debería vertebrarse en torno a tres propuestas fundamentales:

- 1) El objetivo de nuestra práctica clínica debe ser mejorar la salud de las personas.  
**Propuesta para la GAAP → investigar y potenciar esta creencia entre los profesionales asistenciales.**
- 2) La asistencia debe organizarse en función de los diagnósticos de los pacientes y de los ciclos propios de las enfermedades  
**Propuesta para la GAAP → Seguir potenciando la elaboración de Procesos asistenciales integrados con las partes implicadas: Atención Primaria, Atención Hospitalaria y SUMMA.**
- 3) Debemos medir los resultados en salud, ajustados por riesgo y por coste.  
**Propuesta para la GAAP → Seguir potenciando el diseño y uso de indicadores de efectividad y eficiencia, específicos para AP y globales.** Hay que partir de la premisa de la dificultad que plantea medir resultados finales en salud en actividades preventivas (que supone más del 50% de la actividad de AP) y en el seguimiento de pacientes crónicos.

### 2.3. Modelo “Triple AIM” (Triple Meta)

El modelo Triple AIM de Donald Berwick gira en torno a un **triple objetivo**:

1. **Mejorar la experiencia de los pacientes (satisfacción y calidad).**
2. **Mejorar la salud de la población.**
3. **Reducir los costes de la atención sanitaria.**

Podremos mejorar la atención sanitaria en una población si nos concentramos en alcanzar los tres objetivos de forma conjunta, equilibrada y equitativa (la mejora en salud de una población no debería lograrse a expensas de otra)

**Beneficios** de la Triple AIM:

- Permite a las organizaciones sanitarias identificar y solucionar problemas como:
  - la mala coordinación de la atención y
  - el uso excesivo de servicios.
- Centra y redirige la atención a aquellas actividades que tienen un mayor impacto en la salud.

**Dificultades** para su implantación:

- Implica cambiar el objetivo clásico de la atención sanitaria: de atender lo agudo y lo especializado frente a la atención primaria y preventiva.
- Conlleva identificar las necesidades de una población definida y centrar la actividad de las organizaciones con el fin de satisfacer dichas necesidades.

Algunos **puntos clave** de esta estrategia son:

1. **Involucrar a los pacientes y familiares** en el diseño de los modelos de atención.
2. **Rediseñar las estructuras y servicios** en Atención Primaria.
3. Mejorar la **prevención de enfermedades y la promoción de la salud**.
4. Diseñar plataformas para el **control de los costes**.
5. Ofrecer **sistemas de atención integrada**.

Su **principal limitación** es que no contempla un cuarto pilar: la **satisfacción de los profesionales sanitarios**, que implicaría promover el bienestar emocional, mejorar el entorno laboral y su capacidad de resiliencia.

El modelo posterior de la **Cuádruple Meta** lo considera un objetivo más junto a los tres ya mencionados.

## 2.4. Conclusiones

Para mejorar una organización, en este caso la Atención Primaria de Madrid, es preciso:

- Perseguir una atención sanitaria centrada en los usuarios, aportando más beneficios que efectos no deseados, detectando y eliminando las actuaciones que no aportan valor.
- Diseñar los procesos de atención teniendo en cuenta las circunstancias de los pacientes, sus preferencias, sus valores y forma de ver las cosas, y en base a la mejor evidencia disponible y a los resultados de los estudios de coste-efectividad.
- Reafirmar la misión, visión y definir el propósito de la organización y tomar conciencia de que nos ocupamos de las personas y que no solo atendemos el problema de salud, sino también la situación humana, desde un punto de vista intelectual, emocional y práctico (enfoque holístico e integral).
- Reavivar la idea de que, cuando el usuario contacte con el sistema, recibirá la atención y el cuidado necesarios para abordar realmente sus problemas, y de que, como profesionales, nos comprometemos con ellos en la promoción de su salud y en la definición y consecución de los objetivos que se definan conjuntamente. De este modo, estaremos preparados para ofrecer lo mejor de nosotros y una asistencia sanitaria de alto valor.
- Potenciar la medida de los resultados en salud y su seguimiento.
- Potenciar la satisfacción de los profesionales combinando estas estrategias con la toma de decisiones compartidas y sin disrupciones (atención integrada).

**En definitiva, este proyecto de cambio de la organización asistencial persigue el avance y crecimiento de la organización, eliminando ineficiencias, mejorando la calidad del servicio prestado, adaptando los sistemas de información, asignando la tarea más adecuada a cada uno y disponiendo como debe ejecutarse, teniendo siempre en cuenta la satisfacción de los profesionales, pilares de la organización.**

## 3. METODOLOGÍA

### 3.1. Modelo para el cambio en AP

Los cambios a nuestro alrededor se producen de forma inevitable y como es preciso afrontarlos podemos hacerlo de dos formas: esperando a que se produzcan o siendo impulsores y líderes de los mismos.

En este contexto surgen algunos modelos que ayudan en su gestión a las organizaciones que eligen liderar el proceso del cambio. El modelo que John P. Kotter, profesor de liderazgo en la Harvard Business School, enunció hace más de veinte años ha sido uno de los que más ha contribuido a la gestión del cambio en las empresas. Se trata de una herramienta de mejora continua que puede ser utilizada en organizaciones de cualquier tipo de actividad que deseen emprender un cambio.

Su modelo, conocido como **“los 8 pasos de Kotter”**, plantea diferentes fases para alcanzar la implantación del cambio propuesto. Sus premisas se basan en cómo se comportan los individuos dentro de las organizaciones, y es extrapolable a cualquier entorno formado por colectivos estructurados jerárquicamente, incluso los más alejados del mundo empresarial.

Se ha tomado como base para liderar e impulsar este proyecto de cambio en la GAAP este modelo. A continuación se describen sus pasos, que marcan las fases que hay que seguir hasta alcanzar la implantación del cambio.

### **1. Crear sentido de urgencia**

Es el punto más importante, no se debe intentar iniciar el cambio si solo unos pocos ven las ventajas del mismo. Hay que prever lo que sucederá (o ya está sucediendo) a futuro y cómo el cambio que proponemos puede salvar las dificultades que se avecinan. Para ello, no se debería hacer sólo una exposición de datos, sino que es importante abrir un debate sobre la situación actual y venidera, para que la gente piense, refute, y/o llegue a las mismas conclusiones que los que proponen el cambio.

### **2. Formar una coalición**

Consiste en identificar a aquellos líderes dentro de la organización que comparten la misma visión y hacerles partícipes del cambio, involucrarles, estableciendo un frente común. Hay que trabajar juntos para llevar a cabo el cambio. Pero antes debemos asegurarnos de que el grupo seleccionado tiene la suficiente representatividad dentro del colectivo y es lo más interdisciplinar posible.

### **3. Crear visión para el cambio**

La resistencia al cambio en todas las organizaciones es la principal fuerza en contra y, por eso, hay que elaborar una visión que sea fácil de transmitir y contar en un periodo breve de tiempo, que no lleve más de cinco minutos. Hay que identificar los puntos claves por los que es necesario el cambio, tener una reseña de cómo vemos el futuro de la organización si aplicamos el cambio, y describir la estrategia que se seguiría para alcanzar los beneficios que nos reportaría el cambio. Una vez acordado con nuestro equipo “la visión” y la forma de contarla, hay que practicar para que no haya fisuras ni divergencias entre los miembros de la coalición.

### **4. Comunicar la visión**

Una vez definida la visión y su finalidad, hay que comunicarla a toda la organización. Sin duda, encontraremos algunos obstáculos, por lo que será determinante para el éxito transmitirla una y otra vez hasta que penetre a todas las capas organizativas, así como reclutar al mayor número de personas que entiendan y acepten la estrategia. Debemos predicar con el ejemplo y responder honestamente a las cuestiones y temores que se susciten entre los profesionales. Hay que hablar a menudo de la visión del cambio y aplicarla en todos los aspectos.

## **5. Eliminar los obstáculos**

En este punto todo el mundo es consciente del cambio que se quiere promover en la organización y cuáles son sus beneficios. Habrá quienes, viendo las ventajas que supone, se hayan lanzado a aplicarlos ya en su trabajo diario. A estas personas hay que recompensarlas, ya sea a través del organigrama o incluyéndolas en el grupo promotor del cambio. Pero también aparecerán quienes pongan algunos obstáculos para el cambio. No costará mucho identificarlos y, en este caso, habrá que hacer que tomen conciencia de lo que supone para la organización no aplicar los cambios.

## **6. Asegurarse triunfos a corto plazo**

El proceso de cambio suele ser largo, por eso conviene asegurar la definición de una serie de hitos que tengan un éxito asegurado y que sirvan para reforzar el avance del proceso. Estos hitos pueden ser proyectos que no requieran demasiados recursos y que se puedan llevar a cabo sin involucrar a aquellos que se oponen al cambio. Deben ser proyectos económicamente viables, pues deseamos poder esgrimir la rentabilidad del proyecto como un argumento a favor de nuestra propuesta de cambio. Y por último, hay que agradecer al equipo el esfuerzo y dedicación que ha llevado a alcanzar con éxito las metas fijadas.

## **7. Construir sobre el cambio**

No hay que adelantarse a la victoria. Creer que el cambio se ha producido por alcanzar un éxito sería un error. Con el primer éxito hay que seguir buscando qué mejorar para que el segundo caso vaya más rodado, aprovechando la inercia del cambio.

El cambio aún no se ha consolidado, por lo que la gente está abierta a mejoras continuas sobre la misma visión. De este modo, nuestro cambio puede acabar refinándose hasta alcanzar un estado en el que tendremos que detener el proceso para consolidar el cambio.

## **8. Anclar el cambio a la cultura de la empresa**

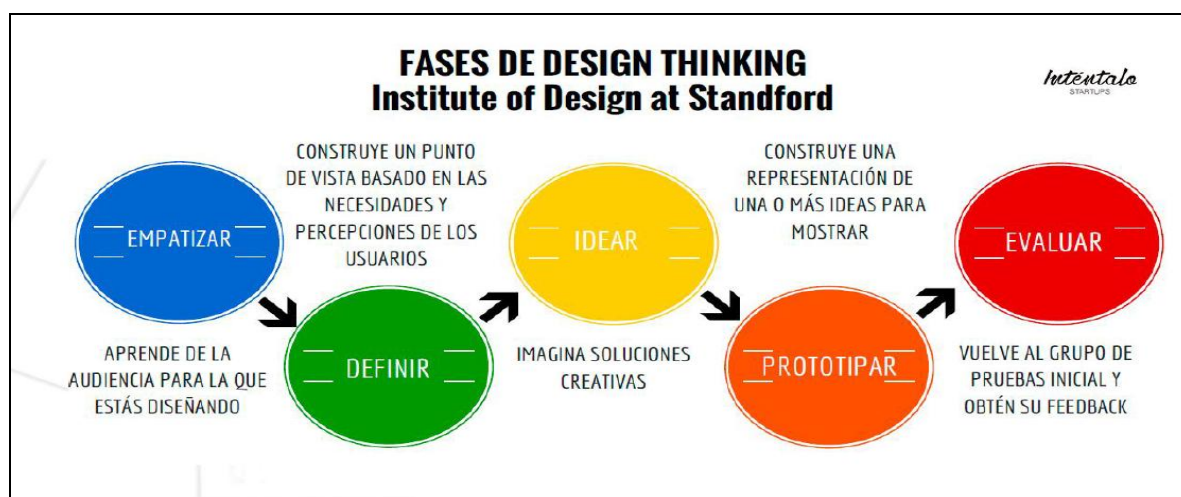
La propuesta de cambio se ha consolidado y ya es la forma habitual en que la organización trabaja, se han reemplazado los viejos hábitos por unos nuevos mejores. Sin embargo esto no significa el fin, sino que hay que volver a empezar, volver a anticiparnos al futuro de la organización y volver a proponer un cambio que prepare a la organización para lo que viene. Para mantenerse en el mismo sitio, hay que evolucionar constantemente y la organización debe abrazar la filosofía del cambio como una constante que ayude a una mejora continua.

## 3.2. Herramientas disponibles

Como herramienta de ayuda para las personas que van a implementar el cambio se propone utilizar el **método “Design Thinking”** (“pensamiento de diseño”). Aunque es un proceso orientado en sus orígenes a la creación o mejora de productos, hoy en día se emplea casi en cualquier ámbito en el que se desee favorecer la creatividad e innovación (servicios, políticas públicas, diseño organizacional, planificación estratégica, etc.). Está basado en las estrategias creativas que llevan a cabo los diseñadores durante el propio proceso de diseño.

Consta de **5 etapas**, que se dan de forma ordenada e iterativa, o sea que se repiten varias veces hasta que se consigue alcanzar la meta (figura 1).

Figura 1. Fases del Design Thinking



(Fuente: <https://cursoparaemprendedoresuned.intentalo.es/emprendimiento/design-thinking-emprendimiento/>)

1. **Empatizar:** es importante comprender al usuario, experimentar lo mismo que él y tener la capacidad de detectar sus necesidades para entrar en su mundo. Esta fase obtiene como fruto una gran cantidad de información sin establecer límites.
2. **Definir:** consiste en analizar la información de la fase anterior y seleccionar aquello que va a aportar valor al usuario y es alcanzable. En esta fase, es el momento de establecer límites. Hay que poner el foco en objetivos concretos y durante el resto del proceso continuarán los problemas o necesidades seleccionados.
3. **Idear:** es la fase creativa donde, para cada una de las necesidades seleccionadas en la fase de definición, el equipo que participa en el proceso debe proponer cuantas más soluciones mejor, sin descartar ninguna a priori.
4. **Prototipar:** se trata de construir algo real que permita validar la idea, la solución. Es el paso del papel al objetivo (físico o virtual, como por ejemplo un software).
5. **Evaluar:** los usuarios interactúan con los prototipos para detectar fallos. Es una fase vital.

Aunque se trata de una herramienta que ha demostrado su aplicabilidad y buenos resultados, su uso no es prescriptivo durante este proyecto, y pueden utilizarse otras herramientas clásicas con las que los profesionales están más familiarizados, tales como:

- Técnica de lluvia de ideas
- Técnica de grupo nominal
- Matrices de priorización
- DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades) y CAME (Corregir, Afrontar, Mantener, Explotar)
- Análisis de barreras
- Evaluación de estrategias: matriz de impacto vs esfuerzo

### **3.3. Líneas de trabajo y proyectos para la gestión del cambio en los Centros de Salud**

La GAAP ha potenciado en los últimos años el diseño de líneas de trabajo y proyectos con el objetivo de producir un cambio en el modelo y organización de la atención, y recientemente se ha trabajado en líneas relacionadas con la atención a la COVID-19.

Las líneas de trabajo y proyectos que se presentan en este punto se encuentran en diferente grado de desarrollo en los CS. Por un lado, encontramos proyectos finalizados en su diseño y listos para iniciar su difusión e implantación y, por otro, proyectos y actividades ya en funcionamiento, porque las circunstancias así lo han requerido.

**Algunas de estas líneas de trabajo deben considerarse necesarias** para todos los centros, deben implantarse para que los usuarios y profesionales se beneficien del cambio organizativo que suponen. **En estos casos, se puede impulsar y apoyar metodológicamente para que cada centro elija el modo de implantación** más adecuado y con más posibilidades de éxito según sus características, necesidades, expectativas profesionales, etc.

**Otras pueden priorizarse** en base a la diferente situación, necesidades y preferencias de los centros, y se pueden ofertar para que cada centro personalice dentro del catálogo su propia estrategia asistencial.

Algunos proyectos ya definidos son los que se presentan a continuación y se pondrán a disposición de los centros como herramientas que les ayuden a canalizar la atención de los ciudadanos, cuando la estimen necesaria; su implantación está sujeta, por lo tanto, a las necesidades organizativas del centro.

Este planteamiento hace que el arranque del proyecto de cambio sea más pertinente, adecuado y satisfactorio para profesionales y usuarios, y con más posibilidades de éxito a corto plazo, que es uno de los pilares del modelo de los 8 pasos.

### **3.3.1. ORGANIZACIÓN DE LA RESPUESTA A LA DEMANDA DE ATENCIÓN DE LOS CIUDADANOS.**

La gestión de la demanda asistencial es una clara prioridad en Atención Primaria. Debido a los aumentos de demanda por parte de la población, el número de citas forzadas es alto en algunas situaciones y periodos del año. Esta situación ha dejado patente la necesidad de reorganizar los flujos de atención a los diferentes procesos de salud, tanto a los pacientes con procesos crónicos como a las personas que demandan atención por procesos agudos. El objetivo de esta reorganización es permitir al profesional hacer un seguimiento de las personas con procesos crónicos, disponer de un tiempo organizado para atender la demanda de su población y ordenar dicha atención.

Esta reorganización de los procesos de atención y la distribución de los tiempos conlleva la creación de agendas bien dimensionadas que permitan dedicar el tiempo necesario a la atención programada presencial y telefónica y, a su vez, tiene que dar respuesta a las necesidades de atención de la demanda no demorable de los usuarios.

Se hace necesario que se revisen aspectos de la atención clínica y el papel que en ella desempeñan los diferentes profesionales, ya que hasta ahora toda la demanda estaba canalizada a la consulta médica. En este sentido, las enfermeras tienen una capacidad de resolver algunos de los problemas agudos de los usuarios ya que un porcentaje importante de las demandas de los usuarios están relacionadas con problemas de cuidados.

La situación actual y las nuevas expectativas de los usuarios hacen necesario plantear un enfoque distinto en la manera de dar respuesta a estas necesidades que permita identificar qué profesional es el que mejor respuesta puede dar a una demanda concreta.

Los procesos de atención a los que hace referencia esta reorganización de la demanda son **los procesos agudos, autolimitados y que no requieren longitudinalidad.**

Este proyecto de **ORGANIZACIÓN DE LA RESPUESTA A LA DEMANDA DE ATENCIÓN DE LOS CIUDADANOS** está dividido en varios subproyectos:

#### **3.3.1.1. Potenciar el rol profesional de la Unidad de Atención al Usuario (UAU).**

Se trata de un proyecto con un doble objetivo: por un lado, el abordaje de manera no presencial de los trámites administrativos que realiza tradicionalmente la UAU y, por otro, la implicación de la UAU en la gestión de la demanda. Para esto último, la UAU identificará el motivo de consulta y reorientará determinadas demandas en cuatro nuevas direcciones. Un grupo de demandas, básicamente demandas burocráticas, serán abordadas directamente por la UAU. Un segundo grupo será citado directamente en una Unidad de Atención Específica. Un tercer grupo, de procesos clínicos reorientables, será citado en la agenda de la enfermera. Y un último grupo de demandas será citado como "No Presencial" en agenda del médico, recogiendo información suficiente para hacer innecesaria una llamada telefónica posterior. Estas demandas están estandarizadas y tabuladas en una Guía para la UAU. Se completará la difusión con un plan de autoformación prediseñado centralizadamente.



### **3.3.1.2. Gestión de la demanda: atención a procesos agudos en consultas de enfermería y Unidades de Atención Específica**

Este proyecto tiene como objetivo la identificación de los procesos agudos de atención sanitaria demandada, con más frecuencia, por parte de los ciudadanos que pueden ser atendidos por un profesional del centro de salud distinto de un facultativo, siendo esta una respuesta más eficiente. En esta línea, se definirán los procesos que pueden ser atendidos por enfermeras, matronas, odontólogos y fisioterapeutas que incluirán los flujos de derivación y el contenido de la atención. Con este proyecto se potenciarán los roles de las enfermeras y resto de profesionales sanitarios del centro de salud (distintos de los médicos de familia y pediatras).

### **3.3.1.3. Atención a la demanda no demorable**

Se está definiendo un modelo para incorporar la atención no demorable en el proceso de atención a los ciudadanos. Su objetivo es, por un lado, permitir a los profesionales que dispongan de una agenda que cumplan los criterios de calidad asistencial y, por otro, responder a las demandas de los ciudadanos de atención a procesos que requieren una atención no demorable. Esto servirá de herramienta guía para aquellos CS que precisen una reordenación de esta atención. A grandes rasgos, se trata de crear una agenda en los centros donde se citen los pacientes que requieran atención no demorable y que no tengan cabida en la agenda nominal de su profesional de referencia.

### **3.3.1.4. Reactivación de las agendas nominales**

Es un proyecto que consiste en volver a tener disponibles agendas nominales con huecos limitados en las diferentes categorías profesionales, para una atención telefónica o presencial, y disponibles para los sistemas alternativos de cita (SAC).

## **3.3.2. DESBUROCRATIZACIÓN DE TAREAS**

El objetivo de este proyecto es identificar actividades burocráticas que pueden resolverse fuera de las consultas asistenciales.

Para ello, se ha elaborado un documento que se difundirá a los CS en el que se abordan los siguientes aspectos:

- La gestión de la burocracia No COVID: justificantes de atención sanitaria, de presencia en el centro, para acompañantes, certificados de aptitud, informe de Fe de vida, solicitud de datos clínicos de menores de edad y el reconocimiento a personas detenidas.
- La gestión ante diversas situaciones generadas por la COVID-19: certificados por aislamiento, por cuarentena o por cuidado de enfermo, informe para una persona sintomática en la que se ha descartado la COVID, informe sobre el uso de mascarillas, etc.; para ello se ha elaborado una “Declaración responsable de situaciones en relación con pandemia por COVID-19”.

Por otra parte, otras actuaciones en marcha para desburocratizar las consultas son las relacionadas con la mejora del **proceso de registro de la Incapacidad Temporal (IT)**, implantación de los SMS como mejora en la comunicación con el ciudadano, impulso de la

información disponible y usabilidad de Mi Carpeta Salud y la emisión telemática de justificantes.

### **3.3.3. GESTIÓN DEL PROCESO COVID**

Este proyecto persigue normalizar el proceso de atención a pacientes con COVID en los CS y asegurar una adecuada accesibilidad a la atención por medio de los distintos sistemas de cita, tanto tradicionales como SAC, garantizando la seguridad de los pacientes y de los profesionales mediante circuitos diferenciados.

Forma parte de un proyecto mayor para que los CS recuperen la actividad NO COVID, desviando toda la actividad COVID que generan los nuevos casos a las agendas centralizadas COVID y de pruebas diagnósticas (primera valoración telefónica o presencial, decisión de derivación, solicitud de PDIA e IT si precisa), dejando solo el seguimiento telefónico de los casos confirmados como parte de la actividad habitual de las agendas nominales.

### **3.3.4. CENTRALIZACIÓN DE ALGUNOS PROCESOS ASISTENCIALES**

Para ello se crean las siguientes estructuras:

- Unidad de Apoyo a Residencias (UAR)
- Unidad de Atención a COVID (UACov): dirigida a permitir que los CS recuperen la actividad NO COVID. Su contribución es sacar fuera del centro de salud todos aquellos motivos de consulta COVID que puedan centralizarse evitando en la medida de lo posible utilizar los recursos de los centros. En concreto, organizan la realización de pruebas diagnósticas en puntos centralizados de referencia para varios CS y realizan la identificación, rastreo y diagnóstico precoz de contactos estrechos convivientes con profesionales contratados para dicha tarea.
- Puntos centralizados para la realización de las pruebas diagnósticas de infección activa (PDIA)

### **3.3.5. OTRAS LINEAS DE TRABAJO**

- Mejora de la atención proactiva del paciente crónico.
- Impulso a la Continuidad Asistencial: procesos asistenciales, e-consultas, telemedicina, etc.
- Establecimiento de alianzas estratégicas con grupos de interés: paciente experto, asociaciones de pacientes, corporaciones locales, Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado.
- Selección e implantación de proyectos “No hacer”.
- Actualización de la Cartera de Servicios Estandarizados de AP, potenciando el trabajo de la Subcomisión de CSE y del Grupo Asesor, revisando sus contenidos para adaptarlos a la mejor evidencia disponible y priorizando intervenciones.

## 4. PLAN DE ACCIÓN: FASES, OBJETIVOS Y PROPUESTAS

### 4.1. Establecer y compartir la necesidad y urgencia del cambio

#### Objetivo:

Toda la organización debe entender que el cambio es necesario, los responsables de la gestión deben facilitar la información y motivos que sustenten la urgencia del mismo.

#### Propuestas de actuación.

##### Arranque y primera inmersión:

- Presentación de la gerente en Comisión de Dirección especial monográfica al arrancar el proyecto.
- Presentación en las Direcciones Asistenciales (DA) para los responsables de centros y equipos directivos de los CS; debería realizarla el líder del cambio en cada DA (el coordinador de la Comisión Local de Calidad-CLC o quien se haya designado) con la participación de personas significativas captadas y comprometidas con el proyecto, miembros del equipo de la DA.
- Presentación de la gerente a las estructuras centrales de la GAAP.

### 4.2. Identificar líderes del cambio con influencia y capacidad de actuación

#### Objetivo:

Deben identificarse líderes del cambio en la organización con influencia y capacidad de actuación sobre los equipos, para formar “una coalición que impulse el proyecto”.

#### Propuestas de actuación

Se crearán los siguientes equipos líderes del cambio a diferentes niveles: macro, meso y microgestión, que se reunirán periódicamente en función de las necesidades y del momento en el que se encuentren los proyectos.

- **Equipo Guía Central.** Estará constituido por los siguientes líderes y profesionales de la GAAP:
  - Gerente Asistencial de Atención Primaria, que lidera todo del proyecto.
  - Gerente Adjunta de Asistencia Sanitaria.
  - Gerente Adjunta de Procesos Asistenciales.
  - Gerente Adjunto de Gestión y Servicios Generales.
  - Coordinador de la Dirección Técnica de Docencia e Investigación.
  - Coordinadora de la Dirección Técnica de Procesos y Calidad (DTPyC), que realizará la coordinación técnica.
  - Responsable de centros de la DA Este (con experiencia en el modelo y su implantación en los CS).
  - 2 Directores Asistenciales
  - Técnicos de apoyo a la Gerencia

El cometido de este grupo será hacer seguimiento del proyecto.

- **7 Equipos Guías Locales (uno por DA)**, con los siguientes miembros:
  - Director Asistencial, que será el líder del proyecto en cada DA.
  - Coordinador de la Comisión Local de Calidad de la DA, que realizará la coordinación técnica del proyecto en la DA.
  - Responsables de centros de las DA.
  - Técnico de la DTPyC referente de la DA.
  - Técnico de la Unidad de Apoyo Técnico (UAT) referente de la DA.
  - Otros profesionales de la DA: responsables de UAP, farmacéuticos...
  - Profesionales asistenciales ya implicados y/o motivados.

Su cometido será sensibilizar, convencer, dar apoyo a los CS en los pasos del proyecto y en la metodología, hacer seguimiento de sus avances y compartirlos con toda la organización en la forma en que se establezca.

Cada responsable de centros será el apoyo directo de sus CS de referencia, aunque sería recomendable trabajar por parejas (unir un perfil más técnico con otro más de liderazgo).

El proyecto y el trabajo con los equipos de líderes de cada DA empieza en un punto muy diferente según que ya “sepamos” que comparten el proyecto o que haya que “empatizar” previamente.

- **262 Equipos del Cambio de CS con 3 – 6 personas (según volumen de CS):**
  - Líderes informales de los CS concienciados con la necesidad de cambio (con representación de todos o la mayoría de los estamentos).
  - Miembros del Equipo Directivo (recomendable).
  - Responsable de centros referente de la DA.

Entre sus cometidos estarán:

- Hacer el análisis de la situación de su centro (visualizar que se hace en el día a día y detectar ineficiencias, duplicidades, etc.).
- Concretar qué procesos se precisa mejorar o cambiar.
- Definir el **Mapa Asistencial** poniendo el foco en la necesidad del paciente.

Además de los **Equipos Guías Locales** de cada DA, se puede designar a un **“líder transversal”** de cada una de las actuaciones, experto y convencido.

Se creará además un **Grupo Formador de Formadores**, que recibirá una formación específica para la implantación y asesoramiento metodológico del proyecto en los CS. Su formación se realizará en 2 niveles:

- una formación inicial enfocada a metodología para los técnicos de la DTPyC y la UAT, y
- una formación/taller práctico más amplio sobre el diseño e implantación de un Mapa Asistencial, dirigido a los miembros de los 7 Equipos Guías Locales.

### 4.3. Desarrollar una visión clara para el cambio y sus beneficios

#### Objetivo:

Debe elaborarse un relato claro sobre la necesidad del cambio y de los beneficios que va a conllevar.

#### Propuestas de actuación

- Hacer boletines o presentaciones breves con puntos clave, o video de la gerente, o compartir información en las DA en cada consejo de gestión que celebren, etc.
- El modelo lo separa, pero este punto 4.3 se podría incluir como segunda parte del 4.1.

### 4.4. Comunicar la visión: debe formar parte del funcionamiento y toma de decisiones

#### Objetivo:

La visión del cambio debe formar parte del funcionamiento de la organización y de su toma de decisiones. Se debe demostrar con el ejemplo en el quehacer diario.

#### Propuestas de actuación

Las propuestas de cambio deben impregnar el funcionamiento: el contrato programa, el pago de incentivos, la asignación de nuevos RRHH, etc.

### 4.5. Eliminar obstáculos: actuación proactiva con equipos que necesitan apoyo para el cambio

#### Objetivo:

Debe actuarse proactivamente con aquellas personas o equipos que necesitan apoyo para iniciar el cambio, para presentarles sus beneficios, y favorecer el logro de los objetivos del proyecto.

#### Propuestas de actuación

- El **Equipo Guía Local** de cada DA tendrá que hacer seguimiento de la implantación del proyecto en sus centros, y de las dificultades que vayan surgiendo. Los responsables de centros serán los principales referentes de esta tarea.
- Se dará apoyo por parte de los técnicos del equipo de la DA cuando sea requerido. Se pueden programar visitas a los centros; se organizaría una intervención común para los CS, pero se adaptaría a los motivos y circunstancias de cada CS.

- En los centros con mayor necesidad de apoyo para la implementación del proyecto se podrían utilizar herramientas más específicas y planificar una visita cuyo contenido aborde al menos estos aspectos:
  - Hacer análisis de la situación: “por no conocer”, “por no poder” o “por no querer”, que requerirá intervenciones diferentes.
  - Presentar la visión del beneficio a obtener y la visión de la situación negativa que existe sin el cambio.
  - Presentar objetivos atractivos y bien definidos.
  - Seleccionar acciones no muy numerosas, concretas, claras y sencillas relacionadas con los objetivos.
  - Empezar por plantear logros que requieran poca inversión y a corto plazo mejor que logros grandes a largo plazo.

#### 4.6. Asegurar y compartir triunfos a corto plazo

##### Objetivo:

Se deben asegurar y compartir los éxitos, es muy motivador conseguir resultados beneficiosos del cambio sobre todo a corto plazo, aunque sean pequeños.

##### Propuestas de actuación

- Definir los hitos en el seno del Equipo de cambio del CS.
- El **Equipo Guía Local** de DA recogerá los hitos y los triunfos.  
Habría que difundirlos a toda la GAAP, pero contados por los propios protagonistas de los CS: boletines y/o videos breves, noticias en Salud@, etc.

Al margen de esta difusión de logros, el proyecto se reforzaría con la creación de un **espacio específico en Salud@** donde ir actualizando documentos, poner el directorio de los equipos de líderes de las DA, de los líderes transversales, resultados de implantaciones exitosas, etc.

Sería recomendable elaborar un **cuadro de mando** sencillo para seguir la implantación del proyecto y más complejo si queremos información más específica de resultados con indicadores de agendas, de seguimiento proactivo del paciente crónico, de partes de IT “desburocratizados”, etc.

Sería muy oportuno dar *feed-back* a los profesionales implicados de forma ágil y sencilla.

#### **4.7. Consolidar el cambio**

**Objetivo:**

Hay que mantener el cambio hasta que sea una realidad, su éxito se basa en la consolidación de la nueva manera de actuar.

**Propuestas de actuación**

- Los equipos de cambio de los CS serían los encargados de esta parte, de monitorizar que se mantienen los cambios, en comunicación con el equipo de líderes de las DA.
- Se introducirán los cambios en el Reglamento de Régimen Interior de los CS.
- Se incluirán los proyectos de cambio como indicador del Contrato Programa de Centro.
- Un cuadro de mando para su seguimiento resultaría muy útil.

#### **4.8. Anclar el cambio en la cultura de la organización**

**Objetivo:**

Hay que hacer que el cambio perdure en el tiempo, hasta que se convierta en parte de los principios de la organización.

**Propuestas de actuación**

- Igual que el punto 4.6

## 5. BIBLIOGRAFÍA (por orden alfabético)

- Jiménez Torres, J.A. (13 abril, 2016) Los 8 pasos de Kotter para gestionar el cambio. Adictos al trabajo by Autentia. Disponible en: <https://www.adictosaltrabajo.com/2016/04/13/los-8-pasos-de-kotter-para-gestionar-el-cambio/>
- Kotter, John P. Rathgeber, Holger, (2013), *Nuestro iceberg se derrite. Cómo cambiar y tener éxito en cualquier condición*. Madrid. España, Ediciones Granica.
- Michael E Porter, Elizabeth Olmsted Teisberg. How physicians can change the future of health care. JAMA. 2007 Mar 14; 297(10):1103-11. PMID: 17356031 DOI: 10.1001/jama.297.10.1103. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17356031/>
- Michael E. Porter, Ph.D. What Is Value in Health Care? N Engl J Med 2010; 363:2477-2481. DOI: 10.1056/NEJMp1011024. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1011024>
- Por Redacción (7 enero, 2020) Los 8 pasos para el cambio de Kotter aplicados al sector educativo. Existo educativo. Disponible en: <https://exitoeducativo.net/los-8-pasos-para-el-cambio-de-kotter-aplicados-al-sector-educativo/>
- What Is Value-Based Healthcare? Explore the definition, benefits, and examples of value-based healthcare. How does value-based healthcare translate to new delivery models? NEJM Catalyst. January 1, 2017. Disponible en: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.17.0558>

## 6. GESTIÓN DOCUMENTAL

<b>TÍTULO</b>	<b>PROYECTO PARA LA REORGANIZACIÓN ASISTENCIAL DE LOS CENTROS DE SALUD</b>
<b>ELABORADO Y APROBADO</b>	<b>Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid</b>
<b>EMISOR</b>	Gerencia Asistencial de Atención Primaria
<b>DESTINATARIO</b>	Direcciones Asistenciales y Equipos Directivos de los Centros de Salud
<b>DISTRIBUCIÓN</b>	Por correo electrónico