



ORIGINAL

Retos y estrategias para recuperar y dinamizar la atención primaria. Metodología DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades)-CAME (Corregir, Afrontar, Mantener y Explotar) en un departamento de salud



Mercedes Guilabert^{a,*}, Alicia Sánchez-García^a, Alberto Asencio^b, Fabiola Marrades^b, Mónica García^b, José Joaquín Mira^{a,b,c,d} y Grupo de trabajo DAFO-CAME. Departamento de Salud Sant Joan d'Alacant

^a Departamento Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández, Alicante, España

^b Departamento de Salud Alicante-Sant Joan d'Alacant, Alicante, España

^c ATENEA investigación. FISABIO, Sant Joan d'Alacant, Alicante, España

^d Red de Investigación sobre Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS), España

Recibido el 16 de septiembre de 2023; aceptado el 23 de octubre de 2023

Disponible en Internet el 28 de noviembre de 2023

PALABRAS CLAVE

Atención primaria;
Gestión;
Personal;
DAFO (Debilidades,
Amenazas, Fortalezas
y
Oportunidades)-CAME
(Corregir, Afrontar,
Mantener y Explotar)

Resumen

Objetivo: Identificar fortalezas, obstáculos, cambios en el entorno y capacidades de los equipos y unidades de apoyo en atención primaria, con el objetivo de proporcionar atención de alta calidad en un área de salud integrada.

Diseño: Estudio de métodos mixtos basado en la matriz DAFO y el análisis CAME.

Emplazamiento: Atención primaria, Comunidad Valenciana.

Participantes: En total han participado 271 profesionales de los diferentes colectivos y representantes de asociaciones de pacientes, 99 en la fase de captura de ideas, 154 en la fase de elaboración de la matriz DAFO y 18 en la fase de elaboración del análisis CAME.

Intervenciones: Se condujo un análisis DAFO-CAME a partir del cual se establecieron líneas de acción. La captura de información se realizó mediante grupos nominales, la fase de consenso integrando al conjunto de profesionales mediante Delphi y conferencia de consenso.

Mediciones principales: Priorización de propuestas para mantener las fortalezas, afrontar las amenazas, explotar las oportunidades, corregir las debilidades en el marco de un plan de acción de un área de salud integrada.

Resultados: Se propusieron un total de 82 ideas diferentes (20 fortalezas, 40 debilidades, 4 amenazas, 12 oportunidades y 6 amenazas-oportunidades). Este análisis condujo a un plan estratégico con 7 líneas y 33 acciones/intervenciones priorizadas.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mguilabert@umh.es (M. Guilabert).

Conclusiones: Atención integrada buscando fórmulas colaborativas entre niveles asistenciales, redefinición de roles, soluciones digitales, capacitación del personal y mejoras en equipamientos y procesos de soporte, junto a medidas para afrontar el envejecimiento de la población y las necesidades de centros sociosanitarios constituyen los retos sobre los que actuar.

© 2023 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Primary care;
Management;
Human resources;
SWOT (Strengths,
Weaknesses,
Opportunities and
Threats)-CAME
(Correct, Adapt,
Maintain and Exploit)

Challenges and strategies to recover and dynamize primary care: SWOT-CAME analysis in a Health Department

Abstract

Objective: To identify strengths, obstacles, changes in the environment, and capabilities of primary care teams and support units, with the aim of providing high-quality care in an integrated healthcare area.

Design: Mixed methods study based on the SWOT matrix and CAME analysis.

Location: Primary care, Valencian community.

Participants: A total of 271 professionals from different collectives and patient association representatives participated. 99 in the idea generation phase, 154 in the SWOT matrix development phase, and 18 in the CAME analysis development phase.

Interventions: A SWOT-CAME analysis was conducted, from which action lines were established. Information capture was carried out through nominal groups, and the consensus phase involved integrating all professionals through Delphi and consensus conference techniques.

Main measurements: Prioritization of proposals to maintain strengths, address threats, exploit opportunities, and correct weaknesses within the framework of an integrated healthcare area action plan.

Results: A total of 82 different ideas were proposed (20 strengths; 40 weaknesses; 4 threats; 12 opportunities; 6 threats-opportunities), which, once prioritized, were translated into 7 lines and 33 prioritized actions/interventions (CAME analysis).

Conclusions: Integrated care, seeking collaborative approaches between care levels, redefining roles, digital solutions, staff training, and improvements in equipment and support processes, along with measures to address the aging population and the needs of socio-sanitary centers, constitute the challenges to be addressed.

© 2023 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La pandemia por la COVID-19 ha causado en todo el mundo un amplio impacto en la sociedad^{1,2}. Los sistemas de salud y profesionales del sector focalizaron todos sus recursos para afrontar esta emergencia sanitaria³⁻⁵, con un coste personal indudable^{6,7}. Las consecuencias de este esfuerzo invitan a una reflexión sosegada que va más allá de plantearse cómo atender a las nuevas demandas creadas por la COVID-19⁸⁻¹⁰.

Esta crisis sanitaria, en el caso de la atención primaria, ha reabierto en España el debate sobre su identidad, prestaciones, organización, recursos y financiación. El incremento de comorbilidad y fragilidad ligados al envejecimiento (que se acelera en nuestro caso), los cambios en el perfil de pacientes y sus nuevas demandas, los escasos elementos motivadores a nivel laboral, el incremento de la presión asistencial o los cambios tecnológicos que se avecinan^{11,12}, junto a indefiniciones que se arrastran desde el inicio de la reforma de la atención primaria y comunitaria de los 80¹³, parecen juntarse ahora invitando a reflexionar sobre el futuro inmediato y a medio plazo¹⁴.

Una de las técnicas que más se emplea para este tipo de análisis es la combinación de la matriz DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) y el análisis CAME (Corregir, Afrontar, Mantener y Explotar), metodología DAFO-CAME, que facilita discernir las ideas relevantes de las que no lo son. Esta técnica permite identificar y aprovechar oportunidades, anticipar y mitigar amenazas, al mismo tiempo que brinda una visión clara sobre las debilidades y las fortalezas organizativas. Esta metodología se ha utilizado ampliamente en el contexto sanitario para diferentes propósitos. Los ejemplos incluyen desde la evaluación del impacto de programas de promoción de la salud¹⁵, el análisis de las características de las publicaciones científicas en pediatría¹⁶ o el diagnóstico de la situación de la organización sanitaria para la gestión de eventos adversos¹⁷ hasta nuevos retos como el desarrollo de la participación de la ciudadanía en los proyectos de investigación de equipos de investigación en atención primaria¹⁵ y nuevas perspectivas del paradigma de la medicina basada en la evidencia¹⁸. Esta herramienta también ha demostrado ser esencial en la toma de decisiones estratégicas, como demuestran experiencias

previas realizadas en España aplicadas al sistema sanitario público en general¹⁹ y a la atención primaria en concreto²⁰.

El objetivo de este estudio fue identificar, de forma participativa, puntos fuertes, actuales barreras o dificultades, condiciones cambiantes del entorno y potencialidades de los equipos y las unidades de apoyo de atención primaria para ofrecer una óptima calidad asistencial en un área sanitaria integrada (Departamento de Salud Alicante-Sant Joan d'Alacant, en la Comunidad Valenciana).

Métodos

Estudio de métodos mixtos basado en la metodología DAFO-CAME. Para construir esta matriz se llevó a cabo un análisis mixto basado en técnicas de análisis del contexto (grupo nominal) y de búsqueda de consenso (método Delphi adaptado), con participación de profesionales de atención primaria de todos los colectivos, unidades de apoyo, jefaturas de servicio de hospital y representantes de asociaciones de pacientes.

El estudio se llevó a cabo entre noviembre de 2022 y septiembre de 2023 en el Departamento de Salud de Alicante Sant Joan d'Alacant, en la Comunidad Valenciana. La anonimización y confidencialidad de la participación se aseguró en todas las fases del estudio. Se respetaron los principios de la Declaración de Helsinki, del Informe Belmont, el contenido del Convenio del Consejo de Europa (Oviedo) y la regulación laboral.

En la primera fase del estudio (fig. 1), de captura de ideas y propuestas para alimentar la matriz DAFO, se trabajó con 9 grupos de participantes de forma secuencial, segmentando por equipos de dirección de centros de salud (2 sesiones), personal de unidades de apoyo (una sesión), profesionales de diferentes colectivos (3 sesiones), jefaturas de servicios y unidades hospitalarias (una sesión), médicos y enfermeras residentes (una sesión) y representantes de asociaciones de pacientes (una sesión). En todas las sesiones se siguió el mismo guion de preguntas clave y racimo, con pequeñas adaptaciones según el colectivo. Se plantearon un total de 3 preguntas elaboradas por consenso por el equipo responsable del análisis estratégico (material complementario 1). Las preguntas fueron presentadas de forma secuencial, recogiendo las aportaciones tras provocar un debate abierto por los participantes en cada una de ellas. Adicionalmente a las preguntas principales la persona que moderaba cada debate presentaba otras preguntas que obedecían a un guion previamente elaborado (preguntas racimo) con las que explorar todas las cuestiones consideradas relevantes para este estudio. Todas las cuestiones se circunscribían a actuaciones en las que el departamento de salud tenía capacidad directa de actuación.

El análisis semicuantitativo de las ideas aportadas se llevó a cabo para cada grupo y de forma transversal mediante la triangulación de las propuestas por similitud. Se consideraron los siguientes índices: intensidad de la recomendación: ponderación asignada a cada una de las ideas por los participantes (media de las puntuaciones, en una escala de 1 a 5 puntos); acuerdo sobre la recomendación: relación entre la desviación típica de una muestra y su media (coeficiente de variación); espontaneidad: número de personas que, de forma independiente, proponen una misma idea en todos

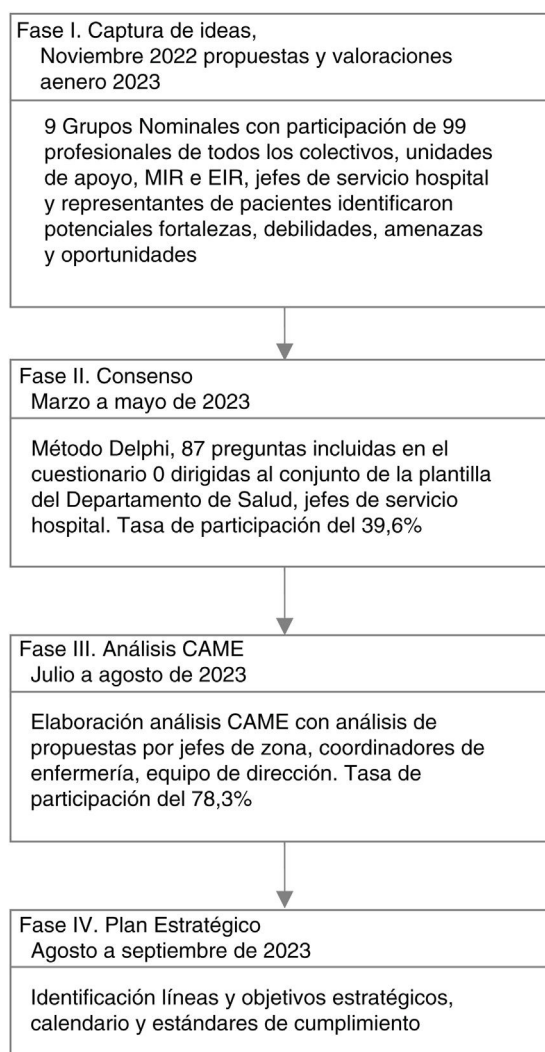


Figura 1 Fases del estudio.

los grupos; y consistencia entre los grupos: número de grupos en los que ha surgido, de forma espontánea, la misma idea. Las ideas priorizadas en esta fase formarían parte del cuestionario 0 para aplicar la técnica Delphi.

La segunda fase, consenso sobre priorización de fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades, se basó en los principios de la técnica Delphi para promover una amplia participación en el conjunto de profesionales de atención primaria del departamento de salud. El resultado esperado de esta fase consistió en la elaboración de un listado priorizado de fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades para la toma de decisiones estratégicas, incluida la fijación de objetivos y la asignación de recursos. Las ideas propuestas por los participantes en las sesiones grupales fueron ordenadas agrupando el conjunto de ideas de temática similar. Se empleó una escala de 0 a 10 puntos para elicitar su valoración de cada idea. Se establecieron como puntos de corte para retener o para descartar propuestas que, al menos, 8 participantes puntuasen 9 o más o que el promedio de las puntuaciones fuese superior a 8.

En la tercera fase, elaboración del plan de acción, se construyó por consenso la matriz resultante del análisis

CAME a partir de los resultados del análisis DAFO. En esta fase participó el equipo de dirección de atención primaria junto a profesionales del departamento de salud (n = 23). Para consensuar las líneas estratégicas y las propuestas de acción, los participantes dispusieron de la información del análisis DAFO ordenada en 4 categorías para: mantener las fortalezas, afrontar las amenazas, explotar las oportunidades y corregir las debilidades. Se facilitó un cuadernillo de trabajo para proponer acciones estratégicas que, en el posterior debate, se perfilaron. El resultado final fue elaborado de forma individual considerando para cada acción propuesta los siguientes aspectos: motivación en el personal para llevar a cabo la propuesta, limitaciones presupuestarias, tiempo necesario para ver resultados, si era factible y si no hacer nada empeoraría la situación (oportunidad). El conjunto de propuestas de acción derivadas del análisis CAME fue, finalmente, sometido al criterio de jefes de zona y coordinadores de enfermería de las zonas básicas de salud, quienes las priorizaron considerando su factibilidad en términos de capacidad para llevarlas a cabo, aceptabilidad y oportunidad. Para ello se empleó una plataforma online que permitía la consulta en condiciones de anonimato.

Por último, en la cuarta fase se integró la información, identificando según la prioridad señalada por los participantes las líneas y objetivos estratégicos y las acciones a llevar a cabo, indicando la calendarización y los estándares para visualizar el logro.

Participantes

En la primera fase se invitó a participar a profesionales de todos los colectivos y zonas básicas de salud, jefaturas de servicio del hospital y representantes de las asociaciones de pacientes con mayor implantación en Alicante. El reclutamiento de estos participantes se basó en su voluntariedad tras identificar aquellas personas con mayor capacidad de liderazgo mediante la técnica de bola de nieve. En la segunda fase se invitó a todo el personal del departamento de salud, que aceptó recibir en su correo electrónico esta consulta (n = 510; 99% del total de la plantilla). En la tercera fase se invitó a un total de 23 profesionales para establecer la propuesta de líneas estratégicas y acciones (matriz CAME), lo que incluyó al conjunto de profesionales con responsabilidades de gestión (jefes de zona, coordinadores, etc.) y a profesionales de los estamentos de medicina y enfermería del departamento de salud.

Resultados

En total 99 personas participaron en la primera fase en las diferentes sesiones grupales organizadas (tabla 1). En la segunda respondieron en el plazo establecido un total de 154 profesionales de todos los estamentos (tasa de participación del 39,6%). En la tercera participaron 18 profesionales (tasa de participación del 78,3%).

Se propusieron por los participantes de todos los grupos, en la primera fase del estudio, un total de 377 ideas (80 fortalezas, 174 debilidades y 123 amenazas y oportunidades) que fueron debatidas en el conjunto de los grupos. Por grupos de participantes la espontaneidad fue mayor en los grupos de facultativos y de representantes de asociaciones

Tabla 1 Participantes en las diferentes fases del estudio

| Grupos nominales | |
|---|---------------|
| Perfil | Participantes |
| Auxiliares administrativos y celadores | 10 |
| Coordinadores de enfermería | 9 |
| Jefaturas de zona | 10 |
| Enfermería | 11 |
| Representantes de asociaciones de pacientes | 9 |
| Otros profesionales | 9 |
| Facultativos | 13 |
| Jefaturas de servicio | 12 |
| MIR y EIR | 16 |
| Total | 99 |
| Delphi | |
| Perfil | Participantes |
| Jefaturas de zona | 7 |
| Coordinadores de enfermería | 7 |
| Facultativos | 57 |
| Enfermería | 40 |
| Otros profesionales | 22 |
| Auxiliares administrativos y celadores | 17 |
| Asociaciones pacientes | 4 |
| Total | 154 |
| CAME | |
| Perfil | Participantes |
| Jefaturas de zona | 9 |
| Coordinadores de enfermería | 7 |
| Otros profesionales | 2 |
| Total | 18 |

de pacientes (tabla 2). En la triangulación de propuestas se identificaron repeticiones, se agruparon las similitudes y se concretaron un total de 82 ideas diferentes (20 fortalezas, 40 debilidades, 4 amenazas, 12 oportunidades, 6 consideradas amenazas y oportunidades) que, junto con otras 5 extraídas del Plan de Salud de la Comunidad Valenciana para el período 2023-2030, alimentaron el cuestionario 0 empleado mediante método Delphi.

En la segunda fase del estudio se consensuaron un total de 20 fortalezas, 6 amenazas, 40 debilidades, 14 oportunidades y otras 7 que constituían a un mismo tiempo amenazas y oportunidades, que se combinaron siguiendo el procedimiento para aplicar la técnica CAME (tablas 1.1 a 1.3 del material complementario).

En la fase 3 los 18 participantes (tasa de respuesta del 78,3%) propusieron un total de 69 acciones estratégicas, que una vez priorizadas se concretaron en 33 acciones/intervenciones organizadas en 7 líneas y 21 objetivos estratégicos (tabla 3).

Tabla 2 Ideas con mayor espontaneidad dentro de los grupos

| Grupo | Ideas debatidas | Espontaneidad |
|--|---|---------------|
| Facultativos | <i>Personal profesional de atención primaria (F)</i> | 5 |
| | <i>Falta de comunicación entre atención primaria y hospital (D)</i> | 12 |
| Asociaciones de pacientes | <i>Más jubilaciones con poco recambio generacional (R)</i> | 11 |
| | <i>Proximidad y empatía, buena atención del personal sanitario y administrativo (F)</i> | 12 |
| | <i>Demora en atención telefónica (D)</i> | 8 |
| | <i>Aumentar plantilla de personal (R)</i> | 6 |
| Coordinadores de enfermería | <i>Comunicación rápida entre coordinadores utilizando diferentes canales de comunicación (WhatsApp) (F)</i> | 3 |
| | <i>Cobertura deficiente de personal e inestabilidad (D)</i> | 3 |
| | <i>Mayor facilidad de acceso a servicios mediante la página web y la app (R)</i> | 10 |
| MIR y EIR | <i>Personal competente y profesional (F)</i> | 6 |
| | <i>Excesiva carga asistencial (D)</i> | 9 |
| Celadores y auxiliares administrativos | <i>Envejecimiento de la población (cronicidad, pluripatología...) (R)</i> | 6 |
| | <i>Buen ambiente y buen trato entre profesionales (F)</i> | 6 |
| | <i>Desconocimiento y falta de preparación en los sustitutos en el programa de primaria (D)</i> | 7 |
| Enfermería | <i>Consultas y trámites vía email o WhatsApp (R)</i> | 8 |
| | <i>Profesionales competentes, bien formados (F)</i> | 4 |
| | <i>Necesidad de mantenimiento de los equipos clínicos e informáticos (D)</i> | 8 |
| Jefaturas de servicio | <i>Digitalización sanitaria (R)</i> | 4 |
| | <i>Actividades centradas en el paciente (F)</i> | 5 |
| Jefaturas de zona | <i>Falta de adherencia a protocolos (D)</i> | 4 |
| | <i>Envejecimiento de la población (R)</i> | 8 |
| | <i>Sensación de trabajo en equipo (equipos de calidad y motivados) (F)</i> | 6 |
| Otros profesionales | <i>Carencias de personal (ausencias, vacaciones, permisos) (D)</i> | 7 |
| | <i>Envejecimiento de la población y aumento de cronicidad, pacientes complejos y pluripatológicos (R)</i> | 7 |
| | <i>Buen ambiente de trabajo (F)</i> | 2 |
| | <i>Materiales de trabajo y procedimientos anticuados (D)</i> | 6 |
| | <i>Mayor desinformación de los pacientes (R)</i> | 4 |

D: debilidades; F: fortalezas; R: retos (oportunidades y amenazas).

Discusión

Los resultados de este estudio reflejan cómo en la pospandemia confluyen, primero, las tradicionales dificultades que limitan la capacidad de respuesta de la atención primaria para responder a las necesidades de pacientes y de la comunidad^{11,21,22} y, segundo, las derivadas de la atención no prestada a pacientes no COVID en el período de emergencia sanitaria⁸. Las líneas, objetivos y actuaciones consensuadas son resultado de ambas situaciones y promueven buscar alternativas al objetivo institucional compartido por las instituciones, sociedades científicas y la academia para lograr una atención centrada en la persona²³, corregir las demoras actuales en el acceso a la atención sanitaria, tanto en primaria como en los hospitales, adecuar la capacidad de respuesta y los roles profesionales a los cambios (actuales y previsibles a corto plazo) en la demanda^{24,25} y repensar el modelo de atención compartida con los centros sociosanitarios²⁶. Por último, se identificaron otras cuestiones relativas a equipamientos y prestaciones mediante

contratas que afectaban de forma diferente a unos centros de salud respecto de otros.

En los debates se puso de manifiesto la necesidad de avanzar hacia fórmulas que introdujeran los principios de la gestión clínica, la atención integral, la necesidad de afrontar de forma distinta el crecimiento de la demanda por el envejecimiento de la población, considerando la diversidad de las necesidades de esta población, y se concretaron propuestas para avanzar en la incorporación de tecnologías digitales, tanto de e-salud como de inteligencia artificial. El foco de las propuestas estuvo centrado en los problemas que limitaban el trabajo cotidiano de los diferentes colectivos profesionales del departamento de salud en este período pospandémico, con el objetivo de concretar objetivos compartidos e incrementar el compromiso con una atención centrada en la persona del conjunto de recursos asistenciales. Un ejemplo es la propuesta de un plan de contingencia para recuperar niveles de actividad normalizados, afrontando conjuntamente primaria y hospital las demandas de atención demorada causada por la pandemia, aspecto

Tabla 3 Resultados del análisis DAFO-CAME

| Línea estratégica | Objetivos estratégicos | Acciones | Previsión inicio | Estándares cumplimiento (2027) |
|------------------------------------|--|--|--|---|
| 1. Atención centrada en la persona | 1.1.- Prestar una atención integral por un equipo multidisciplinar | 1.1.1.- Contextualizar qué entendemos por atención integral y definir criterios para una atención integral | 31 de diciembre de 2023 | Definición consensuada, incluida en los acuerdos de gestión, como objetivo institucional Constitución de un mínimo de 8 miniequipos |
| | | 1.1.2.- Fomentar el trabajo en equipo multidisciplinar, mediante la creación de mini equipos de trabajo de distintos profesionales (medicina, enfermería, matrona, pediatría, trabajo social, fisioterapia, TCAE, personal administrativo y celador), para garantizar la atención a personas en el ámbito más adecuado y por quien mejor pueda dar respuesta a sus necesidades | 31 de marzo de 2024 | |
| | 1.2.- Poner en valor la atención domiciliaria | 1.2.1.- Ampliar, incrementar y mejorar la atención domiciliaria (con servicios de proximidad en el domicilio, farmacia, teleasistencia avanzada, monitorización...) | 31 de marzo de 2024 | Incremento del 1% en la proporción de atenciones a domicilio respecto al total de atenciones en un año. Fuente Alumbra indicador ATP003.1 Consultas realizadas Aumento del 1% en la atención domiciliaria respecto al total de consultas en todas las categorías profesionales. Fuente Alumbra indicador ATP003.1 Consultas realizadas |
| | | 1.2.2.- Favorecer el trabajo en equipo e incorporar otros perfiles profesionales en el equipo de atención domiciliaria (p. e. trabajador social, enfermera gestora de casos del hospital, etc.) | 31 de marzo de 2024 | |
| | 1.3.- Fomentar el circuito de atención preferente (tarjeta AA) | 1.3.1- Asegurar formación a personal de los centros de atención primaria para el adecuado uso de la tarjeta AA | 31 de diciembre de 2023 | Sesiones formativas impartidas sobre tarjeta AA. N.º de profesionales formados, alcanzando un mínimo del 65% de la plantilla |
| | | | 1.3.2.- Favorecer la difusión de la tarjeta AA mediante cartelería y mensajería en aplicaciones corporativas | |

Tabla 3 (continuación)

| Línea estratégica | Objetivos estratégicos | Acciones | Previsión inicio | Estándares cumplimiento (2027) |
|--|--|--|-------------------------|--|
| 2. Los profesionales como elemento clave del proceso asistencial | 1.4.- Promover la alfabetización en salud de la población | 1.4.1.- Incrementar el nivel de alfabetización en salud de la población con mayor frecuentación, especialmente en herramientas disponibles para la población como la APP Salud, a través de talleres formativos Estos talleres podrían contener también información sobre cómo moverse por el sistema sanitario, cómo identificar posibles errores de medicación. . . | 31 de diciembre de 2024 | N.º talleres formativos dirigidos a la población (> 12) Aumento del número de citas obtenidas mediante la APP Salud respecto al total de citas > 5% respecto al año anterior. Fuente Alumbra indicador ATP003.1 Consultas realizadas |
| | 1.5.- Potenciar la acción comunitaria | 1.5.1.- Elaborar mapas de activos en la comunidad e impulsar su difusión | 30 de junio de 2024 | Acceso a mapa digital de activos en la totalidad de zonas básicas de salud |
| | 2.1.- Garantizar la información/formación a los nuevos profesionales | 2.1.1.- Estandarizar los planes de acogida que faciliten la incorporación de los nuevos profesionales, incluyendo información desde el momento en el que solicitan el traslado, o la nueva incorporación y hasta que se incorporan a sus plazas <i>Los planes de acogida recogerán elementos críticos de información del departamento, para los primeros días, figura del mentor cuando proceda, priorizar tareas y agendas para posibilitar la formación de este personal (formación en cascada, periodo 6 meses), etc.</i> 2.1.2.- Favorecer la disponibilidad de los planes de acogida a todos los profesionales. Visibilizar en los portales corporativos del departamento | 31 de marzo de 2024 | Porcentaje de nuevos profesionales que reciben información básica del departamento tras solicitar traslado o en el momento de su incorporación no inferior al 95% |
| | | | 31 de marzo de 2024 | Descargas en los 6 meses tras la aprobación del Manual no inferior a 100 |

Tabla 3 (continuación)

| Línea estratégica | Objetivos estratégicos | Acciones | Previsión inicio | Estándares cumplimiento (2027) |
|---|---|---|-------------------------|--|
| 3. Compromiso para lograr mejores resultados en salud | 2.2.- Promover la mejora de los conocimientos y el desarrollo de habilidades de los profesionales | 2.2.1.- Elaborar un plan de formación continuada anual que incorpore programas de formación, rotatorios externos y acreditaciones docentes | 31 de marzo de 2024 | 175 horas de formación ofertadas anualmente |
| | 2.3.- Potenciar la investigación en atención primaria | 2.3.1.- Conocer la situación actual de la investigación en atención primaria | 30 de junio de 2024 | Número de publicaciones en revistas indexadas (> 45) Número de comunicaciones presentadas en congresos (> 24) Número de proyectos multicéntricos (> 6) |
| | 3.1.- Fomentar la capacidad de respuesta y equilibrar las funciones asistenciales y comunitarias | 2.3.2.- Promover alianzas con grupos de investigación | 30 de junio de 2024 | Número de proyectos multicéntricos (> 6) |
| | | 3.1.1.- Rediseñar las actividades que desarrollan los profesionales de medicina familiar y comunitaria, dimensionando la carga de trabajo para permitir la humanización de la atención, reduciendo las consultas de bajo valor añadido sanitario (burocráticas, redistribución demanda) | 31 de diciembre de 2024 | Consenso en la elaboración/actualización de un mínimo de 2 procedimientos o protocolos orientados a la desburocratización, 2 a la redistribución de la demanda |
| | | 3.1.2.- Adecuar las ratios médico AP-paciente en todas las zonas básicas de salud y aumentar y distribuir las plantillas para buscar un mejor funcionamiento de los centros que favorezca al paciente y a los profesionales | 31 de diciembre de 2024 | Revisión de ratios en la totalidad de zonas básicas de salud |
| | 3.2.- Favorecer la gestión de la demanda | 3.2.1.- Conocer la situación de la demanda poblacional | 31 de marzo de 2024 | Resultado dinámico de la demanda poblacional por zonas básicas de salud |
| | | 3.2.2.- Establecer circuitos asistenciales y establecer procedimientos normalizados de gestión de la demanda adecuados y eficientes, para dar respuesta a la demanda | 31 de diciembre de 2024 | Consenso en la elaboración/actualización de un mínimo de 4 procedimientos/protocolos asistenciales |

Tabla 3 (continuación)

| Línea estratégica | Objetivos estratégicos | Acciones | Previsión inicio | Estándares cumplimiento (2027) |
|---|--|---|-------------------------|---|
| 4. Integración entre atención primaria y hospitalaria para dar respuesta a los problemas de salud de las personas | 3.3.- Reducir prácticas de escaso valor | 3.3.1.- Implementar estrategias de «no hacer» como parte del enfoque en seguridad del paciente y mejora de la calidad asistencial (p. e. incidir en el plan de uso responsable de antibióticos, PROA/PRAN...) | 31 de diciembre de 2024 | Incumplimiento de recomendaciones. No hacer un uso seguro de antimicrobianos (según estándares de PROA) |
| | 4.1.- Fomentar la coordinación entre atención primaria y hospitalaria en la gestión de demoras | 4.1.1.- Generar un plan urgente coordinado con hospitalaria que incorpore un análisis de la situación actual y acciones para eliminar las demoras provocadas por la pandemia | 31 de diciembre de 2023 | Plan de coordinación para la gestión de demora Lista de espera no superior a 60 días |
| | 4.2.- Respuesta integrada y reducción de listas de espera | 4.2.1.- Potenciar los grupos de trabajo entre atención primaria y asistencia hospitalaria, que funcionan actualmente y que sean referencia para otros grupos | 31 diciembre 2023 | Número de grupos de trabajo implantados no inferior a 6 |
| | | 4.2.2.- Definir y mejorar canales de comunicación entre atención primaria y asistencia hospitalaria | 31 de diciembre de 2023 | Plan de comunicación consensuado y aprobado |
| | | 4.2.3.- Revisar los protocolos de derivación de atención primaria y asistencia hospitalaria (interconsultas, enfermedades prevalentes, transiciones asistenciales de altas, urgencias, protocolos de derivación de carácter bidireccional, etc.) y protocolizar los límites de las respectivas agendas (incluyendo su programación a 6 meses vista) | 31 de diciembre de 2024 | Elaborar/revisar protocolos/instrucciones de trabajo > 4 |
| | 4.3.- Ampliar la cartera de servicios en los centros de atención primaria | 4.3.3.- Incorporar nuevas técnicas y procedimientos (cirugía menor, ecografías, infiltraciones, TAO, retinografías) que doten de mayor formación y especialización a los profesionales de atención primaria | 30 de junio de 2024 | Incluir en acuerdos de gestión por centros de forma sistemática |

Tabla 3 (continuación)

| Línea estratégica | Objetivos estratégicos | Acciones | Previsión inicio | Estándares cumplimiento (2027) |
|---|---|---|-------------------------|--|
| 5. Soluciones digitales para una mayor accesibilidad y efectividad | 5.1.- Potenciar e-salud | 5.1.1.- Incorporar los nuevos programas de telemedicina y consolidar los ya existentes (p. e. teledermatología) | 31 de diciembre de 2024 | Porcentaje de pacientes atendidos mediante telederma (no inferior al 15%) |
| | 5.2.- Incorporar inteligencia artificial | 5.2.1.- Dotar de nuevas competencias para la gestión de la demanda a admisión, capacitando al personal, identificando perfiles y necesidades de pacientes, desarrollando un Chatbot IA para dotar a admisión de mejores recursos para la gestión de la demanda e involucrando al personal sanitario para consensuar criterios y flujos de pacientes | 31 de marzo de 2024 | N.º consultas en Chatbot superior a 12.000 |
| 6. Participación de la población en la gestión eficiente de los recursos sanitarios | 6.1.- Hacer visibles las estrategias de atención primaria a la población | 6.1.1.- Incluir la comunicación de atención primaria para toda la población en el plan de comunicación del departamento de salud | 31 de diciembre de 2023 | Número de noticias publicadas en medios de comunicación > 144 Media de impresiones al mes > 25.000 Número de seguidores en redes sociales > 12.000 |
| | 6.2.- Favorecer la participación de la población en la disminución de prácticas de escaso valor | 6.2.1 Implementar estrategias de "No hacer" como parte del enfoque en seguridad del paciente y mejora de la calidad asistencial (p.e., incidir en el plan de uso responsable de antibióticos, PROA/PRAN ...) | 31 de marzo de 2024 | Número de publicaciones relacionadas con estrategias de no hacer dirigidas a la población (> 2) |
| 7. Gestión sostenible de infraestructuras y medio ambiente | 7.1.- Potenciar la «infraestructura humanizada» en los centros | 7.1.1.- Realizar estudio de necesidades para priorizar las inversiones | 31 de marzo de 2024 | Plan de inversiones anual como resultado de necesidades de cada zona básica de salud |

Tabla 3 (continuación)

| Línea estratégica | Objetivos estratégicos | Acciones | Previsión inicio | Estándares cumplimiento (2027) |
|-------------------|--|--|-------------------------|--|
| | | 7.1.2.- Poner en marcha el plan de mejora de la calidad percibida de la población atendida (recursos asistenciales, espacios, materiales) en aspectos relacionados con la mejora de las infraestructuras de los centros | 31 de diciembre de 2024 | Evaluación anual de la ejecución del plan de necesidades de AP del departamento |
| | 7.2.- Mejorar la gestión del mantenimiento de las instalaciones | 7.2.1.- Revisar necesidades de equipamiento informático y funcionamiento de actuales aplicaciones (p. e. emisión de facturación a terceros, etc.) | 31 de diciembre de 2023 | Satisfacción del personal con la disponibilidad y funcionalidad equipos para las funciones asignadas (> 80%) |
| | | 7.2.2.- Realizar seguimiento de servicios subcontratados (limpieza y mantenimiento especialmente), colaborando con la dirección económica, para garantizar unos espacios limpios y seguros | 31 de diciembre de 2023 | Implementación del procedimiento de trabajo para la supervisión de la actividad de las empresas concesionarias |
| | 7.3.- Transformar los centros de atención primaria en entornos colaborativos | 7.3.1.- Potenciar las políticas de reciclaje y velar por el cumplimiento del protocolo de residuos sanitarios | 31 de marzo de 2024 | Contenedores de papel y pilas en la totalidad de centros |
| | | 7.3.2.- Favorecer el uso de materiales biodegradables, junto a otras medidas de protección medioambiental (p. e. para realizar huella de carbono de nuestras actividades). Elaborar plan de disminución de consumo eléctrico y de agua | 31 de diciembre de 2024 | Disminución de consumo eléctrico y de agua (> 4%) |

La tarjeta sanitaria AA facilita la accesibilidad a servicios sanitarios a pacientes diagnosticados con determinadas enfermedades.

ya señalado entre las previsiones para el día después de la pandemia²⁷.

La integración de los servicios ha sido señalada como una de las actuaciones clave que debe asumirse por el sistema de salud¹⁶ y, en este caso, con el foco puesto en el día a día de las zonas básicas de salud se ha señalado como una necesidad de la práctica responder de forma efectiva a las necesidades de la población, ahondando en fórmulas colaborativas entre niveles asistenciales, por ejemplo mediante una más eficiente gestión de las agendas, corregir los tiempos de demora adecuando las derivaciones según la clínica, reducir las consultas delegadas o aprovechar la capacidad de respuesta del conjunto de profesionales redefiniendo roles para adecuar demanda y respuesta, incluyendo también al personal de admisión.

Aunque el retorno de los participantes en las sesiones grupales (incluidos representantes de pacientes) fue señalar como fortaleza la satisfacción de los pacientes, en contra de lo que se apunta en la tendencia más reciente del baremo sanitario¹⁶, el incremento de las demoras para recibir atención, tanto en la atención en los centros de salud, como en el hospital, socaban esta valoración y suponen un riesgo para la seguridad de los pacientes²⁸⁻³⁰. Gran parte de los debates y de las acciones propuestas giraron en torno a este punto, buscando fórmulas que aseguraran la accesibilidad en el marco de una atención integrada en línea. Este aspecto se ha señalado en la literatura buscando nuevas fórmulas mediante cambios organizativos o tecnológicos^{31,32}.

En este estudio las rutas asistenciales se visualizaron como una alternativa para abordar el problema de las demoras, contando con el compromiso de todos los profesionales y de las asociaciones de pacientes. Ligado a este punto apareció también la necesidad de incrementar los niveles de alfabetización en salud de la población, particularmente entre aquellos con mayor frecuentación.

Asegurar que la información llega a los colectivos diana es un reto que requiere de nuevas ideas para ser más efectivos. El caso de la atención especial a personas con dificultades de accesibilidad supone uno de los ejemplos de cómo un proceso diseñado para afrontar un problema identificado con la accesibilidad no tiene el éxito esperado por un uso muy bajo del recurso.

La sobreprescripción ha sido señalada como un problema universal^{33,34}. En este estudio también se ha destacado la importancia de incrementar el compromiso con el movimiento «no hacer», disuadiendo prácticas de baja o dudosa efectividad³⁵, particularmente en el uso de antimicrobianos y con un rol activo en la conciliación de la farmacia. En este caso la priorización se concentra en los pacientes crónicos y con mayor complejidad³⁶, cuyo número se está incrementando también en nuestro caso.

España cuenta con mejores ratios (médicos por habitante) en relación con otros países europeos¹⁶. Sin embargo, la sustitución en períodos vacacionales o por otros motivos laborales (incluidas jubilaciones) de este colectivo es difícil. Este hecho se ha asumido por los participantes como inevitable y ajeno a las acciones que pueden llevarse a cabo en el propio departamento de salud, y se ha optado por redefinir los roles sobre cómo abordar las necesidades de los diferentes colectivos de población.

La preocupación por la cobertura de personal sanitario en el importante número de centros sociosanitarios existente en el departamento de salud ha motivado que se incluya como actuación preferente el diseño de criterios para asegurar la prestación, buscando además una mayor integración de los recursos sanitarios y sociales. Esta es también una situación compartida con la mayoría de las áreas de salud de nuestro país y, tras la pandemia, ha pasado a primer plano la necesidad de asegurar una adecuada coordinación.

Limitaciones

El foco del estudio se ciñó a actuaciones que el departamento de salud tenía capacidad para abordar. En este sentido, cuestiones destacadas en la literatura, por las sociedades científicas o en foros académicos (rediseño del modelo, cambios retributivos e incorporación de nuevos perfiles profesionales) que escapaban a la capacidad de gestión propia de una unidad de gestión de estas características no se consideraron. La composición de la plantilla con un elevado porcentaje de profesionales de enfermería jóvenes en el inicio de su carrera profesional, y las características urbanas de la población atendida, pueden limitar la generalización de estos resultados a otras áreas, departamentos o estructuras de gestión. Las priorizaciones se han basado en quienes respondieron. La desmotivación de las plantillas que se ha destacado en otros estudios¹² puede que explique la no participación de un 59,8% de la plantilla, aunque el diseño del estudio no permite extraer ninguna conclusión en ese sentido. Esta no participación en la génesis de la propuesta puede condicionar su implantación posterior.

Este análisis ha permitido establecer prioridades en la gestión de los recursos para ofrecer una mejor atención a la población, mediante una metodología conocida, asequible para la totalidad de áreas sanitarias, en la que se ha logrado una aceptable participación de los colectivos implicados. Queda por determinar si estos enfoques motivan al conjunto de la plantilla al contar con objetivos comunes, sobreviven a potenciales cambios en los equipos directivos y tienen impacto en los resultados de salud de la población.

Puntos clave

Lo conocido sobre el tema

- La pandemia por la COVID-19 ha tenido un impacto en los sistemas de salud y en los profesionales sanitarios.
- La pandemia por la COVID-19 ha reabierto el debate sobre cuál es el futuro de la atención primaria a corto y a medio plazo.
- Los principales retos de la atención primaria se centran en: el incremento de comorbilidad y fragilidad ligados al envejecimiento (que se acelera en nuestro caso), los cambios en el perfil de pacientes y sus nuevas demandas, los escasos elementos motivadores a nivel laboral y el incremento de la presión asistencial o los cambios tecnológicos.

Qué aporta este estudio

- Análisis DAFO-CAME a partir del cual se establecieron las principales líneas de acción del Departamento de Salud Alicante-Sant Joan d'Alacant, en la Comunidad Valenciana.
- Los resultados de este estudio reflejan cómo en la pospandemia confluyen, primero, las tradicionales dificultades que limitan la capacidad de respuesta de la atención primaria para responder a las necesidades de pacientes y de la comunidad y, segundo, las derivadas de la atención no prestada a pacientes no COVID en el período de emergencia sanitaria.
- Este análisis ha permitido establecer prioridades en la gestión de los recursos para ofrecer una mejor atención a la población.

Consideraciones éticas

En el siguiente estudio de análisis la anonimización y confidencialidad de la participación se aseguró en todas las fases del estudio. Se respetaron los principios de la Declaración de Helsinki, del Informe Belmont, el contenido del Convenio del Consejo de Europa (Oviedo) y la regulación laboral.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Los autores de este manuscrito declaran que no existe conflicto de intereses en la realización, publicación y difusión de este trabajo

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.aprim.2023.102809](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102809).

Appendix C. Grupo de trabajo DAFO-CAME. Departamento de Salud Sant Joan d'Alacant

Diego Díez Herrero, Juan Molina, Estanislao Puig, Ester Santoro, Roberto Jover, Jordi Gisbert, Loreto Cruz (Departamento de Salud Alicante-Sant Joan d'Alacant) y Daniel García Torres (ATENEA investigación. FISABIO, Sant Joan d'Alacant).

Bibliografía

1. Pandemic fatigue- reinvigorating the public to prevent COVID-19. Policy framework for supporting pandemic prevention and management. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.
2. Ramón-Dangla R, Rico-Gómez ML, Issa-Khozouz R. Mortalidad por COVID-19 en España durante la primera oleada de la pandemia. Aproximación a través del gasto público sanitario por comunidades autónomas. *Rev Esp Salud Pública*. 2021;95:1–10.
3. Braithwaite J, Tran Y, Ellis LA, Westbrook J. The 40 health systems, COVID-19 (40HS C-19) study. *Int J Qual Health Care*. 2021;33:mzaa113.
4. Wang D, Mao Z. A comparative study of public health and social measures of COVID-19 advocated in different countries. *Health Policy*. 2021;125:957–71, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.05.016>.
5. López-Pineda A, Carrillo I, Mula A, Guerra-Paiva S, Strametz R, Tella S, et al. Strategies for the psychological support of the healthcare workforce during the COVID-19 Pandemic: The ERNST Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19:5529.
6. World Health Organization. The impact of COVID-19 on health and care workers: A closer look at deaths. World Health Organization. Geneva, Switzerland, 2021 [consultado 1 Jul 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345300>.
7. Salazar de Pablo G, Vaquerizo-Serrano J, Catalan A, Arango C, Moreno C, Ferre F, et al. Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2020;275:48–57.
8. Mira JJ, Lorenzo S. Collateral damage for failing to do in the times of COVID-19. *J Healthc Qual Res*. 2021;36:125–7.
9. Fitzsimons J. Quality and safety in the time of coronavirus: Design better, learn faster. *Int J Qual Health Care*. 2021;33:mzaa051.
10. Bartolomé Benito E, Santiñá Vila M, Mediavilla Herrera I, Mira Solves JJ. en nombre del equipo de trabajo SECA-Recuperación Propuestas de la SECA para la recuperación del Sistema Nacional de Salud tras la pandemia por SARS-CoV-2 [Proposals by the Spanish Society of Quality in Healthcare (SECA) for the recovery of the National Health Service after the COVID-19 pandemic]. *J Healthc Qual Res*. 2021;36:42–6.
11. Rotaeche del Campo R, Gorroñoigoitia A. Reflexiones sobre la atención primaria del siglo XXI. *Aten Primaria Prac*. 2022;4:100159.
12. Simó J. Reflexiones de un médico de familia sobre la atención primaria española tras 30 años en la trinchera. *Aten Primaria Prac*. 2022;4:100160.
13. Martín Zurro A. Apuntes sobre el desarrollo del modelo de reforma de la atención primaria y comunitaria de los años 80. *Aten Primaria Prac*. 2022;4:100162.

14. Martín Zurro A. ¿Aún estamos a tiempo? *Aten Primaria Prac.* 2022;4:100164.
15. Pons-Vigués M, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Violán C, Mahtani-Chugani V. La participación ciudadana en la investigación desde la perspectiva de investigadores de atención primaria [Public participation in research from the perspective of primary health care researchers]. *Gac Sanit.* 2019;33:536–46, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.05.011>.
16. González de Dios J, Alonso-Arroyo A, Aleixandre-Benavent R, Málaga-Guerrero S. Análisis de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades (DAFO) de la publicación pediátrica española a partir de un estudio cuantitativo [Strengths, weaknesses, opportunities and threats (SWOT) analysis of spanish paediatric publications from a scientometric study]. *An Pediatr (Barc).* 2013;78:351–4, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.01.001>.
17. Sánchez López JD, Cambil Martín J, Villegas Calvo M, Moreno Martín ML. El mejor instrumento en la evaluación de eventos adversos, ¿DAFO o protocolo de Londres? [The best tool in the evaluation of adverse events SWOT or London's protocol?]. *J Healthc Qual Res.* 2019;34:222–4, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.01.004>.
18. González de Dios J, Ortega Páez E, Molina Arias M. SWOT analysis of evidence-based medicine and new urban tribes. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2014;16:347–59.
19. Consejería de Salud y Familias. Plan de humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía: estrategia de humanización compartida. 2021.
20. Servicio Cántabro de Salud, Gerencia de Atención Primaria. Estrategia para la Atención Primaria 2012-2015. 2011.
21. Casado S, Núñez I. La crisis actual ¿es irreversible? *Aten Primaria Prac.* 2022;4:100156.
22. Gené-Badia J. Propuestas para salir de la crisis. *Aten Primaria Prac.* 2022;4:100158.
23. Pascual López JA, Gil Pérez T, Sánchez Sánchez JA, Menárguez Puche JF. ¿Cómo valorar la atención centrada en la persona según los profesionales? Un estudio Delphi [How to assess Person-Centered Care according to professionals? A Delphi study]. *Aten Primaria.* 2022;54:102232, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102232>.
24. Vara Ortiz MÁ, Fabrellas Padrés N. Análisis de concepto: gestión enfermera de la demanda. *Aten Primaria.* 2019;51:230–5.
25. Bayona Huguet X. La organización de los equipos de atención primaria a partir de la pandemia de COVID-19. *Aten Prim Pract.* 2020;2, 66111000.
26. Fuentes FV. Social and health care coordination: towards a new culture of care. *Enferm Clin (Engl Ed).* 2020;30:291–4, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.09.001>.
27. Mira JJ. Pandemia COVID-19: y ahora ¿qué? *J Healthc Qual Res.* 2020;35:133–5.
28. Gutiérrez A, Mendoza P. Tiempo de espera y calidad de atención en pacientes de odontología intervenidos en sala de operaciones. *An Fac Med.* 2019;80:183–7.
29. Alvarado Villegas KJ, Ponce Gamboa KV, Coronel Miñan JM. Factores asociados a la satisfacción de los usuarios en servicios de salud. *Especialidades HAGP.* 2023;1:71–89, <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.8097554>.
30. Apaza A. Formas de obtención de una cita en atención primaria: una revisión de la literatura. *Rev Peru Cienc Salud.* 2023;5, <http://dx.doi.org/10.37711/rpcs.2023.5.2.416>.
31. De Dios del Valle R. Demand management in Primary Care: A challenge to be solved. *J Healthcare Quality Res.* 2023;38:131–2.
32. López-Pardo ME, Represas Carrera FJ, Bustelo Cerqueiras V, Rego Romero E, Pérez Dalí A, Rodríguez Abellón MJ, et al. Sistema inteligente para la gestión de la demanda en atención primaria. *J Healthcare Quality Res.* 2023;38:144–51.
33. Glasziou P, Straus S, Brownlee S, Trevena L, Dans L, Guyatt G, et al. Evidence for underuse of effective medical services around the world. *Lancet.* 2017;390:169–77.
34. Vilaseca JM, Howe A. La atención primaria del futuro: ¿qué puede aprender la atención primaria europea de las innovaciones y retos de la pandemia de COVID-19? *Aten Primaria Prac.* 2022:100163.
35. Mira JJ. La oportunidad de promover las prácticas de alto valor. *Med Clin (Barc).* 2021;157:480–2.
36. Nuño R, Fernández P, Mira JJ, Toro N, Contel JC, Guilabert M, et al. Desarrollo de IEMAC, un instrumento para la evaluación de modelos asistenciales ante la cronicidad. *Gac Sanit.* 2013;27:128–34.