



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

ANEXO

Experiencias de las Comunidades Autónomas

Aportaciones al informe sobre AP21

Tal como se indica en el cuerpo del informe sobre las Estrategias en Atención Primaria para el siglo XXI, se acordó poner en común experiencias desarrolladas por las comunidades autónomas, como forma de valorar la situación de algunas de dichas estrategias.

En el presente anexo se presentan las aportaciones recibidas, ordenadas en función del grupo estratégico en el que se enmarcan y, dentro de él, a la línea o líneas estratégicas concretas a las que hacen referencia de manera más concreta.

A modo de recordatorio, se exponen las líneas estratégicas objeto de análisis mediante el intercambio de experiencias:

A. ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS ORIENTADAS AL CIUDADANO

02 - Orientar la organización de servicios a la mejora de la accesibilidad.

06 - impulsar la participación de los ciudadanos en el sistema sanitario y en la atención primaria.

B. ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LA EFECTIVIDAD Y LA RESOLUCIÓN

20 - Estimular cambios en las organizaciones de atención primaria y atención especializada que favorezcan la continuidad asistencial.

21 - Potenciar la comunicación y coordinación entre atención primaria y atención especializada.

22 - Impulsar la gestión de los procesos asistenciales integrados entre atención primaria y atención especializada.

23 - Potenciar la coordinación de las actuaciones realizadas desde atención primaria y salud pública.

25 - Fomentar el desarrollo de actividades comunitarias desde atención primaria.

27 - Mejorar la coordinación sociosanitaria.

D. ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LA PARTICIPACIÓN Y EL DESARROLLO PROFESIONAL

28 - Favorecer la formación continuada y la actividad docente en los equipos de atención primaria.

30 – Aumentar la motivación de los profesionales y mejorar el clima laboral.

31 - Incentivar el trabajo de los EAP en comunidades con mayor riesgo social y sanitario.

32 - Promover la evaluación de las competencias profesionales y de la calidad de los centros.

E. ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LA EFICIENCIA, GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN

33 - Generalizar un modelo de calidad total que incida en todas las estructuras del sistema sanitario.

34 – Impulsar la planificación sanitaria basada en las necesidades en salud, con la participación de los profesionales sanitarios y los ciudadanos

35 - Impulsar los contratos / planes de gestión fundamentados en los planes de salud y en los objetivos de política sanitaria.

37 – Impulsar el liderazgo en la organización como una herramienta fundamental para una atención primaria de calidad

38 - Potenciar las estructuras de dirección de las áreas de salud

39 - Impulsar los órganos de gobierno en las áreas de salud con representación de los profesionales y ciudadanos

40 - Incrementar la descentralización de la gestión en los centros de salud para mejorar los resultados.

41 - Adaptar el modelo organizativo y funcional del equipo de atención primaria a las necesidades de salud de los ciudadanos y a la oferta de servicios, asegurando su gestión en el marco del sistema sanitario público

42 - Consolidar y fortalecer el trabajo en equipo en atención primaria.

43 - Impulsar el trabajo conjunto y el desarrollo profesional compartido entre médicos de familia, pediatras y enfermeras

44 - Impulsar los sistemas de información sanitaria.

Estrategia 02

Nombre	Atención a la salud en Zonas con Necesidades de Transformación Social (ZNTS)
Ámbito	Comunidad Autónoma de Andalucía. Atención Primaria de Salud.
Inicio	Año 2004
Síntesis	<p>Las Zonas con Necesidades de Transformación Social (ZNTS) son aquellos espacios claramente delimitados en cuya población concurren situaciones estructurales de pobreza grave y marginación social, y en los que sean significativamente apreciables problemas en las siguientes materias:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Vivienda, deterioro urbanístico y déficit de infraestructura, equipamiento y servicios públicos.▪ Elevados índices de absentismo y fracaso escolar.▪ Altas tasas de desempleo junto a graves carencias formativas profesionales.▪ Significativas deficiencias higiénico-sanitarias.▪ Fenómenos de desintegración social. <p>Existe una relación demostrada entre los factores que definen una ZNTS (vivienda, educación empleo, salud pública, inserción social...) y la salud de sus habitantes. Este hecho llevó a la Junta de Andalucía a plantearse un programa intersectorial de atención a esa población. La Consejería de Salud, a través del Servicio Andaluz de Salud, puso en marcha en 2004 un proyecto de atención a la salud en ZNTS que pretende, por una parte, sensibilizar a los profesionales sobre los cambios que se debe incorporar para mejorar la accesibilidad a los servicios sanitarios y los resultados en salud de poblaciones en desventaja social. Y, por otra parte, proporcionar, a dichos profesionales, mecanismos de discriminación positiva que faciliten su acceso a un nivel de excelencia profesional.</p>
Evaluación	Cada Centro de Atención primaria ubicado en ZNTS ha tenido que elaborar un Plan de Intervención basado en 6 líneas estratégicas, así como un Plan de evaluación para medir la implantación de esas líneas estratégicas y el cumplimiento de objetivos.
Resultados	<p>En los 121 Centros de Salud ubicados en ZNTS en Andalucía se ha elaborado un Plan de intervención y un Plan de Evaluación.</p> <p>Se han implementado 214 líneas de intervención y el cumplimiento de objetivos está por encima del 70%.</p>

Estrategia 02

Nombre Estrategia de normalización del diseño y la gestión de las agendas de los profesionales

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria.

Inicio Año 2011

Síntesis Las agendas de los profesionales sanitarios son un instrumento básico para racionalizar la actividad asistencial, gestionar la demanda y garantizar la accesibilidad de los usuarios a la Atención Primaria de Salud.

Existía una gran diversidad y heterogeneidad de agendas, que en muchos casos no presentaban un dimensionamiento adecuado a las necesidades de los usuarios: sectorización, número de huecos inferior a la presión asistencial y tiempo de dedicación inferior al estimado por la organización. Una agenda de calidad tiene como finalidad facilitar la accesibilidad al usuario y otorgar al profesional el control de su actividad

Durante el año 2009 y principios del año 2010 se elaboró un procedimiento de normalización del diseño y la gestión de las agendas de los profesionales que comprendía el establecimiento de criterios de calidad explícitos e indicadores de resultado para la evaluación continua en todos los Centros de Salud de la Comunidad de Madrid. Se procedió a su implantación durante el último trimestre del año 2010.

Evaluación Se realiza un seguimiento trimestral de los siguientes indicadores:

- Porcentaje de matrices con actos definidos según PNT.
- Porcentaje de agendas con situaciones definidos según PNT.

Resultados En la evaluación de los indicadores, correspondiente al año 2012 (Junio), se analizaron las agendas (matrices) de los 261 Centros de Salud y los 158 consultorios locales (datos de centros OMI-AP y AP-MADRID) obteniendo un cumplimiento medio en la Comunidad de Madrid del 98 % en la normalización de actos y un 99 % en la normalización de situaciones

Estrategia 02

Nombre Módulo de Cita Centralizada que soporta cita en AP y en AE

Ámbito Comunidad Autónoma de Andalucía. Todos los niveles asistenciales.

Inicio Progresiva desde 2003:

- Salud Responde: verano 2003.
- Cita Internet: Mayo 2006.
- Cita SMS: Octubre 2007

Síntesis Posibilidad de solicitar cita en horario 24 horas 365 días/año a través de tres sistemas alternativos a la solicitud en el centro:

- Cita telefónica: Call Center Salud Responde.
- Cita por Internet: InterS@S.
- Cita por SMS: teléfono móvil.

Evaluación

- Encuesta de satisfacción de usuarios.
- Registros de los sistemas

Resultados

- Aumento significativo de la satisfacción expresada por los usuarios.
- Aumento de la accesibilidad en citas: un 40% se solicitan en horario nocturno, después del cierre de los centros.
- Evolución temporal que recoge % citas por agenda, por tipo profesional y por sexo del paciente. Datos a mayo 2012,
 - Intersas 22,5%,
 - Salud Responde 21,9%,
 - SMS 0,0%,
 - Centro 55,6%

Estrategia 02

Nombre Personas cuidadoras de grandes discapacitados

Ámbito Comunidad Autónoma de Andalucía. Ámbito sanitario y personas cuidadoras

Inicio Decreto 137/ 2002 de apoyo a las familias andaluzas

Síntesis

- Realizar una valoración focalizada y establecer un plan de cuidados específico que den respuesta a las necesidades de cuidados de todas las personas cuidadoras captadas.
- Mejorar el acceso de las personas cuidadoras familiares a los profesionales del SSPA.
- Adecuar la cobertura horaria de la atención domiciliaria a las necesidades de estas personas.
- Asegurar un trato caracterizado por la empatía y comprensión por parte de los profesionales.
- Realizar talleres de apoyo que fomenten las relaciones sociales, proporcionen apoyo emocional, aporten estrategias para la optimización de recursos personales en el manejo de situaciones difíciles y refuercen conocimientos sobre la necesidad de autocuidados y atención a los pacientes.
- Proporcionar material de apoyo en el domicilio que facilite el cuidado y prevenga lesiones en la salud de las personas cuidadoras.
- Garantizar la atención en situaciones de duelo. Poner en valor y reforzar el empoderamiento de una tarea feminizada como es el cuidado a los dependientes.
- Promocionar estrategias de inclusión de otros miembros de la familia al cuidado de los dependientes como estrategias de descarga a la figura que ostenta principalmente la tarea del cuidado y fomentando los cimientos de una sociedad más igualitaria.
- Fomentar la corresponsabilidad de la tarea del entre hombres y mujeres.
- Establecer medidas de discriminación positiva para las personas cuidadoras de grandes discapacitados garantizando el acceso diferenciado a los profesionales y servicios del SSPA.
- Desarrollar medidas para fomentar la integración del colectivo de personas cuidadoras inmigrantes ofreciendo especial interés a la puesta en marcha de programas de formación e información sobre cuidados que requieren las personas dependientes.
- Fomentar vías de formación y de reinserción laboral aprovechando la experiencia y conocimientos adquiridos por las personas cuidadoras.

Evaluación TARJETA +CUIDADO

Dentro de las líneas de mejora establecidas para el año 2008 en el Plan de mejora de la atención a personas cuidadoras en Andalucía, se establece la necesidad de contar con una tarjeta que identifique a estas personas en los centros pertenecientes al SSPA.

Las personas cuidadoras son valoradas por la enfermera de familia o enfermera gestora de casos que propondrá su inclusión en el Plan de Mejora de la Atención a Cuidadoras.

Las propuestas son valoradas por la Comisión de Evaluación del Centro de Salud, y en caso de ser aprobadas se procede a su inclusión en la base de datos del Plan de Mejora de la Atención a Cuidadoras de Grandes Discapacitados.

La aplicación informática asigna un Nº de Identificación de la Cuidadora, y permite relacionar a la persona enferma con sus cuidadoras habituales. Una vez realizada el alta se emite la tarjeta +Cuidado que hace beneficiaria a la persona cuidadora de las medidas de discriminación positiva puestas en marcha dentro del Proyecto Alzheimer.

Las ventajas del Plan de Atención a Personas Cuidadoras se aplican a todas las personas cuidadoras habituales que tenga un paciente. Se entiende por persona cuidadora habitual aquella que asume la responsabilidad de la atención de forma permanente, y es/son el principal referente y apoyo de la persona que cuida y convive con ella o pasa más de 10 horas diarias en su domicilio.

A las personas cuidadoras de pacientes con gran discapacidad o demencia a los que se entregue la tarjeta +Cuidado se les informa de las medidas de discriminación positiva recogidas en el Plan de Atención a las Cuidadoras de Andalucía:

- Personalización de la atención: profesionales de referencia en Atención Primaria y en Atención Hospitalaria.
- Mejora de la atención en Atención Primaria, Urgencias y Hospital:
 - Material de apoyo a domicilio.
 - Mejora del acceso del paciente y personas cuidadoras al centro de salud
 - Atención a los requerimientos básicos del cuidador en las estancias hospitalarias.

Resultados En 2011 se encuentran identificadas 54.791 personas cuidadoras de grandes discapacitados, (aproximadamente 10.730 personas cuidadoras más que el año anterior), de las cuales más del 85,04% son mujeres.

De estas personas cuidadoras, 24.991 lo son de pacientes con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, lo que representa el 47,14 % del total de personas cuidadoras.

Datos a fecha de corte de 31 de diciembre 2011: 46649 personas cuidadoras son mujeres y 8142 son hombres.

Estrategia 02

Nombre Registro de solicitud de citas en agenda dinámica para determinadas prestaciones

Ámbito Comunidad Autónoma de Galicia. Todos los Centros de Salud (CS) de la Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña (XXIC)

Inicio Año 2008

Síntesis Para las programaciones de citas se utiliza el sistema de información hospitalaria (SIHGA) que permite gestionar actividades asistenciales programadas mediante agendas. La finalidad perseguida con la creación de estas agendas denominadas dinámicas, es asegurar una citación en tiempo y forma y, por tanto, garantizar un manejo equitativo y eficiente de los pacientes en espera.

Definición

Son agendas dinámicas del Servicio Galego de Saúde aquellas en las que el registro de la solicitud y el establecimiento de la fecha de la cita se realizan en dos tiempos diferentes, y son gestionadas mediante un procedimiento informático específico del SIHGA.

En el momento de mecanizar la solicitud en una agenda dinámica, se le entregará al paciente un justificante normalizado, generado por el sistema informático, que deberá contener, por lo menos, la siguiente información:

- Datos de la inclusión: fecha, hora, nombre del centro y del servicio, nombre y localización de la consulta, sala o proba, y tipo de consulta o prueba diagnóstica o terapéutica.
- Número de teléfono u otras formas de contacto con el centro.
- Información sobre sus derechos y deberes mientras permanezcan en la lista de espera

Evaluación La Subdirección Xeral de Información e Servizos Tecnolóxicos habilita el registro en el Sistema de Información Hospitalario (SIHGA) de las siguientes variables:

- Fecha de prescripción: es la fecha en la que el facultativo solicitante indica la realización de la prestación
- Fecha idónea: es la fecha para la que el facultativo solicita la realización de la prestación.
- Fecha de mecanización de la prescripción: es la fecha en la que la petición es registrada en el sistema
- Fecha de revisión de la prescripción: es la fecha en la que el servicio que realiza la prestación revisa la petición para ajustar la prioridad y la fecha idónea indicada
- Fecha idónea revisada: es la fecha indicada por el servicioo destinatario como plazo máximo de realización del procedimiento.

Estas variables permitirán la evaluación del funcionamiento de las agendas dinámicas a través de los siguientes indicadores:

- a) Indicadores de funcionamiento:
- Demora en la mecanización de las peticiones (diferencia entre la fecha de prescripción y la fecha de mecanización).
 - Demora en la revisión de las peticiones por parte del facultativo especialista (diferencia entre la fecha de revisión y la fecha de mecanización).
 - Demora en la citación de pacientes que estuvieron registrados en la agenda dinámica especialista (diferencia entre la fecha de citación e la fecha de mecanización).

b) Indicadores de espera asistencial:

Los indicadores para evaluar la espera de los pacientes que están registrados en las agendas dinámicas serán los mismos que aquellos definidos para la evaluación de las agendas programadas.

- Tiempo medio de espera actual y máxima, a una fecha concreta, de los pacientes sin cita registrado en la agenda dinámica (diferencia entre la fecha del estudio y la fecha idónea).
- Demora media y máxima de los pacientes que estuvieron registrados en una agenda dinámica y fueron citados (diferencia entre la fecha de citación y la fecha idónea).

Resultados Además de la mejora en la gestión de la demora, este tipo de registro se ha introducido a partir de 2010 para la citación en Vías clínicas Rápidas de atención a patologías graves y prevalentes desarrolladas en el Área:

- Vía Rápida de cáncer colorrectal
- Vía Rápida de cáncer de pulmón
- Vía Rápida de cáncer de próstata
- Vía Rápida de cáncer de mama

Estrategia 02

Nombre Servicio "Salud Informa"

Ámbito Comunidad Autónoma de Aragón. Todos los niveles asistenciales.

Inicio En mayo de 2009 se inicia en Aragón el sistema de citación mediante teléfono único y a través de la Web. A lo largo del año 2009 se extiende a todos los sectores sanitarios de Aragón.

Síntesis El Servicio Salud Informa se configura desde su inicio con el concepto de ventanilla única que facilite a los usuarios el acceso a los Servicios de Salud de Aragón, ofertando los siguientes servicios:

- Citación centralizada con los profesionales sanitarios.
- Información multicanal de temas de salud para el ciudadano.
- Información y gestión no presencial de trámites administrativos del usuario.
- Información relativa a que se determinen.

Hay dos formas de contacto:

* **Teléfono 902 555 321:** permite al ciudadano solicitar una cita de demanda con su médico, pediatra o enfermera en el Centro de Salud que le corresponde. Adicionalmente, también puede anular o modificar alguna de las citas que ya tenga con anterioridad.

En algunos sectores que han avanzado en la preparación de agendas permite la citación para atención buco dental y matronas o citación de los Puntos de Atención continuada. Además este número permite a los profesionales el contacto para traducción telefónica a más de cincuenta idiomas.

Telefónicamente este servicio permite consultar con los operadores diversos temas como: dudas sobre la gestión del documento de Voluntades anticipadas; aseguramiento y Tarjeta sanitaria; circuito de quejas, reclamaciones y felicitaciones; localización y horario de centros sanitarios, espacialmente de los centros de atención primaria; estructura y funcionamiento de centros sanitarios y cartera de servicios de los mismos (disponible para atención primaria y especialidades presentes en los diferentes centros de atención especializada), así como la relativa a las funciones y estructura del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia; información sobre programas específicos como parto normal, vacunación antigripal, programa de salud bucodental... En general el ámbito de información de los operadores coincide con la información incluida en la Web Salud Informa.

En el año 2010, año de inicio de la Pandemia de gripe A, Salud Informa participó activamente en el programa de atención a pacientes sospechosos de padecerla, siendo los responsables de la primera fase de detección telefónica, con ayuda de un aplicativo creado para este fin.

* **Web: [www:Saludinforma.es](http://www.Saludinforma.es):** es el portal que soporta la información procedente de los distintos organismos del Departamento. La información está clasificada en ocho apartados principales: Cita previa, Centros de asistencia, Servicios y prestaciones, Temas de salud, Datos sanitarios, Trámites y gestiones, Participación y Otros.

Así mismo se pueden realizar on-line las siguientes gestiones: cita previa de demanda y anulación de médicos de familia, pediatra y enfermera; anulación de citas programadas de medicina y enfermería; anulación de citas de matronas, fisioterapeutas, trabajador social, odontología; solicitud del carné de Donante de órganos; citación para información y/ o entrega del documento de voluntades anticipadas; envío de sugerencias; localizador de

centro de salud; así mismo facilita el acceso a las personas sordas a un servicio de video interpretación en lengua de signos española. Próximamente permitirá la realización de gestiones sobre tarjeta sanitaria.

El servicio también realiza otras actividades como la generación de citas a pacientes seleccionados en distintas actividades preventivas (control de retinopatía diabética y vacunación antigripal) con remisión de la cita vía postal al usuario.

Evaluación Para la evaluación de la prestación de este servicio se monitorizan indicadores de utilización del servicio e indicadores de calidad de la prestación.

- Indicadores de utilización:
 - Numero de citas telefónicas y online acordadas (por tipo de profesional, por centro de atención primaria, sector etc.), porcentaje de citación total.
 - Descripción de la utilización (Horario, día de la semana...).
- Indicadores de calidad del servicio:
 - Tiempos de respuesta.
 - encuestas de satisfacción a usuarios.

Resultados A lo largo del año 2011 Salud Informa ha proporcionado 1.296.013 citas de las que 414.219 se han realizado por Internet. En el año 2012 la citación por Internet alcanza el 50 % de la citación realizada por el servicio.

En el ultimo trimestre del año el 10,55 % de las citas (34.589) se han realizado en sábado y domingo, y el 18,96 % (62.136) entre las 6 de la tarde y las 7 de la mañana.

Respecto a la Web Salud Informa las paginas de este sitio se han visitado a lo largo de 2011 2.263.318 veces.

Según los datos de la Encuesta de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Salud de Aragón de 2010, más del 85% de los encuestados que utilizaron los servicios de atención primaria, están satisfechos con la facilidad para conseguir cita (el 89%) y con la posibilidad de elegir día y hora de la cita (el 88%).

En el último informe del Barómetro sanitario, correspondiente al año 2010, la facilidad para conseguir cita para servicios de atención primaria, obtiene una nota superior en Aragón - 7,5 sobre 10 - que en el conjunto del país, donde la facilidad para conseguir cita se puntúa con 6,9 puntos sobre 10.

Consideramos que el servicio Salud Informa mejora la accesibilidad de los usuarios a los centros sanitarios, ya que facilita la citación y la obtención de información referente a Servicio de salud de Aragon, tanto en fin de semana como en horarios de tarde y noche, momentos en los que no están disponibles los Servicios de atención al usuario

Estrategia 02

Nombre Sistema de citación por reconocimiento de voz (IVR)

Ámbito Comunidad Autónoma de Galicia. Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña (XXIC)

Inicio 30 de marzo de 2011.- Fin 16 de noviembre de 2011

Síntesis El sistema de citación por reconocimiento de voz (IVR) se incluye dentro de las iniciativas relacionadas con las nuevas tecnologías de la información (TIC) que permiten mejorar la calidad asistencial, tanto desde la perspectiva del personal –por medio de herramientas que optimizan su actividad- como desde la del usuario, acercando la asistencia y facilitando vías para interactuar con sus Centros de Salud (CS) respectivos.

Se inició el pilotaje de implantación del IVR de la Comunidad Autónoma en tres centros del Área Sanitaria de A Coruña y en otros del Área Sanitaria de Ferrol.

En A Coruña Se comenzó en el CS Os Mallos el 31 de marzo de 2011, primero en horario de 18:00 hasta 08:00 h del día siguiente. Posteriormente se amplió el horario de 11:00 a 20:00 h. En mayo de 2011, se extendió a todo el día.

A continuación el 1 de junio de 2011, se amplió el pilotaje a los CS O Ventorrillo y CS Federico Tapia. Tras el pilotaje se extendió al resto del Área Sanitaria desde el 26 de octubre hasta el 16 de noviembre, faltando únicamente la implantación en el CS Sada, en el que se está gestionando la titularidad de las líneas telefónicas y su integración en la red del Servicio Galego de Saúde.

Este sistema permite solicitar cita para el médico de familia y/o pediatra, los 365 días del año, las 24 horas del día, al tiempo que permite reducir el número de personas que deben ser atendidas personalmente por operadores, contribuyendo así a la mejora de la eficiencia del servicio de cita previa.

Desde el momento inicial, además de las reuniones informativas con los profesionales de los Servicios, se facilitó información verbal y carteles informativos a los pacientes que acudían a los CS. También se transmitió información específica a la población que la solicitó directamente a la Xerencia.

El **18 de junio de 2012** comenzó el proceso de implantación de la nueva versión de IVR, con la que se persigue alcanzar objetivos solicitados por los usuarios desde el inicio del proyecto: extender la citación de cita previa en los CS a Enfermería, Odontología, Matronas y Trabajadores sociales, así como permitir la citación para el programa del niño sano de los Pediatras.

Se habilita también la posibilidad de que los pacientes soliciten retrasar o anular sus citas hospitalarias y la posibilidad de solicitar consulta telefónica con personal sanitario.

Previamente a esta implementación se realizó un gran esfuerzo por parte de todos los agentes implicados para adecuar las agendas y las derivaciones a los requerimientos necesarios para la citación automatizada de forma idónea

El **11 de julio de 2012** se pone en marcha en la XXIC la nueva versión de citación del IVR que permitirá la citación de los siguientes actos en las agendas de los profesionales:

Acto	Categoría	Tipo Cita	Descripción CS
MFADM	MEDICINA DE FAMILIA	RECETA	RECETA
MFDEM	MEDICINA DE FAMILIA	CONSULTA	CONSULTA
PADM	PEDIATRÍA	RECETA	RECETA
PDEM	PEDIATRÍA	CONSULTA	CONSULTA
PPNS	PEDIATRÍA	CONSULTA	PROGRAMA NENO SAN
EDEM	ENFERMERÍA	CONSULTA	CONSULTA
EEETR	ENFERMERÍA	ANÁLISIS	EXTRACCIONES
EPPNS	ENFERMERÍA	CONSULTA	PROGRAMA NENO SAN
EGRI	ENFERMERÍA	VACINA GRIPE	VACINA GRIPE
EVAC	ENFERMERÍA	VACINA	VACINAS VARIAS
MADEM	MATRONA	CONSULTA	CONSULTA
MAPRI	MATRONA	CONSULTA	PRIMEIRA CONSULTA EMBARAZO
ODEM	ODONTOLOGÍA	CONSULTA	CONSULTA
OPREMB	ODONTOLOGÍA	CONSULTA	PRIMEIRA CONSULTA EMBARAZO
OPRN	ODONTOLOGÍA	CONSULTA	PRIMEIRA CONSULTA NENO
TSDEM	TRABALLO SOCIAL	CONSULTA	CONSULTA

Dentro de las nuevas citas hay que resaltar la cita para laboratorio, ya que previamente sólo se podía solicitar en el centro de salud. Conlleva una mejora en la accesibilidad a dicha citación, eliminando dobles visitas a centros sanitarios en muchas ocasiones para dicha citación.

Evaluación Se realizó desde el inicio con un cuadro de mandos de seguimiento y la elaboración de informes semanales remitidos por el Servicio de Soporte e Implantación de la Subdirección Xeral de Sistemas e Tecnoloxías da Informaciónn dependiente de la Consellería de Sanidade.

Resultados Centros involucrados en el proyecto: 71 CS y consultorios organizados en 28 Servicios de Atención Primaria (SAP).

Todos los CS se integraron en la primera versión del IVR el 16 de noviembre de 2011, excepto 4 que se integrarán en fechas próximas.

El 11 de julio de 2012 a las 21:00 todos los CS integrados en la nueva versión de IVR

Desde octubre 2011 hasta noviembre 2012 inclusive: 138.487 citas IVR (un 3% del total de citas solicitadas)

Estrategia 02

Nombre Sistemas alternativos de citas

Ámbito Comunidad de Madrid.

Inicio Año 2008

Síntesis Con el fin de facilitar la accesibilidad de los ciudadanos, están implantados en la Comunidad de Madrid los siguientes sistemas alternativos de citas:

- **Cita on line.** Actualmente 261 Centros de Salud y 158 Consultorios locales disponen de Cita on line, lo que supone que alcanzan al 100% de la población total de la Comunidad de Madrid. Fecha de inicio: 2008
- **IVR (Reconocimiento de Voz).** Actualmente 268 centros de Atención Primaria disponen de IVR, lo que supone que alcanzan al 96,5 % de la población total de la Comunidad de Madrid. Fecha de inicio:2008
- **Quioscos de citación.** Se han instalado desde el mes de junio de 2011 un total de 80 quioscos de citación en Centros de Salud de la Comunidad de Madrid. Fecha de inicio: 8/6/2011
- **Centro de Atención Personalizada.** Centro de Gestión de citas de Atención Primaria (atendiendo llamadas no resueltas por IVR y que no son atendidas en el Centro de Salud (atenciones por desbordamiento). Fecha de inicio: 04/2010

Evaluación Medición mensual del número de citas que se gestionan a través de cada uno de ellos

Resultados

- Cita on line. Total de 4.205.304 citas. Datos disponibles a 24 Julio de 2012:
- IVR. Total de 8.278.484 citas. Datos disponibles a 24 Julio de 2012:
- Quioscos de citación. Total de 89.915 citas.
- Centro de Atención Personalizada. Total de 1.687.440 citas.

Estrategias 02 y 06

Nombre Aplicación informática de gestión de reclamaciones. Formulario vía Web.

Ámbito Comunidad de Madrid. Todos los ámbitos asistenciales.

Inicio Año 2011

Síntesis El servicio Web de reclamaciones, sugerencias y agradecimientos, como herramienta que facilita a los pacientes y/o cuidadores, dirigir a los centros sanitarios del Sistema Sanitario Público Madrileño su opinión en relación con la atención recibida

La Dirección General de Atención al Paciente administra, de manera centralizada, la gestión de las reclamaciones presentadas en el ámbito sanitario público de la Comunidad de Madrid, a través de una aplicación informática (Cestrack), que no solo actúa como gestor de expedientes, sino que integra un cuadro de mando donde se recoge toda la información más relevante, respecto de las actividades que cada Servicio y Unidad de Información y Atención al Paciente de los centros asistenciales realizan en relación con cada una de las reclamaciones recibidas, y además permite el posterior análisis de resultados. El acceso a la aplicación informática por parte de los Servicios y Unidades de Información y Atención al Paciente, se efectúa de manera escalonada de acuerdo con su nivel de competencia.

Como innovación, en 2011 se ha dotado a los centros de salud de atención primaria de los recursos necesarios para descentralizar la gestión de las reclamaciones, adaptando el sistema a la organización actual de Área Única, modificando los circuitos y la aplicación informática para hacer posible una gestión de las reclamaciones reduciendo el consumo de papel y el uso del correo convencional, manteniendo el mayor nivel de seguridad en la información.

También se ha puesto a disposición de los ciudadanos un formulario de reclamaciones en la página Web "Portal de Salud", de manera que los interesados puedan formular la reclamación sin necesidad de desplazarse. Mediante este sistema la reclamación se registra automáticamente en la aplicación informática y se recibe directamente en la unidad responsable de su gestión.

Evaluación Indicadores:

- Número de Reclamaciones, Sugerencias y Agradecimientos revisadas y clasificadas del total de Reclamaciones, Sugerencias y Agradecimientos presentadas: 100%

Resultados Número total de reclamaciones en el Servicio Madrileño de Salud en 2011: 62.022

- Atención Primaria: 17.027 (27%)
- Atención Especializada: 41.081 (66%)
- Summa 112: 2.941 (5%)
- Resto: 976 (2%)

Porcentaje de reclamaciones que llegan en formato electrónico: 7,99%

En Atención Primaria el número de reclamaciones referidas a la actividad en consultas de Pediatría, Medicina de Familia y Enfermería, han sido de 3.44 reclamaciones por cada 10.000 consultas

Estrategias 02 y 06

Nombre Estrategia de autocuidados en prevención vascular

Ámbito Comunidad Foral de Navarra. Atención Primaria (EAP que se incorporan al Plan de mejora)

Inicio Las fechas de inicio han sido:

- Equipos piloto (5 centros): noviembre 2008
- Equipos primera extensión (4 centros): noviembre 2009
- Equipos segunda extensión (3 centros) : marzo 2010
- Equipos tercera extensión (5 centros): marzo 2011
- Equipos cuarta extensión (8 centros): marzo 2012

Síntesis Esta estrategia se integra en la Fase II del Plan de mejora y han trabajado conjuntamente la Dirección de Atención Primaria con la Sección de Promoción del Instituto de Salud Pública.

El **objetivo** es definir el seguimiento a las personas susceptibles de prevención vascular según un plan de cuidados individualizado por parte de los profesionales de medicina y enfermería.

Criterios de inclusión: personas susceptibles de prevención primaria, secundaria (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, arteriopatía periférica) y/o diabetes mellitus.

La puerta de entrada al programa es la consulta de Atención Primaria o el ingreso en un hospital tras sufrir un evento vascular.

Se desarrolla una intervención educativa individual o grupal para la capacitación del paciente en los conocimientos y habilidades necesarias para su autocuidado y autocontrol con tres pilares:

- Información a la persona.
- Intervención educativa individual y/o grupal para el autocuidado y el autocontrol.
- Plan personal de autocuidados individual.

Esta intervención se desarrolla con la siguiente secuencia:

0. Intervención individual y consulta grupal al paciente y familiares en el Área del corazón del Complejo Hospitalario de Navarra. Para las personas que han sido ingresadas por un evento cardiovascular.

- Información del episodio y motivación para el autocuidado.
- Se le indica que el seguimiento se realizará en AP.

1. Consulta médica inicial en Atención primaria.

- Información y motivación autocuidado.
- Derivación a la consulta de enfermería.

2. Consulta inicial de enfermería.

- Se valora el afrontamiento y la adaptación a sus factores de riesgo vascular, enfermedad vascular u otra enfermedad crónica, así como el manejo de su régimen terapéutico.
- A continuación, al paciente se le ofrece una intervención educativa (educación individual o grupal), en la modalidad de autoformación (consulta individual y grupal).

3. Consultas de seguimiento de medicina y enfermería.

- Tras la formación, se pacta un plan de cuidados individual y el autocontrol de

- determinados parámetros con un plan individualizado de seguimiento.
- Se le oferta también los recursos e iniciativas comunitarias de su ZBS, en colaboración con el profesional de trabajo social.
- Consultas de medicina y enfermería según Plan individualizado de seguimiento.

Herramientas de apoyo a la implantación.

1. Materiales:

- Tríptico de enfermedad vascular
- Manual de autocuidados
- Hojas de registro del Plan de autocuidados e información para el paciente

2. Formación

- Formación de formadores en autocuidados en las enfermedades vasculares: educación y promoción de la salud. 45 horas. Se realizó esta formación por parte de las profesionales del ISP y de AP conectoras de la metodología de enfermería con el objetivo de formar un grupo docente de profesionales de enfermería y trabajo social.
- Sesión de presentación a todos los profesionales del equipo sanitarios y no sanitarios de 2 horas de duración.
- Formación presencial de 19,5 horas a las profesionales de enfermería y de 13 horas para las profesionales de trabajo social. El objetivo es desarrollar capacidades para el trabajo educativo individual y grupal y la puesta en marcha de otras actividades de promoción de salud encaminadas a fomentar la autonomía del paciente y su autocuidado en prevención vascular. Tiene contenidos de educación individual, educación grupal e intervenciones comunitarias y planes de cuidados de enfermería.
- Taller específico de intervenciones de 6 horas de duración.

La formación ha dado inicio al programa en cada centro.

3. Se ha diseñado un protocolo informatizado “AUTOCUIDADOS, PREVENCIÓN VASCULAR” que contiene las siguientes pestañas:

- Valoración del riesgo vascular: prevención primaria y secundaria
- Diabetes mellitas
- Afrontamiento de la enfermedad/Actividad física/Alimentación
- Estrés/Tabaco
- Manejo. Programa de autocuidados

Evaluación

- Nº EAP que han implantado el programa de autocuidados en prevención vascular: 25
- Nº de enfermeras que han recibido formación acreditada: 269

Se ha realizado la evaluación dentro del Pacto de Gestión a los EAP que al menos llevaban un año (12 centros) con la estrategia de autocuidados crónicos implantado. Los indicadores son:

- Porcentaje de pacientes con enfermedad vascular vistos en el último año que se han incluido en el Programa de Autocuidados.
- Porcentaje de pacientes con nuevo episodio enfermedad vascular en el último año, incluidos en Programa de autocuidados.
- Porcentaje de pacientes con enfermedad vascular incluidos en el Programa de Autocuidados que han recibido educación en Autocuidados.
- Porcentaje de pacientes con enfermedad vascular incluidos en el Programa de Autocuidados que tienen un Plan de Cuidados Enfermero.
- Porcentaje de pacientes con enfermedad vascular incluidos en el Programa de Autocuidados que han asumido Técnicas de Autocontrol (TA, Glucemia, otros).

Aclaración:

Población diana: Pacientes en prevención vascular con al menos 1 visita en consulta de enfermería desde la implantación del programa.

Población en programa de autocuidados: Paciente que se encuentra en cualquiera de las tres fases de la secuencia asistencial: educación (en cualquiera de las tres modalidades), apertura de una Plan personal de autocuidados (con objetivos pactados) y/o asume su autocontrol.

- N° de Talleres de formación organizados/N° de profesionales de Enfermería. Aquí se tienen en cuenta también otros talleres relacionados con otros procesos: Taller espalda, ansiedad...
- N° de intervenciones comunitarias relacionadas con el programa de vascular realizadas

Resultados Se ha realizado la evaluación dentro del Pacto de Gestión a los EAP que al menos llevaban un año (12 centros) con el Plan de mejora implantado. Los resultados para el año 2011 son:

Extensión Plan mejora	Fecha formación e inicio PA	Zonas Básicas	Pacientes con EV vistos en 2011 incluidos en PA	Pacientes con EV incidente en 2001 incluidos en PA	Pacientes con EV que han recibido educación	Pacientes con EV Con un PCE	Pacientes con EV que asumen TA	N° de talleres de EPS grupal organizados / N° enfermeras	N° IC relacionadas con el programa de vascular realizadas
Fase Piloto	Nov 2008	1	73 %	96 %	54 %	47 %	64 %	1,71	0
		2	28 %	78 %	24 %	17 %	15 %	3,43	2
		3	29 %	98 %	23 %	43 %	21 %	2,34	1
		4	34 %	100 %	31 %	30 %	23 %	1,53	0
		5	64 %	98 %	60 %	38 %	46 %	1,49	0
1ª extensión	Nov 2009	6	17 %	98 %	12 %	29 %	14 %	1,63	3
		7	39 %	88 %	33 %	35 %	28 %	1,15	0
		8	11 %	88 %	6 %	14 %	9 %	1,11	2
		9	28 %	77 %	16 %	26 %	17 %	0,74	0
2ª extensión	Marzo 2010	10	31 %	93 %	23 %	27 %	23 %	1,89	0
		11	18 %	100 %	16 %	8 %	8 %	2,13	0
		12	10 %	97 %	16 %	7 %	7 %	0,07	1

EV: Enfermedad vascular

PA: Programa de Autocuidados

PCE: Plan de cuidados de enfermería

TA: Técnicas de Autocontrol (TA, glucemia, otros)

IC: Intervenciones comunitarias

Estrategias 02 y 06

Nombre Estrategia de autocuidados en procesos agudos autolimitados

Ámbito Comunidad Foral de Navarra. Atención Primaria (EAP que se incorporan al Plan de mejora)

Inicio Esta estrategia forma parte de Fase I del Plan de mejora. Se va extendiendo a las Zonas Básicas de Salud en la medida que se implanta el Plan de mejora.

Las fechas de formación han sido:

- Equipos piloto (5 centros): febrero 2009
- Equipos primera extensión (4 centros) : octubre 2009
- Equipos segunda extensión (4 centros) : marzo 2010
- Equipos tercera extensión (4 centros) : diciembre 2010
- Equipos cuarta extensión (8 centros) : noviembre 2011
- Equipos quinta extensión (12 centros): septiembre 2012

Síntesis Se ha definido y desarrollado una intervención educativa dirigida a los pacientes que consultan por un proceso agudo de resolución espontánea, favoreciendo su capacitación o la de su familia para obtener y recuperar el mayor nivel de autocuidado y reconocer signos y síntomas de alarma.

Los criterios de inclusión son las personas de 7 a 70 años que consultan en su Zona Básica de Salud por una enfermedad aguda de resolución espontánea (≤ 48 horas de evolución en procesos respiratorios y ≤ 72 horas en procesos digestivos, urinarios, bucodentales y piel), citados desde Admisión a consulta de enfermería o a consulta de medicina/pediatría en caso de no conocer el procedimiento establecido.

A las personas con una enfermedad aguda de resolución espontánea de ($\leq 48-72$ horas de evolución (dependiendo del proceso) se les ofrece:

Se realizan las siguientes actividades:

1. Atención de la demanda en Admisión: se formularán preguntas acerca de las necesidades de la persona que demanda, y en función de su respuesta, se remitirá o no, a consulta de enfermería.
2. Consulta de enfermería:
 - Valoración clínica descartando la presencia de signos y síntomas de alarma.
 - Valoración del conocimiento del paciente y de su capacidad de afrontamiento en este tipo de procesos: capacitación para asumir los cuidados básicos en el manejo de su enfermedad reconociendo los signos y síntomas de alarma, discerniendo cuándo y a qué servicio acudir.
 - Entrega de información escrita acerca del proceso.
3. Si la persona entra en el proceso a consulta de medicina/pediatría:
 - Valoración clínica descartando la presencia de signos y síntomas de alarma.
 - Valoración del conocimiento del paciente y de su capacidad de afrontamiento en este tipo de procesos: capacitación para asumir los cuidados básicos en el manejo de su enfermedad reconociendo los signos y síntomas de alarma, discerniendo cuándo y a qué servicio acudir.
 - Entrega de información escrita acerca del proceso.
 - Derivación al paciente a la consulta de enfermería si ha tenido varios episodios o consulta frecuentemente por este tipo de procesos

Herramientas de apoyo a la implantación:

1. Formación

- Sesión de presentación a todos los profesionales del equipo sanitarios y no sanitarios de 2 horas de duración.
- Formación presencial de 7 horas a las profesionales de enfermería

2. Se ha diseñado un protocolo informatizado AUTOCUIDADOS, PROCESOS AGUDOS que contiene las siguientes pestañas:

- Valoración general.
- Digestivo
- Respiratorio
- Urinario
- Boca, garganta, oídos, piel
- Intervención, que contiene:
 - Intervenciones de enfermería en relación con procesos de cuidados.
 - Tratamiento prescrito
 - Necesidad de Incapacidad temporal
 - Entrega escrita de guías y consejos, asegurando que ha comprendido los síntomas/signos de alarma. Adía de hoy, están las guías de
 - Propuesta tras valoración de alta, interconsulta/derivación a medicina, interconsulta a enfermería.
 - Propuesta de seguimiento.

Evaluación Se ha realizado la evaluación dentro del Pacto de Gestión a los EAP que al menos llevaban un año con el Plan de mejora implantado. El indicador es:

- Porcentaje de episodios creados por enfermera sobre el total de episodios creados por el equipo de Procesos Agudos predefinidos.

Resultados

Episodios creados por enfermería sobre total de episodios creados por el equipo de procesos agudos predefinidos en 2001			
Extensión. Plan de mejora	Fecha formación	Zona Básica	Porcentaje
Fase piloto	Febrero 2009	1	25%
		2	7%
		3	21%
		4	11%
		5	23%
1ª extensión	Octubre 2009	6	7%
		7	7%
		8	13%
		9	8%
2ª extensión	Marzo 2012	10	8%
		11	9%
		12	6%
3ª extensión	Diciembre 2012	13	8%
		14	8%
		15	19%
		16	8%
		17	8%

Estrategias 02, 06 y 33

Nombre Gestión de reclamaciones en Atención Primaria

Ámbito Comunidad Autónoma de Galicia. Atención Primaria.
Todos los centros y la Gerencia de AP de Lugo

Inicio Año 2007

Síntesis Las reclamaciones llegan a la gerencia por 3 vías:

1. El usuario reclama directamente en las dependencias de la gerencia.
2. El usuario reclama en las unidades de AP y estas derivan la queja.
3. El usuario reclama mediante el programa "queres".

- En el tercer caso, la reclamación llega a Santiago. Desde Santiago envían la reclamación a la Dirección Asistencial de AP.
- En el segundo caso, el jefe de servicio o unidad envía la reclamación a la gerencia de AP.
- En el primer caso, la reclamación ya figura desde el inicio en la gerencia de AP.

Una vez las reclamaciones en la gerencia de AP, se les da registro de entrada y se derivan a la persona encargada de su gestión.

El encargado recaba los informes complementarios que necesite del reclamante y reclamado (en algunos casos no es necesario) y elabora la contestación. Esta última se firma, se da registro de salida y se envía al reclamante.

Desde que se da registro de entrada la contestación demora como máximo 1 m

Evaluación Se evalúan anualmente diversos parámetros, entre ellos destacamos:

- Tiempo medio de respuesta desde el registro de entrada en la Gerencia de AP.
- Motivos de reclamación.
- Porcentaje de respuestas según grupos decenales.
- Centros con más reclamaciones en función de las tarjetas asignadas
- Profesionales más reclamados
- ...

Secundariamente se hacen catas en función de necesidades puntuales de información.

Resultados

- Media mensual de reclamaciones 46
- 47% se responden antes de 10 días, 27% entre 11 y 20 días y 23% entre 21 y 30, 0% después de 30 días.

Resumen de motivos de reclamaciones:

Accesibilidad	32,4	Trato incorrecto	7,2
Recursos humanos	27,4	Falta de material	3,2
Organización	10,1	Problemas estructurales	1,1
Disconformidad asistencial	9,3	Resto causas	9,3

Estrategias 02, 12 y 21

Nombre Seguimiento de pacientes con patología prostática en Atención Primaria

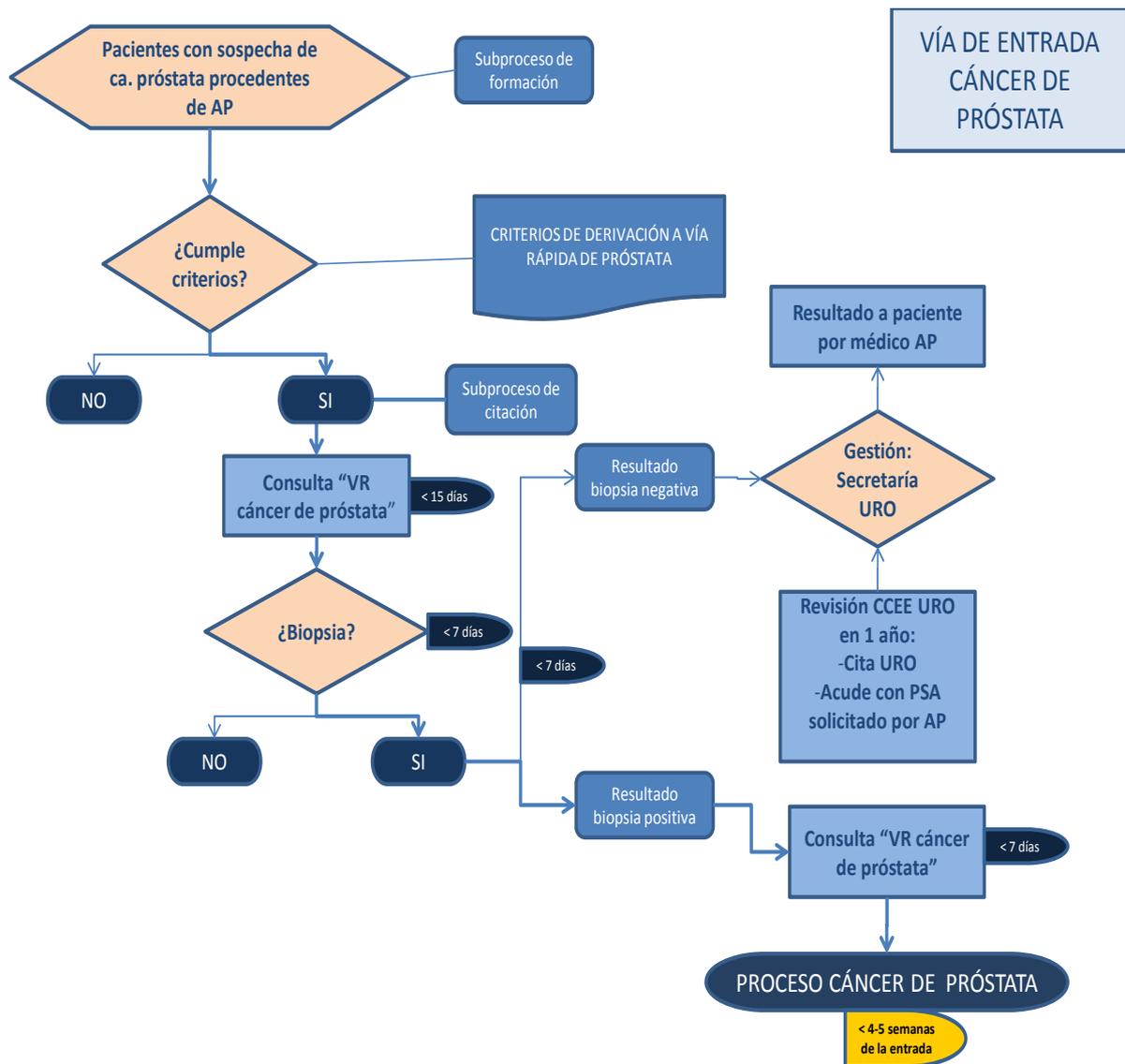
Ámbito Comunidad Autónoma de Galicia. Atención Primaria.
Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela

Inicio Año 2011

Síntesis En noviembre de 2011, se inició en esta Gerencia el pilotaje de la Vía Rápida de Cáncer de Próstata que, en la actualidad, se encuentra en la segunda fase de implantación.

Se contemplan como criterios de inclusión en la vía rápida: **pacientes menores de 70 años con Antígeno Prostático Específico (PSA total) > 4 ng/ml en dos analíticas separadas al menos 1 mes** con la excepción de que concurren alguno de los siguientes factores: eyaculación reciente (últimas 24 horas), infección urinaria, manipulación urológica y/o rectal previa, retención urinaria o litiasis renal.

El circuito establecido para este grupo de pacientes se resume en siguiente algoritmo:



Uno de los puntos clave recogidos en esta Vía Rápida, hace referencia a la gestión de la cita del paciente en función de los resultados obtenidos en la biopsia prostática y a la propia comunicación de estos resultados.

Con el objetivo de hacer extensivo este modelo de gestión al resto de pacientes que no cumplen criterios de entrada en la Vía Rápida del Cáncer de Próstata, se han realizado una serie de cambios organizativos en las consultas externas de Urología para facilitar la comunicación de los resultados negativos de todas las biopsias prostáticas, independientemente de la puerta de entrada.

Las ventajas de este proceso se describen tanto para el paciente como para los facultativos de ambos niveles asistenciales y para el propio sistema.

Para los pacientes mejora la accesibilidad y la atención integral de su proceso, favoreciendo una atención continua, cercana y ágil y evitando desplazamientos innecesarios al hospital.

Para los facultativos de los dos niveles asistenciales este proceso mejora los circuitos de información y de comunicación y favorece la continuidad asistencial, optimizándose las derivaciones en cuanto a la utilización de criterios consensuados y protocolizados.

Para el sistema supone una utilización más eficiente de los recursos, al disminuir las duplicidades de pruebas complementarias, y una reducción de las listas de espera al evitarse asistencias hospitalarias innecesarias que pueden resolverse en un ámbito más próximo.

Los detalles del proceso son:

- Con periodicidad al menos semanal, el Servicio de Anatomía Patológica remite un listado de los resultados de todas las biopsias prostáticas realizadas a la Secretaría del Servicio de Urología.
- Comunicación de los resultados de la biopsia y gestión de citas:
 - Resultados positivos o dudosos.- se le comunican al paciente desde el propio Servicio de Urología, a la vez que se le proporciona una cita a la mayor brevedad posible con el médico de Atención Hospitalaria.
 - Resultados negativos.- la Secretaría del Servicio de Urología remite correo electrónico explicativo a Atención Primaria (Médico de Familia del paciente y buzón del Área Administrativa del centro de salud) y gestiona la cita de revisión.
Tras la recepción del correo electrónico, el Área Administrativa del centro de salud, contacta por vía telefónica con el paciente y le asigna una cita a demanda con su Médico de Familia para la comunicación de los resultados.
Al facultativo de Atención Primaria le corresponde comunicar al paciente el resultado negativo de la biopsia y la fecha de la cita de revisión ordinaria en el Servicio de Urología, además de establecer el plan de tratamiento y seguimiento pertinentes

Evaluación Con el objetivo de evaluar este proceso, se han definido una serie de indicadores que permitirán evaluar el programa:

- Pacientes: % pacientes con biopsia prostática negativa informados en Atención Primaria respecto al total de pacientes con biopsia negativa.
- Demora: Tiempo medio y máximo de notificación de resultados en Atención Primaria

Resultados Pendiente de completar la evaluación anual

Estrategias 02, 13, 20 y 22

Nombre e-Consulta: Integración y continuidad asistencial

Ámbito Comunidad Autónoma de Galicia. Atención Primaria y Atención Hospitalaria.
Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela

Inicio Endocrino año 2010. Cardiología octubre de 2012

Síntesis En los últimos años, se han implantado de forma progresiva diferentes programas de Telemedicina con buenos resultados y cuyos objetivos principales son mejorar la efectividad de los procesos asistenciales y asegurar la integración y continuidad asistencial.

Como herramientas básicas para el desarrollo de este programa se han utilizado las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TICS), la Historia Clínica Electrónica (IANUS) y el Sistema de Gestión de citas en Atención Primaria (SIGAP).

A priori, las ventajas de la e-consulta se definen tanto para el paciente como para el personal facultativo de ambos niveles asistenciales. Para el paciente supone una mejora en la accesibilidad temporal y espacial así como de la comunicación e información recibidas. Además, es garantía de la continuidad asistencial de su proceso.

Respecto a los facultativos mejora la comunicación interniveles lo que incluye la optimización de las derivaciones en cuanto a la utilización de criterios consensuados y protocolizados. Además, se disminuye las repeticiones de las pruebas complementarias y la demora en la obtención de resultados.

Los procesos integrados de e-consultas se pueden resumir como se detalla a continuación:

1. El médico de Atención Primaria ante la sospecha o detección de un problema clínico (endocrino o cardíaco) con criterios de derivación a consultas externas de atención hospitalaria, cursa una consulta electrónica (e-consulta) a través del aplicativo informático IANUS en el módulo de teleconsulta del SIGAP. Además, a través de la propia e-Consulta, envía la información, pruebas complementarias y exámenes de los pacientes oportunos y pertinentes.
2. En el Área Administrativa del centro de salud, se registra en la agenda del especialista la cita (de e-Consulta) para el primer hueco disponible.
3. El médico del hospital puede visualizar tanto en su agenda de trabajo como en IANUS las e-consulta solicitadas, dándoles la respuesta electrónica correspondiente, en un plazo máximo de 7 días (a través del mismo aplicativo informático). Todas las respuestas incluyen un informe en el que constan sugerencias sobre la conducta a seguir en cuanto al tratamiento y el manejo del paciente (indicación o no de consulta presencial). En caso de que sea necesaria la derivación a Atención Hospitalaria, se indicará la prioridad de la derivación y la fecha concreta de la consulta.
4. En una segunda consulta con su médico de familia, el paciente es informado del resultado de la e-Consulta y, en caso de que estar indicada la derivación a Atención Hospitalaria, se le proporcionará la cita en el propio centro de salud con un tiempo de demora menor de 15 días para las consultas de carácter normal y menor de 7 días para las derivaciones preferentes.

En definitiva la e-consulta se perfila como un proceso altamente resolutivo y da protagonismo a conceptos como visibilidad, seguridad, ahorro de costes y tiempo. Permite trabajar bajo los mismos protocolos de actuación y priorizar la interconsulta sobre la derivación, mejorando la

continuidad de los procesos asistenciales.

Evaluación Se han definido una serie de indicadores que permitirán evaluar el programa:

- Patologías: % interconsultas en relación a las distintas patologías (endocrinas y cardíacas).
- Eficiencia: % derivaciones sobre el total de teleconsultas efectuadas.
- Demora: Tiempo medio y máximo de respuesta a la teleconsulta.

Resultados Resultados para cardiología: pendiente de evaluación (implantado en octubre del 2012)
Resultados para endocrino tras dos años de pilotaje en un centro de salud:

1. Patologías: % interconsultas en relación a las distintas patologías endocrinas

PATOLOGIA	% sobre total
DIABETES	40 %
OBESIDAD	10 %
PATOLOGIA ENDOCRINA POCO PREVALENTE	14 %
TRASTORNOS DEL METABOLISMO DE LOS LIPIDOS	4 %
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO	4 %
TRASTORNOS TIROIDEOS	24 %
NUTRICIÓN ENTERAL	1 %
HIPOGONADISMOS	1 %

2. Eficiencia: % derivaciones sobre el total de teleconsultas efectuadas.

E-ELECONSULTAS	DERIVACIONES
DERIVACIONES PRESENCIALES	24 (19%)
ATENCIÓNES NO PRESENCIALES	103 (81%)

3. Demora: Tiempo medio y máximo de respuesta a la teleconsulta

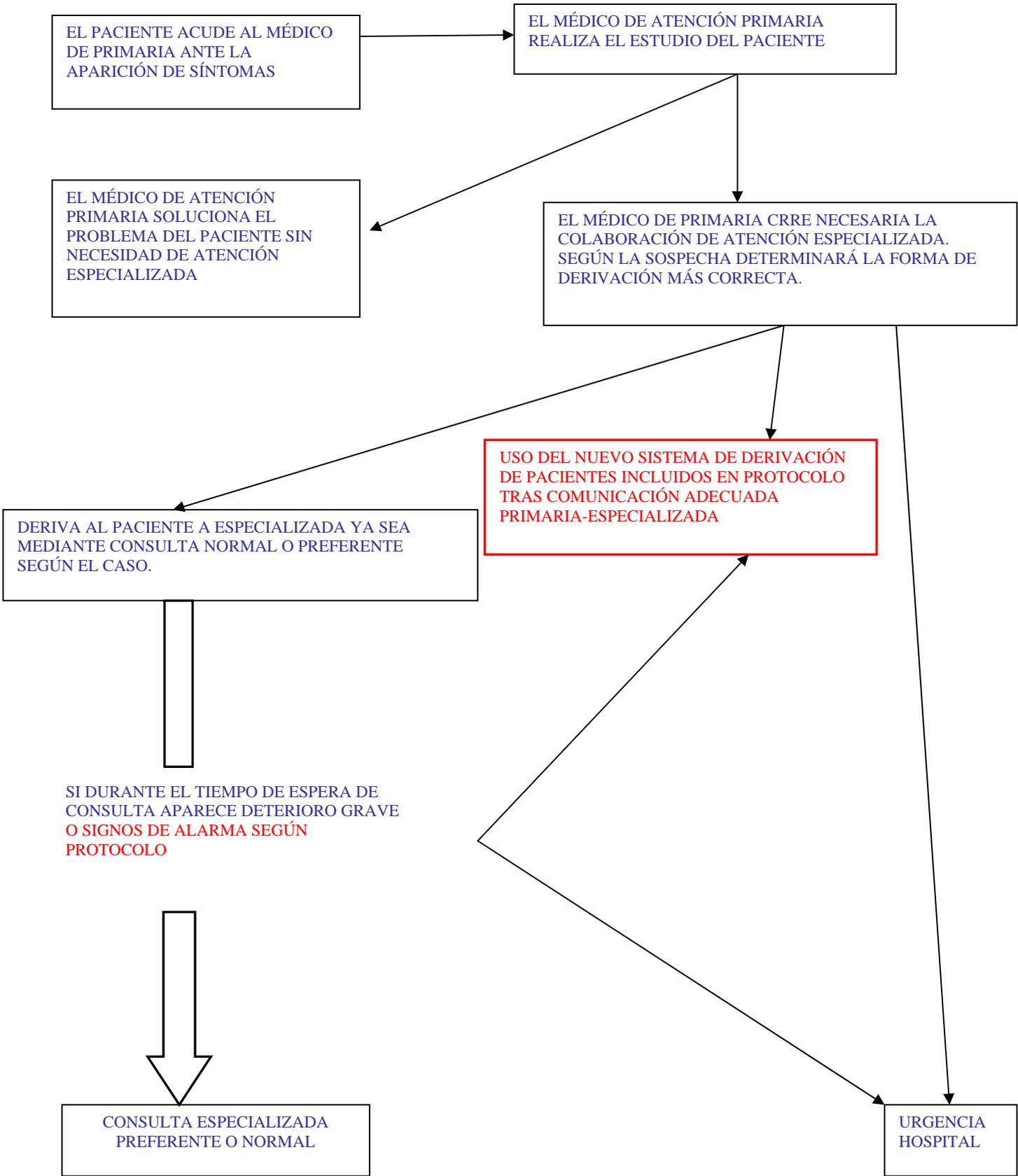
DEMORAMEDIA	
TIEMPO MEDIO DE RESPUESTA	3 DÍAS

DEMORA MÁXIMA	
TIEMPO MÁXIMO DE RESPUESTA	7 DÍAS

Estrategias 02, 21 y 22

Nombre	Protocolo de derivación especial desde AP a consulta Especializada Hospitalaria
Ámbito	Comunidad Autónoma de Galicia. Atención Primaria. Área de Lugo
Inicio	Año 2008. Actualizado en 2012
Síntesis	<p>El objetivo principal del protocolo es tener una herramienta de trabajo que sea un nexo entre la Atención Primaria y la Especializada, un protocolo de derivación para la atención en tiempo adecuado de pacientes con sospecha fundada de patologías cuyo pronóstico se puede alterar por la espera.</p> <p>Esta vía no interfiere para nada con las vías que dispone el médico de AP para la derivación de pacientes al hospital (urgencias hospitalarias, consulta preferente, consulta normal, vías rápidas), sino que es un camino a mayores que se utilizará en los casos que se han seleccionado en base al protocolo:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Criterios para seleccionar pacientes de este sistema<ul style="list-style-type: none">■ No deben requerir atención urgente, pero si preferente■ Deben estar incluidos en los protocolos que cada servicio hospitalario ha diseñado2. Plan de actuación ante estos pacientes:<ul style="list-style-type: none">■ Se enviará desde las consultas de AP un correo electrónico habilitado para tal fin, al servicio que proceda, donde conste además de la información clínica, los datos personales y de contacto del paciente.■ Una vez valorado el caso, el especialista hospitalario, enviará al servicio de Admisión los datos del paciente para que localice y cite al paciente en el tiempo que se juzgue oportuno, si existiese una cita, se anularía esta y se adelantaría, si procediese.
Evaluación	<p>La evaluación se hace en base a estos aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Aceptación profesional de los protocolos de derivación tanto en AP como en AE. La forma de medirlo es por los informes de su funcionamiento de los Jefes de Servicio.■ Porcentaje de problemas de igual diagnóstico CIE a los incluidos en el programa que han sido derivados por las vías tradicionales, excluidas vías rápidas y urgencias.■ Tiempo de espera para consulta en relación con la vía ordinaria.■ Utilización por todos los profesionales médicos de AP.
Resultados	<ul style="list-style-type: none">■ El 100% de los profesionales de AP informados del sistema han utilizado estas vías en el último año.■ El 100% de los Jefes de Servicio de AP considera la herramienta útil.■ El tiempo de espera para ser atendido por estos problemas es muy inferior a la vía ordinaria.■ La comparación en base a los datos CIE para saber el porcentaje que no utiliza esta vía está en implementación

ESQUEMA DEL PLAN DE MEJORA DE DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA:
 EN **NEGRO** SE REPRESENTA EL SISTEMA DE DERIVACIÓN ACTUAL.
 EN **NEGRO Y ROJO** SE REPRESENTA EL SISTEMA ESPECIAL DE DERIVACIÓN



Estrategias 02 y 22

Nombre	Control del Tratamiento Anticoagulante corporativo Extracción ambulatoria del INR y envío telemático al hematólogo de referencia Creación de centros de salud con autocontrol de tratamiento Acceso corporativo a los datos del tratamiento y niveles de INR
Ámbito	Comunidad de las Islas Baleares. Atención Primaria y Atención Hospitalaria.
Inicio	Año 2009
Síntesis	<p>Desde el Servei de Salut de las Islas Baleares se propuso en primer lugar que la extracción de sangre para el control de los pacientes anticoagulados se desarrollara desde el propio centro de salud o unidad básica del paciente, con la finalidad de no tener que desplazar al paciente hasta el ámbito hospitalario y con el fin de reducir personal en los servicios de hematología dedicados a la realización de dicho procedimiento.</p> <p>Para lo cual se dotó y formó al personal de enfermería de los centros de salud y sus unidades básicas el material y técnica necesaria para dicho procedimiento, por mediación de la empresa contratada y por parte del personal del Grupo Funcional del Ibsalut.</p> <p>También se adquirió el software necesario para el seguimiento y envío telemático tanto del resultado de la extracción como de los posibles comentarios realizados por el personal de enfermería, así como del resultado y observaciones por parte del hematólogo.</p> <p>Se acordó con el servicio de hematología de referencia de cada centro de salud un horario para el envío y recepción de la información.</p> <p>Tanto el software como las conexiones fueron revisados por la Oficina de Seguridad de la Información del Ibsalut para cumplir estrictamente con la LOPD.</p> <p>Los profesionales de un centro de salud fueron formados por el servicio de hematología para el correcto control y seguimiento de los pacientes anticoagulados que no presenten complicaciones durante su tratamiento. A dicho centro se le concedieron los roles necesarios en la aplicación para poder realizar hojas de tratamiento y visitas de seguimiento.</p> <p>Finalmente el software está en una plataforma corporativa en la que los diferentes servicios de hematología de los diferentes hospitales de las diferentes islas tienen acceso (mediante usuario y contraseña). Por lo cual desde cualquier servicio de hematología se puede consultar el valor y el tratamiento de un paciente que esté anticoagulado.</p>
Evaluación y resultados	<p>El proceso está funcionando al 100% en la isla de Mallorca (45 centros de salud y sus respectivas unidades básicas) y los 4 hospitales de referencia. A la espera de poder implantarlo en el resto de islas (Menorca e Ibiza y Formentera).</p> <p>El número de pacientes incluidos es de 1.200 pacientes activos en tratamiento anticoagulante. De momento solo existe un centro que sea de autocontrol.</p> <p>Los próximos pasos se encaminan hacia la integración de dicho software con las aplicaciones corporativas del Servei Balear de Salut. Tanto en su aplicativo de Atención Primaria como en la historia clínica de cada hospital, así como en Historia de Salud, siendo accesible a todos los profesionales sanitarios.</p>

Estrategias 02 y 31

Nombre Equipo de intervención con población excluida. Cañada real Galiana

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria: Distrito Villa de Vallecas

Inicio Año 2007

Síntesis En Madrid existen diferentes asentamientos chabolistas. Son estos además, poblados muy extendidos y con mucha población residiendo en ellos, aunque por otro lado difícil de cuantificar. Las barreras existentes para las personas que viven en situación de exclusión social son a veces insalvables, incluso para aquellos servicios considerados universales, cuanto más para aquellos orientados a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad.

Esto justifica la necesidad de planificar recursos con el objeto de intentar hacer accesibles los servicios sanitarios a esta población que por sus características viven en condiciones de extremo riesgo y desigualdad, y colaborar con otros organismos e instituciones en la normalización e integración de estas poblaciones. Con este objetivo nace el *Equipo de Intervención en Población Excluida* (EIPE), que realiza sus actividades en una unidad móvil.

El equipo está compuesto por 1 médico de familia, 1 enfermera y 1 conductor, seleccionados expresamente por su perfil de actitud positiva, experiencia en el manejo de población excluida y conocimiento de las patologías más frecuentes en esta población. El material es el propio para desarrollar la actividad definida en la cartera de servicios. Se abastece en el centro de salud Ensanche, en donde tiene su sede el vehículo. El EIPE cuenta con teléfono móvil y con ordenador portátil.

El vehículo está asentado en la zona de la Cañada Real, la más deprimida de la Comunidad de Madrid, cambiando su ubicación dependiendo de las acciones a desarrollar, si bien se asienta fundamentalmente en la zona llamada del "gallinero". Se trata de un asentamiento marginal con graves problemas de salubridad. Su horario es de 9 a 16 h., de lunes a viernes.

La cartera de servicios es la siguiente:

- Vacunación infantil
- Actividades de promoción en las diferentes etapas de la vida
- Vacunación de adultos
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades infectocontagiosas (TBC, VIH/SIDA, ...)
- Planificación familiar
- Atención a la mujer embarazada
- Cirugía menor
- Asistencia a patología aguda
- Toma de muestras de sangre, orina y exudados
- Detección, abordaje y derivación de problemas sociales

El equipo está vinculado al Centro de Salud del Ensanche y su dependencia funcional es de la Dirección Asistencial del Área, con la que firma anualmente un Contrato Programa, donde queda recogida la política y estrategia del EIPE, así como los objetivos operativos, entre los que se encuentran actividades relacionadas con la docencia e investigación y las encaminadas a ser el observatorio de campo de las necesidades de salud de su población diana.

También participa en la Comisión de Población Excluida de Villa de Vallecas. El equipo mantiene contactos con:

- Servicios Sociales
- Salud Mental
- Hospital Gregorio Marañón, servicio de infecciosas
- Salud Pública (con la disponibilidad de un epidemiólogo a demanda del equipo básico)
- Agencia Antidroga y otras instituciones presentes en los asentamientos
- SAMUR y policía local
- ONGs que trabajan en los asentamientos

Evaluación Evaluación anual.

Resultados Durante el año 2011, se ha realizado la actividad siguiente:

- Consultas totales atendidas en el centro a demanda: 6.661
- Consultas totales atendidas en el centro concertadas: 1.054
- Consultas de demanda urgente: 57
- Consultas en domicilio: 2.389
- Procedimientos diagnósticos/terapéuticos: 3.748
- Pruebas diagnósticas gestionadas: 553
- Derivaciones: 287

Estrategias 03 y 05

Nombre Cirugía menor por médicos de AP

Ámbito Comunidad Autónoma de Galicia. Atención Primaria (33 Centros de Salud)

Inicio Año 2007 (incorporación permanente de EAPs)

Síntesis Se entiende por cirugía menor al conjunto de procedimientos quirúrgicos sencillos, de corta duración, que se aplican habitualmente a tejidos superficiales y accesibles, requieren de anestesia local e presentan escasas complicaciones. Estas intervenciones forman parte de las actividades normales de Atención Primaria. No precisan de preparación previa por parte del paciente, requieren de anestesia local, tienen poco riesgo y no suelen provocar complicaciones importantes.

O procedimiento habitual consiste en preparar la zona a intervenir (limpieza e rasurado de la piel, aplicación de antiséptico e colocación de paños estériles) y aplicar anestesia local mediante una inyección antes de llevar a cabo la intervención. Las muestras de tejidos que se obtienen se envían al laboratorio.

La herida se revisa en el Centro de Salud.

Los profesionales que la llevan a cabo se formaron durante su especialización o posteriormente a esta con una formación personalizada en los servicios de referencia.

Los centros se dotan con la tecnología necesaria para estas intervenciones (lámparas quirúrgicas, nitrógeno, material quirúrgico, autoclaves, etc). Todos los centros cuentan con material para atender urgencias vitales (desfibrilador, ventilación, oxígeno, material de intubación,...), aun cuando en estos procesos es muy raro que den complicaciones graves.

Evaluación

- Número de pacientes atendidos
- Número de intervenciones realizadas
- Diagnósticos anatomopatológicos de las lesiones

Resultados	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	575	1088	1073	1208	1305	1536

Verrugas	20,6
Nevus	13,2
Quistes	11,8
Queratosis	11,8
Fibromas	10,3
Bultomas	8,8
Problemas ungeales	4,4
Resto	19,1

Estrategias 03, 05, 22 y 41

Nombre Citología de cuello de útero en Atención Primaria

Ámbito Comunidad Autónoma de Galicia. Atención Primaria (28 Centros de salud).

Inicio Año 2007

Síntesis La citología de cérvix, también llamada Prueba de Papanicolau o triple toma de Witt es la técnica más utilizada para detección precoz de cáncer de cuello uterino y para lesiones precancerosas. Se basa en el hecho de que las células de las capas superficiales del epitelio cervical se descaman continuamente.

La extensión de este programa a atención primaria se hace porque el profesional está preparado para hacer las pruebas, porque el diagnóstico precoz del cáncer de cérvix es básico para su curación, porque deben hacerse todas las mujeres periódicamente desde una determinada edad y porque es muy difícil que la atención especializada asuma esta demanda de salud pública.

Los profesionales están formados desde su formación MIR o se les ofertan cursos de formación con ginecólogos, para aprender la técnica. Los profesionales envían las muestras al laboratorio del hospital de referencia, donde las procesan. Los resultados son remitidos a los centros de salud, en los que los propios médicos de cabecera o las matronas son los encargados de ponerse en contacto con la mujer para comunicarle los resultados. Los resultados del informe de anatomía patológica estará disponible a través del sistema informático IANUS.

Evaluación

- Número de mujeres atendidas
- % Citologías con alteraciones
- % Citologías no útiles
- Nivel satisfacción de la usuaria
- Tiempo medio hasta resultados

Resultados En el momento actual se está mejorando la manera de obtener los datos de la evaluación para confirmar la opinión subjetiva de todos los implicados sobre la evaluación del programa.

Se puede obtener de forma completa el número de mujeres atendidas. El resto de los datos se puede evaluar el programa por muestreo, estando pendientes de que estén disponibles de forma integrada.

Año	número	Problemas detectados	%
2007	278	Citología normal	81,1
2008	1721	Vaginositis	16,4
2010	2911	Vaginitis	1,4
2011	2497	Displasias	1,1
2012	2438	Tiempo de respuesta < 15 días	100%

Estrategia 06

Nombre	Inclusión en el contrato programa de centro un objetivo para implantar mejoras a partir de la identificación de motivos de insatisfacción detectados en las reclamaciones.
Ámbito	Comunidad de Madrid. Atención Primaria.
Inicio	Año 2011
Síntesis	<p>El Contrato Programa de Centro incluye un objetivo para implantar mejoras a partir de la identificación de motivos de insatisfacción detectados en las reclamaciones que comprende dos indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Reclamaciones contestadas a tiempo.▪ Implantación de mejoras relacionadas con alguno de los motivos frecuentes y graves de las reclamaciones.
Evaluación	Evaluación anual de los indicadores del Contrato Programa de Centro
Resultados	<p>Los principales resultados son los siguientes</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Porcentaje medio de reclamaciones contestadas a tiempo de los Centros de Salud: 85,01 %▪ Nº Centros de Salud con mejoras implantadas relacionadas con alguno de los motivos frecuentes y graves de las reclamaciones: 243.▪ Nº Centros de Salud sin mejoras implantadas relacionadas con alguno de los motivos frecuentes y graves de las reclamaciones: 17.

Estrategia 06

Nombre Planes de participación ciudadana

Ámbito Comunidad Autónoma de Andalucía. Ámbitos: sanitario y ciudadano.

Inicio Año 2009 (fecha de inclusión en contrato-programa).

Síntesis Los centros sanitarios vienen implementando los planes de participación ciudadana, de forma programada desde 2009, aunque muchos de ellos cuentan con una trayectoria dilatada en este campo. La participación se incluye en objetivo de contrato-programa Consejería SAS 2010-2013 y los diferentes contratos programas SAS-centros desde 2009.

Los planes de participación engloban actuaciones informativas, de consulta a la ciudadanía, de promoción de la salud. La participación en el ámbito hospitalario destaca por la relación con las asociaciones de pacientes e implicación de éstas en el funcionamiento del Hospital y de las UGC; la gestión y fomento del voluntariado así como actuaciones lúdico-culturales que inciden en la humanización de la asistencia. La participación en la atención primaria, prima las actuaciones de promoción de la salud y coordinación con entidades locales y asociaciones de la zona de influencia.

Las comisiones de participación ciudadana se constituyen como la modalidad de participación institucionalizada en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Son órganos de naturaleza, más consultiva que decisoria y suelen estar integradas por representantes del centro sanitario (director-gerente, responsable de atención a la ciudadanía, subdirectores médicos o de enfermería, trabajadores sociales, representantes de cada Unidad de Gestión Clínica), asociaciones de autoayuda, de enfermos o usuarios, asociaciones vecinales o pro-inmigrantes del área de influencia del centro, etc.

Entre sus funciones se encuentran las de:

- informar de las actividades a desarrollar/desarrolladas,
- identificar áreas de mejora,
- análisis encuestas satisfacción y quejas y reclamaciones planteadas,
- proponer actuaciones, etc.

Suelen tener periodicidad de carácter semestral.

En la actualidad, ha comenzado su implantación en el ámbito de las UGC, de conformidad con la resolución SA 0077/12 de 20 de marzo de 2012, por la que se regula la participación ciudadana en las UGC.

Evaluación Objetivos contrato-programa 2011: Actualización e implementación del Plan de participación ciudadana. Indicadores:

- Actualización del Plan de Participación donde consten al menos los siguientes apartados:
 1. Introducción o fundamentación.
 2. Objetivos.
 3. Líneas estratégicas o actuaciones.
 4. Indicadores de evaluación.
- Se elabora una memoria de las actuaciones implementadas así como del funcionamiento de las comisiones de participación aportando las actas.

Resultados Datos de la memoria 2011:

- El 100% de los centros han actualizado los planes de participación ciudadana conforme a los parámetros solicitados
- El 94,3 % de los centros han elaborado y remitido memoria de actuaciones.
- El 60.3% de los centros han aportado actas de las comisiones de participación ciudadana.

Estrategia 06

Nombre Proyecto Piloto “Comparte Salud”

Ámbito Comunidad Autónoma de Extremadura. Atención Primaria y ámbito comunitario (Áreas de Salud de Badajoz, Cáceres, Plasencia y Mérida)

Inicio Noviembre 2012

Síntesis Proyecto de participación comunitaria en salud intersectorial dirigido a capacitar a jóvenes de 14 a 18 años como agentes de salud comunitarios en la adquisición de hábitos saludables y prevención de enfermedades.

(La Ley de salud pública de Extremadura, establece como uno de los órganos de participación ciudadana promotores de salud, a los agentes de salud comunitarios).

Es un proyecto multidisciplinar e intersectorial consistente en formar y entrenar a jóvenes de 14 a 18 años para que actúen como agentes de salud comunitarios con sus iguales, es decir, con otros jóvenes de su grupo de edad. Se utilizará la metodología de *formador de formadores* mediante la selección de líderes y potenciación de medidas complementarias de ocio alternativo para adolescentes y jóvenes.

Durante la adolescencia, es cuando las relaciones entre iguales a menudo toman una posición dominante. Se trata de emplear esta influencia entre iguales de manera positiva y formar a un grupo de jóvenes voluntarios con un interés común y con valores como el respeto, la responsabilidad y el compromiso, para que desarrollen conocimientos y competencias adecuadas para poder compartir, informar y ayudar a otros en el mismo grupo de interés común a que desarrollen conocimientos y competencias similares.

Participan en el proyecto:

- Administración Sanitaria
- Administración Educativa
- Administración Local.

Evaluación

- Indicadores de estructura, proceso y resultados.
- Evaluación mediante cuestionario pre y postintervención, al grupo de control e intervención.

Resultados

- Fomentar estilos de vida saludable entre la población joven y cambios de conducta, en su caso.
- Proporcionar a los jóvenes alternativas de ocio saludable especialmente el deporte.

Estrategia 06

Nombre Realización de encuestas de satisfacción a nivel de centro de salud

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria.

Inicio Año 2011

Síntesis En la Comunidad de Madrid, tradicionalmente se realizaban encuestas de satisfacción, obteniéndose datos a nivel de cada una de las 11 extintas Áreas Sanitarias y del conjunto de la Comunidad de Madrid.

A partir del año 2010, se han empezado a obtener, al mismo tiempo datos a nivel de cada uno de los 260 Centros de Salud y de las 7 Direcciones Asistenciales de la Comunidad de Madrid, conjuntamente con los resultados globales a nivel de toda la Comunidad.

Al mismo tiempo indicar que la encuesta se realizaba hasta el año 2009 mediante entrevistas personales a la salida de los Centros de Salud con recursos externos contratados por concurso público. En las dos últimas ediciones del estudio (años 2010 y 2011), se ha sustituido esta técnica de recogida de información por la entrevista telefónica asistida por ordenador (sistema CATI) a los usuarios que acudieron a los Centros de Salud en un periodo de tiempo determinado.

Evaluación Evaluación anual. En el año 2011 se realizan un total de 26.015 entrevistas, repartidas entre los 260 Centros de Salud existentes en la fecha del estudio en el Servicio Madrileño de Salud. Correspondiendo un mínimo de 100 entrevistas por centro de salud. El cuestionario estructurado está constituido por 37 preguntas incluidas las variables de clasificación.

Resultados Los principales resultados son los siguientes

- 1) 1.- Satisfacción global con la atención que ha recibido en el Centro de Salud: 92,2 %
- 2) Satisfacción con los profesionales:

	Eficacia	Amabilidad	Satisfacción global
Medicina de Familia/Pediatría	93,3%	94,1%	94,1 %
Enfermería	87,2,%	87,4 %	87,8 %
Administrativos	83,2 %	81,9 %	83,5 %

Estrategia 06

Nombre Red ciudadana de formadores en seguridad del paciente

Ámbito Comunidad de Madrid. Grupos de pacientes y cuidadores

Inicio Diciembre de 2011

Síntesis Esta actividad se ha realizado en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública, organismo público encargado de gestionar los cursos de la Red ciudadana de formadores en seguridad del paciente.

El objetivo de la Red es formar a pacientes y cuidadores, y que se produzca una formación en cadena al resto de personas de las asociaciones, en estrategias para mejorar el autocuidado y evitar riesgos innecesarios para la salud de pacientes y cuidadores.

Contenido:

- Módulo I: aspectos generales de la seguridad del paciente
- Módulo II: uso seguro de medicamentos
- Módulo III: Prevención de infecciones.

Metodología:

- Exposición teórica
- Debate de cada módulo
- Análisis de casos prácticos
- Rol-playing
- Material audiovisual

Evaluación Indicador: número de pacientes de cada Asociación que reciben formación en materia de seguridad del paciente al año por la red ciudadana. Meta: al menos 5

- Medición del nivel de satisfacción: la satisfacción se medirá mediante un cuestionario de evaluación de la calidad docente (instrumento aplicado de manera obligatoria tras la finalización de estas actividades formativas) que incluye la valoración de las siguientes dimensiones: objetivos, metodologías, apoyo bibliográfico, coordinación docente, eficacia de la secretaría académica, equipo docente, nivel de impacto percibido, nivel de aprendizaje alcanzado, satisfacción global, sugerencias de mejora y utilidad.
- Medición del nivel de aprendizaje: mediante la respuesta a un test de conocimientos al inicio y al final de cada módulo formativo. Se contrastarán los resultados obtenidos entre el pre test inicial y el pos test tras la realización de la actividad. El test será el mismo para favorecer la validez de la medición. Ambos cuestionarios serán anónimos para comprobar el nivel de aprendizaje alcanzado por el grupo y no tanto el nivel de aprendizaje alcanzado por personas concretas.

Resultados Han participado un total de 14 Asociaciones, acudiendo a cada Módulo 29 personas, entre pacientes y cuidadores.

Estrategias 06 y 34

Nombre Participación de grupos focales en la estrategia de pacientes crónicos de la C. de Madrid.

Ámbito Comunidad de Madrid. Pacientes crónicos y cuidadores.

Inicio Año 2012

Síntesis La Comunidad de Madrid está desarrollando la estrategia de atención a pacientes crónicos. Dentro del análisis de situación, se han realizado varios grupos focales con pacientes y sus cuidadores para conocer sus expectativas y necesidades. Se ha estimado conveniente contar con la opinión de los pacientes y sus cuidadores en la definición de sus expectativas y necesidades.

Esta participación se ha articulado con la realización de grupos focales con el objetivo de:

- Identificar las necesidades de cuidados de cada paciente crónico y sus cuidadores en las dimensiones física, psicológica y social.
- Conocer las opiniones, expectativas y demandas de los pacientes crónicos y sus cuidadores en el trascurso de la enfermedad.
- Comprobar las necesidades socio-sanitarias que tienen los cuidadores principales de pacientes crónicos dependientes, en procesos avanzados de cronicidad.
- Determinar los elementos actuales que intervienen en la asistencia sanitaria de estos pacientes.

Evaluación Dentro del análisis de situación inicial que ha permitido conocer el impacto de la cronicidad en la Comunidad de Madrid.

Resultados El resumen de las aportaciones expresadas por los grupos de trabajo es el siguiente:

1. Respecto a los pacientes:

- Homogeneizar los servicios que se prestan en los diferentes centros de salud.
- Establecer protocolos que unifiquen criterios de actuación para diferentes patologías.
- Disminuir la lista de espera tanto para consultas como para la realización de pruebas y para conocer los resultados de las mismas.
- Recibir una atención más personalizada que revierta en una mejora en el trato que recibe el paciente, la valoración de los síntomas, la aplicación del tratamiento y seguimiento y en la forma de facilitar la información.
- Aumentar las prestaciones dirigidas a mejorar la calidad de vida del paciente (sesiones de fisioterapia, atención psicológica sistematizada, podologías...).
- Mejorar la información al paciente en aspectos de la enfermedad como efectos adversos de tratamiento, evolución y cambios que experimentará en su estilo de vida.
- Generalizar la informatización en todo el Sistema Sanitario, para permitir disminuir la burocratización, facilitar las citaciones, favorecer y agilizar la comunicación entre los profesionales y agilizar el diagnóstico y tratamiento.
- Informatizar la gestión de las recetas para crónicos, facilitando la tarjeta electrónica.
- Facilitar la formación continuada a los profesionales a nivel técnico (cómo movilizar a pacientes con discapacidades, habilidades de comunicación).
- Mejorar la accesibilidad física eliminando barreras en los centros sanitarios.
- Escuchar al paciente.

2. Respecto a los cuidadores

- Aumentar aquellos recursos que puedan ayudar a descargar la carga del cuidador (programas de descanso/respiro)...
- Facilitar formación, información y apoyo.

Estrategia 08

Nombre Proceso de Atención Farmacéutica en centros sociosanitarios

Ámbito Comunidad Autónoma de Galicia. Atención Primaria y Atención Sociosanitaria
Gerencia de gestión integrada de Santiago de Compostela

Inicio Enero de 2012

Síntesis A principios de enero del año 2012, la Xerencia de Xestión Integrada de Santiago, implantó un programa de Atención Farmacéutica específico para centros sociosanitarios con participación de diferentes profesionales y servicios de ambos niveles asistenciales (Subdirección de Sistemas de Información, Servicio de Farmacia y Admisión, farmacéuticos de Atención Primaria, médicos de familia y personal de las residencias de ancianos).

La protocolización de este programa se realizó mediante gestión por procesos dado que su metodología permite analizar de forma sistemática la secuencia de actividades que los constituyen y los profesionales que intervienen en el mismo intentando reducir la variabilidad de dichos procesos y mejorando la eficiencia de los mismos.

En este protocolo concreto se planificaron las actividades, recursos y métodos necesarios para que todos los procesos se ajustasen a estándares de calidad, técnico-científicos y de buen funcionamiento así como que facilitasen el cumplimiento de los siguientes **objetivos**:

- Reducir la variabilidad de los procesos que se puede producir intra e intercentros.
- Establecer las actuaciones con valor añadido sobre las bases de la medicina basada en la evidencia especialmente las relacionadas con los criterios de prescripción en la población anciana (criterios de Beers, START/STOPP) y las actuaciones encaminadas a minimizar los resultados negativos asociados con la medicación y sus causas.
- Evitar los espacios en blanco en la continuidad asistencial debido a posibles descoordinaciones.
- Centrar las actuaciones profesionales en el usuario, teniendo en cuenta sus necesidades y expectativas.
- Impulsar la evaluación sistemática y mejora continua de los procesos.

Por otro lado, el proceso pretende ser garante tanto de las mejoras asistenciales como de la eficiencia de la Atención Farmacéutica en las residencias geriátricas, favoreciendo a los usuarios y a la Administración Sanitaria:

- Optimizando la efectividad y seguridad de la farmacoterapia.
- Disminuyendo los errores relacionados con la medicación.
- Favoreciendo la aportación de los profesionales farmacéuticos de atención primaria como una alta carga de valor añadido.
- Potenciando la integración de los diferentes niveles asistenciales y profesionales sanitarios. Permitted la estabilidad de todo el sistema.



Con independencia de que el proceso de atención farmacéutica es común en todos los centros sociosanitarios, éste se adapta a las particularidades e idiosincrasia de la residencia de ancianos (número de plazas, residentes válidos o asistidos, asistencia médica propia del centro, etc.), centro de salud y hospital de referencia. Además, este proceso es dinámico, es decir, está sujeto a los cambios o modificaciones que sean pertinentes en función de nuevas situaciones o detección de áreas de mejora.

Es importante reseñar que, como fase inicial del proceso, se han incorporado los centros sociosanitarios como centros externos del hospital de referencia, creando para ello un GFH específico para cada residencia, el mapa de camas correspondiente y el alta de todos los usuarios. Estas tareas son asumidas por el Servicio de Admisión utilizando para ello el aplicativo informático SIHGA.

La ficha y mapas del proceso son las que se describen a continuación:

FICHA DEL PROCESO

VISIÓN

Conjunto de actuaciones destinadas a implantar un nuevo proceso para seguimiento periódico e individualizado de la farmacoterapia de los pacientes de los centros sociosanitarios, con cambio de modelo de dispensación e incorporación de nuevos elementos de Atención Farmacéutica: prevención, detección y resolución de resultados negativos asociados a la medicación y problemas relacionados con los medicamentos (RNM y PRM), información/formación sobre farmacoterapia en el paciente anciano, etc., que aportarán valor añadido a la actuación del farmacéutico de atención primaria y que facilitarán la prescripción eficiente **a través de una supervisión de la necesidad, efectividad, seguridad y coste del medicamento.**

PROPIETARIO DEL PROCESO

Carmen Duran Parrondo. Coordinadora de Farmacia. Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela.

Funciones: Planificación previa a la puesta en marcha. Planificar Formación. Coordinación Farmacia de A.P. y Hospitalaria. Controlar y medir resultados con el fin de aplicar el ciclo de mejora continua.

LÍMITES DE ENTRADA

Paciente ingresado en residencia.

LÍMITES DE SALIDA

Fallecimiento o traslado de residencia.

LÍMITES MARGINALES

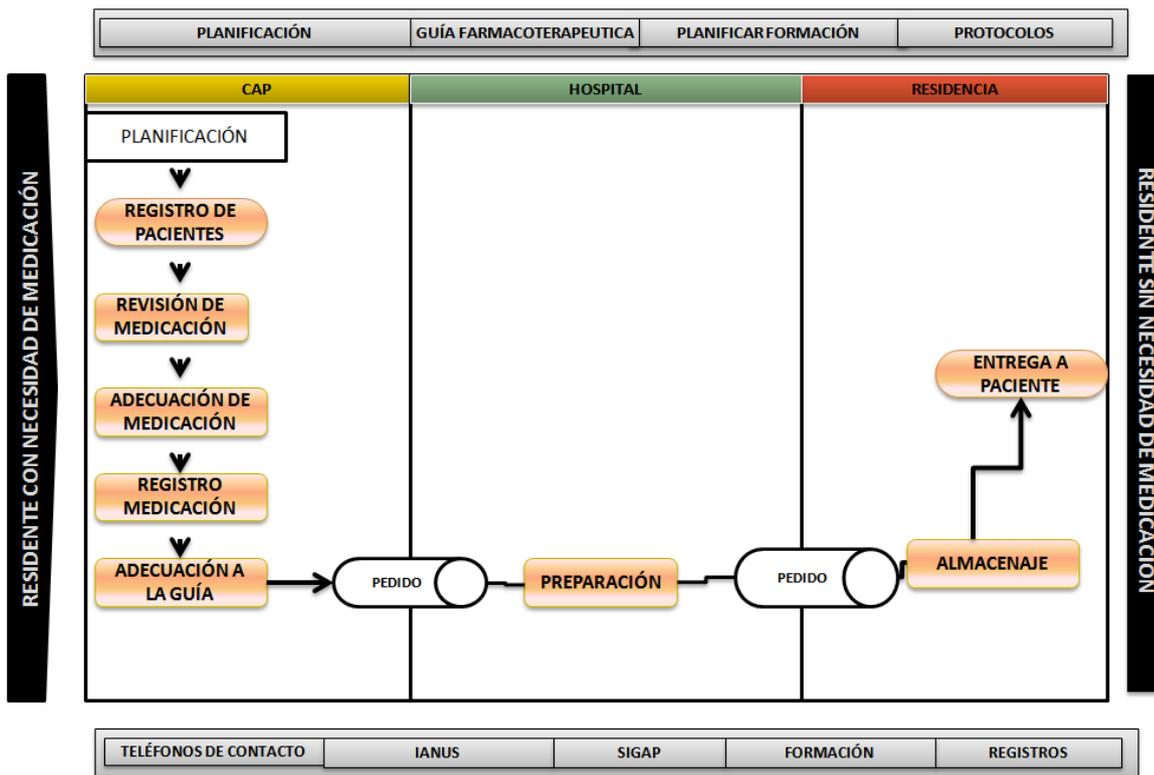
Los pacientes que ingresen en Hospital saldrán temporalmente del programa.

OBJETIVOS

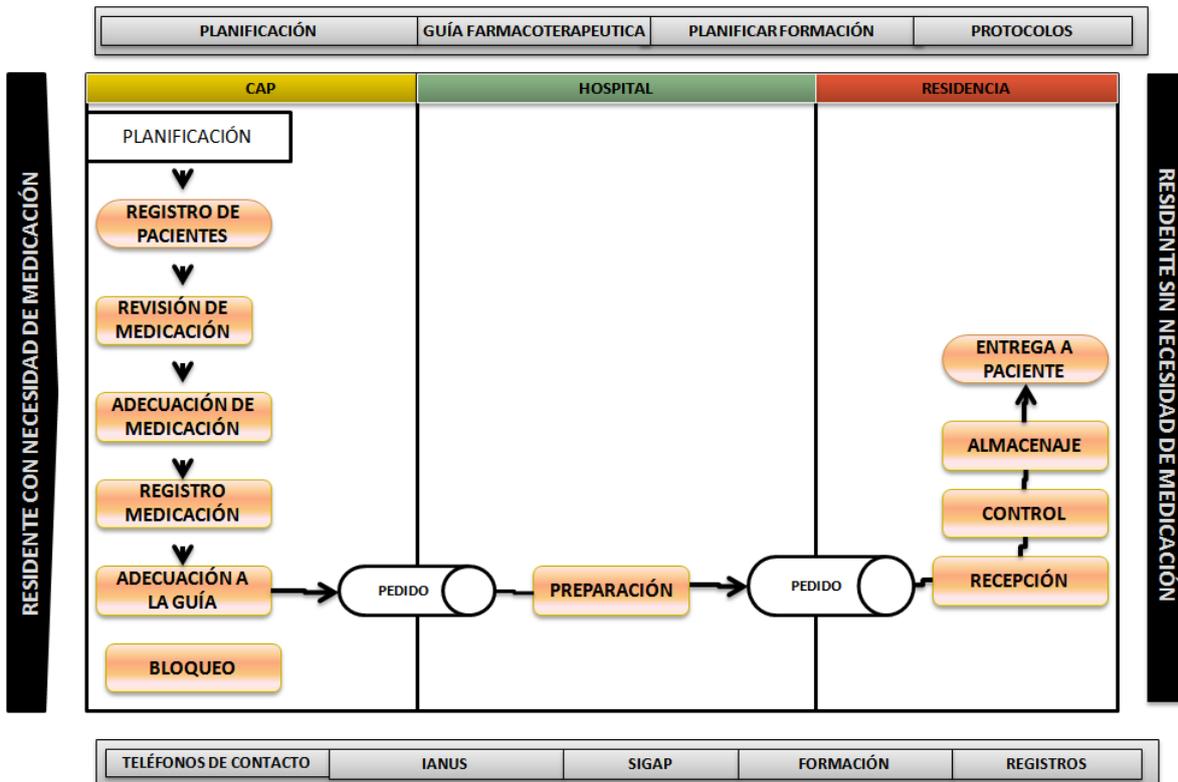
1. Mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes ingresados en los centros sociosanitarios, muchos de ellos, polimedicados.
2. Favorecer el uso racional de los medicamentos lo que implica que los pacientes reciban la medicación y dosis adecuada a sus necesidades clínicas, durante un período de tiempo apropiado y al costo más bajo para ellos y para la comunidad.
3. Mantener la sensibilización, por parte de los profesionales sanitarios, de la importancia y repercusión asistencial que presentan la prevención, detección y resolución de los RNM y PRM.
4. Mejorar los sistemas de farmacovigilancia evitando cronificaciones y complicaciones de los RNM y sus causas.
5. Racionalización de la pautas terapéuticas evitando entre otras, las prácticas de alto nivel de riesgo, como puede ser la polifarmacia innecesaria.
6. Mejorar la coordinación entre ámbitos asistenciales.

ENTRADAS AL PROCESO			SALIDAS DEL PROCESO		
Entradas	Proveedor	Especificación	Destinatario	Necesidades	Salidas
Solicitud de Pedido	Farmacéutico AP	SILICON	Farmacia Hospitalaria	Generación del pedido cada semana	Entrega de pedido cada semana
Entrega de pedido	Farmacia Hospitalaria	Albarán de pedido	Taxista	Firma de albarán de pedido. Fármacos correctamente empaquetados	Entrega en residencia
Recepción de pedido en residencia	Transportista	Semanalmente	Enfermería de Residencia	Medicamentos en buen estado y cantidad solicitada	Colocación de pedido en almacén y botiquín
Cambios en la medicación	Medicina	Entrega de hoja de medicación impresa a paciente	Enfermería de residencia	Entrega por paciente de hoja impresa con nueva medicación	Solicitud de nueva medicación y dispensación
Aviso de cambio de medicación	Enfermería	Comunicación por mail o teléfono	Farmacéutica de AP	Datos de paciente y de nueva medicación	Adaptación a la guía de la nueva medicación

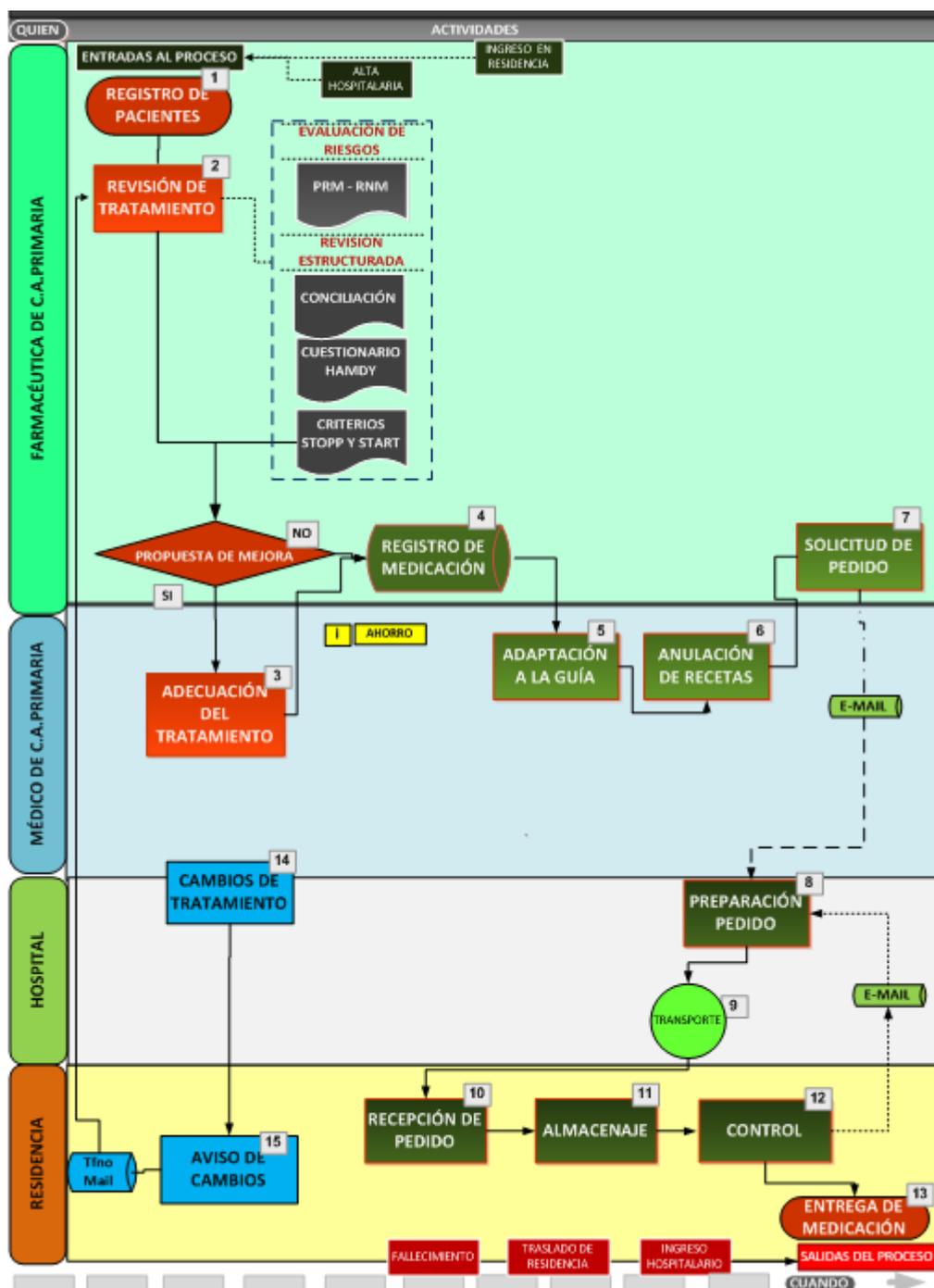
Mapa nivel I: atención farmacéutica a centros sociosanitarios:



Mapa nivel II: atención farmacéutica a centros sociodanitarios:



Mapa nivel III: atención farmacéutica a centros sociosanitarios:



Evaluación Panel de indicadores para la evaluación del programa:

- Nº de residentes incluidos en el programa en el año 2012 (objetivo: 500).
- Nº de pedidos solicitados y dispensados en tiempo, número y forma (nº de pedidos a la semana=7; nº d medicamentos dispensados es igual al nº d medicamentos solicitados; se mantiene la cadena de frío y se dispensan adecuadamente los medicamentos fotosensibles).
- Criterios de prescripción en pacientes ancianos:
 - Nº de criterios Start detectados y resueltos.
 - Nº de criterios Stopp detectados y resueltos.

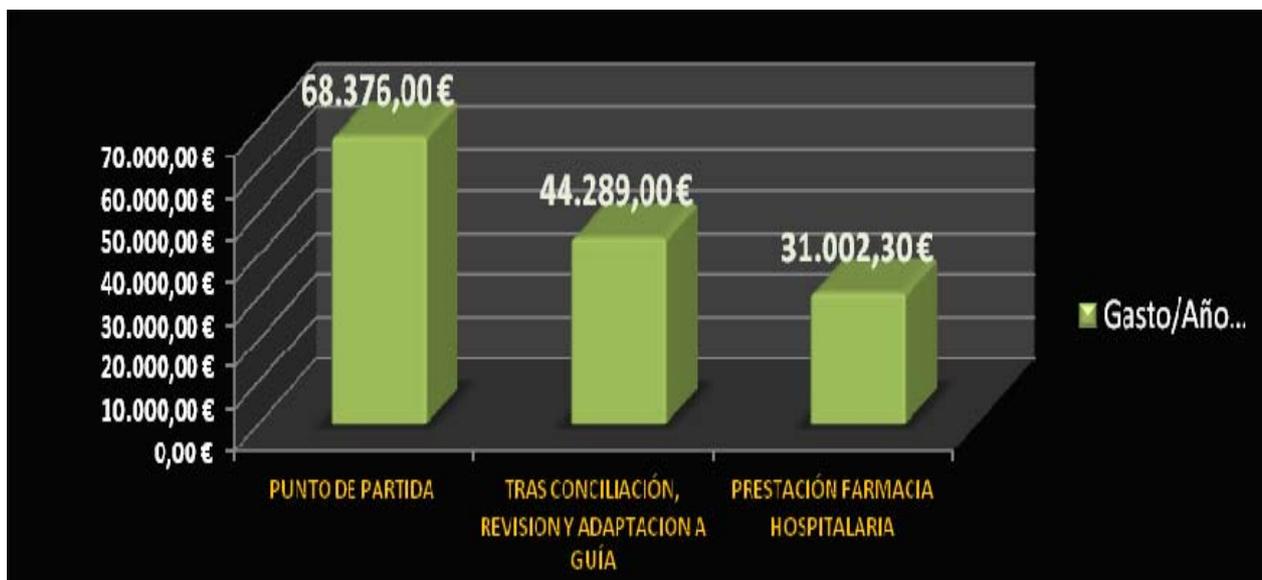
- Prevención, detección y resolución de resultados negativos asociados con la medicación y sus causas:
 - Nº de RMN y PRM detectados potenciales y reales
 - Nº de intervenciones propuestas
 - Nº de intervenciones adoptadas/nº intervenciones propuestas
- Repercusión económica:
 - Coste inicial de los tratamientos respecto al coste final

Resultados Se partía de una situación previa en la que estaban incluidos en el programa 984 residentes (residencias asistidas o mixtas) con Atención Farmacéutica exclusiva del hospital de referencia.

En el primer semestre del año 2012 se amplió el programa a 238 pacientes y en el segundo semestre se prevé incluir a 386 más. Esta ampliación contempla la participación de ambos niveles asistenciales y la aplicación del proceso descrito con anterioridad.

Respecto a los resultados medidos a través del panel de indicadores previamente definidos se aporta el pilotaje realizado en la primer centro sociosanitario al que se amplió el programa y en el que se aplicó la gestión por procesos:

- El 100% de los pedidos de medicamentos se dispensaron en tiempo y forma.
- De un total de 37 residentes activos incluidos en el programa se detectaron:
 - 47 resultados negativos asociados a la medicación
 - 43 problemas relacionados con los medicamentos
 - 12 criterios Start y 4 criterios Stopp
 - Se retiraron 49 medicamentos.
 - Se aceptaron el 93,5% de las intervenciones propuestas
- El impacto económico se resume en el siguiente gráfico:



Estrategia 10, 15 y 27

Nombre "Envejecimiento activo y saludable": Programa de prevención de la dependencia en Atención Primaria de salud.

Ámbito Comunidad Autónoma de Galicia. Atención Primaria.
Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela.

Inicio Año 2008

Síntesis El envejecimiento es parte integrante y natural de la vida. Es un proceso progresivo, irregular, asincrónico, universal y constante, pero el ritmo al que se produce puede ser muy diferente en función de determinados factores, como los factores genéticos y los ambientales y en función del estilo de vida del individuo.

En la actualidad, una de las cuestiones claves con respecto al envejecimiento es el concepto de capacidad funcional, entendido como la capacidad de una persona para llevar a cabo las actividades necesarias para lograr el bienestar. Este concepto constituye el núcleo del programa "Envejecimiento activo y saludable: Programa de prevención de la dependencia en Atención Primaria de salud" pilotado en un centro de salud de la Gerencia.

El objetivo principal de este programa es promover el envejecimiento saludable de las personas con edades comprendidas entre 55-75 años de edad a través de su participación activa en diversos talleres teórico-prácticos, conferencias, cursos y otras actividades.

Esta línea de trabajo de Promoción de la Salud desde un enfoque biopsicosocial, fomenta el empoderamiento de las personas de 55 a 75 años para envejecer activa y saludablemente al capacitarlas para mejorar su salud de forma autónoma, actúa positivamente en la prevención de enfermedades crónicas y finalmente, en la prevención de la dependencia. Así mismo, proporciona información sobre los recursos psicosociales disponibles y los métodos adecuados para contener y disminuir la ansiedad y los conflictos que se generan en el cuidado de los pacientes crónicos y terminales incluidos en el Programa de Atención Domiciliaria.

Por otro lado, este programa favorece la percepción del centro de salud como un espacio, no sólo de enfermedad, sino también de salud, con interacción entre el ciudadano sano, el enfermo, el cuidador y los profesionales sociosanitarios.

Con un modelo de actuación proactiva, el envejecimiento se aborda desde una doble vertiente a través de dos programas en los que interviene un equipo formado por un Médico, una Enfermera y una Trabajadora Social de Atención Primaria. Esos programas son:

1. **"Salud y Ocio en la Tercera Edad"**: cuyo objetivos son promover formas de vida saludables (alimentación sana y equilibrada, buen uso de la medicación, actividad física e higiene postural, agilidad mental y memoria, control de las emociones y reducción del estrés y la ansiedad, salud afectivo sexual a partir de los 50 años y ocio-tiempo libre), retardar el deterioro físico y mental y prevenir la dependencia.

ACTUACIONES	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
DISEÑO DE LAS ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> Diseño de trípticos y carteles informativos. 	<ul style="list-style-type: none"> TRABAJADORA SOCIAL MEDICINA DE AP ENFERMERÍA AP
EJECUCION DE LA CAMPAÑA INFORMATIVA	<ul style="list-style-type: none"> Distribución cuestionario: hábitos alimentarios y actividad física. Distribución de carteles y folletos informativos. 	
REALIZACION DE LA ACTIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Conferencias sobre alimentación saludable. Charlas coloquio: "Utilización del tiempo de ocio en la tercera edad". Video-forum sobre envejecimiento activo. 	
EVALUACIÓN	Valoración de resultados	

2. **"Cuidando al cuidador"**: con el objetivo de prevenir el deterioro psicosocial de los cuidadores, que generalmente son familiares o allegados de los ancianos con un grado de dedicación y responsabilidad tan elevado que, en ocasiones, puede generar que el cuidador pase a ser un "enfermo oculto".

ACTUACIONES	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
DISEÑAR ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> Diseño de trípticos y carteles informativos. 	<ul style="list-style-type: none"> TRABAJADORA SOCIAL MEDICINA DE AP ENFERMERÍA AP
APORTAR INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN OBJETO	<ul style="list-style-type: none"> Reparto de trípticos informativos. Distribución de carteles informativos. 	
APORTAR INFORMACIÓN TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> Conferencias sobre técnicas de relajación. Curso: "Cómo ayudar al enfermo sin destruirnos". Video-forum y charlas coloquio sobre recursos, servicios y prestaciones 	

Ciclo de talleres:

Se diseñaron talleres teórico-prácticos con la inclusión de dos guías : "Cuidando al Cuidador" y "Envejecimiento activo".

Los profesionales encargados de impartir la actividad (Trabajadores sociales, psicólogos, sexólogos, enfermeras, fisioterapeutas, médicos y animadores socioculturales) enseñaron como cuidarse para prevenir la enfermedad física y mental, como cuidar al enfermo sin enfermar y sobre todo como vivir 100 años...de forma saludable, mediante los siguientes talleres:

- Como ayudar a la persona enferma sin destruirnos (enseñar a "delegar" en los cuidados como forma de protección del cuidador.
- Recursos sociosanitarios para el bienestar de las personas que envejecen.
- Coaching para la salud (aprender a gestionar la emociones el estrés y la ansiedad).

- Musicoterapia (higiene para la salud mental).
- Memoria y agilidad mental(prevención del deterioro cognitivo, alzheimer y otras demencias).
- Ejercicio físico e higiene postural. Escuela de espalda (prevención de enfermedades osteoarticulares y psicomotricidad).
- Alimentación saludable (nutrición y alimentación sana y equilibrada).
- Uso racional y adecuado de los medicamentos.
- Salud afectivo-sexual a partir de los 50 años.
- Ocio y tiempo libre (utilización del tiempo libre con actividades de ocio positivo, sobre todo en la edad de prejubilación y realización de excursiones del grupo).

Además de las actividades desarrolladas en el ciclo de talleres, también se llevaron a cabo una campaña informativa-divulgativa directa a la población diana (2090 personas) e indirecta a la población en medios de comunicación, conferencias y charlas-coloquio, cursos y docencia en congresos y jornadas

Evaluación Evaluación mediante cuestionarios previos y posteriores a la realización de las actividades para analizar los conocimientos adquiridos entre los asistentes.

Resultados Este programa de envejecimiento activo y saludable ha conseguido objetivos definidos en la calidad de vida de los destinatarios a través de la ampliación de sus conocimientos sobre prevención de la enfermedad y hábitos saludables.

La campaña divulgativa dirigida a la población diana ha beneficiado, en estos 3 años, a 2.090 usuarios/as (1.007 hombres y 1.083 mujeres) de los 9.953 usuarios/as que reciben asistencia en el Centro de salud pilotado.

En las actividades programadas han participado 580 personas.

Los resultados obtenidos han sido:

- Mejora de la información sobre los recursos sociosanitarios disponibles.
- Apoyo psicosocial de los cuidadores como garante de los cuidados de las personas dependientes.
- Protección del bienestar físico y psíquico de los cuidadores.
- Mejora la salud integral de los ancianos a través de la promoción de hábitos de vida saludables y utilización adecuada del ocio y tiempo libre.

Estrategias 16, 20 y 32

Nombre Abordaje multidisciplinar del dolor crónico

Ámbito Comunidad Autónoma de Galicia. Atención Primaria.
Área sanitaria de Lugo

Inicio Febrero de 2011

Síntesis Se crea un grupo de trabajo multidisciplinar entre AP y AE. El método de trabajo se centró en la actuación integral del equipo en el proceso definido, abordando todas las áreas prioritarias para dar respuesta a los objetivos planteados (prevención, diagnóstico/diagnóstico diferencial, abordaje terapéutico, calidad de vida) y en todos los aspectos a considerar (asistencia, docencia, investigación).

El objetivo general del proyecto es coordinar los esfuerzos en el diagnóstico diferencial y el abordaje del dolor crónico mediante la intervención en el proceso de asistencia integrada al paciente afecto de dolor crónico incapacitante a través de un equipo multidisciplinar que aborde las áreas de formación, investigación y planificación de procesos, todo ello destinado a mejorar la calidad de vida de la población.

Se realizaron las siguientes actividades:

- Reuniones del grupo de trabajo para definir el proyecto global.
- Revisar las evidencias disponibles en las materias abordadas.
- Elaboración/propuesta de un algoritmo de diagnóstico diferencial y terapéutico.
- Definir el proceso asistencial.
- Diseño de actividades de formación para cada una de las 3 zonas del área sanitaria.
- Elaboración de material de difusión en forma de díptico y de manual que recoja las conclusiones del grupo de trabajo sobre los principales aspectos abordados.
- Interactuar con otros grupos profesionales preocupados por la mejora del manejo del dolor crónico.
- Obtención de la acreditación en las actividades de formación planificadas en las tres zonas del área sanitaria de Lugo (centro, norte y sur).
- Difusión del díptico y del manual entre todos los profesionales de Atención Primaria involucrados en la atención al paciente con dolor crónico: Médicos y enfermeros (de centro de salud y de atención continuada), farmacéuticos, pediatras y enfermeros de pediatría de Atención Primaria, odontólogos, profesionales del hospital vinculados al área de conocimientos.

Evaluación Se medirán los siguientes indicadores:

- Nivel de conocimientos según el cuestionario inicial y final de la actividad de formación.
- Nivel de satisfacción realizado al finalizar la actividad de formación.

Resultados

- Realización de tres cursos dirigidos a médicos y enfermeros de Atención Primaria de 12 horas de duración acreditados con 2.1 créditos por el Sistema Acreditador de la Formación Continuada de las Profesiones Médicas de la Comunidad Autónoma de Galicia.
- Difusión al 100% de los profesionales.
- Pendiente de la evaluación de los resultados de los cuestionarios de los cursos

Estrategia 17

Nombre Programa de uso racional de productos sanitarios: tiras reactivas para la determinación de la glucemia capilar y apósitos de cura húmeda

Ámbito Comunidad Autónoma de Galicia. Atención Primaria.
Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela.

Inicio Marzo de 2010

Síntesis Previo análisis de los consumos de productos sanitarios en nuestro área y tras una revisión de la evidencia científica que respaldase el incremento de dichos consumos en base a su eficacia o seguridad en las patologías tratadas, se detectaron importantes áreas de mejora en la utilización eficiente de tiras reactivas para la determinación de glucemia capilar (TRGC) y apósitos de cura húmeda.

Cabe reseñar que en nuestra Comunidad las TRGC se dispensan en las oficinas de farmacia a través de receta médica mientras que los apósitos de cura húmeda incluidos en la financiación están centralizados en los centros de salud teniendo su utilización principal por parte de los profesionales de enfermería. Por este motivo las estrategias adoptadas para la optimización en el uso racional de estos productos sanitarios son diferentes:

Tiras reactivas para la determinación de glucemia capilar:

Con el objetivo de garantizar un uso eficaz y eficiente de las tiras de autoanálisis de glucemia capilar (AGC) así como homogeneizar los criterios de prescripción/recomendación, se elaboró y difundió, en marzo de 2010, un algoritmo con las recomendaciones de AGC en pacientes diabéticos tipo 2 a tratamiento con antidiabéticos orales (estableciéndose diferentes grupos y controles en base a la susceptibilidad de los medicamentos de producir hipoglucemias).

Posteriormente, en el año 2012, se ampliaron estas recomendaciones a los pacientes a tratamiento con insulina basal y control glucémico estable.

Además, se diseñó un indicador (nº de envases de TRGC/nº estimado de diabéticos del cupo con prevalencia ajustada por edad) que permitiese medir el consumo de tiras reactivas y la adecuación al protocolo de los profesionales.

Este indicador se incluyó en los acuerdos de gestión de los años 2010, 2011 y 2012 de todos los agentes implicados en el uso racional de este producto sanitario (médicos, farmacéuticos y personal de enfermería de Atención Primaria). Por otro lado, desde la implantación del programa, se realiza un envío de información trimestral del citado indicador a todos los profesionales y se diseñan las intervenciones oportunas (bien por centro de salud o a nivel individual) desde la Gerencia para la optimización de la adecuación al protocolo.

Apósitos de cura húmeda:

En el caso de los apósitos de cura húmeda se diseñó una estrategia dirigida al colectivo de enfermería que permitiese la disminución en el consumo global de apósitos (a través de medidas informativas/educativas dirigidas a la selección de cura húmeda cuando esté indicada o la adecuación del número de curas a la semana en función de las características de las heridas y de la propia idiosincrasia de la cura húmeda) y la optimización de la indicación de los apósitos en base a su composición y propiedades terapéuticas, características de las heridas, etc.

Para ello, se confeccionó un protocolo para el uso racional de apósitos de cura húmeda que básicamente engloba las siguientes líneas de actuación:

- Creación de una Comisión de Referentes de Heridas Crónicas multidisciplinar que actuase como órgano técnico de asesoramiento de la Dirección en procedimientos y tratamiento de heridas crónicas con las siguientes funciones:
 - Seleccionar, elaborar y difundir protocolos
 - Desarrollo de herramientas que faciliten el registro de heridas
 - Desarrollar programas de formación
 - Resolución de casos clínicos
 - Evaluación de la pertinencia de la solicitud extraordinaria de apósitos y su pauta.
- Protocolización de la solicitud extraordinaria de apósitos de cura húmeda, entendiendo como tal aquella que exceda en número al consumo medio del centro o con indicaciones diferentes a las normalmente recomendadas o establecidas. En estos casos se individualiza la petición con un plan de cuidados normalizado que se envía al Servicio de Suministros por correo electrónico para su posterior evaluación por un referente en heridas crónicas.
- Evaluación continua del protocolo por parte de la Dirección de manera cuali y cuantitativa a través de datos de consumo globales y por centro de salud.
- Planificación de actividades informativas y formativas en los centros de salud en función de las necesidades y áreas de mejora detectadas

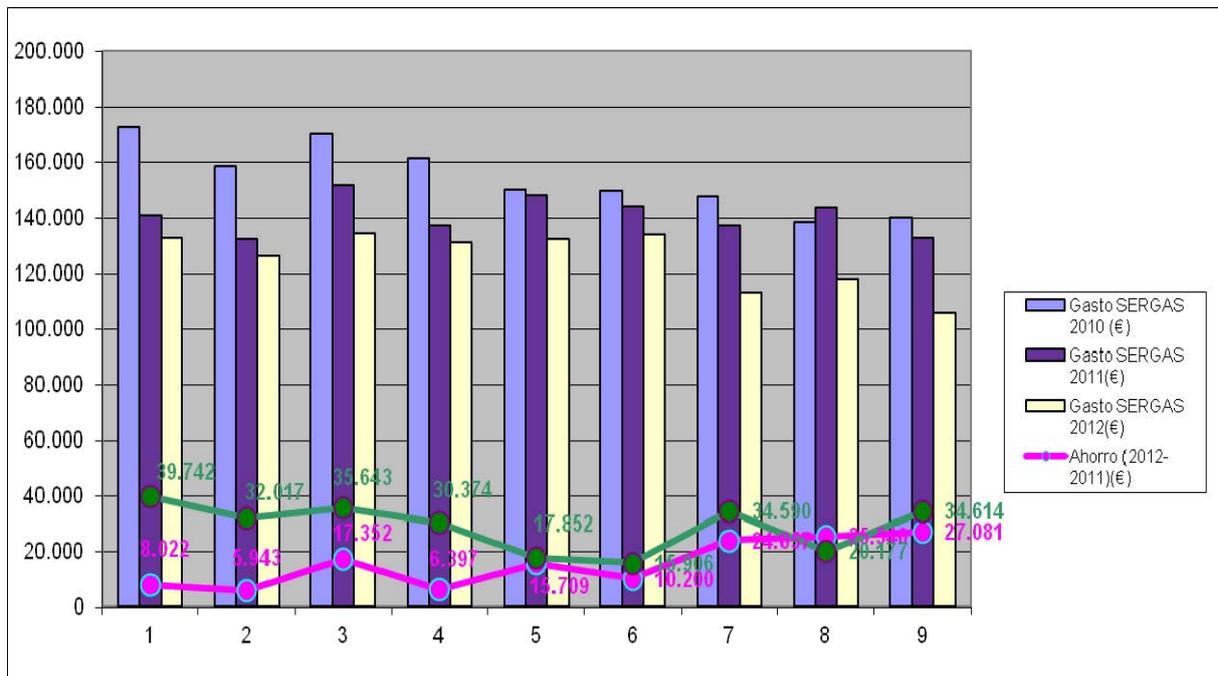
Evaluación Para la evaluación de este programa se analizó la evolución del consumo (envases y gasto) de tiras reactivas para la determinación de la glucemia capilar y apósitos de cura húmeda. Además, se realizó un análisis comparativo con la situación de partida.

Indicador: nº de envases de TRGC/nº estimado de diabéticos del cupo con prevalencia ajustada por edad

Resultados

Mes	Gasto 2009 (€)	Gasto 2010 (€)	Gasto 2011(€)	Δgasto 2010-2009(€)	Δgasto 2011-2010(€)	Δgasto 2011-2009(€)
Enero	151.133	172.771	141.051	21.638	-31.720	-10.082
Febrero	136.710	155.510	132.419	18.800	-23.091	-4.292
Marzo	142.712	170.230	151.940	27.519	-18.291	9.228
Abril	147.417	161.246	137.509	13.829	-23.737	-9.908
Mayo	151.057	150.289	148.235	-767	-2.054	-2.822
Junio	145.718	147.791	141.368	2.073	-6.423	-4.350
Julio	162.767	147.980	137.447	-14.787	-10.533	-25.320
Agosto	158.301	138.353	143.716	-19.948	5.363	-14.585
Septiembre	169.155	140.342	132.809	-28.813	-7.533	-36.346
Octubre	175.127	138.629	135.054	-36.498	-3.576	-40.074
Noviembre	162.324	140.926	134.958	-21.397	-5.969	-27.366
Diciembre	164.222	146.217	134.257	-18.005	-11.960	-29.965
TOTAL	1.866.643	1.810.284	1.670.763	-56.356	-139.524	-195.882

Mes	Gasto SERGAS 2010 (€)	Gasto SERGAS 2011(€)	Gasto SERGAS 2012(€)	Ahorro (2012-2011)(€)	Ahorro (2012-2010)(€)
Enero	172.771	141.051	133.029	8.022	39.742
Febrero	158.493	132.419	126.476	5.943	32.017
Marzo	170.230	151.940	134.588	17.352	35.643
Abril	161.486	137.509	131.112	6.397	30.374
Mayo	150.289	148.146	132.438	15.709	17.852
Junio	150.059	144.353	134.153	10.200	15.906
Julio	147.980	137.447	113.390	24.057	34.590
Agosto	138.353	143.716	118.176	25.540	20.177
Septiembre	140.342	132.809	105.728	27.081	34.614
Total	1.390.003	1.269.389	1.129.089	140.300	260.914



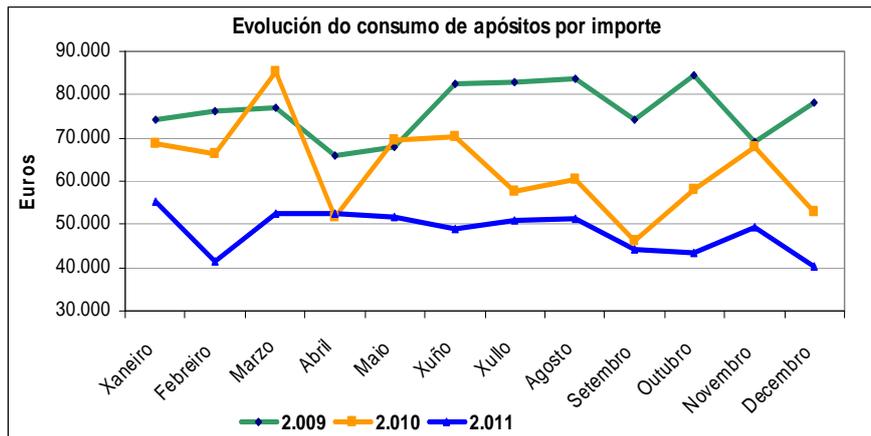
Apósitos de cura húmeda:

Evolución del consumo de apósitos de cura húmeda en unidades y gasto en los años 2009, 2010 e 2011:

Año	Unidades	Gasto (Euros)
2009	271.634	915.750
2010	225.754	754.743
2011	179.916	581.792

La magnitud de la reducción alcanzada con dicho programa en el año 2011 se cifra en:

- Descenso del 33,77% en las unidades consumidas y ahorro del 36,47% (333.958 €) del importe en comparación con 2009.
- Descenso del 20,30% en las unidades consumidas y ahorro del 22,92% del importe (172.951 €) en comparación con 2010.



Los resultados del año 2012 se vieron influenciados por la ampliación del catálogo de apósitos financiados por el Servizo Galego de Saúde así como del número de pacientes atendidos en nuestra Gerencia. No obstante, se ha mantenido una reducción del 26% en el consumo de este producto sanitario

Estrategia 17

Nombre Programa para la adecuación de la prescripción de medicamentos de baja utilidad terapéutica (UTB): Citicolina

Ámbito Comunidad Autónoma de Galicia. Atención Primaria y Atención Hospitalaria.
Gerencia de gestión integrada de Santiago de Compostela.

Inicio Mayo de 2012

Síntesis La prescripción de medicamentos denominados de baja utilidad terapéutica, tienen una importante repercusión en el gasto farmacéutico. Por este motivo, se han adoptado diferentes medidas reguladoras tanto a nivel estatal como autonómico con el objetivo de disminuir el impacto económico de estos medicamentos.

El **objetivo principal** de este programa ha sido minimizar la prescripción de citicolina a través de medidas informativas e implicando a los profesionales de ambos niveles asistenciales.

Se decidió centrar la medida en citicolina por:

- ser un principio activo de alto impacto en cuanto a su prescripción,
- por utilizarse en indicaciones no autorizadas en ficha técnica o durante un tiempo muy superior al recomendado en los ensayos clínicos,
- por la controversia de su eficacia incluso en indicaciones autorizadas
- y por su perfil de seguridad a las dosis que, supuestamente, presentan algún tipo de eficacia (2 g).

Por otra parte, los medicamentos que contienen este principio activo no se han visto afectados por la Resolución del 2 de agosto del 2012, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud.

Las fases o líneas de actuación que comprenden el citado programa se pueden resumir en:

- Revisión bibliográfica por parte de la Comisión de Farmacia y Terapéutica del Área de la evidencia científica de la eficacia y seguridad de citicolina.
- Obtención de datos de prescripción de citicolina (envases y gasto) a nivel de área, servicio y profesionales.
- Diseño de un protocolo de actuación que comprende las siguientes **actividades**:
 - Elaboración y difusión de una nota informativa, a través de correo electrónico, dirigida a los médicos de Atención Primaria de la Gerencia. En esta nota se hacía referencia a:
 - los datos disponibles de la eficacia y seguridad de citicolina (en base a los ensayos clínicos y metaanálisis publicados),
 - indicaciones autorizadas,
 - duración del tratamiento recomendada
 - e incidencia de la prescripción de la misma en el gasto farmacéutico del Área.
 - En el mismo correo electrónico se solicitaba la colaboración del médico para racionalizar la prescripción de este medicamento ofertando para ello el bloqueo cautelar de las prescripciones electrónicas de citicolina.

El citado bloqueo permite al médico revisar todos los tratamientos de citicolina instaurados, retirar los que no están indicados (por ejemplo en demencia) o superan el tiempo máximo recomendado (12 semanas en ACV) así como informar al paciente de los motivos clínicos y terapéuticos de su suspensión o retirada.

La solicitud del bloqueo por parte del médico de familia se realiza a través de un correo electrónico dirigido a la Dirección.

- Por otro lado, se realizó una intervención individual telefónica desde el propio Centro de Gestión en el que se le informaba al médico del número de envases de citicolina que había prescrito en el último año y su repercusión en el gasto así como se le recordaba la controvertida eficacia de este medicamento, los efectos secundarios y la baja adherencia en la prescripción tanto en las indicaciones aprobadas como en lo referente al tiempo de duración recomendado.

Finalmente, se le solicitaba nuevamente su colaboración para la revisión de los tratamientos de citicolina a través de la realización de un bloqueo cautelar.

- Respecto a las medidas llevadas a cabo en atención especializada, se realizó una intervención con los jefes de los servicios hospitalarios con mayor número de prescripciones de citicolina con el objetivo de que:
 - no se instaurasen nuevos tratamientos,
 - se revisasen los ya pautados (suspendiendo los tratamientos de más de 12 semanas en ACV y aquellos que cuya indicación no estuviese aprobada) para así dar continuidad y coherencia al programa.
- Por último, se analizan mensualmente los datos de prescripción de citicolina con el objetivo de:
 - evaluar la efectividad del programa,
 - detectar áreas de mejora
 - y realizar nuevas intervenciones con los médicos de ambos niveles asistenciales.
 - Además, se envía información actualizada a los profesionales de los ensayos clínicos, boletines, etc. sobre este medicamento de manera que la intervención educativa sea reforzada periódica y sistemáticamente.

Evaluación En una primera fase, se ha evaluado el impacto del programa a través de su repercusión en el número de envases y gasto farmacéutico generado por citicolina tanto en atención primaria como especializada.

Para ello, se realiza mensualmente un análisis comparativo con los datos de prescripción antes de la implantación del programa.

A los 6 meses de la puesta en marcha de este plan de acción, se evaluará la utilización de citicolina en indicaciones autorizadas a través de la definición de un indicador de indicación/prescripción.

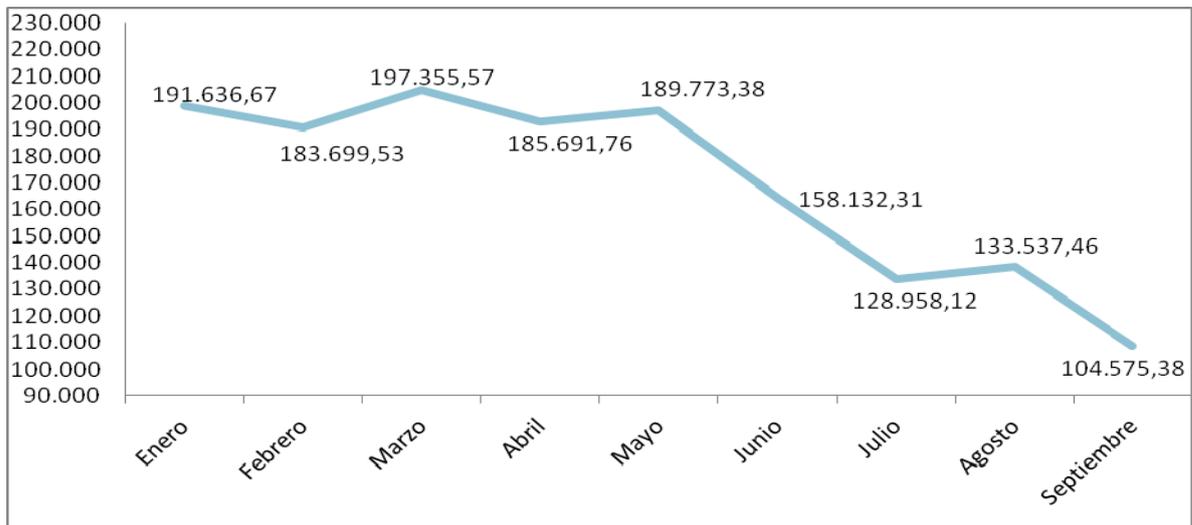
Indicador:

Nº de envases de citicolina prescritos para el tratamiento de ACV o traumatismo craneo-encefálico/nº total de envases prescritos de citicolina.

Los datos necesarios para medir este indicador se obtendrán a través de un *audit* de historia clínica electrónica.

Resultados

Mes	Envases	Gasto SERGAS (Euros)
Enero	7.355	191.636,67
Febrero	7.042	183.699,53
Marzo	7.552	197.355,57
Abril	7.094	185.691,76
Mayo	7.274	189.773,38
Junio	6.100	158.132,31
Julio	4.946	128.958,12
Agosto	5.135	133.537,46
Septiembre	4.019	104.575,38
Promedio por mes (enero a mayo)	7.262	182.930,51
Promedio por mes (junio a sept.)	5.050	131.300,82
Diferencia de promedios	-2.212	-51.629,69
Ahorro estimado en primeros 4 meses tras la implantación del programa	-8.848,00	-206.518,76



Estrategias 17, 40 y 44

Nombre CIMA AP Farmacia

Ámbito Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Atención Primaria completa con 4 niveles: Regional (Servicio Murciano de Salud), Área de Salud, EAP y CIAS.

Inicio Noviembre 2010. Extensión hasta febrero 2011 (según el área).
En 8 de las 9 áreas la implantación se produjo antes de 10 de diciembre de 2010.

Síntesis 1. Introducción

Los fármacos son una herramienta terapéutica principal en el arsenal del médico. No son la única pero sin duda sí la más utilizada y su uso no está exento de riesgos tanto clínicos (efectos adversos, interacciones con otros medicamentos...) como financieros y esto último tiene una repercusión directa sobre la salud tanto a nivel de coste-oportunidad (lo que se gasta en fármacos no se invierte en otra cosa) como por amenazar la sostenibilidad de los Sistemas Públicos de Salud. La escalada en factura de farmacia ha sido imparable durante muchos años llegando a suponer la cuarta parte del presupuesto de un Servicio de Salud y la octava parte del presupuesto de una Comunidad Autónoma. Esta inercia se ha mantenido inexpugnable a pesar de la creciente concienciación de los facultativos que, sobre todo en Atención Primaria, cuentan con la eficiencia como su principal objetivo.

En el contexto actual de crisis permanente lograr cambiar esta tendencia desbocada suponía un reto a la vez que una urgente cuestión de supervivencia. Así fue como nos lo planteamos: analizar cuál era el camino hacia el éxito y facilitar a cada caminante su propio mapa automatizando a través del Business Intelligence su situación dentro de la estrategia diseñada.

2. Objetivo

El objetivo principal de este proyecto era mejorar la calidad de prescripción de los facultativos de Atención Primaria, tanto médicos de familia como pediatras.

En base al perfil de ambos grupos se seleccionaron sólo 6 indicadores a monitorizar. En Pediatría la elección de los indicadores fue dirigida en función de la seguridad pues es el principal peligro de la prescripción en este ámbito. Sin embargo en el ámbito de Medicina de Familia la elección se hizo fundamentalmente enfocada a la eficiencia, es decir, buscar el mismo efecto con menor coste.

Dado que una mejora en eficiencia con la misma actividad necesariamente conlleva un ahorro, con ello pretendíamos reducir el gasto farmacéutico en receta abriendo un camino a la sostenibilidad de nuestro Sistema de Salud.

Por otra parte este proyecto tenía como objetivo secundario establecer desde los Servicios Centrales un vínculo directo con cada facultativo, asegurando la recepción de la estrategia corporativa sin distorsiones ni pérdidas, un reto en una empresa tan compleja, grande y dispersa.

3. Método

Este proyecto forma parte del Cuadro Integral de Mandos del Servicio Murciano de Salud (CIMA) y se enmarca en el ámbito de la Atención Primaria (AP) de ahí su nombre: CIMA AP Farmacia.

Tras el análisis de los datos se seleccionaron los indicadores dentro de los ya existentes en los Contratos de Gestión de los años anteriores: 6 para cada una de las dos dimensiones de informe

En Medicina de Familia la elección estuvo orientada a la eficiencia seleccionando: Principio Activo, DHD Antibióticos, IECA, Simvastatina, Omeprazol y Asociaciones fijas de beta2-corticoides.

En Pediatría pesó más la seguridad en la selección lo que supuso cuatro indicadores relacionados con el uso de antibióticos: Principio Activo, Salbutamol inhalado, DHD Antibióticos, Penicilinas, Clavulánico y Macrólidos.

Los resultados en los indicadores se presentaban en gráficos de barras (ver Figura 1) donde el cliente se veía junto no sólo a la media regional y de su Área de Salud sino también junto a todos sus pares compañeros del mismo Equipo de Atención Primaria. Esta medida garantizaba la visibilidad de todos los componentes, permitiendo identificar líderes, señalando a aquellos que necesitan ayuda de los primeros y estimulando el benchmarking. El área de objetivo se destacaba con un color amarillo enmarcado en recuadro.

La disparidad de los objetivos e incluso el distinto sentido del mismo (unos de máximos y otros de mínimos) constituían un amplio abanico que iba desde mayor del 95% hasta menor del 20% lo que dificultaba sobremanera la comparación interna entre todos los indicadores del mismo cliente. Para solucionarlo se ideó una conversión de los resultados a una única escala de cumplimiento y en un solo sentido resultando una ratio (unidad óptima de medida para cualquier indicador) que se expresaba como un porcentaje de 0 hasta 100 donde todos los objetivos eran superar el 50. Esto se presentaba en un diagrama radial en el centro del informe (ver Figura 1) que tenía coloreada en rojo el área de incumplimiento (de 0 a 50, por debajo del objetivo) y que dibujaba un polígono azul con los valores de los cumplimiento de ese cliente de forma que las fortalezas destacaban en azul y las debilidades en rojo, siendo su medida proporcional al cumplimiento/incumplimiento. Esto permitía facilitar el perfil del cliente que de un vistazo podía saber cuales eran sus espacios de mejora y por qué orden. En el vértice de cada radial se encontraba el gráfico de barras comparativo de ese mismo indicador, el cual la información a un nivel superior permitiendo encontrar un compañero del cual aprender, líder en ese indicador.

También se incorporó en el cuadrante superior izquierdo un indicador de eficiencia que listaba en una tabla ordenada los cupos con mayores problemas de eficiencia, estableciendo un código de colores según nivel de alerta (naranja para los importantes o rojo para los casos extremos). Esto permitía identificar aquellos cupos en los que había que el directivo debía intervenir optimizando su esfuerzo.

En el cuadrante inferior derecho se añadió una tabla con los 10 grupos de mayor coste para cada propietario del informe.

Como fuente de datos se eligió la base de datos de facturación de farmacia en detrimento de lo programado en el aplicativo informático de consulta ya que la información de facturación estaba consolidada y era el patrón oro para monitorizar el gasto. Esto supuso asumir un decalaje de la información de entre 2 y 3 meses respecto al momento de prescripción.

El informe era mensual y se imprimían en papel todos los destinados a los facultativos para asegurar su recepción sin depender del uso de herramientas informáticas. Los impresos a color llegaban en sobre cerrado a cada Centro de Salud por correo interno.

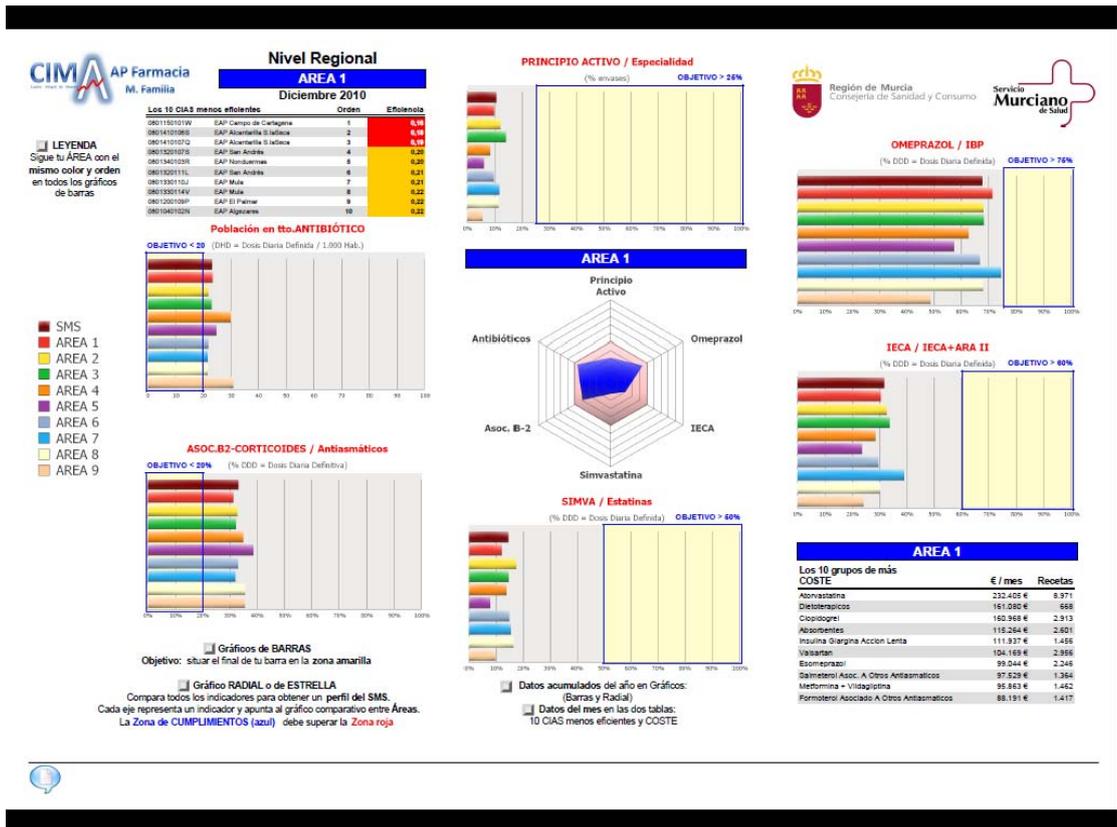


Figura 1: Informe de CIMA AP Farmacia de nivel Regional en el que se recoge en el centro el perfil del Área de Salud 1 en un diagrama radial, desarrollando en cada vértice el comparativo un gráfico de barras que enfrenta los cumplimientos de las nueve Áreas de Salud y el promedio del Servicio Murciano de Salud (SMS).

La implicación y el liderazgo de los directivos en la presentación y despliegue del proyecto fue clave para arraigar este método y establecer una cultura de monitorización regional en la que todo facultativo se empeñaba en mejorar, en aumentar su hexágono azul de cumplimientos hasta cubrir por completo el área roja.

Evaluación Medimos el resultado del proyecto en **3 dimensiones:**

- 1. Satisfacción:** a través de encuesta a los profesionales.
- 2. Mejora de indicadores:** comparando los cumplimientos acumulados de cada indicador, tal como los monitoriza el Contrato de Gestión.
- 3. Ahorro conseguido:** comparando facturación del grupo de fármacos controlados por cada indicador con su precedente anterior a CIMA (mismo mes año anterior).

Limitaciones y posibles sesgos

Debemos destacar que esta mejora y ahorro no se han producido en un escenario aséptico a otros factores que han podido contribuir a dicha mejora, entre ellas la disminución del precio de algunos medicamentos en todo el estado español. Sin embargo el ahorro está calculado sobre meses anteriores a la entrada en vigor del Real Decreto 9/2011. Por otro lado la disminución de precio de algunos medicamentos en los primeros ocho meses del 2011 no justifica la mejora en los indicadores ni la espectacular mejoría de la Región de Murcia en facturación de receta frente al resto de CC.AA. en un mismo escenario común de precios.

Resultados 1. Satisfacción

A los 3 meses del lanzamiento de CIMA AP Farmacia enviamos a todos los destinatarios una encuesta de satisfacción en la que medíamos el grado de resistencia al informe, su implicación, la opinión sobre la pertinencia de los indicadores, sobre la cadencia de envío y permitíamos sugerencias para mejoras. Con una tasa de respuesta superior al 60% el grado de satisfacción medio obtenido en todos los ítems fue de notable (4 sobre 5). El informe fue aceptado y se integró en la vida diaria del facultativo como herramienta de situación.

2. Mejora de indicadores

El **cumplimiento histórico** (desde 2005) de estos indicadores oscilaba entre 28% y 34% con fluctuaciones constantes. Desde el momento del despliegue de CIMA AP Farmacia la tendencia fue constante hacia la mejoría rompiendo el techo histórico y llegando hasta el 40%.

Las **tendencias** analizadas para los últimos dos años con comparación mes frente a mismo mes del año anterior nos demostraron el abandono de un escenario de recesión en los indicadores por una tendencia constante y creciente de mejora consolidada en todos los 8 meses de evolución llegando al 2.5% global.

Por indicadores se registraron las tendencias positivas y crecientes en todos y cada uno de los 8 meses destacando Principio Activo de 1.8% llegó a 10%, Omeprazol de -1% a 2.6% y Simvastatina de -0.2% a 2.1% (ver Figura 2).

Por Áreas todas (las 9) invirtieron su tendencia de forma inequívoca (ver Figura 3) tras el despliegue de CIMA AP Farmacia destacando el Área 9 del 0.6% al 5% y en mejora acumulada del 2% al 14%.

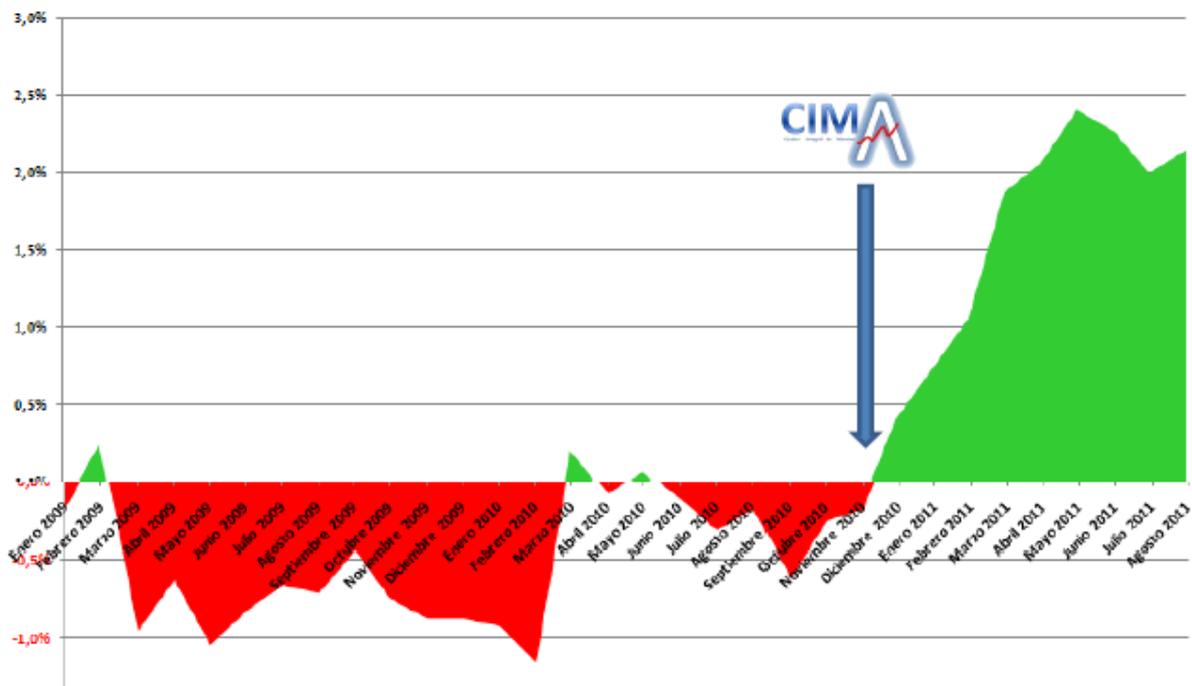


Figura 2: Mejora en el indicador Simvastatina (mes / mismo mes año anterior)

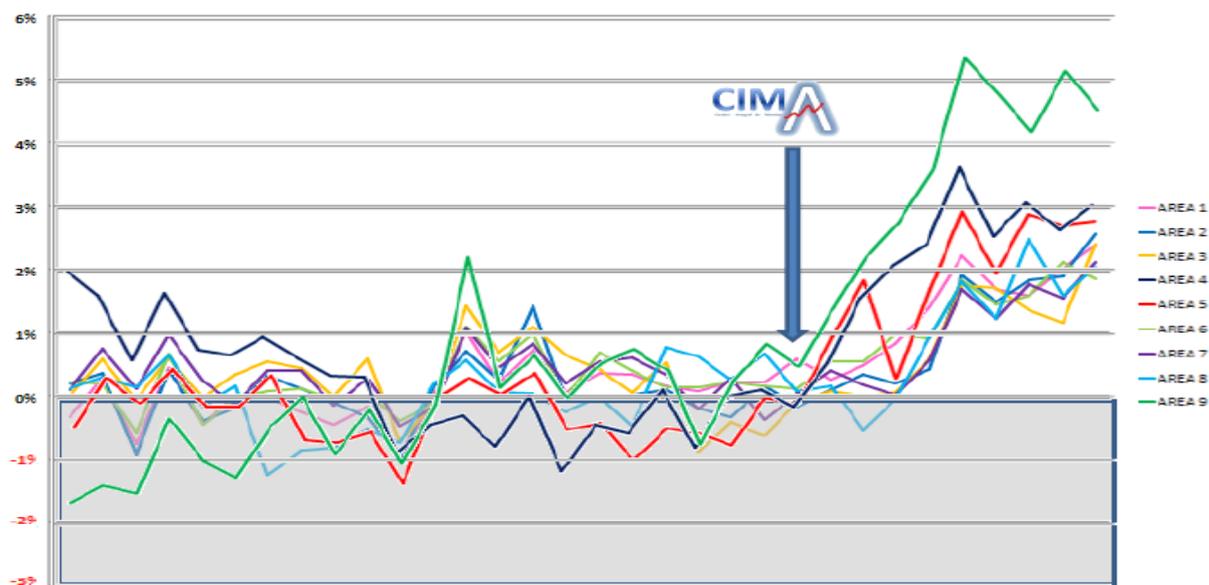


Figura 3: Mejora por Áreas de Salud (mes / mismo mes año anterior)

3. Ahorro conseguido

En la comparación con la factura de los grupos de fármacos controlados por los indicadores se observó un ahorro conseguido (ver Figura 4) de más de 14 millones de € (14.449.046 €) en tan sólo 8 meses desde la implantación de CIMA AP Farmacia, destacando 7 millones € del grupo de estatinas no Simva y 2 millones € de IBP's no Omeprazol. Si proyectáramos esta tendencia al resto del año tendríamos un ahorro anual estimado de 21 millones de €.

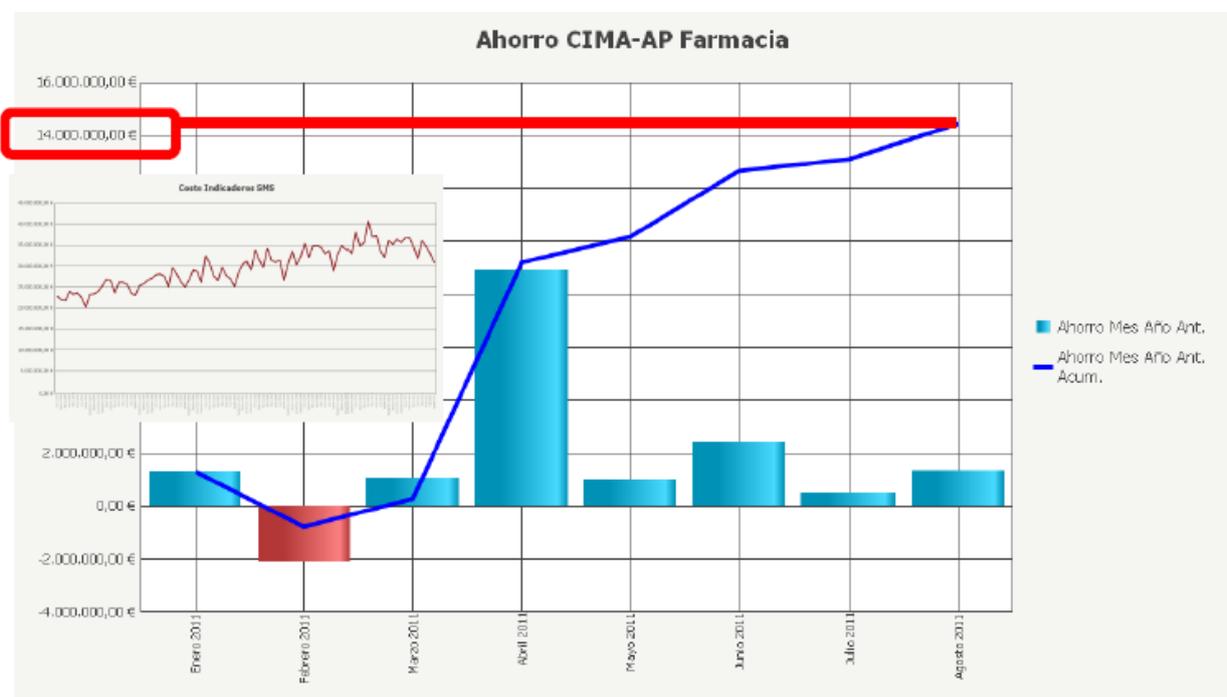


Figura 4: Ahorro total conseguido tras 8 meses con CIMA AP Farmacia.

CONCLUSIONES

El poder de la información bien seleccionada y su visibilidad son las bases del cuadro de mandos y suponen el incentivo más poderoso para alinear a todos los médicos con la estrategia corporativa y así vencer por fin inercias históricas.

Estrategias 19 y 44

Nombre Desarrollo de un Conjunto básico de Indicadores para la gestión clínica en Atención Primaria

Ámbito Comunidad Autónoma de Aragón. Atención Primaria.

Inicio En abril de 2009 se publica la adenda de indicadores clínicos, para las consultas de medicina de familia, pediatría y enfermería, que completa el anexo de indicadores de la Orden que regula el Sistema de Información y Evaluación de AP del Sistema de Salud de Aragón.

Síntesis El Real Decreto 137/1984, de estructuras básicas de salud, establece las bases de la actual Atención Primaria. Nuestro país se plantea dar un nuevo impulso a esta red asistencial, a través del Proyecto estatal AP21.

En Aragón, dicha iniciativa se plasma en “Estrategias, objetivos y compromisos para la Atención Primaria en el Sistema de Salud de Aragón (2008-2011)”. Más recientemente se ha elaborado el documento “Líneas estratégicas 2011-2015 del Servicio Aragonés de Salud”.

El proyecto de desarrollo de un Conjunto básico de Indicadores para la gestión clínica, pretende orientar el sistema de información de atención primaria (SIAP) hacia la gestión de la consulta y la medición de resultados, en términos de salud, calidad y eficiencia.

Además de ser útil para la gestión clínica, el proyecto integra información de diferentes subsistemas de información que puede ser de interés para la gestión de la organización sanitaria y para la planificación. Por ejemplo, el proyecto contempla indicadores que pueden ser útiles para la evaluación de las estrategias de excelencia clínica del Ministerio de sanidad.

En octubre de 2008 se publica la Orden de 22 de septiembre de 2008, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula el Sistema de Información y Evaluación de los servicios de Atención Primaria del Sistema de Salud de Aragón, de sus centros y unidades clínicas.

Esta norma sienta las bases para definir el Sistema de Información de A en el Sistema de Salud de Aragón, así como regular el procedimiento para su actualización. Se crea la Comisión para la actualización y gestión del Sistema de Información de AP, se establecen las aplicaciones informáticas y registros que sustentan el sistema y se define una estructura inicial de indicadores, dejándose para un posterior desarrollo los indicadores de gestión clínica.

En octubre de 2008, se constituye un equipo para definir un mapa de indicadores clínicos para Atención Primaria. El equipo basa su trabajo en las directrices nacionales y autonómicas mencionadas, en guías de práctica clínica, como las del NICE, y en experiencias locales (principalmente se revisan indicadores del contrato programa y de proyectos de mejora de algunos centros de salud).

La Comisión para la actualización y gestión del sistema de información de atención primaria se constituye en febrero de 2009. Está presidida por el Jefe de Servicio de Evaluación y Acreditación de la Dirección General de Planificación y Aseguramiento, siendo componentes de la misma: el Director de los servicios de Atención Primaria del Servicio Aragonés de Salud, responsables de la implantación y mantenimiento de los sistemas informáticos y de comunicaciones del Servicio Aragonés de Salud, profesionales sanitarios expertos en sistemas de información y profesionales expertos en gestión de la información sanitaria.

En abril de 2009 se publica la adenda de indicadores clínicos, para las consultas de medicina de familia, pediatría y enfermería, anexa a la Orden que regula el Sistema de Información y Evaluación de Atención Primaria del Sistema de Salud de Aragón.

En octubre de 2010 dos equipos de trabajo, uno funcional y otro tecnológico, inician el desarrollo de un sistema Datawarehouse de explotación de indicadores para Atención Primaria que actualmente se encuentra en fase de validación.

Evaluación Los resultados presentados se obtienen a partir del Boletín Oficial de Aragón, de las actas de la Comisión para la actualización y gestión del SIAP y de los demás equipos de trabajo; y de los contratos programa del Servicio Aragonés de Salud.

Resultados La primera lista de indicadores clínicos del sistema de información de atención primaria del sistema de salud de Aragón, se aprueba, como adenda de la Orden que regula el SIAP en Aragón, por la Comisión para la actualización y gestión del SIAP, en marzo de 2009.

La adenda contiene indicadores de proceso y resultados intermedios, para las consultas de medicina de familia, pediatría y enfermería. Incluye las áreas de prevención de problemas de salud (consejos, inmunizaciones y cribados), atención y manejo terapéutico de los principales problemas de salud, y calidad del registro en historia clínica.

Desde su creación, la comisión trabaja a un ritmo de 3- 4 reuniones anuales. En ellas se han gestionado 6 solicitudes de cambios en los protocolos de OMIap, para permitir el registro de novedades en, por ejemplo, vacunas, o planes de cuidados o en el registro de medicación.

La comisión ha realizado cuatro actualizaciones de la adenda de indicadores clínicos. Se han revisado las definiciones de indicadores de proceso y resultados intermedios de diabetes, obesidad, vacunas y manejo terapéutico. Se añaden aclaraciones y excepciones, para minimizar el riesgo de sesgos y garantizar la obtención de resultados aceptados por los profesionales sanitarios.

Los indicadores están disponibles en:

http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/AreasTematicas/SanidadCiudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/ci.01_Informacion_sanitaria.detalleDepartamento?channelSelected=df3714d66d9cb210VgnVCM100000450a15acRCRD

Desde 2010, la Dirección de Atención Primaria del Servicio Aragonés de Salud se basa en el conjunto de indicadores contenidos en la adenda para incorporar nuevos indicadores de efectividad en los contratos programa de atención primaria. En el último contrato 6 de los 14 indicadores de efectividad son aportaciones que realiza la adenda al contrato.

A finales de 2011 finaliza la primera fase del diseño de una aplicación, de tipo Data Warehouse, para la explotación y visualización de indicadores corporativos de atención primaria del sistema de salud de Aragón. Se proyecta una herramienta que contenga información procedente de OMIap, BDU y consumo farmacéutico.

En esta primera fase la aplicación contiene cuadros de mando con indicadores de estructura (pirámides de población, altas y bajas), actividad (frecuentación y presión asistencial), indicadores clínicos (de proceso de atención y de resultados intermedios) e indicadores de efectividad del contrato programa. Los usuarios de esta aplicación van a ser los servicios de planificación y gestión, los equipos directivos de atención primaria y los profesionales de los centros de salud (medicina de familia, pediatría y enfermería)

Queda pendiente incorporar la información relativa a prescripción farmacéutica, continuar con la validación de los indicadores - es necesario revisar tanto la validez de cada uno como la del conjunto - y extender el proyecto al resto de profesionales de AP

Estrategia 20

Nombre Cirugía menor en el hospital, realizada por médicos de Atención Primaria

Ámbito Comunidad Autónoma de Cantabria. Atención Primaria y Atención Hospitalaria. Médicos de Familia que practican cirugía menor en ámbito hospitalario

Inicio Año 2010

Síntesis La actividad comienza en el año 2010 con un médico de Atención Primaria (AP), se pretende mejorar la resolutiveidad y aliviar una lista de espera aparecida tras la fusión del ambulatorio de especialidades de Vargas con el hospital universitario Marqués de Valdecilla.

Durante ese año, además de la labor asistencial correspondiente, se formó un equipo de cinco médicos de familia que formaron un equipo para continuar la actividad durante el año 2011 y hasta el presente del 2012.

Estos médicos son sustituidos de su trabajo habitual durante dos semanas al mes (cada facultativo acude dos semanas cada cinco meses) para efectuar intervenciones de Cirugía Menor en una sala acondicionada para tal fin en las consultas externas de Valdecilla. Esto supone que disponen del soporte técnico y humano del Hospital para poder efectuar intervenciones que no estarían indicadas realizarlas en Centros de Salud, bien por la complejidad técnica o por la seguridad del paciente.

El hospital contribuye con personal de enfermería y auxiliar clínico y administrativo, además de las instalaciones e infraestructura. La gerencia de AP contribuye con el personal facultativo (cinco médicos de familia).

Durante el año 2012, se practican 9 intervenciones/día, durante dos semanas/mes, lo que supone una media de 90 intervenciones al mes, suficiente para atender a la demanda existente.

El tipo de intervenciones practicados en su mayor parte, es de Cirugía Menor Avanzada (lo que supone lesiones subcutáneas, algunas de ellas llegan hasta planos profundos y con una complejidad media a diferencia de lo practicado en centros de salud que en su mayoría es de Cirugía Menos Básica lo que suponen lesiones superficiales un su mayor parte.

Durante esta actividad, se han formado en técnicas y habilidades quirúrgicas 16 Médicos de Familia 30 Médicos Residentes y 4 Estudiantes.

En la actualidad se realiza una consulta de alta resolución en el hospital por parte de los médicos de Atención Primaria: los volantes son enviados al hospital y seleccionados los que presentan solicitud quirúrgica, estos son citados y el paciente es intervenido el mismo día de la citación, una sola consulta hospitalaria, el seguimiento curas, retirada de puntos e informe de anatomía patológica lo realiza en el centro de salud.

Evaluación

- Numero de pacientes atendidos
- Número de intervenciones realizadas
- Diagnósticos anatomopatológicos de las lesiones

Estrategia 20

Nombre Comisión uso racional antimicrobianos

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria y Atención Hospitalaria.
Dirección asistencial noroeste: Incluye los centros de salud de esta dirección asistencial, junto con los hospitales Fundación Jiménez Díaz, Majadahonda-Puerta de Hierro y El Escorial.

Inicio Marzo de 2012

Síntesis Comisión formada por profesionales de Atención Primaria y Atención especializada cuyo objetivo es el conocimiento de los patrones de uso de antimicrobianos, presencia de resistencias y desarrollo de protocolos comunes de tratamiento de patologías infecciosas que pueden ser tratadas en ambos niveles asistenciales. Dentro de la comisión hay médicos y farmacólogos de ambos niveles asistenciales, junto con miembros de los equipos directivos de las distintas entidades participantes.

Objetivos:

1. Presencia de resistencias. Se propone elaborar un mapa de resistencias y ofrecer información a los profesionales de ambos niveles asistenciales para su aplicación a la práctica clínica diaria. Dicho mapa será actualizado periódicamente. Se elaboró un primer mapa en 2011.
2. Protocolos de tratamiento. Se propone elaborar protocolos de tratamiento para las patologías más frecuentemente tratadas en ambos niveles asistenciales (faringoamigdalitis, neumonías, gastroenteritis aguda, infecciones urinarias). Todos los protocolos han sido (y son) desarrollados bajo las mismas premisas: se organiza un grupo de trabajo dentro de la comisión de uso racional del medicamento y sobre un boceto de protocolo se valora cualquier sugerencia. Por último son aprobados en reunión de la comisión.
3. Conocimiento de los patrones de uso de antimicrobianos. Área menos desarrollada de la comisión. La elaboración de los protocolos de tratamiento ha permitido identificar usos inapropiados de antimicrobianos, lo cual ha generado notas de la comisión dirigidas a los profesionales

Evaluación Los objetivos principales de la comisión han sido la elaboración de un mapa de resistencias y el desarrollo de protocolos compartidos entre atención:

Indicadores de uso:

- Número de mapas de resistencias y protocolos elaborados
- Número de profesionales informados de las resistencias y protocolos

Sistema de evaluación

- Reuniones de la comisión de uso racional de antimicrobianos

Resultados En el momento actual se ha elaborado:

1. Un mapa de resistencias de patógenos urinarios en el año 2011. Dicho mapa de resistencias incluía las presentes en cada laboratorio de microbiología (Fundación Jiménez Díaz, Majadahonda-Puerta de Hierro y El Escorial)
2. Elaboración de 3 protocolos
 - a. Faringoamigdalitis
 - b. Neumonía
 - c. Infección Urinaria

En el momento actual no hay datos de cambios en la prescripción de los profesionales.

Estrategia 20

Nombre Consentimiento informado

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria y Atención Hospitalaria:
Dirección Asistencial Noroeste: centros de salud de esa Dirección y hospital de El Escorial

Inicio Enero de 2009

Síntesis Desde la puesta en funcionamiento del catálogo de pruebas diagnósticas disponibles desde Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud de 2006, los profesionales de Atención Primaria pueden solicitar pruebas diagnósticas (según las indicaciones recogidas en dicho catálogo) que precisan ser realizadas en el ambiente hospitalario (radiología, endoscopias, ergometrías, etc.).

La particularidad de estas pruebas es que son solicitadas por profesionales de atención primaria y realizadas por profesionales de atención especializada y en un ámbito de actuación distinto (aquellos solicitan la prueba en un centro de salud y ésta se realiza en un centro hospitalario). Para que el circuito funcione adecuadamente es preciso que:

1. La información facilitada por el profesional de atención primaria sea lo más completa posible y que la indicación de realización de la prueba esté recogida en el catálogo de pruebas diagnósticas
2. Los pacientes sean informados de los motivos por los que se indica la prueba, de las distintas opciones diagnósticas disponibles y de los riesgos que dicha prueba implica, así como de las preparaciones que cada prueba precisa.
3. La información que se facilita al paciente sea lo más parecida posible entre ambos niveles asistenciales para la misma indicación y prueba solicitada

Para hacer posible que el circuito funcione se informa a la Dirección Asistencial Noroeste y a los centros de salud que derivan al hospital de El Escorial de los consentimientos informados y preparaciones disponibles en el hospital para su entrega a los pacientes.

Evaluación Una vez disponible en los centros de salud los distintos consentimientos informados, el sistema de evaluación utilizado ha sido el registro de pacientes procedentes de Atención Primaria sin consentimientos informados.

Resultados Los resultados han sido positivos. Actualmente la mayoría de los pacientes llegan con el consentimiento informado leído a la realización de la prueba y ha disminuido el número de pacientes sin consentimiento derivados al servicio de Digestivo del Hospital de El Escorial por este motivo. Durante la aplicación de esta experiencia, la consejería de Sanidad de Madrid ha ido elaborando distintos consentimientos informados que se han integrado en el funcionamiento del hospital y que han sido trasladados a Atención Primaria.

Estrategia 20

Nombre Consulta Músculo esquelético

Ámbito Comunidad Autónoma de Cantabria. Atención Primaria y Atención Hospitalaria.
15 centros de salud del Área de Salud de Santander.

Inicio Enero de 2012

Síntesis La consulta de músculo esquelético en el ámbito de la atención primaria (AP) pretende facilitar la resolutivez de los procesos del área músculo esquelética en el ámbito de la Atención Primaria de salud garantizando la calidad de la atención sanitaria y la satisfacción de las necesidades y expectativas del usuario, mediante consultas de especialistas hospitalarios (reumatología y rehabilitación) de carácter multi e interdisciplinar, que se desarrollan en el ámbito de la AP, al menos una vez al mes.

Sus **objetivos** son:

1. Crear equipos multidisciplinares de actuación que favorezcan la resolutivez de los procesos en el ámbito de la Atención Primaria.
2. Identificar los procesos en los cuales se quiere promover la resolutivez en la Atención Primaria.
3. Definir las funciones y actividades mínimas a realizar en cada uno de los procesos así como el nivel de atención (primaria y/o hospitalaria) en la cual se llevarán a cabo.
4. Facilitar la resolutivez del médico de Atención Primaria a través de la formación en técnicas de diagnóstico y tratamiento.
5. Valorar la posibilidad del origen laboral de la patología y por tanto, la pertinencia de ser atendidos en su MUTUA correspondiente según origen de la contingencia.
6. Intervenir de forma precoz en la asistencia de pacientes en Incapacidad temporal (IT) por causa osteomuscular.

Se ha elaborado un documento en el que se describen las actividades mínimas que debe de realizar el médico de familia en cada uno de los procesos identificados.

Los profesionales de la unidad de musculoesquelético (UME) dispondrán de una agenda propia en cada uno de los centros de salud incluidos en el programa. Los días de consulta serán previamente acordados en función de la disponibilidad física de consultas y la demanda de pacientes. En dicha agenda se citarán a los pacientes derivados por los médicos de AP. Se reservarán al menos 3 huecos para la citación de pacientes en situación de IT por procesos de origen musculoesquelético, según criterio del médico de AP.

La agenda deberá reservar tiempo para la realización de sesiones formativas conjuntas (UME, MAP) y solventar dudas diagnósticas, de tratamiento o de derivaciones directas a otros servicios hospitalarios. El médico de familia derivará:

- A la UME aquellas patologías que cumplan criterios según protocolos acordados y patologías con dudas diagnósticas y de tratamiento.
- Directamente a especializada (sin pasar por la UME) patologías con diagnóstico claro, que cumplan criterios de derivación según protocolos acordados y revisiones especialidades acordadas con el servicio

No se derivarán los procesos sin tratamiento previo y pruebas diagnósticas establecidas en los protocolos ni aquellos pacientes ya citados en especializada por la misma patología.

Se han definido la información necesaria a aportar en la hoja de interconsulta y la información necesaria a aportar en la hoja de respuesta.

Resultados Perfil del Paciente

Se trata de un paciente de mediana edad, de 47 años de media, en una horquilla que va desde los 14 a los 89 años. Por sexo prácticamente es el 51% varones y 49% mujeres.

Las lesiones atendidas en un 70% lo constituyen quiste epidérmicos o lipomas, las demás patologías lo constituyen machas pigmentadas, dermatofibromas, queratosis actínicas o seborreicas, hidrosadenitis etc

Las piezas extirpadas de todas las intervenciones fueron enviadas al laboratorio de anatomía patológica para su análisis en un 100% de los casos.

Hay que destacar que el 2% de las lesiones intervenidas, correspondieron a lesiones malignas.

	Año 2010		Año 2011		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Pacientes	857	---	719	---	1.576	---
Intervenciones	792	92,4	639	88,8	1.431	90,7

Estrategia 20

Nombre Creación de la figura de “responsable” de continuidad asistencial

Ámbito Comunidad Autónoma de Cantabria. Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Inicio Septiembre de 2011

Síntesis Desde la Gerencia de Atención Primaria se han identificado médicos de familia que representen la figura de continuidad Asistencial.

La Continuidad asistencial es una herramienta de gestión clínica que pretende mejorar la calidad de vida y la satisfacción del usuario.

Nuestra gerencia abarca cuatro áreas de salud, a efectos funcionales se agrupan de la siguiente manera:

- Área de Santander
- Área de Laredo
- Área de Torrelavega - Reinosa

Cada una de ellas tiene asignada un hospital comarcal:

- Área de Santander : Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
- Área de Laredo: Hospital de Laredo
- Área de Torrelavega - Reinosa: Hospital Sierrallana

Son tres los responsables de continuidad asistencial, cada uno referente al área correspondiente, su misión es sincronizar los objetivos asistenciales de manera que el paciente reciba una atención integrada y continua.

Ubicados en el ámbito hospitalario y conocedores de la realidad de la atención primaria son los encargados de poner en marcha mecanismos que favorezcan la continuidad en la transmisión de la información y la eficiencia en la gestión de los procesos de manera que se lleve a cabo de manera coordinada, complementaria y sin duplicidades; todo ello con el fin de que el paciente se sitúe en el centro del sistema.

Evaluación Pendiente

Estrategia 20

Nombre Establecimiento de un proyecto de pediatras consultores

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria.

Inicio Marzo de 2012

Síntesis Establecimiento de un proyecto de Pediatras Consultores en las especialidades de Pediatría General, Cirugía General Pediátrica, Cirugía ortopédica infantil y Traumatología, Psiquiatría Infantil y del adolescente, Alergología, Otorrinolaringología y Enfermería Pediátrica, a las que posteriormente se han añadido Radiología y Rehabilitación.

Se han establecido una serie de profesionales de cada una de estas especialidades con el fin de que sirvan como consultores a los profesionales de Atención Primaria tanto de Pediatría como de enfermería.

Objetivo General:

- Facilitar la comunicación entre profesionales y el flujo de la información clínica a través de soportes telemáticos entre el centro de salud y el hospital y viceversa.

Objetivos Específicos:

- Resolver las dudas tanto diagnósticas como terapéuticas de forma presencial o telemática
- Acelerar la recepción de los casos pactados verbalmente o por protocolo, así como su estudio y resolución
- Agilizar la Información tanto final como del procedimiento asistencial remitido al hospital.
- Elaborar protocolos de derivación
 - Patologías frecuentes
 - Patologías con componentes diferenciales que requieran tratamientos singularizados
- Facilitar la comunicación, con el establecimiento de cuentas corporativas de correo electrónico, que permitan la consulta y/o comentarios entre los profesionales.
- Mantener la continuidad de cuidados del niño una vez dado de alta del hospital.
- Integrar a profesionales de los diferentes servicios en unidades funcionales
- Realizar formación singularizada o colectiva en patologías o procesos pactados mudamente entre ambos niveles asistenciales.
- Lograr un apoyo mutuo de los profesionales de los dos niveles en líneas conjuntas de investigación.

Puesta en marcha en Marzo. Reunión propuesta conjuntamente por la Gerencia Adjunta de Asistencia Sanitaria y la Coordinación de Direcciones de Continuidad Asistencial con participación de siete Direcciones Asistenciales de AP y Coordinadores de Pediatría de las 7 Direcciones Asistenciales de AP.

Se articula de manera singularizada la vía de comunicación siendo el correo electrónico la forma general y dejando el teléfono para los casos que necesiten más pronta contestación.

Se inicia el desarrollo del proyecto celebrando jornadas de trabajo con los coordinadores de pediatría y una enfermera pediátrica de referencia en cada una de las direcciones asistenciales.

Evaluación Se establecerán reuniones con cada uno de los referentes de especialidades para cuantificar y calificar el volumen de las consultas y su resolución. Una vez realizado se valoraran con los referentes pediátricos de las direcciones asistenciales. Se establecen grupos de trabajo con la colaboración de la unidad de Calidad del Hospital Niño Jesús

La periodicidad de evaluación será anual.

Se proponen los siguientes indicadores de seguimiento:

- Número de consultas realizadas sobre el total de consultas derivadas por Atención Primaria
- Número de consultas resueltas sobre el total de realizadas.

Resultados Pendiente

Ha tenido una excelente acogida por los profesionales de ambos niveles que ha servido para detectar puntos de mejora tanto en la relación profesional como en la docencia e investigación conjunta como en las labores administrativas que evitan trámites a los niños en su derivación.

Estrategia 20

Nombre Estrategia de continuidad de cuidados

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Inicio Octubre 2011

Síntesis La continuidad asistencial y dentro de ella la continuidad de cuidados, es una importante área de mejora para cualquier sistema sanitario que tenga entre sus objetivos estratégicos la calidad de la asistencia y la seguridad de los pacientes. La coordinación entre los distintos dispositivos por los que transitan los pacientes a lo largo del proceso de salud-enfermedad, tiene impactos en salud y mejora la eficiencia del sistema.

Durante el año 2011, un aspecto abordado por los Directores de Continuidad Asistencial ha sido la definición y desarrollo de la continuidad de cuidados enfermeros.

Dentro de este marco y como línea estratégica 2012, se ha constituido un grupo de trabajo multidisciplinar que aborda la continuidad de cuidados enfocado a la mejor atención del paciente. El grupo presentará una propuesta de actuación y registro en septiembre de 2012 que sirva de guía y apoyo para la actividad de los Directores de Continuidad Asistencial.

Líneas de trabajo:

1. Normalización de informe de cuidados de enfermería al alta
2. Establecimiento de circuitos y vías de comunicación.
3. Definición de paciente en situación de alto riesgo.

Evaluación En desarrollo

Resultados Pendiente

Estrategia 20

Nombre Instauración de la figura del director de continuidad asistencial

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Inicio Octubre 2010

Síntesis Creación de la Figura de Director de Continuidad Asistencial, entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, para facilitar la coordinación, comunicación y participación entre los dos niveles asistenciales. Nace esta figura para poner en marcha una estrategia integral del hospital de desarrollo de trabajo hacia y con atención primaria, en la atención conjunta de los pacientes de referencia. Dependen de los Gerentes de los Hospitales, integrándose en el Equipo Directivo.

Se han definido una serie de funciones relacionadas con:

- Participación y Comunicación.
- Coordinación
- Accesibilidad
- Procedimientos
- Evaluación
- Formación e Investigación
- Atención al Paciente

Resultados Actualmente hay 29 Directores de Continuidad Asistencial, correspondientes a otros tantos hospitales. De éstos, 11 compatibilizan este cargo con el de Director Médico, Subdirector Médico o Subgerente.

La creación e esta figura esta favoreciendo y facilitando la coordinación, la comunicación y la implantación de proyectos comunes a ambos niveles.

Estrategia 20

Nombre Programa formativo para el manejo del pie diabético en centros de salud e identificación de pacientes con pie de riesgo

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria y Atención Hospitalaria: centros de salud con referencia del Hospital Universitario Príncipe de Asturias (HUPA).

Inicio Octubre de 2011

Síntesis Desde hace cuatro años el Servicio de Endocrinología y Nutrición del HUPA oferta una consulta monográfica de "Pie diabético" para atender a los pacientes diabéticos con lesiones en los pies. La tasa de amputaciones en población diabética en España se encuentra entre las mayores tasas de nuestro entorno y precisan de un abordaje urgente.

Se planteó un programa formativo para profesionales sanitarios de los Centros de Salud de Atención Primaria y para pacientes diabéticos con pie de riesgo, como herramienta básica y fundamental para la mejora del manejo de esta patología. Se definen los siguientes objetivos:

Objetivo Principal:

Mejorar la formación en los profesionales sanitarios del entorno de la Atención Primaria en la identificación de pacientes diabéticos con pie de riesgo y el manejo integral de los mismos.

Objetivos Específicos:

- Incrementar el número de exploraciones de los pies en pacientes diabéticos en Atención Primaria.
- Reducción de la tasa de ingresos hospitalarios por pie diabético.
- Reducción de la demora de derivación de atención primaria a la consulta de pie diabético de pacientes con lesión.
- Reducción del Número de amputaciones.

Actividades y metodología

Se ha diseñado material educativo para profesionales tipo díptico/tríptico, que resume los datos clínicos y de exploración imprescindible en el manejo del pie diabético, y material educativo para pacientes con pie diabético, describiendo con lenguaje entendible por los pacientes los aspectos más críticos relacionados con la prevención del pie diabético.

Se llevan a cabo 5 sesiones formativas por Centro (una sesión por día), de 90 minutos de duración, impartidas por endocrinólogos, podóloga especializada en pie diabético, psicólogo y enfermera educadora en diabetes; en horario de 13,45h a 15,15h. También se ha establecido para los profesionales de AP interesados un programa de rotaciones de 7 horas por la consulta de Pie Diabético, en el Centro de Especialidades Francisco Díaz de Hospital. El curso ha sido acreditado por la Agencia Laín Entralgo con 2,5 créditos.

Evaluación 1. Indicadores de resultados intermedios.

- Porcentaje de pacientes DM que se les explora el pie
- Porcentaje de pacientes DM que se les indica alguna recomendación en cuidados preventivos.
- Porcentaje de reducción del tiempo de remisión a la consulta de pie diabético en pacientes con lesión y tiempo medio de derivación a la consulta de pie diabético de pacientes con lesión antes y después de la realización del curso.

2. Indicadores de resultado final:
 - Porcentaje de ingresos hospitalarios por complicaciones de pie diabético 1 año antes vs 1 año después de la realización del curso.
 - Tasa de amputaciones en pacientes diabéticos por 100.000 habitantes y año.
3. Indicadores relacionados directamente con la formación específica en pie diabético. Impacto formativo en los profesionales de la salud para el cuidado del pie diabético tras la realización de la actividad formativa.
 - Número de cursos realizados en relación a las actividades en el manejo del pie diabético
 - Número de profesionales por estamentos que han realizado esta oferta formativa
 - Número de rotaciones realizadas por la consulta de pie diabético.
 - Satisfacción de los profesionales con la actividad formativa.

Algunas de estas actividades se están llevando a cabo, por lo que no se dispone de resultados procesados.

Resultados Pendiente de terminar el proyecto y ver resultados de impacto del mismo.

Se dispone de resultados de satisfacción mediante encuesta a los profesionales que han acudido al mismo. Estando sin embargo pendiente de concluir y recoger datos de las encuestas, se adelanta la media de satisfacción global del curso, de las 12 ediciones realizadas (una por cada uno de los centros de salud del ámbito del hospital universitario Príncipe de Asturias), que ha sido de 8,9 puntos sobre 10.

Estrategia 20

Nombre Protocolos de derivación en la Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña (XXIC)

Ámbito Comunidad Autónoma de Galicia. Atención Primaria y Atención Hospitalaria.
Todos los centros del Área de la Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña (XXIC)

Inicio 2009. Incorporación progresiva con revisiones periódicas

Síntesis El objetivo principal de los diferentes protocolos y vías es mejorar la atención del paciente en el área de A Coruña, consiguiendo que el usuario esté en el centro de proceso y pueda tener a su alcance los recursos convenientes en el momento adecuado.

Por otra parte, se busca también la normalización de las solicitudes de las consultas y pruebas complementarias, unificando criterios de derivación y solicitud no sólo entre diferentes niveles asistenciales sino también entre servicios hospitalarios.

Estos protocolos están colgados en la intranet corporativa para conocimiento y uso de los profesionales implicados.

The screenshot displays the 'intranet' interface. At the top, it identifies the 'XUNTA DE GALICIA CONSELLERÍA DE SANIDADE' and 'SERVIZO GALEGO de SAÚDE'. The main navigation bar includes 'Inicio | Mapa web | Enlaces | Busca' and a search bar. Below this, there are several content blocks: 'A NOSA ORGANIZACIÓN' (Organizational Structure), 'CONTIDOS' (Content), 'EN PORTADA' (Featured), 'NOVIDADES' (News), 'FORMULARIOS E APLICACIÓN' (Forms and Applications), 'NORMATIVA E CONVENIOS' (Normative and Agreements), 'PROFESIONAIS' (Professionals), 'SERVIZOS' (Services), and 'BIBLIOTECA' (Library). A sidebar on the right lists 'CANLES' (Channels) such as 'Asistencia Sanitaria', 'Calidade, seguridade asistencial e atención ao cidadán', etc. The browser address bar at the bottom shows 'http://novohospitalvigo.sergas.es/'.

- A NOSA ORGANIZACIÓN
- CONTIDOS
- NORMATIVA E CONVENIOS
- NOVIDADES
- FORMULARIOS E APLICACIÓNS
- BIBLIOTECA
- PROFESIONAIS
- SERVIZOS
- CANLES**
- Asistencia Sanitaria
Calidade, seguridade asistencial e atención ao cidadán
Consellería e Servizo Galego de Saúde
- Fegas
- Investigación, docencia e Plataforma de Innovación
- Recursos Económicos
- Recursos Humanos
- Riscos Laborais
- Saúde Pública
- TIC
- Xerencia de xestión integrada de A Coruña
- Xerencia de xestión integrada de Santiago

Ordenar por: Tipo:

Asistencia Sanitaria

ACTUALIDADE

- EL CIRCUITO DE ASISTENCIA SANITARIA A LOS TRASTORNOS ADICTIVOS EN GALICIA**
 MODIFICADO: 07/07/2011 |
 Documento que describe o proceso de atención dos pacientes afectados por un trastorno adictivo, centrándose en asegurar unha atención sanitaria de calidade con garantía de atención semellante a calquera outra patoloxía, regulando a forma de acceso dos pacientes a esta prestación sanitaria e asegurando o seu seguimento con criterios de calidade.

APLICACIÓNS INFORMÁTICAS

- XESTIÓN DE SOLICITUDES DE TARJETAS DE DOANTES**
 MODIFICADO: 19/08/2011 |
- PERFÍS INDIVIDUAIS PARA MÉDICOS**
 MODIFICADO: 31/05/2011 |
 Os perfís individuais permiten a cada médico coñecer as características da poboación que ten asignada e os resultados da actividade que desenvolve, coa finalidade de mellorar a utilización dos recursos e a eficiencia na súa xestión.
- PANEIS DE INDICADORES E SIAC**
 MODIFICADO: 31/05/2011 |

- #### Área Temática
- Todas as categorías
 - Análise, Avaliación Asistencial e Atención ao Paciente
 - Farmacía
 - Oficina Coordinación Transplantes
 - Planificación e Ordenación Asistencial
 - Saúde Mental
 - Xerencias
- #### Contidos máis consultados
- » Xestión de sinónimos de codificación (XESCO)
 - » Formulario IPAQ (Sedentarismo)
 - » Perfís individuais para médicos
 - » Itinerario Asistencial Integrado para o Cancro de Mama
 - » Xerencia de xestión integrada de A Coruña
 - » Protocolos diagnósticos e terapéuticos
 - » Novidades terapéuticas 2012
 - » Diabetes
 - » Documentación de interese

http://intranet/_layouts/intranet/download.aspx?ruta=http%3a%2f%2fascihspro6%2fXESCOPRO8&idContido=152&lista=126

- A NOSA ORGANIZACIÓN
- CONTIDOS
- NORMATIVA E CONVENIOS
- NOVIDADES
- FORMULARIOS E APLICACIÓNS
- BIBLIOTECA
- PROFESIONAIS
- SERVIZOS
- CANLES**
- Asistencia Sanitaria
Calidade, seguridade asistencial e atención ao cidadán
Consellería e Servizo Galego de Saúde
- Fegas
- Investigación, docencia e Plataforma de Innovación
- Recursos Económicos
- Recursos Humanos
- Riscos Laborais
- Saúde Pública
- TIC
- Xerencia de xestión integrada de A Coruña
- Xerencia de xestión integrada de Santiago

Canles Xerencias

Información relacionada coas Xerencias

DATA MOD.	TÍTULO	
07/10/2011	Xerencia de xestión integrada de A Coruña	
07/10/2011	Xerencia de xestión integrada de Santiago	

- #### Contidos máis consultados
- » Xerencia de xestión integrada de A Coruña
 - » Xerencia de xestión integrada de Santiago
- #### Etiquetas
- documentación, dor, fegas, hixiene de mans, riscos laborais

Intranet local

A NOSA ORGANIZACIÓN

CONTIDOS

NORMATIVA E CONVENIOS

NOVIDADES

FORMULARIOS E APLICACIÓNS

BIBLIOTECA

PROFESIONAIS

SERVIZOS

CANLES

Asistencia Sanitaria
Calidade, seguridade asistencial e atención ao cidadán
Consellería e Servizo Galego de Saúde
Fegas
Investigación, docencia e Plataforma de Innovación
Recursos Económicos
Recursos Humanos
Riscos Laborais
Saúde Pública
TIC
Xerencia de xestión integrada de A Coruña
Xerencia de xestión integrada de Santiago

Protocolos de derivación

DATA MOD.	TÍTULO	
16/12/2011	Anemias	i
20/10/2011	Guía de cefalea	i
23/01/2012	Guía deterioro cognitivo	i
28/12/2011	Guía Insuficiencia Venosa Crónica-Varices	i
21/12/2011	Hematuria Macroscópica	i
21/12/2011	Hiperplasia Benigna Próstata (HBP)	i
21/12/2011	Microhematuria	i
20/10/2011	Programa de fisioterapia no domicilio para pacientes inmovilizado na área sanitaria de A Coruña	i
13/02/2012	Protocolo de Lumbalxia	i
18/09/2012	Protocolo de manexo do paciente con enfermidade renal crónica	i
16/03/2012	Protocolo estudo función tiroidea e enfermidade nodular en AP	i
16/03/2012	Protocolo Síndrome canle carpiana	i
16/12/2011	Vía clínica para o manexo do cancro colorrectal	i
27/09/2012	Vía clínica para o manexo do cancro de próstata	i
22/12/2011	Vía clínica para o manexo do cancro de pulmón	i

Contidos máis consultados

- » Guía deterioro cognitivo
- » Protocolo estudo función tiroidea e enfermidade nodular en AP
- » Protocolo de Lumbalxia
- » Vía clínica para o manexo do cancro colorrectal
- » Anemias
- » Protocolo Síndrome canle carpiana
- » Hiperplasia Benigna Próstata (HBP)
- » Xestión
- » Protocolo de manexo do paciente con enfermidade renal crónica
- » Guía de cefalea

Etiquetas

documentación **dor,**
fezas, hixiene de
mans, riscos
laborais

http://intranet/_layouts/intranet/download.aspx?ruta=%2FDOCUMENTOS%2FXerencia+de+atencin+integrada+A+Corua%2F20111109%2FProcedemento

Intranet local

Evaluación
Y
Resultados

Evaluación continua mediante comisiones de seguimiento

Estrategias 20 y 21

Nombre Comisión de uso racional del medicamento

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria y Atención Hospitalaria.
Dirección Asistencial Noroeste: 5 centros de salud de la citada Dirección Asistencial y los hospitales de EL Escorial, Guadarrama y La Fuenfría.

Inicio Marzo de 2011

Síntesis Comisión formada por médicos, farmacólogos, enfermeras y directivos de ambos niveles asistenciales.

El objetivo principal de la comisión es facilitar la continuidad asistencial en el tratamiento de los pacientes de dichos centros sanitarios:

1. Indicadores de tratamiento. Referidas principalmente a los objetivos pautados desde la consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, incluye el uso de antihipertensivos, con especial hincapié en el grupo de los fármacos del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP). Especial empeño en el conocimiento por parte de los profesionales de ambos niveles asistenciales de los indicadores (centro de salud y profesional en atención primaria, servicio y profesional en atención especializada)
2. Conciliación de la medicación. Uno de los problemas más frecuentemente reflejado en las encuestas, tanto entre profesionales como entre pacientes, es el desconocimiento de la medicación que habitualmente toman los pacientes. Ello genera problemas tanto en la valoración en la urgencia (sea hospitalaria, sea en atención primaria), en la valoración de los posibles riesgos de interacciones medicamentosas o en la continuidad del tratamiento tras el alta hospitalaria. Dentro de este objetivo se valoraron distintas líneas de trabajo:
 - a. Valoración de la información ofrecida a los profesionales.
 - i. Adecuación de los informes de alta y de consulta externa hospitalaria.
 - ii. Adecuación de la historia clínica de Atención Primaria
 - b. Disponibilidad y uso de la información clínica
 - i. Uso del sistema HORUS
 - c. Elaboración de un decálogo de “buenas prácticas” que recoge la información clínica precisa para el seguimiento y conciliación de la medicación de los pacientes.

Evaluación Se procede a evaluar los resultados de los distintos indicadores en las reuniones de la comisión. En cada reunión se evalúan los datos del conjunto de los centros de salud, comparados con los centros de salud de la Dirección Asistencial Noroeste (dirección asistencial a la que están adscritos) y comparados con los datos de todos los centros de salud de Madrid. Asimismo se procede a evaluar los datos de cada hospital por separado, comparándolos con el grupo de hospitales al que están adscritos.

Resultados Se ha objetivado una mejoría en los distintos indicadores medidos (fármacos del grupo SRAA, AINE, IBP) con mejores datos en atención primaria. Los resultados en el área de conciliación de medicación no están disponibles al no existir actualmente una herramienta que lo facilite. Si que se ha elaborado el decálogo de “buenas prácticas”

Estrategias 20 y 21

Nombre Consultor virtual en endocrinología

Ámbito Comunidad de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Área de Salud de Tenerife.

Inicio Año 2009

Síntesis La mejora de la coordinación entre Atención Primaria y Especializada viene siendo uno de los retos históricos del sistema sanitario español. El sistema de “derivaciones” mediante el cual los médicos de familia solicitan una valoración por parte de los médicos de especialidades hospitalarias ocasiona con frecuencia ineficiencias en la atención a los pacientes, generando multiplicidad de consultas para resolver un mismo proceso. Lo que supone un aumento de los tiempos de demora y listas de espera e insatisfacción por usuarios y profesionales del SCS.

La figura del especialista consultor, ya recogida en el II Plan de Salud de Canarias es una de las medidas para mejorar la atención integral de los pacientes, reducir las derivaciones y aumentar la disponibilidad de consultas especializadas, además de evitar desplazamientos innecesarios a los pacientes. El especialista consultor presencial ha sido experimentado aunque con metodologías diferentes en varias especialidades como endocrinología, nefrología, cardiología etc.

Para la mejora de la resolutiveidad en la atención de los procesos se ha potenciado la figura del médico especialista consultor virtual en endocrinología. El objetivo del Servicio es mejorar la eficiencia de las consultas de Endocrinología, agilizando la atención al paciente tanto desde la Atención Especializada como desde la AP a través del nuevo modelo de consultor virtual.

El médico de AP a través de la historia de salud electrónica Drago-AP hace una petición al especialista consultor quien consulta el historial y desde un punto de vista diagnóstico y terapéutico valora a cada paciente. El endocrinólogo ofrece la solución para el caso al médico de familia, o solicita pruebas complementarias o cita para valoración presencial. El médico de familia recibe en un plazo de 24 horas la respuesta y toma las decisiones oportunas.

Los pacientes pueden ver solucionados sus problemas desde el Centro de Salud y obtienen una atención rápida e integral y logrando al mismo tiempo, reducir la espera de las consultas externas del centro hospitalario.

Evaluación Indicadores de actividad, motivos de consulta y resolutiveidad
Valoración subjetiva (satisfacción profesional)

Resultados La atención estructurada a los pacientes con diabetes mediante el refuerzo de AP con consultores especialistas ha demostrado mejoras en los parámetros de control de esta enfermedad, uno de los problemas de salud prioritarios en nuestra Comunidad Autónoma. Mejora la atención integral de los pacientes, reduce las derivaciones y aumenta la disponibilidad de consultas especializadas, además de evitar desplazamientos innecesarios. Mejora también en la satisfacción de los profesionales y la coordinación asistencial entre niveles.

- Población diana: 375.000 adultos
- Nº Consultas: 2.141
- Implantada en 22 Zonas Básicas de Salud, 242 Médicos de Familia.
- Motivos consulta: DM-2 (22%), Enfermedad nodular tiroidea (15%), Hipotiroidismo subclínico (13%), Hipotiroidismo (12%), Obesidad (11%), Hipertiroidismo (8%)
- Resolución de consultas: Con respuesta (51%), Cita en CAE (33%), Cita en H (10%), Cita AP (6%).

Estrategias 20 y 21

Nombre	Control del Tratamiento Anticoagulante corporativo Extracción ambulatoria del INR y envío telemático al hematólogo de referencia Creación de centros de salud con autocontrol de tratamiento Acceso corporativo a los datos del tratamiento y niveles de INR
Ámbito	Comunidad de las Islas Baleares. Atención Primaria y Atención Hospitalaria.
Inicio	Año 2009
Síntesis	<p>Desde el Servei de Salut de las Islas Baleares se propuso en primer lugar que la extracción de sangre para el control de los pacientes anticoagulados se desarrollara desde el propio centro de salud o unidad básica del paciente, con la finalidad de no tener que desplazar al paciente hasta el ámbito hospitalario y con el fin de reducir personal en los servicios de hematología dedicados a la realización de dicho procedimiento.</p> <p>Para lo cual se dotó y formó al personal de enfermería de los centros de salud y sus unidades básicas el material y técnica necesaria para dicho procedimiento, por mediación de la empresa contratada y por parte del personal del Grupo Funcional del Ibsalut.</p> <p>También se adquirió el software necesario para el seguimiento y envío telemático tanto del resultado de la extracción como de los posibles comentarios realizados por el personal de enfermería, así como del resultado y observaciones por parte del hematólogo.</p> <p>Se acordó con el servicio de hematología de referencia de cada centro de salud un horario para el envío y recepción de la información.</p> <p>Tanto el software como las conexiones fueron revisados por la Oficina de Seguridad de la Información del Ibsalut para cumplir estrictamente con la LOPD.</p> <p>Los profesionales de un centro de salud fueron formados por el servicio de hematología para el correcto control y seguimiento de los pacientes anticoagulados que no presenten complicaciones durante su tratamiento. A dicho centro se le concedieron los roles necesarios en la aplicación para poder realizar hojas de tratamiento y visitas de seguimiento.</p> <p>Finalmente el software está en una plataforma corporativa en la que los diferentes servicios de hematología de los diferentes hospitales de las diferentes islas tienen acceso (mediante usuario y contraseña). Por lo cual desde cualquier servicio de hematología se puede consultar el valor y el tratamiento de un paciente que esté anticoagulado.</p>
Evaluación y Resultados	<p>El proceso está funcionando al 100% en la isla de Mallorca (45 centros de salud y sus respectivas unidades básicas) y los 4 hospitales de referencia. A la espera de poder implantarlo en el resto de islas (Menorca e Ibiza y Formentera).</p> <p>De momento solo existe un centro que sea de autocontrol.</p> <p>Los próximos pasos se encaminan hacia la integración de dicho software con las aplicaciones corporativas del Servei Balear de Salut. Tanto en su aplicativo de Atención Primaria como en la historia clínica de cada hospital, así como en Historia de Salud, siendo accesible a todos los profesionales sanitarios</p>

Estrategias 20 y 21

Nombre Determinación ambulatoria del INR y envío telemático al hematólogo de referencia (TAO B)

Ámbito Comunidad Autónoma de Galicia. Toda Área Sanitaria A Coruña

Inicio Año 2002

Síntesis En el año 2002 se descentraliza la extracción de INR desde el entonces Hospital Juan Canalejo y desde el Hospital Virxe da Xunqueira a los Centros de Salud (CS) del área de influencia de cada uno de dichos hospitales, consiguiendo la descentralización en el 100% del Área Sanitaria de A Coruña. Se ha conseguido un mayor acercamiento de los servicios al domicilio del paciente.

En el año 2009 la realidad es que aunque la descentralización del INR abarca el 100%, se determina el INR únicamente en el 81% de los centros asistenciales del Área Sanitaria de A Coruña y en todos los casos el procedimiento se completa con el envío telemático de la determinación de INR al hematólogo de referencia y la pauta de tratamiento será determinada por el Servicio de Hematología.

Se identifica como un área de mejora la determinación de INR en todos los centros asistenciales de Atención Primaria, sin que los pacientes de algunos centros se tengan que desplazar a otro centro próximo del mismo Servicio de Atención Primaria o de otro Servicio próximo. Se planifica la reorganización con la formación necesaria de los profesionales de enfermería en cuyos centros se incorpora la nueva actividad asistencial.

De este modo en el año 2010 y primer trimestre del año 2011 se implanta el TAO B en:

- Consultorio Mera: 19-4-2010
- CS Irixoa: 19-4-2010
- CS A Castellana (Aranga): 20-4-2010
- CS Figueiras-Coirós: 20-4-2010
- CS A Covada (Oleiros): 20-7-2010
- Consultorio Nantón: 27-10-2010
- CS Muniferral (Aranga): 9-11-2010
- CS Buño (Malpica): 11-11-2010
- Consultorio Caión: 30-11-2010
- CS Agualada: 14-2-2011
- CS Novo Mesoiro: 25-2-2011
- CS Vilarmaior: 29-3-2011

Con la determinación en la totalidad de los centros asistenciales de la entonces Xerencia de Atención Primaria de A Coruña se mejora la accesibilidad de los pacientes del 19% de los centros, al aproximar el servicio sanitario al domicilio del paciente. Se consigue también una mayor homogeneidad en la actividad de enfermería de los distintos centros, con una optimización del rendimiento asistencial en los centros que previamente realizaban el control de INR de pacientes de centros próximos.

Evaluación Ha mejorado:

- la satisfacción de los pacientes expresada en unos casos verbalmente en los centros asistenciales y en otros casos de forma escrita.
- la resolución de los profesionales de enfermería y su satisfacción paralelamente a una distribución más homogénea del control de INR entre los distintos centros asistenciales.
- Manifestaciones de instituciones locales en relación a la mejora en la accesibilidad acercando los servicios al domicilio de los pacientes en prensa escrita.

Estrategias 20 y 21

Nombre Psiquiatra y Psicólogo consultores en centros de salud de Atención Primaria

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria y Atención Hospitalaria:
5 centros de salud y el servicio de psiquiatría del hospital universitario Príncipe de Asturias.

Inicio Año 2006

Síntesis Con el objeto de establecer canales de comunicación efectivos entre los facultativos de los Equipo de Atención Primaria y el Psiquiatra o Psicólogo de referencia, y para aumentar el grado de resolución de los problemas de salud mental de la población adscrita al Equipo, se plantea el desplazamiento del Psiquiatra/Psicólogo de referencia al Centro de Salud, lo que permite la valoración conjunta del paciente en la consulta del Centro de Salud por su Médico de Familia y el especialista. Además se establece como valor añadido el aspecto formativo que el proyecto define mediante las sesiones clínicas a llevar a cabo en el Centro de Salud.

Objetivos:

- Establecer una estrategia que facilite la toma de decisiones por los médicos de A. Primaria.
- Agilizar la resolución de determinados episodios de salud mental de los pacientes.
- Facilitar el seguimiento de los pacientes mediante la comunicación directa en sesión clínica, de los casos derivados, llevada a cabo en el propio Centro de Salud, los días en los que los especialistas de Salud Mental llevan a cabo su actividad en el Centro.
- Adecuar las derivaciones desde AP al Servicio de Salud Mental.
- Facilitar la accesibilidad de los usuarios.

Se establecen los siguientes **planes de acción**:

1. **Nivel asistencial:** El profesional de Salud Mental de referencia para cada Centro de Salud se traslada al Centro para la atención de los usuarios derivados por los profesionales de ese Centro para primera consulta. Los profesionales del Centro tienen acceso a la agenda y pueden conocer los pacientes a valorar cada día. Por este motivo, la resolución de la interconsulta por el especialista en el Centro de Salud permite que el propio médico de familia esté presente en la consulta, si lo desea.

El registro de dicha actividad se realiza en la historia clínica de AP.

2. **Nivel formativo:** Se llevan a cabo sesiones clínicas de 14,00 a 15,00h todos los días que los profesionales de AE pasan consulta en el Centro de Salud, después de la actividad asistencial. Esto permite que se realice una puesta en común entre los psiquiatras/psicólogos que han pasado la consulta y todos los profesionales sanitarios del Centro con el objeto de poner en común de las patologías abordadas en la consulta y establecer pautas homogéneas de valoración, seguimiento y manejo terapéutico.
3. **Nivel organizativo:** Se traslada, un día por semana, la consulta de psiquiatría y un día por mes la consulta de psicología al Centro de Salud con la finalidad de atender todas las derivaciones que desde dicho Centro se realicen. En el inicio del proyecto, el propio Centro de Salud gestionaba las agendas de los profesionales de Salud Mental y citaba las derivaciones remitidas por los facultativos del Centro.

En el momento actual las derivaciones se llevan a cabo a través de multicita (SCAE) y de manera automatizada los listados de pacientes de las agendas de cada una de las consultas de los profesionales de Salud Mental, se remiten desde AE por correo electrónico encriptado a la Unidad Administrativa de cada Centro de Salud, para su traslado a AP-Madrid. De esta forma los profesionales de salud mental pueden registrar el episodio en la Historia Clínica.

Evaluación Se plantearon como indicadores de Evaluación:

- Tasa de derivación a Salud Mental
- Análisis, cuantitativo y cualitativo, de motivos de derivación a Salud Mental según la clasificación CIAP

Resultados Corresponden a la fase de pilotaje desde el año 2006 al 2009, en le C.S. María de Guzmán.

1. Tasa de derivación a S.M. (Nº de pacientes derivados a SM * 1000/Población adscrita)

Se aprecia una menor tasa de derivación a AE del Centro de Salud con especialista consultor en Salud Mental y la tasa de derivación del Área 3.

	Año 2006		Año 2008		Año 2009	
	C.S.M.G	Área 3	C.S.M.G	Área 3	C.S. M.G	Área 3
Turno mañana	16,8	16,8	3,25	16,33	3,6	14,33
Turno tarde	17,3		3,71		4,4	

2. Tasa de derivación a Salud Mental 2009. (Nº de pacientes derivados a SM * 1000/Población adscrita)

Centro de Salud	Tasa derivación 2009	Tasa derivación Área
María de Guzmán	4,02	14,33
Luis Vives	7,33	
Miguel de Cervantes	10,49	

3. Análisis Cuantitativo Códigos CIAP.

Durante el periodo 2006-2009 se llevó a cabo una evaluación de los Códigos CIAP de los motivos de consulta registrados en la HC de AP en el Centro de Salud de inicio de la implantación del Proyecto

Resultados del análisis cualitativo de los códigos CIAP.

Códigos CIAP	2006	2009
P01 Síntomas ansiedad	38	1
P03 Síntomas Depresión	12,85	6
P76 Depresión	14,53	6,5
W79 Problemas relacionados con el Embarazo	4,47	6,25
P74 Ansiedad	1	23,4
P22 Alteraciones comportamiento niño	3	18,75
P15 Alteraciones relacionadas con alcoholismo	3,35	0
P20 Alteraciones de memoria	5	0

Datos cuantitativos:

Códigos CIAP	2006	2009
Número de episodios diferentes	40	12

4. Resultados encuesta de satisfacción de los profesionales 2009

- Satisfacción de los MF con el proyecto 8,36 (escala1/10)
- Disponibilidad al diálogo entre profesionales 2,73 (escala 0/3)
- Valoración positiva de conocer al compañero en la resolución del proceso de derivación

Estos resultados han permitido extender la experiencia a otros Centros de Salud. Queda pendiente realizar la evaluación con los nuevos Centros de Salud incorporados al proyecto, que aportaría una evaluación con un mayor número de datos.

Se está trabajando en la posibilidad de establecer un cuadro de mandos que permita hacer un seguimiento y una mejor valoración de la efectividad del mismo, mediante la explotación de datos en AP-Madrid.

Estrategias 20, 21, 22

Nombre Desarrollo de la figura del especialista consultor a través del sistema de videoconferencia

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria y Atención Hospitalaria:
Hospital del sureste y centros de salud y consultorios localizados en su área de influencia.

Inicio En junio de 2012 se inicia un pilotaje del proyecto en el que participa el Hospital con el Centro de Salud Arganda I. Se evaluará el resultado en 3 meses desde la fecha de inicio.

Síntesis Esta experiencia trata de diseñar, utilizando el soporte de videoconferencia, un circuito de actuación entre los médicos de Atención Primaria y los médicos de la Sección de Aparato Digestivo que permita la discusión científica de pacientes que por sus características de complejidad requieran el apoyo de la Especialidad. De esta manera, se conseguirá un incremento de la capacitación y competencias de los médicos demandantes y la reducción de derivaciones de pacientes a consultas de esta especialidad así como una disminución de los gastos generados por el descenso en dichas derivaciones.

Mediante el uso de videoconferencia se realizarán sesiones de 2 horas de duración, durante las cuales se expondrán los casos problema por el médico de Atención Primaria, seguido de las recomendaciones pertinentes para su diagnóstico y/o tratamiento por el médico especialista, precedido de cualquier aclaración o matización sobre síntomas, exploraciones etc., que cada interviniente estime oportuno.

Al finalizar cada sesión se levantará acta donde conste el nombre de los médicos, nombre del paciente, su historia clínica y la decisión adoptada y se incorporará por el médico de Atención Primaria a la historia clínica del paciente y por la Sección de Aparato digestivo a la historia clínica informatizada de Atención Especializada.

Evaluación Indicadores:

- Número de sesiones realizadas
- Número de médicos de Atención Primaria participantes
- Número de pacientes:
 - Presentados
 - Resueltos sin pruebas
 - Pacientes a los que se les solicita pruebas y no son citados en consulta
 - Pacientes citados en consulta
- Listado de patologías presentadas
- Encuesta de satisfacción a los médicos de ambos niveles asistenciales

Resultados La experiencia se encuentra en fase de pilotaje, pendiente de informe de resultados.

Estrategias 20, 21 y 22

Nombre Implantación de vías rápidas para pacientes con sospecha de patología tumoral

Ámbito Comunidad Autónoma de Galicia. Atención Primaria y Atención Hospitalaria
Áreas Sanitarias de la Provincia de Lugo.

Inicio Año 2011, con implantación progresiva en las distintas Áreas de Salud:

- Zona Sur: Vía rápida de Ca de próstata, Ca colorrectal, Ca de pulmón y Ca de mama.
- Zona Centro: Vía rápida de Ca de pulmón, Ca próstata, Ca de laringe, Ca de mama y Ca de colon.
- Zona Costa: Vía rápida de Ca pulmón, Ca de la zona ORL, Ca de mama.

Síntesis Una vía rápida tiene como objetivo establecer un circuito diferenciado y ágil que evite los retrasos en las citas, mejorando el uso de los recursos y la accesibilidad de aquellos pacientes que precisen ser atendidos de forma especialmente preferente ante la sospecha de cáncer de colon, pulmón, mama, próstata y del área otorrinolaringológica, garantizando una atención en tiempo y forma de acuerdo con una de las líneas estratégicas de Servicio Gallego de Salud.

Es una herramienta que facilita la gestión de un proceso asistencial a través de un circuito asistencial formado por diferentes actividades diagnósticas y terapéuticas recogidas en los protocolos de actuación. Cada hospital adapta el circuito a las particularidades del centro, dado que los recursos diagnósticos disponibles, son diferentes y se presenta a los facultativos de cada zona sanitaria.

Es una herramienta de coordinación AP-AE para optimizar la programación de una secuencia de actos médicos, evitando tiempos muertos y retrasos en decisiones clave y en la que el facultativo de AP, ante la sospecha o evidencia de tumor y siguiendo los criterios de derivación/inclusión en vía rápida, solicita interconsulta o estudio diagnóstico en formulario de Vía Rápida u hoja de Interconsulta indicando VIA RAPIDA, siendo registrada la petición por el personal administrativo del centro de salud, según las indicaciones específicas de cada hospital, que previamente se habrán dado a conocer al personal implicado (cita Web, fax...). Una vez valorado y diagnosticado el paciente, en un tiempo no superior a 15 días, se adopta la decisión terapéutica adaptada a cada caso.

Evaluación

- % Pacientes derivados con confirmación diagnóstica
- % facultativos que usaron esta vía
- % diagnósticos que accedieron a atención especializada si usar vías rápidas
- Tiempo máximo para ser atendidos 15 días

Resultados Todas las derivaciones que han seguido las vías rápidas han sido atendidas en menos de 15 días, más del 90% en menos de 1 semana.

Resto de evaluación pendiente

Estrategias 20, 21 y 22

Nombre Proyecto de teledermatología diagnóstica y prequirúrgica

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria y Atención Hospitalaria:
Hospital del sureste, centros de salud y consultorios localizados en su área de influencia.

Inicio Segundo semestre de 2011

Síntesis Las consultas de dermatología son muy numerosas debido a la alta preocupación de la población por este tipo de patologías. La mayor parte de las consultas atendidas se deben a lesiones banales sobre las que es muy difícil establecer un sistema de cribado previo. Por otra parte es importante que las lesiones sospechosas de malignidad, detectadas en primaria, sean valoradas y tratadas a la mayor brevedad posible. Esto dificulta los sistemas de filtro que puedan organizarse con atención primaria para el control de las derivaciones, ya que en muchas ocasiones la diferenciación inicial de la lesión es muy dificultosa, siendo preferible la derivación a una consulta no necesaria que la demora en el diagnóstico

Mediante el sistema de interconsultas de SELENE, el facultativo de atención primaria puede introducir imágenes tomadas con una cámara digital. Estas consultas las visualiza el especialista en dermatología a través de una agenda específica de teleconsulta, de tal forma que puede acceder a través del sistema hospitalario a la información clínica, las imágenes de la lesión y a cualquier otra prueba que se haya realizado al paciente en atención primaria para orientar el diagnóstico. Con esta información, el dermatólogo puede realizar el diagnóstico de lesiones dudosas para el Médico de familia. Se realiza por lo tanto un cribado previo que disminuye las derivaciones al hospital de forma segura y permite la atención integral del paciente en un único acto clínico.

Hay que tener en cuenta que gran parte de la patología dermatología no se puede identificar a través de una prueba de imagen, por lo que se requiere un entrenamiento del MF en la selección de las lesiones susceptibles de cribado mediante el uso de la fotografía digital. Es muy importante, por lo tanto, la relación continua entre los médicos de ambos niveles para ir ajustando el uso de la herramienta hacia su punto más óptimo.

Es importante también que ante la detección de lesiones malignas o sospechosas de malignidad, la IC puede ayudar a disminuir el tiempo de espera para la valoración que se realizará inmediatamente a través de las pruebas de imagen. Una vez evaluado por el dermatólogo el paciente puede ser citado de forma directa para su cirugía, lo que disminuye nuevamente los tiempos de espera.

Otra aplicación del proyecto está en la posibilidad de realizar cirugía ambulatoria de alta resolución en el ámbito hospitalario. La teledermatología permite un diagnóstico de previo que oriente la planificación quirúrgica del paciente, de tal forma que directamente el paciente es citado en el Hospital para su cirugía, con la información, indicaciones y pruebas complementarias necesarias para cada caso y gestionadas por su médico de Atención Primaria. El paciente acude únicamente al Hospital para la realización del acto quirúrgico.

Evaluación Los indicadores de medida son:

- Cirugías programadas de alta resolución
- Porcentaje de consultas derivadas desde AP
- Número de interconsultas realizadas que no han precisado de una consulta posterior con el especialista.

Resultados El proyecto está en fase de pilotaje y aún no se ha realizado una primera evaluación.

Estrategias 20, 21 y 22

Nombre Unidad cardiológica de alta resolución (UCAR)

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria y Atención Hospitalaria:
Centros de salud de la extinta Área 1 de Atención Primaria, 2 centros de de Atención Especializada y el hospital general universitario Gregorio Marañón.

Inicio Noviembre de 2009

Síntesis La UCAR es un modelo nuevo de atención cardiológica ambulatoria diseñado para optimizar la eficiencia asistencial cardiológica extrahospitalaria, descentralizando las pruebas diagnósticas cardiológicas y mejorando la satisfacción de los pacientes y los profesionales involucrados. Los principios básicos para alcanzar dichos objetivos son:

1. Consensuar entre Atención Primaria y Atención Especializada Cardiológica los criterios de derivación de pacientes con sospecha de patología cardíaca y de manejo de aquellos con cardiopatías crónicas.
2. Racionalizar las revisiones cardiológicas mediante la transferencia de revisiones rutinarias de escasa complejidad y valor clínico en pacientes cardíacos crónicos de Cardiología a Atención Primaria
3. Reducción de los tiempos de demora en la atención a consultas de pacientes con problemas cardiológicos nuevos o inestables solicitados por Atención Primaria
4. Aceleración de los procesos de diagnóstico cardiológico y de inicio de tratamiento cardiológico al mínimo
5. Mejora de la comunicación clínica entre los profesionales de Atención primaria y Cardiología
6. Creación de un sistema que permitiendo los anteriores, mejore la satisfacción de todas las personas implicadas en los procesos descritos.

Actuaciones más relevantes:

1. Creación de un grupo de consenso mixto con 7 representantes de Atención Primaria y 6 del Servicio Cardiología para la definición y creación de los protocolos.
2. Adecuación de la hoja de citación a las necesidades de información del diseño de alta resolución
3. Habilitación del espacio físico existente para el nuevo diseño funcional, teniendo en cuenta la necesidad de espacios diferenciados para la realización de las pruebas complementarias (ECG, ecocardiograma, ergometría, Holter).
4. Dotación del equipamiento necesario: 2 ecocardiógrafos portátiles, 3 electrocardiógrafos, 5 tensiómetros, 2 estaciones de trabajo para la revisión e informe de las ecocardiografías, 1 ergómetro, 5 grabadoras de Holter, un sistema de envío de información remoto al hospital para la lectura de los Holter.
 - Reorganización de recursos humanos: la UCAR cuenta con 9 profesionales de enfermería (DUEs y auxiliares) y 2 administrativas que permanecen de manera continua en la UCAR , y 19 médicos del Servicio de Cardiología que acuden a pasar consulta diariamente de manera rotatoria.
5. Creación de un sistema múltiple de Comunicación entre Atención Primaria y Cardiología:
 - Asignación de un cardiólogo nominal (con su teléfono y e-mail disponible) como persona específica de contacto en cada Centro de Atención Primaria
 - Puesta disposición de los médicos de AP de una línea telefónica e informática (e-mail) para consultas conectado con la secretaría del servicio de Cardiología
 - Plan de comunicación: Con la doble vertiente de informar y formar a los médicos de AP de Cardiología y al personal de la UCAR.

- Evaluación**
- **Indicadores de actividad:**
 - Nº de consultas extrahospitalarias totales
 - Nº de pacientes nuevos vistos en consultas extrahospitalarias (según cuadro de mandos de HGUGM).
 - Nº de procedimientos extrahospitalarios realizados (ecocardiogramas, ergometría y Holters) según registro interno de UCAR
 - **Indicadores de efectividad:**
 - Índice de ambulatorización de procedimientos diagnósticos: Nº de procedimientos extrahospitalarios/Nº total de procedimientos realizados en Cardio HGUGM x100
 - **Satisfacción de usuarios:** Encuesta diseñada “ad hoc”
 - **Satisfacción de profesionales:** Encuestas diseñada “ad hoc” para valorar la satisfacción de todos los profesionales involucrados en la UCAR (cardiólogos, enfermeras auxiliares) y todos médicos de Atención Primaria a los que sirve como referencia.

INDICADORES DE ACTIVIDAD	2009	2010	2011
Nº consultas extrahospitalarias totales	19.526	17.449	16.159
Nº consultas extrahospitalarias pacientes nuevos	6.358	4.930	5.555
Nº ecocardiogramas extrahospitalarios	420	4.692	3.898
Nº ergometrías extrahospitalarias	82	846	504
Nº Holter extrahospitalarios	45	825	677

INDICADORES DE EFECTIVIDAD	2009	2010	2011
Índice de ambulatorización (ecocardiogramas)	2,3%	23,1%	22,8%
Índice de ambulatorización (ergometrías)	3,0%	29,1%	21,8%
Índice de ambulatorización (Holter)	1,8%	28,6%	31,0%

	Encuesta SUCE 2006 (ítems peor puntuados y sugerencias)	Encuesta satisfacción Consejería Salud Comunidad de Madrid 2009	Encuesta de satisfacción de la UCAR (Oct-Nov 2010)
SATISFACCIÓN GLOBAL	6,27/10	70%	92,6%*
Tiempo de espera en consultas	4,23/10		76,6%
Tiempo de espera para citación	4,95/10		73,9%
Tiempo de realización de pruebas complementarias	Excesivo		92,4%
Sugerencias	Mejoras en la gestión de recursos		

* Encuesta de Satisfacción UCAR 2010: Se declaran satisfechos o muy satisfechos con la atención recibida en la UCAR el 92,6% de los encuestados. El 95,3% (IC 95%: 92,0%-97,3%) recomendaría el servicio de la UCAR a otras personas y el 94,4% (IC 95%: 90,8%-96,6%) recomendaría estos profesionales.

SATISFACCIÓN DE PROFESIONALES

- **Médicos de Atención Primaria:** Tasa de respuesta del 56,7%. El 80% de los encuestados están satisfechos/muy satisfechos con la UCAR y el 84,8% recomendaría esta consulta a otros profesionales. El 81,8% considera que la consulta ha mejorado con respecto al modelo anterior. No existen estadísticas previas pero se habían recibido numerosas comunicaciones refiriendo la insatisfacción de los médicos de AP sobre la atención cardiológica extrahospitalaria.
- **Profesionales de la UCAR:** Tasa de respuesta. 63,6%. Se declaran satisfechos/muy satisfechos con la fórmula de trabajo de la UCAR un 85,7%, y el 85,7% recomendaría una consulta como la UCAR a otros profesionales. No existen estadísticas previas pero el trabajo en consultas extrahospitalarias era considerado un “castigo” entre los cardiólogos hospitalarios.

Estrategias 20, 21 y 27

Nombre Programa de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas

Ámbito Comunidad de las Islas Baleares. Atención Primaria, Hospitalaria y sociosanitaria.

Inicio Año 2012

Síntesis El programa nace por la necesidad de establecer estrategias de colaboración entre los diferentes ámbitos asistenciales (Atención Primaria, Hospitalaria, Socio Sanitarios, Equipos de soporte, Paliativos, Bienestar Social, etc). Con el fin de proporcionar una asistencia de calidad a nuestros pacientes, con evitación de duplicidad de pruebas e interconsultas innecesarias, garantizando la seguridad del paciente al compartir todos los entornos sanitarios la misma información.

El programa consta de una parte común de registro de datos, donde cualquier profesional (independientemente de donde trabaje) puede cumplimentar una serie de datos considerados comunes. Además existen diferentes pantallas con información relevante para cada especialidad (hasta el momento consta de visita para el médico de familia, internista, neumólogo, endocrinólogo, neurólogo, nefrólogo, enfermería y Trabajador Social).

El programa consta de todas las guías actualizadas sobre la EPOC y sobre el Riesgo Cardiovascular (patologías sobre las que se asienta PAPEC) con múltiples ayudas para seguimiento, control y tratamiento del paciente.

Es un espacio único compartido por todos los profesionales sanitarios del paciente.

Evaluación Y Resultados El proyecto se inicia en estas fechas, ya se ha formado a profesionales de los dos ámbitos asistenciales y en los hospitales sociosanitarios así como en las residencias de ancianos tuteladas por el Govern.

La fase de implantación se empezará en noviembre de 2012 a la espera de tener todos los centros implantados en marzo abril de 2013.

Estrategia 21

Nombre Comunicación Atención Primaria –Atención Especializada (AP-AE)

Ámbito Comunidad Autónoma de Extremadura. Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Inicio Año 2002

Síntesis Extremadura es una Región española que se encuentra situada al Suroeste de España, hace frontera con Portugal. Tiene una extensión de 41.634 Km² y una población de 1.097744 habitantes (estando aproximadamente el 60% en un ámbito rural). La densidad demográfica es de 26,4 habitantes/Km². Esta densidad hace que Extremadura sea una de las regiones menos pobladas de España. La Comunidad de Extremadura está dividida en 4 Áreas Sanitarias a efectos organizativos.

El comienzo de este Proyecto de Telemedicina en Extremadura se remonta al año 2002 en el que se realizó un Proyecto Piloto de Telemedicina que consistía en enlazar un Hospital con un Centro de Salud rural .Se pretendía estudiar durante un período de 6 meses los beneficios que pueden aportar las consultas de Telemedicina (Teleconsultas) de ciertas especialidades en este entorno de la Atención Primaria. Como consecuencia de los resultados favorables de este proyecto Piloto, los responsables sanitarios deciden extender esta actividad al resto de la Comunidad, con la intención de ir incorporándolo de forma progresiva.

Uno de los temores que nos surgen cuando se afronta un Proyecto de esta magnitud es el aspecto económico. La adquisición de la tecnología necesaria se consigue en parte con ayuda de Fondos de la Unión Europea y fondos propios. Se instalan Estaciones de Telemedicina con Hardware y Software sencillo, robusto y de fácil manejo, al que se pueden conectar los periféricos médicos habituales de una consulta de Medicina General entre los que podemos citar : electrocardiógrafos, pulsioxímetros, espirómetros, tensiómetros, escáner de RX, dermatoscopio, cámara de exploración general, escáner de documentos, impresora de documentos y Webcam.

Otro componente fundamental e imprescindible es la Red de Comunicaciones. En nuestra Comunidad existe una Intranet Sanitaria (MACROLAN) que llega a todos los Centros Sanitarios, Centros de Salud y Consultorios Locales. Esta Red ha ido mejorando a medida que se han ido desarrollando los Sistemas de Información Sanitarios (Historia Clínica Electrónica, Radiología digital, Receta Electrónica), que ya ha completado la cobertura de toda la Comunidad. Esta Red nos garantiza un ancho de banda suficiente para realizar videoconferencia y transmisión de archivos (imágenes, Radiografías, electrocardiogramas) al mismo tiempo.

Desde el principio del proyecto se trata de conseguir que las Teleconsultas se realicen en la modalidad de “en tiempo real, ON LINE”.

En otras ocasiones la Teleconsulta se realiza en diferido, o de forma asíncrona, y esto se realiza cuando no es necesario que el paciente y el especialista coincidan para poder resolver la consulta (por ejemplo: informe de pruebas de imagen, como radiografías, resonancias magnéticas, tomografías, imágenes dermatológicas, retinografías, electrocardiogramas, muestras biológicas, etc.).

Finalmente y cobrando un papel clave en el funcionamiento de la Telemedicina, en su vertiente de Teleconsultas tenemos los Recursos Humanos. El sanitario, bien sea médico o enfermero es el que realmente va a hacer que la Telemedicina avance o fracase. Es necesario que exista una implicación profunda, y al mismo tiempo una organización de la actividad. En una consulta en tiempo real es necesario que coincidan al mismo tiempo: paciente, especialista y médico o enfermero que acompaña al paciente. Esto solo se logra mediante una buena organización y planificación de los horarios.

Para entender mejor el proceso es necesario darse cuenta que desde un principio teníamos claro que la supervivencia del proyecto dependía de una serie de condicionantes que eran los que iban a marcar el camino.

Estos condicionantes eran fundamentalmente:

1. No se podían incrementar los gastos en contratación de recursos humanos. Era evidente que tras una inversión considerable en tecnología, se necesitaba por parte de los sanitarios un esfuerzo para incorporar esta tecnología a su actividad ordinaria.
2. Si se quería que esto comenzara a caminar se debían realizar estas actividades en el horario de jornada ordinaria (o sea de 8.00 a 15.00 horas).
3. Había que encontrar la fórmula de motivar a los profesionales sin generar un rechazo previsible ante la introducción de algo "novedoso".
4. Necesidad de crear un organigrama básico, con las funciones bien delimitadas, y operativo.
5. Reorganizar los horarios de algunos profesionales.
6. La tecnología empleada debía ser amigable, robusta, segura. El apoyo técnico y mantenimiento adecuado era fundamental.
7. La modalidad de Teleconsulta que se demandaba, generalmente era una consulta On Line, o en tiempo real.

Resumiendo:

1. Se realizan teleconsultas entre Atención Primaria y Especializada en 29 Centros de Salud de la Comunidad, y una red de Retinógrafos No Midriáticos(10), que va rotando por los Centros de Salud de las 4 Áreas.
2. Se realizan teleconsultas entre 2 Centros Penitenciarios, 1 Centro de Menores y Hospital de referencia
3. Se realizan teleconsultas entre 1 Centro socio-sanitario y hospital de referencia.

Evaluación Anualmente en los Contratos de Gestión de Cada Área se incluye la actividad de Telemedicina. Ponderando una serie de:

1. Indicadores cuantitativos. Nº de teleconsultas, nº de Centros con telemedicina por Área, nº de especialidades.
2. Indicadores cualitativos: Memoria anual, protocolos de teleconsulta, sesiones clínicas (Teleformación), cumplimentación de Historia Clínica Electrónica.

Resultados

Gráfico que refleja la actividad Total de Teleconsultas desde el inicio hasta Junio del 2012



ESPECIALIDADES QUE REALIZAN TELECONSULTAS

En el inicio	En la Actualidad	
<ul style="list-style-type: none"> • Tele-Radiología • Tele-Dermatología • Tele-Neumología • Tele-Cardiología • Tele-Cirugía • Tele-Medicina Interna 	<ul style="list-style-type: none"> • Tele-CMA(C.Mayor Ambulatoria) • Tele-Endocrinología • Tele-Genética • Tele-Hematología • Tele-Nefrología • Tele-Neumología 	<ul style="list-style-type: none"> • Tele-Neurocirugía • Tele-Neurología • Tele-Oftalmología • Tele-Reumatología • Tele-Salud Laboral • Tele-Psiquiatría • Tele-Traumatología

TELECONSULTAS EN CENTROS PENITENCIARIOS

	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Traumatología	60	161	113	97	157	588
Patología Hepática	16	90	111	26	60	303
Patología Infecciosa	0	7	24	4	7	42
Psiquiatría	28	64	48	23	29	192
Endocrinología						52
Dermatología						159
Reumatología						2
Radiología						18
Total						1356



Salidas evitadas =
Consultas resueltas

REFLEXIÓN FINAL: La utilización en nuestra Comunidad ha supuesto una mejora del acceso a la atención especializada de cierta población que se encontraba en ámbitos con dificultad de acceso, por ejemplo: personal recluso, dependientes, pacientes crónicos del ámbito rural con dificultades para desplazarse, etc.

Por otra parte ha permitido que médicos, enfermeros y personal sanitario de Atención Primaria y centros penitenciarios tengan un contacto más fluido con los profesionales sanitarios hospitalarios.

La facilidad de acceso a ciertas especialidades permite una mejor gestión de la calidad las listas de espera, permitiendo una priorización urgente si es necesaria.

Estrategia 21

Nombre	Documento colaborativo de recomendaciones para el abordaje integral de la artrosis de cadera y rodilla.
Ámbito	Comunidad Autónoma de Canarias. Atención Primaria, Atención Especializada, Salud Laboral.
Inicio	Publicación electrónica: octubre de 2012
Síntesis	<p>La Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud ha apoyado, impulsado y coordinado la iniciativa de las Sociedades Científicas colaboradoras en este trabajo para la realización del documento de Recomendaciones clínico-asistenciales para el abordaje integral de la artrosis de cadera y rodilla, que pretende articular y coordinar el trabajo en equipo de los profesionales de Atención Primaria y Especializada para conseguir los mejores resultados en los pacientes que atendemos.</p> <p>El objetivo fundamental es reducir la variabilidad en la práctica clínica y quirúrgica, haciendo un uso eficiente de los recursos sanitarios y disminuyendo el número de visitas necesario para abordar adecuadamente este problema de salud. Todo ello, en consonancia con la cartera de servicios que oferta a los ciudadanos el Servicio Canario de la Salud.</p> <p>Se incluyen (entre otros) criterios diagnósticos, recomendaciones en medidas no farmacológicas y farmacológicas, indicaciones de pruebas complementarias, indicaciones quirúrgicas, criterios de derivación entre especialidades y manejo de la incapacidad laboral, con una visión integral de la asistencia sanitaria en la que la coordinación y colaboración entre los profesionales es la clave fundamental.</p> <p>Este texto estará sujeto a actualizaciones periódicas basadas en la mejor evidencia científica disponible y pretende ser una herramienta útil y práctica para el manejo integral de los pacientes con artrosis de cadera y rodilla.</p> <p>Puede descargarse el documento completo en: http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=71a31e13-Oede-11e2-afb1-b9b294c3b92c&idCarpeta=836a31bf-a72b-11dd-b574-dd4e320f085c</p> <p>Próximamente y con el mismo planteamiento y formato se publicará el segundo documento de esta serie, en este caso sobre el abordaje integral de la lumbalgia.</p>
Evaluación	<p>Se evalúa la adherencia a las recomendaciones, entre otras vías e inicialmente a través de:</p> <ul style="list-style-type: none">- Indicadores de uso racional de medicamento.- Manejo de la Incapacidad Temporal (duración media de los periodos de baja laboral). <p>Posteriormente, tras el desarrollo de los módulos de interconsulta entre AP y AE, podrán analizarse con más detalle los procesos de derivación de los pacientes y su calidad.</p>
Resultados	Publicación electrónica del documento en octubre de 2012. Accesible en la página Web del Servicio Canario de la Salud y en los portales Web específicos de los profesionales. Actualmente en fase de difusión en los diferentes centros y servicios del Servicio Canario de la Salud. En noviembre-diciembre de 2012 se publicarán las recomendaciones de tratamiento farmacológico en el Boletín Canario de Uso Racional del Medicamento (BOLCAN).

Estrategia 21

Nombre Especialista consultor. Centro de salud y hospital de referencia

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Inicio Octubre de 2011

Síntesis Entre los objetivos de las Direcciones de Continuidad Asistencial de los hospitales, se establece como línea estratégica el desarrollo o promoción de la figura del Especialista Consultor, como facilitador de la coordinación y continuidad de cuidados al paciente y profesional de referencia por especialidad para la gestión de casos y consulta desde el primer nivel de asistencia partiendo de que no hay un único modelo válido y que diferentes alternativas serán viables adaptándose al entorno y características de asistencia y recursos humanos implicados.

Cada hospital implanta de forma progresiva, en función de las necesidades de pacientes y procesos clínicos esta figura en diferentes especialidades, con modelos que oscilan desde la consulta por correo electrónico entre médicos de atención primaria-especialista del hospital, a consultas presenciales de facultativos del hospital en los Centros de Salud.

Evaluación

1. Identificación y sistematización de las diferentes modalidades de Especialista Consultor vigentes en la Comunidad de Madrid.
2. Selección de indicadores de resultado por hospital: reducción demoras, adecuación de derivación...

Resultados Se recogen aquellos procesos clínicos diseñados y llevados a cabo entre ambos niveles de asistencia que tiene por objetivo mejorar la asistencia de los pacientes.

Denominación del proyecto	Direcciones de continuidad asistencial (%)
Consulta de alta resolución	73%
Unidades de atención específicas	57%
Proyectos Continuidad Asistencial	76%

*Los porcentajes reflejan el número de Direcciones de Continuidad Asistencial, sobre el total, que han desarrollado alguno de los proyectos.

En la actualidad en la Comunidad de Madrid hay un total de 102 especialistas consultores con mayor presencia en las especialidades de Medicina Interna, Reumatología y Dermatología, en 20 hospitales

Estrategia 21

Nombre Plan de comunicación Dirección Asistencial y Dirección de Continuidad Asistencial

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Inicio Octubre de 2011

Síntesis Se constituyen órganos de participación estructurados para facilitar la continuidad e integración de actuaciones y procesos. Se han establecido:

1. Reuniones de Continuidad Asistencial:

En ellas participan la Dirección Asistencial de AP correspondiente (Dirección Asistencial Médica y Enfermera) y los Directores de Continuidad Asistencial de los hospitales que forman parte de esa Dirección Asistencial. Abordan asuntos a nivel global, de interés común en el establecimiento de circuitos y líneas de trabajo que afecten a toda la Dirección Asistencial. Se puede invitar a diferentes profesionales según los temas abordados (enfermera de enlace, referente pediátrico de la Dirección Asistencial...).

- Frecuencia: al menos una reunión trimestral
- Convocatoria: de manera rotatoria por cada una de las direcciones participantes; se convoca a la Dirección Asistencial y a los Directores de Continuidad de los Hospitales correspondientes.
- Lugar: de manera rotatoria en cada uno de los centros participantes.
- Actas: por el Director que convoca.

2. Comisiones de Sector Hospitalario:

Se reúnen los Directores de Continuidad Asistencial de cada uno de los hospitales con los Directores de los Centros de Salud que tienen ese hospital como referencia. También acudirá la Dirección Asistencial de AP y el resto de directores de Continuidad de la zona, en función de su disponibilidad. Se abordan temas específicos que comprometan a los Centros de Salud y su hospital de referencia: circuitos específicos, especialista consultor, gestión de determinadas patologías... así como dar a conocer a los Directores de Centro los diversos Servicios y Jefes de Servicio del Hospital.

- Frecuencia: al menos una reunión trimestral
- Convocatoria: el Director de Continuidad del Hospital de referencia convoca a los directores de centro, con copia a la Dirección Asistencial y al resto de Directores de Continuidad correspondientes
- Lugar: en el hospital correspondiente
- Actas: por el director que convoca

3. Visitas a los Centros de Salud:

El Director de Continuidad Asistencial acude a los Centros de Salud que tengan a su hospital como referencia, las veces que considere necesarias, estableciendo contacto con la Dirección Asistencial de AP para mutuo conocimiento.

4. Reuniones de la Dirección Asistencial con el Director de Continuidad Asistencial de un hospital en concreto:

En estas reuniones se abordarán temas específicos que competan a un determinado hospital y que no tengan relación con el resto de los hospitales. Se establecerán en función de las necesidades detectadas en las reuniones de Continuidad Asistencial

Evaluación Numero de reuniones por periodo de tiempo.

Resultados La memoria 2011 analiza a través de diferentes preguntas los canales de comunicación establecidos entre los dos niveles de asistencia durante el periodo enero-diciembre.

Las 28 Direcciones de Continuidad Asistencial contestaron si participaba o no en diferentes estructuras de comunicación, destacando que el 100% mantenía reuniones con los Centros de Salud de su área de referencia y el 67% participaba de forma regular en Comisiones de los dos niveles.

Estrategia 21

Nombre Programa de atención al paciente pluripatológico

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria y Atención Hospitalaria:
Hospital universitario de La Princesa (servicio de medicina interna) y tres centros de salud de referencia: cs Baviera, cs Santa Hortensia, cs Ciudad Jardín (pendiente ampliación).

Inicio Primer trimestre del año 2011

Síntesis Teniendo en cuenta la edad media de los pacientes de la zona de influencia, se establece un plan de colaboración Atención Primaria, Centro de Salud, Hospital Universitario de La Princesa (Servicio de Medicina Interna) para la atención integral del paciente pluripatológico de la zona de influencia del Hospital de La Princesa, definiendo y estableciendo un sistema de coordinación Medicina Interna-Atención Primaria eficaz, con el siguiente objetivo: "conseguir una mayor efectividad en los procesos de los pacientes con necesidades simultaneas en ambos ámbitos asistenciales".

Objetivos operativos:

- Plan de actuación sobre el paciente pluripatológico inestable: patologías crónicas incurables, control por dos o más especialidades, número elevado de ingresos, elevada frecuentación en urgencias, importantes riesgo de descompensaciones, polifarmacia, deterioro funcional, alto consumo de recursos sociales y sanitarios.
- Consulta de Diagnóstico Rápido: Vía rápida de Consulta, a tiempo real, con compromiso de otros servicios para diagnóstico rápido.
- Consultoría a tiempo real sobre decisiones clínicas conjuntas: Presencial, con sesiones clínicas en el CS cada 15 días, apoyo en guías y protocolos, y no presencial, con teléfono móvil abierto a consultas de Atención Primaria de forma permanente, email y sistema informático, revisión directa de pacientes en urgencias y en otros servicios por el equipo del programa.

Dentro de los pacientes seleccionados para vigilancia, por su situación clínica, cuando un paciente es activado en el Programa, por una situación de agravamiento o descompensación, tiene un médico de Atención Primaria responsable y un Coordinador en el Hospital de La Princesa, que están en conexión y de acuerdo cuando el paciente requiere: Hospitalización, Asistencia en el Hospital de Día, Necesidades de Valoración rápida por descompensaciones.

Al finalizar la atención se realiza un informe del médico y de enfermería, con plan de cuidados y activación de otros procesos necesarios como paliativos, sociales, quirúrgicos, etc. En este momento se desactiva el paciente y pasa a una situación de vigilancia dentro del programa.

Evaluación Se ha realizado una evaluación de la satisfacción de los facultativos de un Centro de Salud, CS Baviera, con unos resultados excelentes y la idea es evaluar los indicadores de ingreso y complicaciones de los pacientes incluidos en el Programa.

Resultados Los resultados de todos los aspectos evaluados sobre satisfacción, accesibilidad, utilidad, formación, coordinación..., presentan una valoración de 4,5 sobre 5. En el último trimestre de año 2012 se va a incluir en el Programa un nuevo Centro de Salud, con lo que estarían implicados dos internistas en el proyecto, cada uno de ellos consultor directo de dos Centros.

Pendiente realización de evaluación de indicadores asistenciales, como de reingresos.

Estrategia 21

Nombre	Proyecto de teledermatología hospital universitario Infanta Sofía / Dirección Asistencial norte de Atención Primaria
Ámbito	Comunidad de Madrid. Atención Primaria y Atención Hospitalaria: Centros de salud de Rascafría y El Molar, pertenecientes a la Dirección Asistencial Norte (DAN) de Atención Primaria. Servicio de dermatología del hospital universitario infanta Sofía.
Inicio	Abril de 2011
Síntesis	<p>Se establece el proyecto de teledermatología con lo siguientes objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Facilitar la atención y accesibilidad de pacientes con patología dermatológica sin necesidad de desplazamiento al centro de referencia mediante teleconsulta y envío de imágenes digitalizadas.▪ Aumentar el perfil competencial en valoración de la patología dermatológica de los médicos de familia incluidos en el proyecto.▪ Mejorar el perfil de derivación en la patología de interés al segundo nivel de asistencia.▪ Mejorar el conocimiento de la atención a la patología dermatológica en el primer nivel de asistencia por los dermatólogos del HUIS. <p>Utilizando como plataforma la herramienta de videoconferencia Spontania, se realizan sesiones semanales de una hora de duración en cada Centro de Salud en los que se valoran pacientes con patología dermatológica conjuntamente por el medico de familia y el dermatólogo, previo registro de Consentimiento Informado por el paciente.</p>
Evaluación	<ul style="list-style-type: none">▪ % de pacientes valorados por teleconsulta por periodo de tiempo▪ % de Interconsultas por envío de imagen por periodo de tiempo▪ % pacientes recitados en consulta HUIS tras teleconsulta▪ % concordancia diagnóstica▪ % de derivaciones
Resultados	Se han realizado una media de ocho valoraciones de pacientes por sesión de teleconferencia. En la actualidad en explotación los resultados de indicadores.

Estrategia 21

Nombre Tele Cardiología

Ámbito Comunidad Autónoma de Castilla y León. Atención Primaria y Atención Hospitalaria

(Disponen de equipo 121 Centros de Salud (CS), de los cuales, 9 son Puntos de Atención Continuada (PAC) -3 en Valladolid Oeste, 3 en Valladolid Este y 3 en Soria-. Un centro es un consultorio local adscrito a un CS de Valladolid Oeste

Inicio junio de 2011

Síntesis Con el fin de mejorar la interpretación electrocardiográfica en AP, especialmente en la atención urgente, y teniendo en cuenta la gran dispersión de la población y centros de salud en nuestra Comunidad, se implantó, a principios de 2011, un Programa de Telecardiología.

Se proporcionaron equipos de electrocardiógrafos dotados de sistema de comunicación móvil (3G) y formación a profesionales a aquellos Centros que solicitaron adherirse o bien se les facilitó desde su Gerencia de AP. A la vez se estableció un protocolo de coordinación con los servicios de cardiología de referencia, en los cuales habría siempre un cardiólogo (en horario ordinario o el de guardia) disponible para informar el ECG recibido, según 3 niveles de prioridad: prioridad 1 (para contestar de forma inmediata a través de teléfono al médico petionario); prioridad 2, para contestar de forma mediata, pero en las 24 h. siguientes a la petición, y prioridad 3, para contestar en algún momento con el fin de incorporar la información en la historia clínica. El cardiólogo designado para informar vería el ECG recibido vía móvil en su historia clínica electrónica o aplicación informática diseñada al efecto. La comunicación entre profesionales, en el caso de prioridad 1 y 2 se hace mediante teléfono, con una línea exclusiva.

Una ventaja añadida es la posibilidad de portabilidad a domicilio, lo cual es trascendente en una Comunidad con importante población envejecida y dependiente.

Evaluación Se hace evaluación trimestral de uso, con indicadores preestablecidos que sistemáticamente se remiten a las GAP y de estas a Servicios Centrales (DTAP), así como explotación por la Oficina de Atención Directa del Servicio de Tecnologías de la Información, quien nos lo remite a su vez.

Resultados El promedio mensual de uso es de 326 electrocardiogramas emitidos. De estos, el 78% son contestados por los cardiólogos. El mayor porcentaje corresponde a prioridad 2.

Gran disparidad y variabilidad de uso, de tal forma que hay Centros donde se usa muy poco (alguno prácticamente nada) y otros en los que se usa mucho. Por ejemplo, en el Área de Palencia, tienen electrocardiógrafo instalado en 7 de los Centros, pero el 80% de las electrocardiografías hechas y remitidas corresponden a un solo (Carrión de los Condes). En algún Área ocurre lo mismo (Ávila y Segovia), pero en el resto es más repartido el uso. Los Centros que más lo utilizan son algunos de los más alejados de un Centro Hospitalario. Muy poco uso (casi anecdótico) en domicilio.

Se han identificado 2 problemas fundamentales que precisan mejora: formación de los profesionales en el uso y coordinación con los Servicios de Cardiología en algunas Áreas.

Estrategia 21

Nombre Tele Medicina

Ámbito Comunidad Autónoma de Aragón. Atención Primaria y Atención Hospitalaria. (Implantación variable dependiendo del proyecto).

Inicio En julio 2008 se inicia la estrategia de cribado de retinopatía diabética en Aragón con la implementación de la retinografía digital.

Síntesis En Aragón se llevan a cabo los siguientes proyectos de colaboración interprofesional, destinados a optimizar los servicios de atención a la salud, así como a compartir y difundir buenas prácticas, mediante la aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación:

1. Programa de detección precoz de retinopatía diabética basado en la exploración del fondo de ojo con un retinógrafo no midriático en AP. El retinógrafo y el técnico se desplazan a los diferentes centros de Salud. La lectura la realizan médicos de familia y, en caso de dudas en la interpretación diagnóstica, se remiten a los servicios de oftalmología.

El programa está implantado en todos los sectores sanitarios

2. Programa de tele dermatología mediante cámara fotográfica que permite la captura de imágenes de alta calidad. Las imágenes son interpretadas por dermatólogos que envían su impresión diagnóstica y propuesta de tratamiento al centro de salud. La comunicación se establece a través de correo electrónico.

El programa está implantado en los Sectores Barbastro y Alcañiz, los cuales suman 27 EAP (21%) del total de equipos de Aragón).

3. Programa de sesiones de Teleformación: En el Sector Zaragoza I, se ha desarrollado un programa de sesiones, mediante la herramienta virtual "Second Life". Una vez a la semana, los participantes se conectan a una plataforma virtual en la que se recrean aulas y escenarios simulados. El docente que imparte la sesión puede proyectar diapositivas o videos para apoyar su exposición oral y al finalizar recibe mediante chat las consultas o comentarios de sus compañeros.

El programa incluye sesiones clínicas conjuntas entre profesionales de AP y hospitalaria. El sector Zaragoza I cuenta con 13 EAP (10%) de los equipos de Aragón).

Evaluación La actividad de cribado de retinopatía diabética se evalúa e incluye en el diseño de los contratos de gestión.

En algunos sectores sanitarios se realizan controles trimestrales en los que se evalúa la actividad de estos servicios.

Resultados En 2011, en el conjunto de Aragón, se realizaron 14.893 retinografías y la demanda de tele dermatología fue de 81 pacientes.

El sector de Zaragoza I realizó 25 sesiones utilizando la herramienta Second Life.

Según los resultados del contrato programa, en 2011, al 40 % de pacientes diabéticos mayores de 15 años se les había realizado una exploración de fondo de ojo, al menos una vez, en los últimos 3 años.

Estrategia 21

Nombre **TELEMEDICINA (Teleoftalmología y Teledermatología)**

(Próxima implantación: Televascular en diciembre 2012, Teleendocrinología en enero 2013 y Telepsiquiatría en febrero 2013)

Ámbito Comunidad Autónoma de Galicia. Área Sanitaria A Coruña

Inicio **Teleoftalmología:**

- 2004: Inicio en CS Betanzos
- Marzo 2009:
 - Retinografía en CS Os Mallos: para teleoftalmología en SAP Os Mallos, SAP Elviña-Mesoiro, SAP Ventorrillo, SAP Arteixo y SAP Matogrande)
 - Retinografía en CS San José: para teleoftalmología en SAP San José A, SAP San José B, SAP Montealto-A Torre, SAP Adormideras, SAP Abente y Lago, SAP Labañou, SAP Os Rosales, SAP Casa do Mar, SAP O Castrillón y SAP Federico Tapia
 - Retinografía en CS Carballo: para teleoftalmología en SAP Carballo-Coristanco-Malpica, SAP Ponteceso-Cabana-Laxe y SAP Laracha-Cerceda
- Mayo 2010: Retinógrafo en CS Ventorrillo con inicio de las retinografías del SAP que previamente se realizaban en CS Os Mallos. En septiembre 2012 se incorporan las retinografías del SAP Oleiros con inicio de teleoftalmología en dicho SAP.
- Febrero 2011: Retinografía en CS Culleredo para todo SAP Culleredo. En septiembre del 2012 se incorporan las retinografías del SAP Cambre con inicio de teleoftalmología en dicho SAP.
- Octubre de 2011: Retinografía en CS Cee para todo SAP Cee-Dumbría-Fisterra-Muxía. En septiembre de 2012 se incorporan las retinografías del SAP Vimianzo-Camariñas-Zas.

Actualmente la cobertura del programa asistencial es del 91,7% de la población del Área Sanitaria.

Teledermatología: Inicio en 38 centros asistenciales en 2007, 2 en 2008, 8 en centros asistenciales en 2010 y 14 en 2011. Está implantado en los centros asistenciales de Atención Primaria que dan cobertura al 98,1% de la población del Área Sanitaria.

Síntesis La telemedicina es una modalidad de asistencia sanitaria no presencial, que permite ofrecer servicios sanitarios de calidad, en menor tiempo, con menor coste, de una forma más eficiente y con aumento de seguridad para los pacientes.

Entre las ventajas de la telemedicina se incluyen:

- Aumento de la capacidad resolutoria de Atención Primaria
- Mayor accesibilidad del paciente. Atención más rápida y con menores desplazamientos para el paciente.
- Agiliza diagnósticos e inicios de tratamiento, con el incremento asociado de seguridad para el paciente.
- Nivel muy alto de aceptación por los pacientes y por sus familiares.
- Alta satisfacción en pacientes y en profesionales
- Ahorro de costes
- Mayor coordinación entre médicos de familia y oftalmólogos en teleoftalmología. Mayor coordinación entre médicos de familia y dermatólogos en teledermatología. Importante papel de enfermería en teleoftalmología.
- Mejora de la continuidad asistencial
- Disminución de primeras consultas de la especialidad correspondiente.

Evaluación Y resultados Teleoftalmología: Año 2010: 819 / Año 2011: 954 / Enero-septiembre 2012: 922

Tele dermatología: Año 2010: 3.769 / Año 2011: 3.199 / Enero-septiembre 2012: 3.119

- Primeras consultas Oftalmología en Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña en periodo enero-septiembre 2012:

17.422 (19.327 en mismo periodo de 2011, 19.393 en mismo periodo de 2010)

- Primeras consultas Dermatología en Complejo hospitalario Universitario de A Coruña en periodo enero-septiembre 2012:

13.424 (14.242 en mismo periodo de 2011, 14.731 en mismo periodo de 2010)

No se reflejan los datos del Hospital Virxe da Xunqueira por la implantación más reciente de ambas modalidades de telemedicina con escasos 2 meses de implantación en unos casos y en todos los casos con un periodo inferior a 1 año.

Estrategias 21 y 22

Nombre	Plan Andaluz de atención a personas con dolor
Ámbito	Comunidad Autónoma de Andalucía. Atención Primaria y Atención Hospitalaria.
Inicio	Abril 2010
Síntesis	<p>El objetivo de este plan es mejorar la atención sanitaria que se provee a las personas con dolor, incluye cuatro áreas específicas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Dolor crónico, entendido como superior a 3 meses de duración de forma mantenida.2. Dolor agudo en el ámbito de urgencias y emergencias.3. Dolor peri-operatorio, entendido como aquel dolor presente antes, durante o después de las intervenciones de cirugía mayor.4. Dolor relacionado con procedimientos, entendido como el dolor ocasionado por los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se realizan durante la atención sanitaria, excluyendo la cirugía mayor.
Evaluación	<p>Se realiza un seguimiento anual de la implantación de las líneas y proyectos del plan tanto en el SSPA como en la Consejería de Salud a través de la comprobación de los indicadores de resultado que figuran en el documento del plan.</p> <p>Está prevista una evaluación cuantitativa final de dichos indicadores al final del periodo de vigencia del plan (final de 2013)</p>
Resultados	<p>Revisión de procesos asistenciales integrados (PAI):</p> <ul style="list-style-type: none">■ PAI dolor crónico■ PAI atención al paciente quirúrgico.■ Elaboración de una guía de uso seguro de opioides con una versión para profesionales y otra para pacientes.■ Creación de un distintivo en ACSA titulado Centros Contra el Dolor.■ Revisión de procesos asistenciales integrados: PAI dolor crónico, PAI atención al paciente quirúrgico.■ Realización de actividades formativas para profesionales: Curso de formación para profesionales de atención primaria "Change Pain"; curso de psicoeducación en dolor crónico para enfermeras de AP; curso de formación sobre el uso seguro de opioides.■ Estudio de investigación cualitativo sobre opinión de pacientes sobre uso de opioides■ Estudio de investigación cualitativo sobre opinión de los profesionales sobre el uso de opioides y sobre la medicina basada en la evidencia.

Estrategias 21 y 22

Nombre Proceso de ansiedad y depresión

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria y Atención Hospitalaria:
Instituto de psiquiatría y salud mental (IPYSM) del hospital clínico San Carlos de Madrid y los centros de salud de referencia.

Inicio Año 2011

Síntesis Este proceso tiene como misión: estandarizar el proceso de identificación, diagnóstico e intervenciones terapéuticas en pacientes adultos (≥ 16 años) con trastornos de depresión y/o ansiedad atendidos en los ámbitos de Atención Primaria (AP) de la extinta área sanitaria 7 de Madrid y del IPYSM del Hospital Clínico San Carlos del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

El proyecto va dirigido a pacientes (≥ 16 años) que entran en contacto con AP o con cualquiera de los dispositivos del IPYSM con síntomas que conforman alguno de los diagnósticos definitivos o probables incluidos en el proceso (CIE-10): F32; F33; F34; F38; F39; F40; F41; F43.

Se establecen criterios generales y específicos de derivación para trastornos depresivos y de ansiedad, así como los de derivación de carácter ordinario, preferente y urgente.

En el ámbito de Atención Primaria se desarrollan cuatro subprocesos:

- Evaluación en AP para Trastornos depresivos.
- Intervención en AP para Trastornos depresivos.
- Evaluación en AP para Trastornos de ansiedad, reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.
- Intervención en AP para Trastornos de ansiedad, reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.

Cada subproceso tiene un algoritmo de actuación así como recomendaciones generales y específicas asociadas a cada uno de los subprocesos entre los que se encuentran según cada caso:

- Criterios de derivación
- Seguimiento
- Recomendaciones de tratamiento
- Prescripción de Incapacidad temporal
- Información para pacientes y familiares.

Resultados Pendiente

Estrategia 21 y 44

Nombre Elaboración de una Hoja de Registro de Parada Cardíaca para la Comunidad Autónoma de Canarias.



Ámbito Comunidad Autónoma de Canarias

Inicio Año 2012

Síntesis La Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud coordina el grupo de trabajo GERCAN (Grupo de Emergencias y Resucitación de Canarias). Su objetivo fundamental es mejorar la calidad de la atención a la parada cardíaca (PC) en Canarias y para ello se han desarrollado varias líneas de trabajo. En este caso, se presenta la versión final de la Hoja de Registro de Parada Cardíaca (HRPC), que tiene por objeto iniciar de manera homogénea y estandarizada el registro de la atención a la PC con el fin de analizar la información y proponer e implementar medidas de mejora.

De esta forma, el Servicio Canario de la Salud pone a disposición de los profesionales sanitarios una herramienta de evaluación y mejora continua de su actividad que persigue, fundamentalmente, disminuir la morbimortalidad de los episodios de PC y por tanto, una mejora en el estado de salud de los ciudadanos.

A partir del año 2009, tomando como base el estilo Utstein simplificado y las recomendaciones actualizadas del International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), se llevó a cabo el desarrollo del formato y contenido de la HRPC por consenso del GERCAN en diversas reuniones de trabajo.

- Se realizaron varios cursos sobre registro de la PC en colaboración con la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias (ESSSCAN) con el objetivo de sensibilizar y formar a los profesionales, así como para recoger propuestas y sugerencias de mejora para el desarrollo de la HRPC.
- Se realizó un pilotaje de la HRPC de aproximadamente 3 meses (fecha de comienzo 27 de junio de 2011) en diferentes centros y servicios hospitalarios y extrahospitalarios de Gran Canaria y Tenerife, con objeto de validar la herramienta (comprensión de los ítems a recoger, legibilidad, facilidad de uso, etc.).
- Tras la incorporación de mejoras orientadas a una mejor comprensión, legibilidad y ahorro de tiempo en el registro de la HRPC, se cerró definitivamente el modelo que se presenta en este documento y se realizó su difusión a todas las Gerencias.
- Hay que destacar el trabajo colaborativo del Servicio Canario de la Salud con Sociedades Científicas y otras entidades públicas y privadas, lo que ha contribuido sin duda, a conseguir un amplio consenso.

En 2011, el Servicio Canario de Salud indicó la creación de los Comités de Resucitación en cada Gerencia (Atención Primaria, Especializada y de Servicios Sanitarios), así como un Comité regional en el Servicio de Urgencias Canario. Tienen una composición multidisciplinar y una de sus líneas de trabajo es la gestión del registro de la HRPC en coordinación con la Gerencia correspondiente.

La Declaración del Parlamento Europeo, de 14 de junio de 2012, sobre la creación de una Semana Europea del Paro Cardíaco, insta a los países de la Unión Europea a la creación de registros que evalúen la atención a la parada cardíaca, así como que se apoye a los Estados miembros en la adopción y la aplicación de estrategias nacionales de igualdad de acceso a una reanimación cardiopulmonar de calidad.

En estos momentos se están realizando los trabajos encaminados a que, progresivamente, el registro de la HRPC esté accesible desde todas las aplicaciones informáticas asistenciales del Servicio Canario de la Salud, tanto del ámbito hospitalario como extrahospitalario.

La HRPC estará sujeta a actualizaciones periódicas basadas en la mejor evidencia científica disponible y en los avances que se realicen en el futuro.

Próximamente se publicará en formato electrónico un documento de recomendaciones e información de ayuda para la correcta cumplimentación de la HRPC, que estará disponible en todos los ámbitos del Servicio Canario de la Salud.

Evaluación

- Con el proceso de informatización y a través de la creación de un registro de PC en Canarias a nivel central y por Gerencias, que integre la información recopilada en las diferentes HRPC, se realizará de manera más eficiente el análisis de la información.
- Se tomarán los indicadores principales del estilo Utstein simplificado como base para la evaluación.

Resultados Se presenta a continuación el anverso de la Hoja:

En el reverso (formato papel) se dispone de información de apoyo para la cumplimentación de los diferentes campos; del mismo modo y fácilmente accesible y visualizable en la versión electrónica

REGISTRO OFICIAL DE PARADA CARDIACA

Nº de Registro: _____

FECHA: _____ / _____ / _____
Día / Mes / Año
HORA: _____

1.-Identificación de paciente

Nombre: _____ TIS/DNI/NIE/Otro: _____
Apellidos: _____
Edad (estimada): _____ ó fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
Sexo: Hombre Mujer
Id. 112: _____ Número Historia Clínica _____ Otro: _____

2.-Localización de la Parada Cardíaca

Extrahospitalaria		Intrahospitalaria	
Domicilio <input type="checkbox"/>	Ambulancia <input type="checkbox"/>	Urgencias <input type="checkbox"/>	Urgencias <input type="checkbox"/>
Vía Pública <input type="checkbox"/>	Centro de Salud / Consultorio Local <input type="checkbox"/>	Pruebas diagnósticas <input type="checkbox"/>	Pruebas diagnósticas <input type="checkbox"/>
Lugar de Trabajo <input type="checkbox"/>	Punto Atención Continuada (P.A.C.) <input type="checkbox"/>	Consultas <input type="checkbox"/>	Consultas <input type="checkbox"/>
Edificio Público <input type="checkbox"/>	Servicio Normal de Urgencias (S.N.U.) <input type="checkbox"/>	Quirófano <input type="checkbox"/>	Quirófano <input type="checkbox"/>
Otro: _____	Residencia Socio-Sanitaria <input type="checkbox"/>	UCI / UCC / URPA <input type="checkbox"/>	UCI / UCC / URPA <input type="checkbox"/>
Municipio: _____		Hospitalización <input type="checkbox"/>	Hospitalización <input type="checkbox"/>
		Otro: _____	Otro: _____

3.-Características de la Parada Cardíaca

Presenciada: NO Sí ¿Por quién? Público Primer Interviniente no sanitario
Primer interviniente sanitario Equipo de emergencias
Causa probable: Cardíaca No cardíaca Trauma Ahogamiento Insuficiencia respiratoria
Otra: _____ Desconocida
Tiempo estimado sin RCP: < 1min / 1-5 min / 6-10 min / 11-20 min / > 20 min

4.-Soporte Vital Básico Inicial

¿Por quién? Público Primer Interviniente no sanitario
Primer interviniente sanitario Equipo de emergencias
¿Qué técnicas? Desobstrucción de la vía aérea Ventilación
Compresiones torácicas DESA Nº descargas _____
Motivo no resucitación SVB SVA
Tiempo estimado de Soporte Vital Básico: < 1min / 1-5 min / 6-10 min / 11-20 min / > 20 min

5.- Soporte Vital Avanzado

Realizado por: Sí NO Equipo de emergencias Otros
Primer ritmo monitorizado: No monitorizado Desfibrilable: FV TV
No desfibrilable: Asistolia o Niño con bradicardia (<60/min) Actividad eléctrica sin pulso Otro ritmo: _____
Técnicas realizadas: DESA / DF Nº de descargas _____ Ventilación con bolsa/balón a mascarilla Compresiones torácicas
Desobstrucción de la vía aérea Dispositivos supraglóticos Intubación OT/NT
Otras técnicas _____
Fármacos: NO Sí Vía: Intravenosa Intraósea Intratraqueal
¿Cuáles? Adrenalina (1 dosis 2 dosis más de 2 dosis Otros fármacos: _____
Amiodarona
Tiempo estimado de Soporte Vital Avanzado: < 1min / 1-5 min / 6-10 min / 11-20 min / > 20 min

6.- Recuperación circulación espontánea (pulso, respiración, tos o movimientos) más de 30 sg

Sí NO
7.- Supervivencia inicial (20 minutos con latido cardíaco efectivo): Sí NO
Mejor situación neurológica dentro de los primeros 20 minutos tras la recuperación de latido efectivo y antes de administrar sedantes y/o relajantes.
GCS>8
GCS≤8
Médico que informa (Nombre, apellidos y DNI/NIF) _____
Entregar a _____

* Instrucciones de cumplimentación al dorso Los campos señalados en amarillo/sombreado son de cumplimentación obligatoria (B.O.C. núm. _____)
Entregar a _____

Estrategia 22

Nombre Elaboración del documento “actuación en Atención Primaria ante el ICTUS en fase aguda”

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria y Emergencias (SUMMA 112).

Inicio Junio 2012

Síntesis El Código Ictus implantado por primera vez en Madrid en el año 1999, como iniciativa pionera del Hospital de La Princesa y el SAMUR a la que luego se sumó el SUMMA 112, la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias y la Asociación Madrileña de Neurología, es parte de un procedimiento de actuación intra y extrahospitalario basado en el reconocimiento precoz de signos y síntomas de esta enfermedad de tal manera que, como objetivo, no transcurran más de 6 horas desde que comienzan los síntomas hasta la llegada al hospital, donde el paciente es trasladado a una Unidad de Ictus donde se le administra el tratamiento correspondiente y permanece intensamente vigilado y tratado por personal especializado. La activación del código ictus supone la puesta en marcha de un proceso integrado de actuación sanitaria que consiste en el reconocimiento precoz de los signos y síntomas de un ictus y en la priorización de cuidados específicos y traslado inmediato a la unidad del hospital correspondiente acreditado para llevar el tratamiento.

El documento “Actuación en Atención Primaria ante el ictus en fase aguda”, que viene a garantizar la atención y diagnóstico precoz de posible ictus en un paciente que acude al Centro de Salud. Este protocolo, a su vez, refuerza la coordinación entre los profesionales de Atención Primaria y el SUMMA 112. Este documento define el procedimiento de actuación clínica en la fase aguda del ictus en el ámbito de la atención primaria, completando de esta forma el vigente Protocolo de consenso para la atención al ictus en fase aguda de la Comunidad de Madrid, que contempla un abordaje integral y coordinado del ictus en fase aguda encaminado a disminuir su mortalidad y reducir sus secuelas.

El valor añadido de este procedimiento es que contempla los aspectos operativos relacionados con la coordinación entre Atención Primaria y el SUMMA 112 y los aspectos relacionados con la seguridad del paciente: diagnóstico, tratamiento, cuidados y transferencia del paciente.

En su elaboración han participado la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen), la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (SoMaMFyC). El documento ha sido coordinado por los profesionales de la Gerencia de Atención Primaria y revisado por el SUMMA 112. Tiene como objetivo reducir las secuelas y mortalidad que causa esta patología, reduciendo el tiempo que transcurre desde que el paciente con sospecha de ictus se pone en contacto con su centro de salud hasta la llegada al hospital. Asimismo, contempla los cuidados y tratamiento adecuados para que su transferencia al SUMMA 112 se produzca en las condiciones más favorables para el éxito del tratamiento hospitalario.

Evaluación En implantación

Estrategia 22

Nombre	Implantación de objetivos comunes para Atención Primaria y Atención Especializada
Ámbito	Comunidad de Madrid. Atención Primaria y Atención Hospitalaria.
Inicio	Año 2009
Síntesis	<p>En los Contratos Programas de los centros de salud y en los de los hospitales, así como en la relación de indicadores de seguimiento de estos últimos se recogen indicadores relacionados con el Uso Racional del Medicamento comunes a ambos niveles asistenciales, que en concreto en el año 2012 son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Porcentaje de pacientes con anticoagulantes nuevos▪ Porcentaje de ARA II respecto al sistema renina angiotensina▪ Porcentaje DDD Omeprazol respecto a IBP▪ Importe por envase estatinas
Evaluación	Evaluación automatizada mediante la aplicación e-soap (Cuadro de mando e Atención Primaria).
Resultados	<p>Evaluación correspondiente al año 2011. Atención Primaria.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Porcentaje de pacientes con anticoagulantes nuevos. NUEVO▪ Porcentaje de ARA II respecto al sistema renina angiotensina: 41,46 %▪ Porcentaje DDD Omeprazol respecto a IBP: 0,22 %▪ Importe por envase estatinas: 9,82 €

Estrategia 22

Nombre Proceso de Manejo de la Insuficiencia Cardíaca en el Área Sanitaria (“PROMICAS”)

Ámbito Comunidad Autónoma de Galicia. Área Sanitaria A Coruña

Inicio Marzo 2010: pilotaje (SAP Elviña-Mesoiro (CS Elviña-Mesoiro), SAP Ventorrillo (CS Ventorrillo) y Consultorio Mera (del SAP Oleiros).
Junio 2010: extensión a toda el Área Sanitaria
Prevista la implantación del proceso de trastornos afectivos en febrero de 2013 y el proceso de diabetes tipo 2 en enero de 2013.

Síntesis Desde una perspectiva sociosanitaria, la Insuficiencia Cardíaca representa un grave problema de salud poblacional, tanto por la mortalidad que conlleva como por el deterioro que produce en la calidad de vida del paciente, a lo que debe añadirse el importante consumo de recursos (máxime cuando todas las estimaciones apuntan a un incremento de su prevalencia en un futuro cercano).

Esta realidad asistencial ha determinado la necesidad prioritaria de realizar cambios organizativos en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca con la finalidad de mejorar la supervivencia y calidad de vida así como de optimizar la eficiencia en el consumo de recursos sociosanitarios.

De esta manera, nace PROMICAS como un sistema de organización asistencial especialmente dirigido al paciente con insuficiencia cardíaca y en el que estarían implicados, además del propio paciente, los profesionales sanitarios del ámbito de Atención Primaria y Hospitalaria (con un papel clave, durante todo el proceso, de los profesionales de enfermería) con la finalidad primordial de mejorar los resultados terapéuticos, la eficiencia asistencial así como la optimización de la coordinación entre niveles asistenciales.

Objetivos del proceso:

- Educación del paciente y sus cuidadores: paciente “activado”.
- Establecimiento de un vínculo estable y permanente con los pacientes
- Optimización del tratamiento
- Abordaje precoz de las descompensaciones
- Disminución del nº de ingresos y reingresos hospitalarios
- Optimización de la selección de pacientes candidatos a técnicas de mayor riesgo y costosas
- Identificación y selección de los pacientes candidatos a trasplante cardíaco
- Mejora de la supervivencia y calidad de vida de los pacientes

Como característica principal destacar que la entrada y salida del proceso es Atención Primaria (AP)

De forma esquemática, se trataría de modificar los circuitos de atención al paciente (en función de la situación en la que contacte con el sistema sanitario). Así, están contempladas las siguientes situaciones:

1) Pacientes que acuden al Centro de Salud con sospecha de padecer Insuficiencia Cardíaca

En este caso, el médico de familia enviará al paciente a la consulta de Cardiología, tras la realización de un estudio básico protocolizado (exploración física, analítica, ECG y Rx tórax) mediante una formulario de interconsulta específico.

Compromiso de respuesta por cardiólogo: máximo 2 semanas (consulta de acto único con formato de alta resolución y realización previa de ecocardiograma).

El paciente tras confirmación del diagnóstico, sale con informe breve que contiene información básica protocolizada y contacta con enfermera de Cardiología que inicia programa de información y educación, siendo remitido posteriormente a su centro de salud para su inclusión en el programa asistencial (educación y formación de pacientes y cuidadores, titulación de fármacos según protocolo del proceso, prevención de descompensaciones y seguimiento clínico-continuidad asistencial-)

2) Pacientes ya diagnosticados de IC y en seguimiento por su médico de familia

Estos pacientes entran directamente en el programa (si faltara algún estudio básico como el ecocardiograma, habría de ser derivado a la consulta de cardiología como los pacientes del apartado 1).

3) Pacientes descompensados en AP que no responden a las medidas terapéuticas recomendadas

Si el paciente cumple criterios de “hospitalización directa” (sin necesidad del paso previo por Urgencias Hospitalarias), podrá gestionarse dicho ingreso de forma directa en planta de hospitalización o en Hospitalización a Domicilio contactando con el equipo de Insuficiencia Cardíaca Avanzada a través del teléfono destinado a tal efecto y que también puede ser empleado a modo de consultoría por parte de los profesionales de AP.

En el supuesto de que el paciente no cumpliera dichos criterios, será derivado directamente al servicio de Urgencias Hospitalarias.

En cualquier caso, el objetivo que se plantea es el de evitar hospitalizaciones en la medida de lo posible aplicando las directrices principales del proceso.

4) Pacientes que acuden al servicio de Urgencias Hospitalario por propia iniciativa

El paciente será tratado en base a sus requerimientos clínicos (puede estar o no diagnosticado), pudiendo precisar ingreso hospitalario o ser alta con propuesta de seguimiento a través de PROMICAS.

5) Pacientes ingresados en el hospital

Antes del alta se les informa del programa, actividades y plan de seguimiento (por parte de la enfermera supervisora de planta en coordinación con la enfermería de la unidad de IC avanzada) comunicándose además el alta hospitalaria al personal de enfermería de su centro de salud que, tras notificárselo a su médico de familia, lo incluirán en el programa de seguimiento.

6) Pacientes candidatos a seguimiento en Unidad de IC Avanzada

Son aquellos pacientes en los que se prevé la necesidad de tratamientos complejos (DAI, trasplante...) por lo que, si cumplen los criterios predefinidos, entrarán en el programa de seguimiento específico por parte de esta Unidad.

Estrategia 22

Nombre Programa integral de atención al paciente geriátrico

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria y Atención Hospitalaria: Hospital del sureste, residencias de ancianos públicas y concertadas, y centros de salud y consultorios que tienen como referencia el hospital del sureste.

Inicio Año 2008 con las residencias geriátricas. Enero 2012 inclusión del MF en este circuito de asistencia.

Síntesis Una geriatra del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario del Sureste se desplaza cada día de la semana a una residencia de ancianos de la zona de influencia. A algunas residencias, por mejor control, acude con periodicidad fija, y a otras a demanda (a criterio del personal médico de la residencia o de Atención Primaria). Se prioriza la atención a residencias con mayor número de residentes, con mayor porcentaje de pacientes dependientes, y con mayor implicación de Atención Primaria o del Servicio Médico, para un óptimo aprovechamiento del recurso.

Los pacientes que se incluyen son residentes con mayor complejidad médica, que han sido evaluados previamente en Urgencias, en planta de hospitalización, o mediante petición por parte de Atención Primaria o del Servicio Médico de la Residencia. Geriátrica gestiona la organización de la actividad médica.

La relación Atención Primaria es a través de un busca, e-mail o por medio del personal de la residencia por informes o notas. Se está desarrollando una idea piloto de comunicación y evaluación médica a través de webcam. Esta fluida comunicación con Atención Primaria permite hacer consultas sobre pacientes para la toma de decisiones sobre el manejo clínico en los diferentes escenarios clínicos.

Evaluación

- Pacientes atendidos en el ámbito hospitalario procedentes de residencias.
- Número de asistencias urgentes realizadas por paciente y año.
- Estancia media del paciente geriátrico en urgencias y en hospitalización.

Resultados Se ha conseguido una disminución del número de atenciones hospitalarias por paciente y una disminución de la estancia media en estos pacientes.

Ventajas y valor añadido: La participación activa de todos los elementos permite establecer una red asistencial centrada en el paciente entre:

1. El Hospital y sus diferentes dispositivos (Urgencias, consulta, planta, Hospital de Día Médico)
2. Atención Primaria
3. Los Servicios Médicos de las Residencias.

Esta organización favorece la continuidad del proceso asistencial y repercute en un incremento de la calidad percibida, logrando evitar desplazamientos innecesarios de los pacientes al Hospital.

Estrategias 22 y 27

Nombre Programa de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas (PAPEC)

Ámbito Comunidad de las Islas Baleares. Atención Primaria, Hospitalaria y ámbito Sociosanitario

Inicio Año 2012

Síntesis El programa nace por la necesidad de establecer estrategias de colaboración entre los diferentes ámbitos asistenciales (Atención Primaria, Hospitalaria, Socio Sanitarios, Equipos de soporte, Paliativos, Bienestar Social, etc). Con el fin de proporcionar una asistencia de calidad a nuestros pacientes, con evitación de duplicidad de pruebas e interconsultas innecesarias, garantizando la seguridad del paciente al compartir todos los entornos sanitarios la misma información.

El programa consta de una parte común de registro de datos, donde cualquier profesional (independientemente de donde trabaje) puede cumplimentar una serie de datos considerados comunes. Además existen diferentes pantallas con información relevante para cada especialidad (hasta el momento consta de visita para el médico de familia, internista, neumólogo, endocrinólogo, neurólogo, nefrólogo, enfermería y Trabajador Social).

El programa consta de todas las guías actualizadas sobre la EPOC y sobre el Riesgo Cardio vascular (patologías sobre las que se asienta PAPEC) con múltiples ayudas para seguimiento, control y tratamiento del paciente.

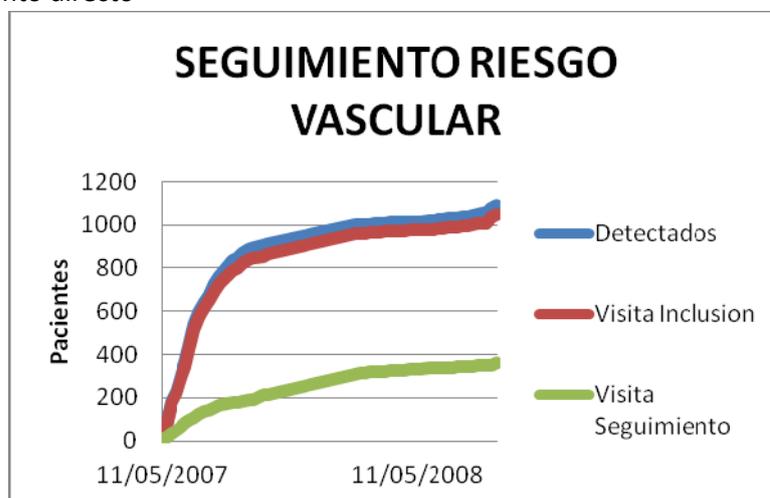
Es un espacio único compartido por todos los profesionales sanitarios del paciente

Evaluación y resultados El proyecto se inicia en estas fechas, ya se ha formado a profesionales de los dos ámbitos asistenciales y en los hospitales sociosanitarios así como en las residencias de ancianos tuteladas por el Govern.

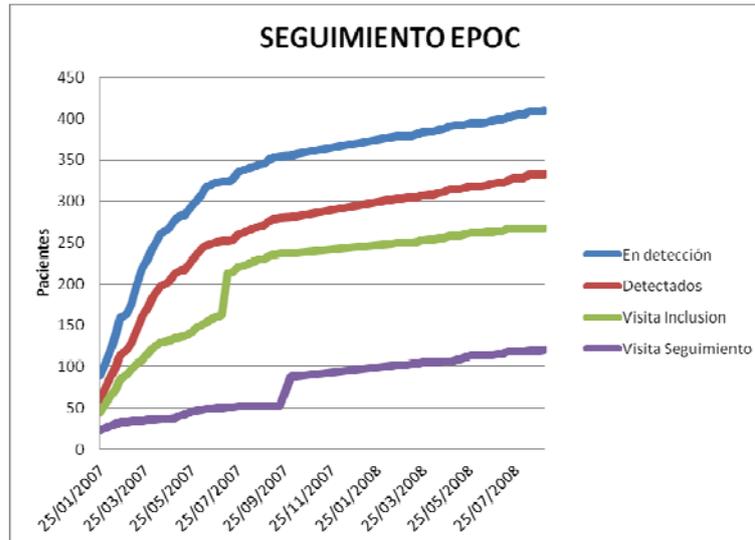
La fase de implantación se empezará en noviembre de 2012 a la espera de tener todos los centros implantados en marzo abril de 2013.

Actualmente, por programa tenemos:

Programa Riesgo Cardio-Vascular: con 1047 pacientes incluidos en programa. 362 en seguimiento directo



Programa EPOC: hay 267 pacientes incluidos en el programa, de los cuales 120 siguen en seguimiento.



Programa Plan de Cuidados de enfermería: Actualmente hay 541 pacientes incluidos en el programa.



Estrategia 23

Nombre	Elaboración y desarrollo del plan de promoción de la salud y prevención 2011-2013
Ámbito	Comunidad de Madrid. Atención Primaria.
Inicio	Año 2011
Síntesis	<p>La Dirección General de A. P. ha dispuesto la elaboración del Plan de Promoción de la Salud y Prevención 2011-2013 con la finalidad de promover y fomentar la salud y prevenir la enfermedad de la población de la Comunidad de Madrid. Se trata de un proyecto pragmático y operativo que aborda los problemas de salud prioritarios de la población de la Comunidad de Madrid, mediante acciones coordinadas de la red de recursos de Atención Primaria y a través del diseño y ejecución de programas y actuaciones realizables dirigidas a la promoción de estilos de vida saludables. En su elaboración han participado profesionales de la Gerencia de Atención Primaria; profesionales de Centros de Salud: Médicos de Familia, Enfermeros, Fisioterapeutas, Pediatras, Matronas; profesionales de Servicios de Área de Salud Pública; profesionales de Servicios de la Subdirección de Promoción y Prevención; profesionales de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y profesionales de la Oficina Regional de Coordinación Oncológica.</p> <p>El Plan recoge las siguientes líneas de actuación:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Promoción de la Salud Materno-Infantil, Prevención de Minusvalías mediante Cribado y Prevención de embarazos no deseados■ Prevención de enfermedades transmisibles■ Prevención del cáncer■ Prevención de enfermedades cardiovasculares■ Prevención de enfermedades no transmisibles (mentales, osteomioarticulares, asma y EPOC)■ Prevención de accidentes y violencia■ Promoción de la salud en colectivos vulnerables <p>Cada línea de trabajo se despliega en diferentes programas, cada con sus correspondientes objetivos generales, específicos y actividades a realizar.</p>
Evaluación	El Plan de Promoción de la Salud y Prevención 2011-2013 contempla la realización de actividades de seguimiento con una frecuencia semestral y una evaluación anual en base a la valoración de criterios de valor que, en este primer año, se ha centrado sobre el proceso de implantación del Plan mediante una primera aproximación a la valoración de los criterios de pertinencia, suficiencia, factibilidad, utilidad, cobertura, satisfacción y eficacia.
Resultados	En 2011, se ha iniciado el 52% de las actividades previstas y ejecutado el 36% según el estándar previsto en el Plan. Del resto se han reprogramadas el 43% y no se han reprogramado el 5%. El indicador de seguimiento de la implantación de los 24 programas del Plan para 2011 es de 79%.

Estrategia 24

Nombre Atención pre-hospitalaria al paciente con síndrome coronario agudo

Ámbito Comunidad Autónoma de Aragón. Emergencias 061 y Atención Hospitalaria.

Inicio Año 2003

Síntesis En el mes de abril del año 2003, el 061 ARAGÓN puso en marcha el Programa de Fibrinólisis pre-hospitalaria en las Unidades Móviles de Emergencia (UME) para el tratamiento de pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) que cumplieran los criterios de inclusión, con el objetivo de acortar el retraso en el inicio del tratamiento trombolítico y aumentar el número de tratamientos realizados dentro de las primeras horas de evolución del IAM, sin aumentar el número de complicaciones y manteniendo una adecuada indicación del tratamiento.

En el año 2005 se elaboró la Guía *G070601 "Síndrome Coronario Agudo en el ámbito prehospitalario"* con los siguientes objetivos:

1. Conseguir un reconocimiento precoz del Síndrome Coronario Agudo (SCA) ofreciendo el tratamiento más adecuado a todas las personas que soliciten asistencia, que presenten dolor torácico de características coronarias, dolor torácico atípico con factores de riesgo, parada cardíaca o cualquier otra presentación sospechosa de un SCA una vez tipificada por el personal facultativo del Centro Coordinador de Urgencias (CCU) del 061 ARAGÓN.
2. Analizar la efectividad de la asistencia, tratamiento y traslado.
3. Cumplimentar el registro de asistencia correctamente en todos los procesos asistenciales que se diagnostiquen como SCA.

El traslado del paciente al hospital de referencia con Servicio de UCI lo realiza la propia unidad móvil que aplica el tratamiento trombolítico, siendo el CCU el encargado de gestionar la cama de UCI.

Además, en el mes de enero del año 2006, el 061 ARAGÓN puso en marcha el programa especial de "**Alerta Hemodinámica**" en coordinación con las Unidades de Hemodinámica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y el Hospital Universitario Miguel Servet de la ciudad de Zaragoza como apoyo al programa TRIAMAR (*Plan de Tratamiento Revascularizador del Infarto Agudo de Miocardio en Aragón*). El objetivo es mejorar la atención a los pacientes que sufren un infarto agudo de miocardio en la Comunidad Autónoma de Aragón y que cumplen una serie de criterios de inclusión en el programa, extendiendo el beneficio de la revascularización mecánica al mayor número de pacientes posible, utilizando racional y coordinadamente todos los recursos disponibles.

La activación de la alerta hemodinámica es solicitada al Centro Coordinador de Urgencias (CCU) del 061 ARAGÓN por:

- El personal médico de las Unidades de Soporte Vital Avanzado (SVA) del 061 ARAGÓN
- El personal médico de UCI de hospital
- El personal médico de Urgencias de los hospitales
- El personal médico de los helicópteros del 112

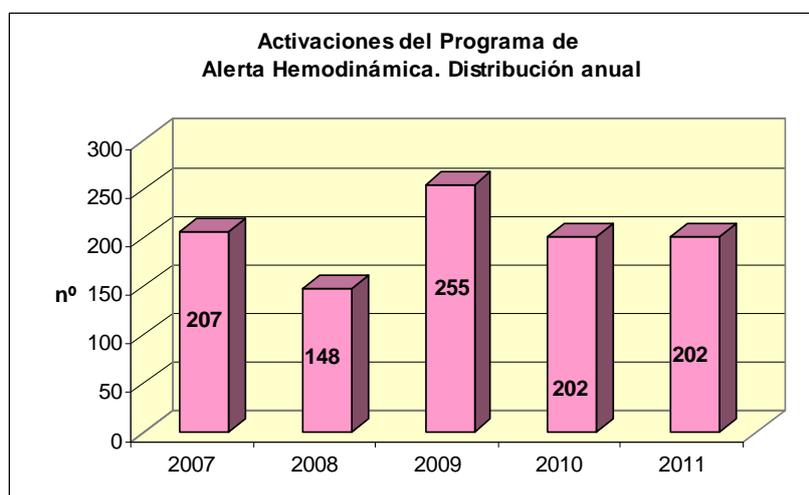
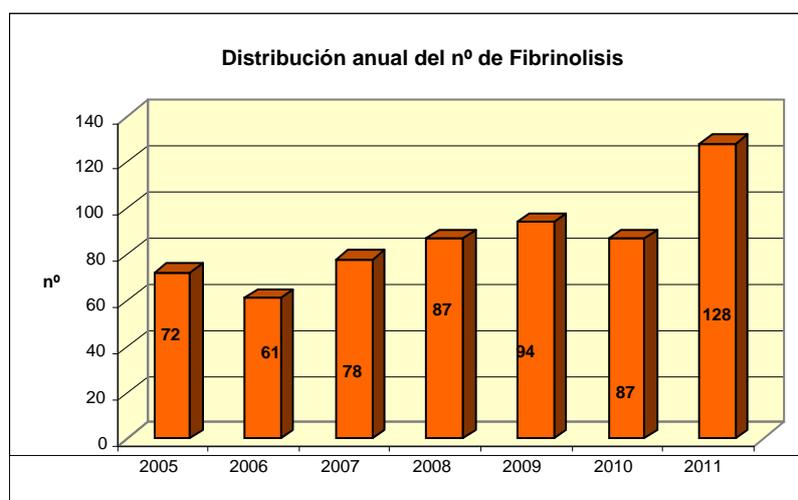
El CCU es el encargado de la activación de la Alerta Hemodinámica, de la gestión de camas de UCI y de los recursos necesarios para el correcto desarrollo del programa. Para ello, el 061 ARAGÓN ha elaborado un protocolo **PR070302 "Protocolo de Alerta Hemodinámica"** cuyo

objetivo es definir las actividades de coordinación entre el 061 ARAGÓN y las Unidades de Hemodinámica de los hospitales de referencia de la ciudad de Zaragoza como apoyo al programa TRIAMAR.

Evaluación Para la evaluación de la correcta aplicación de las recomendaciones establecidas para el tratamiento de pacientes con Síndrome Coronario Agudo se utiliza, entre otros, el siguiente indicador, que valora la aplicación precoz del tratamiento en pacientes que cumplan criterios de inclusión.

“Tiempo medio (medido en minutos) que transcurre desde la recepción de la llamada en el Centro Coordinador de Urgencias hasta el inicio del tratamiento fibrinolítico”

Resultados



	Tiempo medio que transcurre desde la recepción de la llamada en el Centro Coordinador de Urgencias hasta el inicio del tratamiento fibrinolítico (minutos).
2007	47
2008	53
2009	48
2010	42
2011	49

Estrategia 24

Nombre Código ICTUS extrahospitalario

Ámbito Comunidad Autónoma de Aragón. Todos los ámbitos asistenciales.

Inicio Noviembre de 2004

Síntesis El ictus es una emergencia neurológica. La atención a las personas con ictus requiere en las primeras horas una buena organización en la secuencia de las actividades, ya que en este proceso el tiempo es vital. Esta organización requiere:

- Rapidez en el acceso al hospital.
- Atención hospitalaria por un equipo interdisciplinar de profesionales, coordinado por un neurólogo.
- Sistematización y homogeneización de las actuaciones.
- Acceso a TAC craneal y/o RMN.
- Accesibilidad a centros de referencia.
- Inicio precoz de la rehabilitación.
- Información adecuada a pacientes y familiares.

El proceso de atención al ictus en Aragón incluye:

- La activación del “código ictus” desde atención primaria, a través del 061 ARAGÓN o desde el área de triaje de los servicios de urgencias hospitalarios.
- La atención en los servicios de urgencias hospitalarios cuando el paciente se identifica como ictus.
- La atención hospitalaria por Equipos de Ictus, en áreas de hospitalización específica o en Unidades de Ictus, que permitan la monitorización del paciente y una atención enfermera adecuada.
- La existencia de protocolos clínicos de actuación, incluyendo el manejo prehospitalario del paciente y protocolos de fibrinólisis adaptados a las circunstancias de cada centro.
- La aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación (telemedicina) en el momento en que estén disponibles.
- Circuitos de derivación preestablecidos que garanticen la asistencia en tiempo y recurso asistencial adecuado.
- Acceso a la rehabilitación y al apoyo social.
- Información adecuada a pacientes y familiares a lo largo del proceso asistencial.
- Seguimiento de indicadores de la calidad de la asistencia prestada y revisión periódica de los resultados obtenidos y mejoras propuestas.

El “código ictus” es un sistema de alerta que se activa ante personas con sintomatología sugestiva de ictus agudo, para actuar con celeridad en las distintas fases y actuaciones que posibiliten prestar una atención eficaz a los pacientes afectados por esta patología tanto a nivel extrahospitalario como hospitalario.

El “código ictus” contempla dos niveles de actuación, prehospitalario y hospitalario.

- El primero tiene como finalidad la activación rápida de los sistemas de transporte de emergencias y el traslado urgente de los pacientes a centros hospitalarios con los medios necesarios para la atención del ictus cerebral agudo.
- El segundo se articula para realizar, en el menor tiempo posible, el diagnóstico clínico e instaurar cuanto antes las terapias generales y específicas adecuadas.

En el mes de noviembre de 2004, el 061 ARAGÓN puso en marcha en coordinación con dos hospitales de la ciudad de Zaragoza (H. clínico universitario Lozano Blesa y H. universitario

Miguel Servet) el “Código Ictus” como procedimiento de actuación prehospitalario, basado en el reconocimiento precoz de los signos y síntomas de un ictus, que regula la actuación y el traslado a un hospital con los medios adecuados con el fin de que el paciente reciba una asistencia inmediata que pueda reducir la mortalidad y aparición de complicaciones asociadas y permita facilitar la instauración de un tratamiento de reperfusión (fibrinolisis) en el menor tiempo posible en pacientes con ictus isquémico en los que esté indicado.

Así, se activará el “código ictus” para aquellos casos que puedan ser atendidos antes de 4 horas y media del comienzo del cuadro (si se trata de pacientes menores de 80 años) ó antes de 2 horas y media del comienzo del cuadro (si se trata de pacientes mayores de 80 años), en un hospital que realice tratamiento de reperfusión (fibrinolisis). La activación incluirá el aviso y el transporte del paciente a dicho hospital.

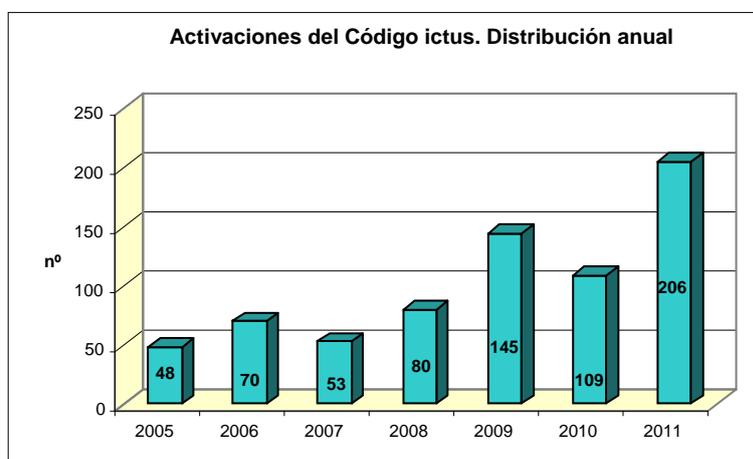
El “Código ictus extrahospitalario” esta integrado en el “Programa de Atención al Ictus en Aragón”, siguiendo las directrices establecidas en la “Estrategia en Ictus del SNS”. En el año 2012 se está trabajando para la coordinación del Código Ictus con los Servicios de Neurología y de Urgencias de los Hospitales de Alcañiz, Calatayud y Teruel.

Evaluación La evaluación de la implantación de este protocolo de actuación va ligada, desde el punto de vista pre-hospitalario, a analizar el % de casos que, cumpliendo criterios de actuación, son trasladados al centro de referencia dentro de los tiempos considerados como óptimos para la instauración de tratamiento revascularizador.

De esta forma, el **indicador** planteado y evaluado anualmente por el 061 ARAGÓN es: “Porcentaje de pacientes con activación del Código ictus que han llegado al centro útil (hospital que realiza tratamiento revascularizador), en menos de dos horas y media desde el inicio de los síntomas si son > de 80 años, o en menos de 4h y media si son < de 80 años”.

Resultados Se empezaron a evaluar a partir del primer año de puesta en marcha del programa:

2005	100%
2006	98,20%
2007	97,40%
2008	96%
2009	98%
2010	100%
2011	100%



Estrategia 24

Nombre Embarazo de alto riesgo

Ámbito Comunidad Autónoma de Aragón. Emergencias 061 y Atención Hospitalaria.

Inicio Año 2009

Síntesis En el año 2009 el 061 ARAGÓN en colaboración con el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza implantó un programa especial para la gestión de la atención sanitaria de urgencias a las mujeres embarazadas en situación de riesgo, definiendo dos patologías susceptibles de inclusión en el programa, tanto por su prevalencia como por su gravedad:

- Preeclampsia-eclampsia en el embarazo
- Hemorragia del embarazo (placenta previa)

Cada patología lleva asociada un plan de actuación dentro del programa especial.

Las pacientes con diagnóstico previo de preeclampsia-eclampsia o placenta previa por el Hospital Universitario Miguel Servet incluidas en el programa que demanden asistencia al 061 ARAGÓN por síntomas relacionados con estos diagnósticos, son identificadas por la plataforma informática "Séneca MYC" del C.C.U. del 061 ARAGÓN activándose un programa especial.

Este programa especial lleva asociado dos planes de actuación que corresponden a ambos diagnósticos. Para cada plan se han predefinido los motivos de demanda asistencial. Cada motivo lleva asignada la actuación del recurso óptimo así como el resultado atendiendo a la evolución de la paciente.

El 061 ARAGÓN ha elaborado una guía **G070604 "Guía de actuación clínica en embarazos en situación de alto riesgo"** para la atención sanitaria de urgencias a las pacientes con diagnóstico previo de preeclampsia-eclampsia y placenta previa y a las pacientes que puedan ser diagnosticadas durante la asistencia médica por los servicios del 061 ARAGÓN de preeclampsia-eclampsia y de hemorragia durante el embarazo.

Evaluación En el momento actual no se dispone de registro de pacientes que permita realizar una evaluación del grado de implantación del programa.

Estrategia 25

Nombre Aplicación informática EpSALUD

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria.

Inicio Mayo 2012

Síntesis Se ha desarrollado la aplicación informática Ep-SALUD, que tiene las siguientes características:

- Aplicación web (Intranet)
- Integrada con CIBELES
- Acceso con usuario de Directorio Activo
- Integrada con cuadro de mando AP: e-SOAP

Los objetivos principales de esta aplicación son los siguientes:

- Normalizar el registro de las actividades de EpS de los centros de Atención Primaria de Madrid.
- Explotar la información relacionada con el servicio de cartera relacionados con la EpS
- Crear una Biblioteca de Proyectos (a nivel de Centro de Salud y Comunidad de Madrid)

Objetivo Secundario:

- Integrarse con la aplicación de la Subdirección de Promoción de la Salud y Promoción: REXES_M

Evaluación Se ha iniciado el pilotaje de esta aplicación en los meses de mayo y junio. Actualmente en fase de expansión.

Estrategia 25

Nombre	Inclusión de los servicios de educación para la salud con grupos y educación para la salud en la escuela en la cartera de servicios estandarizados.
Ámbito	Comunidad de Madrid. Atención Primaria.
Inicio	Año 2007
Síntesis	<p>La Cartera de Servicios Estandarizados en Atención Primaria contempla los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Educación para la salud en la escuela▪ Educación para la salud con grupos <p>Estos servicios se sustentan en la elaboración de proyectos educativos que deben incluir los siguientes apartados:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Justificación.▪ Análisis de situación.▪ Objetivos con delimitación de, al menos, el área de conocimientos y otra de las áreas del aprendizaje (Área de actitudes o Área de habilidades).▪ Listado de contenidos.▪ Metodología: número de sesiones educativas (al menos tres sesiones), duración, actividades y técnicas, reuniones de coordinación.▪ Características y número de la población al que va dirigido.▪ Sistema de evaluación
Evaluación	Se evalúa anualmente el número de proyectos elaborados
Resultados	<p>Evaluación año 2011:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Educación para la salud en la escuela: 609▪ Educación para la salud con grupos: 761

Estrategia 25

Nombre Inclusión de objetivos para promover las actividades de intervención comunitaria en contrato programa de los centros de salud.

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria.

Inicio Año 2011

Síntesis El Contrato Programa de Centro de Salud incluye entre sus objetivos la promoción de actividades de intervención comunitaria.

Se consideran incluidas actividades relacionadas con:

1. Información y medios de comunicación social: Incluye la elaboración y utilización de distintos instrumentos de información (folletos, carteles, murales, cómics, grabaciones, calendarios, etc.) y la participación en los medios de comunicación (prensa, radio, TV, Internet), especialmente de carácter local.
2. Acción social en salud: intervención con asociaciones y otro tipo de organizaciones, relaciones con otros sectores sociales, redes sociales y líderes de la comunidad, agentes comunitarios de salud, relación y apoyo a los grupos de ayuda mutua.
3. Procesos o planes comunitarios.
4. Reorientación de los servicios sanitarios:
 - 4.1. Programas de salud integrales con enfoque promotor de la salud y de trabajo comunitario mediante intervención conjunta con diversos movimientos sociales e instituciones para el abordaje de diversos problemas de salud y/o sobre diversos sectores de la comunidad (niño, escolar, mayores, marginación social, mujeres, jóvenes, inmigrantes, drogodependencias).
 - 4.2. Acciones intersectoriales. Comisiones incluidas: Comisiones Sociosanitarias de atención al mayor, Comisión de protección del menor, Comisión para el abordaje de la violencia de género, Comisión de coordinación de atención a las drogodependencias.
 - 4.3. Programas de mejora de calidad de los servicios mediante la participación de los ciudadanos.
 - 4.4. Comisiones o grupos específicos de participación.
 - 4.5. Órganos de participación comunitaria.

* Se excluye en este epígrafe las actividades de Educación para la Salud con grupos (Estilos de vida, Etapas vulnerables o transiciones vitales, Patologías crónicas) por estar ya incluidas en la Cartera de Servicios Estandarizados en AP.

Evaluación Se mide el número de actividades comunitarias realizadas

Resultados Número de actividades comunitarias realizadas: 887

Estrategia 25

Nombre Programa de Apoyo al Paciente Polimedocado de Extremadura (PAPP).

Ámbito Comunidad Autónoma de Extremadura. Atención Primaria.
(Con el objetivo de ampliarlo al resto de los ámbitos asistenciales).

Inicio El proceso de implantación a nivel comunitario comenzó a finales del año 2010.

Síntesis El incumplimiento terapéutico es especialmente frecuente en las enfermedades crónicas, en los ancianos y en aquellos pacientes que tienen prescritos varios tratamientos de forma crónica.

Estas tres circunstancias suelen concurrir en pacientes tratados de forma ambulatoria.

A esta situación del incumplimiento terapéutico hay que añadir el riesgo que supone administrar de forma simultánea varios medicamentos como ocurre en nuestra población polimedocada, situación que se agrava en la población de mayor edad debido a su situación fisiológica.

Partiendo de estas dos premisas, la falta de adherencia y el problema de seguridad en la toma de medicamentos de la población polimedocada, el Servicio Extremeño de Salud (SES), pone en marcha un programa de apoyo centrado en aquellos pacientes mayores (*la edad no es limitante*) que consuman 5 o más medicamentos de forma crónica y prestando especial atención a los pacientes incluidos en el Servicio de Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados y a los mayores detectados como de riesgo en el Servicio de Atención al Paciente Anciano y a la Persona Mayor Frágil (*programas incluidos en cartera de servicio del SES*).

El Programa de Apoyo al Paciente Polimedocado de Extremadura (**PAPP**), es un programa multidisciplinar en el que la actuación coordinada de distintos profesionales (médicos, enfermeras, farmacéuticos, trabajadores sociales, etc....).

Aborda los tres pilares fundamentales del programa:

- Favorecer la **adherencia terapéutica** de esta población a los tratamientos, especialmente la de aquellos con:
 - Problemas sensoriales, cognitivos o de manipulación.
 - Polimedocación.
 - Tratamientos en dosis alternas o irregulares.
 - Dificultades sociales y escaso apoyo social que interfiera en el correcto cumplimiento de los tratamientos
- Adecuar los tratamientos a cada paciente, previniendo posibles problemas derivados de éstos, detectando, evitando y resolviendo potenciales problemas relacionados con los medicamentos.
- Establecer un plan de actuación social, partiendo de las necesidades sociales explícitas o encubiertas de los pacientes con dificultades para el seguimiento correcto de los tratamientos.

En cuanto a los objetivos más específicos el PAPP trata de:

- Identificar a los usuarios con mayores dificultades para el seguimiento de los tratamientos crónicos.
- Comprobar si los usuarios incluidos conocen la utilidad de los medicamentos, las

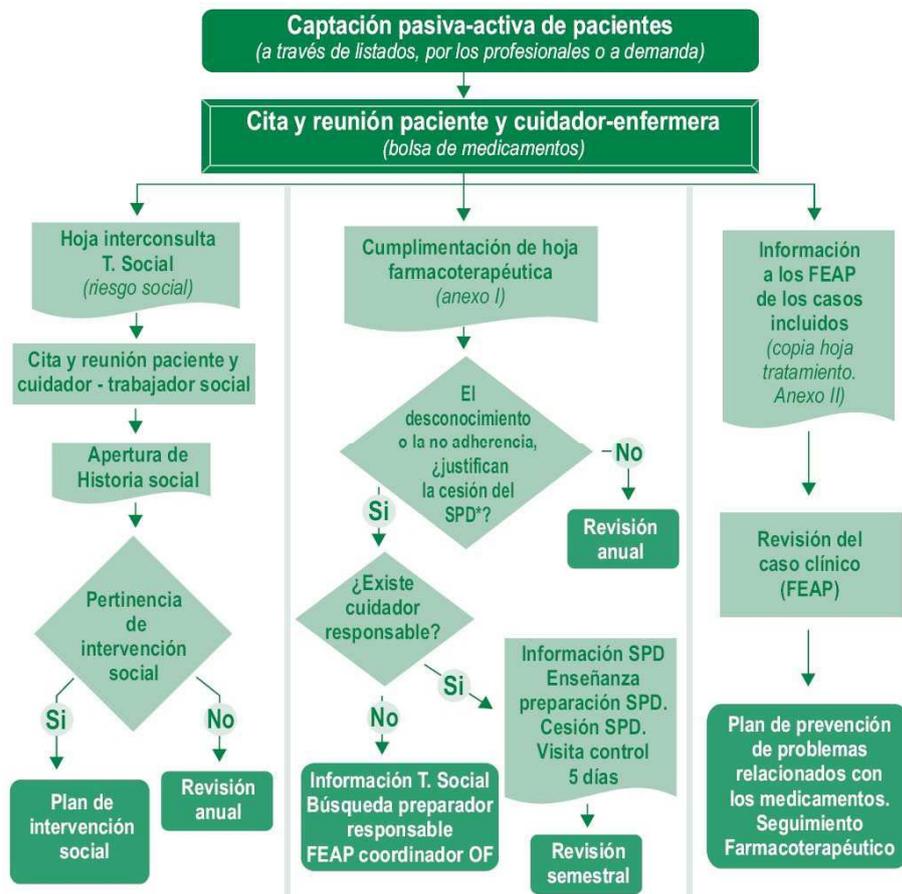
precauciones que deben adoptar con ellos y si cumplen las pautas acordadas con el médico.

- Identificar los problemas sociales que puedan presentar estos usuarios y establecer un plan de actuación social para cada uno de ellos.
- Retirar los medicamentos caducados de los botiquines, adecuando en número y en especialidades farmacéuticas los botiquines supervisados, según las patologías.
- Suministrar la medicación en SPD a los usuarios que puedan beneficiarse de estos dispositivos.
- Realizar una supervisión periódica del grado de adherencia al tratamiento y de las dificultades que tienen los pacientes incluidos para el seguimiento de dicho tratamiento.
- Detectar posibles problemas relacionados con los medicamentos e informar de los mismos a los facultativos responsables de la prescripción.
- Incluir los pacientes en un programa de seguimiento farmacoterapéutico.
- Facilitar la labor de los profesionales sanitarios y sociales. Canalizar adecuadamente y organizar la demanda para los diferentes profesionales del Sistema de Salud relacionada con problemas en el seguimiento del tratamiento farmacológico, poniendo a disposición de usuarios y profesionales herramientas para su abordaje.
- Incrementar las relaciones y la colaboración entre agentes sanitarios y agentes sociales (*los Equipos de Atención Primaria (EAP) y los Servicios Sociales*) para facilitar su labor e incrementar la efectividad.

Para la consecución de todos estos objetivos participan de forma coordinada, agentes tanto del ámbito de la atención primaria como externos:

- Profesionales de los **EAP**. Especialmente:
 - Enfermeras y auxiliares de Enfermería.
 - Farmacéuticos de EAP.
 - Trabajadores sociales.
 - Médicos de Familia
- Profesionales del **ámbito de lo social**:
 - Profesionales de los Servicios Sociales de Base (SSB).
 - Auxiliares de Ayuda a Domicilio.
- Otros **profesionales comunitarios**:
 - Profesionales de las oficinas de farmacia* o de otros establecimientos con personal adecuado que deseen adherirse.

Algoritmo



De esta forma, con la aplicación del PAPP se intenta incrementar la efectividad y la eficiencia del Sistema de Salud, especialmente de los tratamientos farmacológicos prescritos y en conjunto con la búsqueda de los objetivos planteados, se busca mejorar la salud y el bienestar de la población.

Evaluación Teniendo en cuenta que la aplicación del programa se lleva a cabo en el ámbito de la atención primaria, se toma como referencia para la evaluación la zona de salud. Por tanto se establecen indicadores, a nivel de área de salud, zona de salud y unidad básica asistencial (UBA).

Los indicadores generales (en los tres niveles):

- Pacientes incluidos
- Pacientes con visitas de seguimiento
- Sistemas personalizados de dispensación (SPD) utilizados
- Oficinas de farmacia participantes

Los indicadores específicos (en los tres niveles):

- Problemas relacionados con los medicamentos
 - De adherencia
 - De duplicidades terapéuticas
 - De no efectividad
 - De interacciones farmacológicas de relevancia clínica
 - De necesidad de medicamentos
 - De posología/duración incorrectas
 - De seguridad
 - De coste/efectividad

- Comunicación de problemas relacionados con los medicamentos detectados
 - Comunicados
 - Aceptación propuesta de intervención

El seguimiento según un cronograma establecido y se lleva a cabo a través de una herramienta informática centralizada desde la cual los farmacéuticos realizan la revisión y el seguimiento farmacoterapéutico del tratamiento de los pacientes incluidos en el programa.

Resultados

- Cerca de 2200 pacientes extremeños se han beneficiado de la aplicación del programa.
- Aproximadamente a un 35% de los mismos se les ha suministrado SPD como medida para reforzar la adherencia terapéutica.
- En cuanto a los posibles problemas relacionados con los medicamentos se ha detectado una media de casi 2 problemas por paciente, de los cuales se han informado a los prescriptores un 40% de los mismos, resolviéndose de forma favorable la mitad de los mismos.

Estrategia 25

Nombre Programa de mejora de la calidad en la atención sanitaria a los pacientes crónicos polimedicados

Ámbito Comunidad Autónoma de Galicia. Área Sanitaria de A Coruña.

Inicio Pilotaje en el Servicio de Atención Primaria (SAP) Casa do Mar (CS Casa do Mar) con implantación el 5-4-2011.
Entre noviembre 2011 y enero 2012: extensión a los otros 27 SAP del Área Sanitaria de A Coruña, completando así el 100% de implantación.

Síntesis El aumento de la esperanza de vida y la realización de un mayor número de actividades preventivas con objetivos terapéuticos cada vez más estrictos, son algunos de los factores que están influyendo en el hecho de que cada vez sea mayor el número de pacientes que utilizan más de dos fármacos para prevenir o tratar problemas de salud.

Conforme se van añadiendo fármacos al esquema terapéutico, con diferentes dosis y momentos de administración, con recomendaciones específicas de uso, va siendo más probable que aparezcan olvidos o confusiones en la toma de medicamentos. Además la polimedicación se observa con mayor frecuencia en pacientes ancianos, que pueden tener problemas cognitivos de base que dificultan la comprensión adecuada de las instrucciones facilitadas por los profesionales sanitarios.

Uno de los problemas más importantes es la falta de adherencia al tratamiento, sobre todo en patologías crónicas donde se estima que el cumplimiento terapéutico se sitúa en torno al 30-50%.

Pero además de la dificultad de tomar todos los medicamentos en la dosis y momento adecuado, la polimedicación favorece la aparición de reacciones adversas a medicamentos e interacciones medicamentosas. Se ha visto que la polimedicación es un factor que se asocia a un mayor número de hospitalizaciones, visitas de enfermería al domicilio, fracturas, problemas de movilidad, malnutrición y muerte.

Las peculiaridades en los tratamientos farmacológicos hacen, por tanto, necesaria una estrecha vigilancia de los tratamientos por los profesionales de Atención Primaria, y así mejorar la calidad de vida de la población desde el punto de vista sanitario. Para el adecuado control de la prescripción es necesario un trabajo asistencial coordinado entre farmacéuticos, médicos de familia y enfermeros de Atención Primaria.

El objetivo general del programa es mejorar la calidad asistencial y la prestación farmacéutica a los pacientes crónicos polimedicados (con 6 ó más fármacos de forma continuada durante 6 ó más meses). Los objetivos específicos incluyen: detectar y resolver problemas relacionados con el uso de medicamentos, mejorar el cumplimiento terapéutico de los pacientes crónicos polimedicados y mejorar el conocimiento de los pacientes respecto del uso e indicaciones de los medicamentos.

La Subdirección de Sistemas y Tecnologías de la Información emitirá los informes de los pacientes crónicos y polimedicados con más de una cantidad determinada de tratamientos, que serán remitidos a la Unidad de Apoyo a la Prescripción de la Subdirección Xeral de Farmacia para su revisión y validación. Una vez validados los informes serán remitidos a los farmacéuticos de Atención Primaria, los cuales codificarán (CIAP-2) dichos pacientes, revisarán el tratamiento farmacoterapéutico, completando la información con los datos de la

historia clínica electrónica IANUS, evaluarán criterios stop/start, identificarán problemas relacionados con medicamentos y resultados negativos asociados a la medicación. Emitirán un informe detallado del tratamiento farmacoterapéutico del paciente en términos de eficacia, seguridad y eficiencia, formulando una propuesta de intervención al médico de familia.

El médico de familia valorará la propuesta de intervención y dejará constancia en la historia clínica electrónica de la intervención realizada (nota SOIP). Valorará según la propuesta de intervención si la citación será en la consulta del médico y enfermero o únicamente en la de enfermería.

La totalidad de los pacientes serán programados en la consulta de enfermería, en la cual:

- se revisarán los medicamentos que aporta el paciente, valorando la coincidencia con los recogidos en la historia clínica
- Se valorará el grado de conocimiento del paciente sobre su enfermedad y sobre su medicación
- Valoración de la adherencia al tratamiento (test de Morisky-Green-Levine). Se repetirá a los 3 meses para valorar si ha mejorado la adherencia al tratamiento.
- Detección de reacciones adversas
- Resolución de dudas planteadas por el paciente/ cuidador
- Educación sanitaria con el objetivo de mejorar el cumplimiento fármaco-terapéutico y el conocimiento de los pacientes respecto al uso e indicaciones de los medicamentos.

Evaluación En la evaluación de la actividad del Programa desde su implantación hasta 30-9-2012:

- Codificados 81,47%
- Propuestas de intervención en 48%
- Criterios stop: 292
- Criterios start: 102

Resultados

- Mejora en la adecuación de la prescripción
- Mejora en la seguridad del paciente
- Mejor conocimiento del paciente sobre su enfermedad y sobre su medicación
- Mejor adherencia al tratamiento
- Disminución de costes del tratamiento

Estrategia 25

Nombre Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS)

Ámbito Comunidad Autónoma de Aragón. Atención Primaria

Inicio Año 1996

Síntesis La Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS), impulsada por el Gobierno de Aragón y dentro de un marco de cooperación interinstitucional, pretende facilitar la extensión de la promoción y educación para la salud en la Comunidad Autónoma de Aragón, constituyéndose como el instrumento integrador de los grupos de trabajo multidisciplinares que desarrollan proyectos de educación y promoción de la salud en los distintos microámbitos a nivel local (barrio, localidad, comarca).

Los objetivos de la Red son identificar proyectos de promoción y educación para la salud que se están llevando a cabo desde distintos sectores en Aragón (en el escenario sanitario es a través de los centros de salud), fomentar la realización de experiencias nuevas desde un enfoque intersectorial e interdisciplinar, fomentar la innovación en promoción de la salud y el desarrollo de modelos de buena práctica adaptados a diferentes contextos, y facilitar la gestión del conocimiento en promoción de la salud entre los equipos integrados en la red y la transferencia con otras redes y sistemas.

Los proyectos integrados en la RAPPS se ajustan a las siguientes características: orientarse hacia la promoción de la salud, basarse en la participación de la comunidad, dirigirse hacia los determinantes de salud y promover la colaboración intersectorial.

Los proyectos pueden ser promovidos por centros sanitarios, centros educativos, servicios sociales, recursos comunitarios, asociaciones y ONG. Los proyectos se basan en el trabajo de un equipo multidisciplinar que interacciona con grupos diversos, aplicando una metodología coherente con los principios de educación para la salud mediante una visión focalizada en activos para la salud, como forma de desarrollo personal y de participación social partiendo de un análisis crítico de los problemas de salud, con base en la promoción de acciones dentro de un contexto concreto, siempre integrándose en los objetivos de los centros, servicios y entidades promotoras del proyecto.

La Red ofrece a los proyectos integrados: Acceso a la convocatoria de subvenciones a los proyectos de promoción de la salud; asesoramiento y seguimiento a los equipos por parte de los técnicos del SARES (Sistema de Asesoramiento y Recursos en Educación para la Salud) de la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón; donde además de acceso a la documentación y materiales didácticos que faciliten el desarrollo de los proyectos, se colabora con la difusión de las experiencias mediante diferentes herramientas digitales, la organización periódica de seminarios de intercambio de experiencias, así como actuaciones que promuevan la interacción y la mejora de la calidad entre los proyectos. Como Red, es fundamental el intercambio de información con otras redes de actividades y proyectos de promoción y educación para la salud ya constituidos.

En RAPPS están integrados 62 proyectos, en cuyos equipos participan más de 400 profesionales, pertenecientes a 200 centros promotores, que son: centros educativos, centros sanitarios, servicios sociales, asociaciones y recursos comunitarios. Los temas abordados son muy variados y dependen del análisis del contexto y de las prioridades de los proyectos.

Una relación de los temas abordados en la RAPPs es la siguiente:

- Salud mental
- Ayuda mutua
- Prevención de drogodependencias
- Alimentación y nutrición
- Desarrollo rural
- Sexualidad
- Integración social
- Habilidades para la vida
- Utilización de servicios sanitarios
- Lactancia materna; Ambiente y salud
- Tiempo libre.

Evaluación Cada proyecto es independiente y tiene su propio sistema de evaluación. Ésta se centra en los resultados y efectos de cada proyecto, valorando especialmente el trabajo intersectorial y el desarrollo de activos para la salud. La RAPPs cuenta con unos criterios de calidad en promoción de la salud para promover la homogeneidad y la mejora continua de los diferentes proyectos. De manera que el diseño, proceso, resultados y efectos de cada proyecto tienen que ser adecuados con los criterios de calidad relacionados con las prácticas de promoción y educación para la salud; y por otra, 6 criterios que engloban el diseño, la puesta en marcha, el desarrollo y la evaluación del proyecto como tal. Además existe el seguimiento de los proyectos por el equipo del SARES de la Dirección General de Salud Pública.

Para valorar la implicación de la atención primaria en el desarrollo de los proyectos de la RAPPs, se analiza el porcentaje centros de salud integrados en los proyectos de la RAPPs (Número de centros de salud que desarrollan proyectos de la RAPPs / Número total de centros de salud de Aragón x 100)

Resultados Los resultados son diferentes e independientes por cada iniciativa integrada en la Red. La valoración como RAPPs indica que se promueve la innovación en promoción de la salud y se promueve el desarrollo de modelos de buena práctica. Además los equipos de trabajo promueven cambios en la cultura organizativa de los diferentes centros y servicios, promoviendo el trabajo en red y comunitario de los centros sanitarios.

Los resultados obtenidos de la información mínima de cada uno de los proyectos nos permiten analizar todas sus variables; en este caso podemos cuantificar qué proyectos integrados actualmente en la RAPPs tienen como Centro/s promotor/es o colaborador/es el Centro de Salud.

Así, podemos llegar a los resultados siguientes: existen, en 2012, 62 proyectos en la Comunidad autónoma, de forma que en los proyectos por provincias observamos:

- Huesca: 7 Equipos de atención primaria (EAP) implicados (3 como centros promotores y 4 como centros colaboradores)
- Teruel: 5 EAP implicados (3 como centros promotores y 2 como centros colaboradores)
- Zaragoza: 15 EAP Implicados (6 como centros promotores y 9 como centros colaboradores)

Por tanto hay 27 EAP implicados en Aragón en proyectos integrados en la RAPPs, lo que supone un 21% de las zonas básicas de Aragón.

Los temas abordados, así como otra información relacionada con estos proyectos puede obtenerse en el sitio web:

http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia /AreasTematicas/SanidadProfesionales/SaludPublica/PromocionSalud/ch.RedAragonesaProyectosPromocionSalud_RAPPs.detalleDepartamento

Estrategia 27

Nombre	Inclusión de objetivos específicos dirigidos a los trabajadores sociales en el contrato programa de los centros de salud.
Ámbito	Comunidad de Madrid. Atención Primaria.
Inicio	Año 2009
Síntesis	<p>Los Contratos Programas de los Centros de Salud de la Comunidad de Madrid incluyen objetivos específicos dirigidos a los profesionales de las Unidades de Apoyo. En relación a los Trabajadores Sociales de los Centros de Salud, está incluido el siguiente objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Potenciar la atención social en el Centro de Salud.
Evaluación	Se evalúa anualmente el siguiente Indicador: “Cobertura de Atención social”
Resultados	Nº de pacientes con valoración social nueva realizada en el año 2011: 73.055 pacientes

Estrategia 27

Nombre	Programa de prestación farmacoterapéutica a centros sociosanitarios (SSR) desde el hospital de referencia.
Ámbito	Comunidad Autónoma de Galicia. Centros sociosanitarios del Área Sanitaria de A Coruña
Inicio	Agosto 1998
Síntesis	<p>El programa de prestación farmacoterapéutica desde el hospital de referencia en el Área Sanitaria de A Coruña se puso en marcha en el año 1998, con el Servicio de Farmacia y el Servicio de Compras y Suministros del entonces Hospital Juan Canalejo. Progresivamente se han ido incorporando distintos centros sociosanitarios:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Residencia de Oleiros (Oleiros), en agosto de 1998, 302 residentes■ Santa Teresa Jornet (A Coruña), en 2003, 176 residentes■ Torrente Ballester (A Coruña) , en 2003, 98 residentes■ Residencia García Hermanos (Betanzos), en 2005, 190 residentes■ Residencia Agarimo (Oleiros), en 2005, 152 residentes■ Residencia Concepción Arenal (A Coruña), en 2005, 150 residentes■ Santiago Apóstol (A Coruña) , en 2005, 140 residentes

En total supuso la implantación del Programa en centros sociosanitarios con 1208 residentes.

En la Estrategia SERGAS 2014 en el primer eje estratégico, “ salud y demanda de los ciudadanos”, y teniendo como objetivo estratégico “ promover la salud y responder a las necesidades del ciudadano a través de dispositivos asistenciales y planes específicos”, está incluida la integración de la atención sociosanitaria (Estrategia sociosanitaria de Galicia).

Siguiendo la Estrategia SERGAS 2014, en la Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña se impulsa el programa de prestación farmacoterapéutica a centros sociosanitarios desde el hospital de referencia implicando además de a los Servicios de Farmacia Hospitalarios y del Servicio de Compras y Suministros, a los farmacéuticos, médicos de familia y enfermeros de los Servicios de Atención Primaria (SAP) correspondientes.

Previamente a la implantación, se presenta el Programa a la Dirección del centro sociosanitario correspondiente. Una vez manifestada su conformidad, se inicia la preparación del Convenio correspondiente que será firmado por la Conselleira de Sanidade y por el/la representante de la entidad.

En el periodo de tiempo transcurrido entre la conformidad y la firma efectiva del Convenio correspondiente, se realiza la conciliación de la medicación y todas las gestiones relacionadas con la puesta en marcha de dicho Convenio.

La implantación del Programa con la nueva modalidad asistencial se ha realizado en las siguientes fechas:

- Residencia de Maiores de Carballo: diciembre 2011, 26 residentes
- Residencia Os Magnolios (Culleredo), junio 2012, 76 residentes
- Residencia Geriatros(Vimianzo), julio 2012, 150 residentes

En la residencia Geriatros el hospital de referencia es el Hospital Virxe da Xunqueira y en los otros dos centros es el Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Actualmente está pendiente la firma de Convenio con 4 centros sociosanitarios:

- Santa María de Ois (Coirós), 40 residentes
- Sagrado Corazón de Jesús- Pai Menni, 130 residentes
- Geriatros (Carballo), 150 residentes
- ASPACE (Sada), 43 residentes

En el momento actual están incluidos en el Programa todos los centros sociosanitarios del Área Sanitaria de A Coruña de gestión pública y una vez firmados los cuatro Convenios pendientes, únicamente faltarían por incluir dos centros de gestión privada con plazas concertadas además de las privadas.

En la siguiente fase comenzaremos el abordaje de los centros de gestión privada con plazas privadas.

Además de la eficiencia del Programa, está asociado a mejoras en la calidad y seguridad de los perfiles farmacoterapéuticos de los residentes de centros

Evaluación Seguimiento farmacoterapéutico más estrecho, de lo que ocurría previamente al inicio del Programa de prestación farmacoterapéutica desde el hospital de referencia. A ello ha contribuido de forma notoria la participación de los farmacéuticos, fundamentales en la evaluación farmacoterapéutica del paciente crónico polimedcado.

Resultados Disminución de costes: ahorro medio por la diferencia pvp-pvl estimado en 700 € por residente y año (a partir de datos de evaluación a principios de 2012).

Habría que añadir el ahorro por la conciliación de la medicación, no cuantificado en este momento.

Estrategia 27

Nombre	Uso Racional del Medicamento Trabajo en equipo - Proyecto de coordinación de la prestación y atención farmacéuticas en centros sociosanitarios. (Farmacéutico coordinador: José Luís Trigo Izquierdo).
Ámbito	Comunidad Autónoma de Extremadura. Centros sociosanitarios (Residenciales y psiquiátricos) públicos y concertados de la Comunidad.
Inicio	Septiembre 2010
Síntesis	El objetivo general del proyecto es el de coordinar, a nivel autonómico, la prestación y atención farmacéuticas en centros sociosanitarios (CSS) de titularidad tanto pública, como privada con acuerdos de prestación (concertados), con el fin de racionalizar el consumo de recursos en beneficio de la sostenibilidad del sistema, y de mejorar la seguridad y calidad asistencial de los pacientes institucionalizados del Servicio Extremeño de Salud (SES).

A nivel de CSS, el objetivo específico es, por un lado, optimizar la gestión de sus depósitos de medicamentos mediante una adecuada dotación, una eficiente organización, control y manejo de los recursos, y una normalización en los procedimientos de trabajo. Además, se pretende ofrecer una información y formación al personal sanitario de estos centros orientada a objetivos planteados en materia de uso racional del medicamento. Debemos tener presente que los depósitos de medicamentos de los diferentes centros se encuentran vinculados a servicios de farmacia de distintos niveles asistenciales en distintas áreas de salud del SES o a oficinas de farmacia, por lo que se estimó una necesidad estratégica la coordinación autonómica de la prestación y atención farmacéuticas en busca de una optimización de recursos sin mermar los servicios prestados y aumentando el rendimiento como organización.

Por otro lado, el proyecto pretende optimizar la farmacoterapia, mejorando la seguridad del paciente institucionalizado por medio de la integración de farmacéuticos a los equipos asistenciales de estos centros en labores de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) principalmente, aunque su presencia, de igual modo, facilita tareas de farmacovigilancia, permite configurarse como un referente de información sobre medicamentos ante el resto de profesionales sanitarios y fomenta la relación farmacéutico-paciente. En todas estas labores se presta especial cautela en la protección de datos de acuerdo con la normativa vigente. La práctica asistencial de SFT permite detectar, evitar y solucionar Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM), repercutiendo igualmente en el gasto que de ello se deriva.

Para todo ello, la implementación de una aplicación informática (diseñada y mejorada por farmacéuticos del SES) en estos centros, accesible desde el portal corporativo del SES (lo que permite su uso desde cualquier punto de la intranet y por cualquier agente de salud autorizado como usuario), se configura como una valiosa herramienta que permite, entre otras muchas, mejorar la seguridad de los tratamientos, centralizar la información clínica, uniformar criterios y procedimientos de actuación, integrar capacidades para optimizar la asistencia sanitaria del paciente institucionalizado y registrar información con la triple finalidad de demostrar externamente la actuación profesional (evaluación externa), permitir el análisis de la práctica profesional para la mejora continua (evaluación interna) y proporcionar una fuente de datos para la investigación.

Evaluación Para llevar a cabo esta línea estratégica se diseñó y puso en marcha un programa de coordinación con las siguientes fases:

Análisis de situación:

Tras la visita inicial, en la que se conocen aspectos de interés para desarrollar el proyecto (nº camas, integrantes equipo asistencial, acuerdos de suministro, Guía Farmacoterapéutica de referencia,...), se establece un plan de trabajo consensuado y se realiza un análisis de riesgos y puntos críticos en el proceso de petición, recepción, custodia, conservación y dispensación del medicamento.

Implementación de una aplicación informática:

Tras la recogida de datos básicos actualizados, tanto de pacientes y sus tratamientos, como del personal autorizado, se procede a cargar la aplicación registrando informáticamente toda la información disponible (datos administrativos, tratamientos médicos, historia clínica, etc.).

Antes de implementar la nueva aplicación informática y durante el primer mes de utilización se llevan a cabo sesiones formativas para su correcta utilización, según el perfil de usuario, a los profesionales que harán uso de esta herramienta. Posteriormente, y de forma continuada, se realiza un seguimiento y soporte telemático para el perfeccionamiento y la mejora de la herramienta.

Gestión de depósitos

Se procede a dotar y organizar el depósito de medicamentos, establecer un mecanismo de control de existencias y seguimiento de las mismas, y analizar la prescripción en receta.

Por otro lado, se consensúan e implantan en los centros Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNT) para homogeneizar, evaluar y coordinar determinados procesos relacionados con los objetivos propuestos, como son:

- 1) Características, dotación y organización de los depósitos de medicamentos.
- 2) Gestión de pedidos para depósitos vinculados a servicios de farmacia.
- 3) Gestión de pedidos para depósitos vinculados a oficinas de farmacia.
- 4) Recepción, almacenamiento y gestión de caducidades.
- 5) Control y registro de temperaturas.
- 6) Control de medicamentos de especial dispensación.
- 7) Sistemas personalizados de dosificación.
- 8) Seguimiento farmacoterapéutico.
- 9) Gestión de alertas farmacéuticas.

En cuanto a la gestión de pedidos, la aplicación informática nos ofrece una valiosa información actualizada de las necesidades reales de medicamentos, al ser el soporte desde el que el personal facultativo prescribe el tratamiento de los pacientes.

Se llevan a cabo fundamentadas propuestas de exclusión, inclusión o cambio en el pacto de suministro de distintos servicios de farmacia para optimizar la prestación farmacéutica y, junto con la Guía Farmacoterapéutica de referencia, se utiliza como material complementario un Programa de Alternativas Terapéuticas Equivalentes.

Seguimiento Farmacoterapéutico

Para llevar a cabo esta práctica asistencial se ha optado por la vinculación de farmacéuticos de Equipos de Atención Primaria (EAP) a los CSS y su integración en el equipo asistencial. Las intervenciones farmacéuticas comunicadas al personal médico son registradas y pueden ser

comunicadas a través de la aplicación informática.

Seguimiento y evaluación del proyecto

Periódicamente se evalúan resultados económicos, organizativos y de intervención con la intención de modificar aquellas estrategias que no han alcanzado los objetivos propuestos o potenciar las efectivas.

Se ha diseñado un plan formativo para personal sanitario en CSS y se pretende impulsar la investigación, así como el desarrollo y/o autorización de una Guía Farmacogeriátrica de referencia única para toda la Comunidad Autónoma de Extremadura. Además, se pretende realizar actividades que faciliten la integración de las estructuras sociales y sanitarias en la Comunidad Autónoma.

Resultados Análisis de situación

En la actualidad (agosto de 2012) el proyecto está en marcha en once (11) centros sociosanitarios ubicados en distintas áreas de salud del SES. Estos grandes centros, con más de cien (100) camas, y de titularidad tanto pública como privada, acogen en la actualidad a más de mil trescientos (1300) pacientes.

El análisis de riesgos y puntos críticos en los procesos descritos ha permitido detectar y corregir numerosas situaciones que suponían una pérdida evitable de recursos y un riesgo sanitario en materia de conservación y administración de medicamentos.

Implementación aplicación informática

La aplicación informática para CSS se ha implementado con excelente acogimiento por parte del personal sanitario en ocho (8) CSS y se han llevado a cabo numerosas sesiones formativas previas y de refresco al personal autorizado para el correcto uso de la herramienta. Objetivamente, el grado de satisfacción es medido por medio de encuestas tras su implementación, recogiendo sugerencias, consultas o propuestas de mejora.

Gestión de depósitos

En cuanto a la gestión de depósitos, la organización y dotación de depósitos y el control de existencias ha supuesto una reducción media anual del 10% en gasto total de medicamentos (2011 frente a 2010 y la tendencia de 2012 frente a 2011). Además, la utilización de indicadores de calidad de la prescripción, el análisis de la prescripción en receta y las propuestas de adaptación a la Guía Farmacoterapéutica de referencia, han supuesto una reducción anual del número de recetas prescritas en estos centros de aproximadamente un 19% con respecto al año anterior.

La evaluación de los Procedimientos Normalizados de Trabajo implantados ha permitido facilitar, agilizar y mejorar muchos procesos relacionados con la gestión farmacéutica, lo que sin duda ha repercutido positivamente en el rendimiento económico y ahorro de esfuerzos del personal implicado.

Seguimiento Farmacoterapéutico

Once (11) farmacéuticos de Equipos de Atención Primaria (EAP) se encuentran integrados en los equipos asistenciales dedicando parte de su jornada a labores de SFT en estos centros, lo que puede suponer aproximadamente un día completo a la semana.

En la actualidad están registrados en la herramienta informática más de mil trescientos (1300) pacientes con sus respectivos tratamientos y datos complementarios (historia clínica, valoraciones, registros,...), de los cuales ciento treinta (130) se encuentran en seguimiento farmacoterapéutico, con un total de doscientos sesenta y ocho (268) posibles problemas detectados y registrados. De este total, ciento setenta y uno (171) han sido comunicados al personal médico, siendo aceptadas ciento catorce (114) “intervenciones farmacéuticas”, lo que supone un alto porcentaje de aceptación de esta práctica asistencial (> 66%).

La presencia de farmacéuticos en los equipos asistenciales ha permitido, además, informar en primera persona sobre determinadas cuestiones de actualidad relacionadas con la asistencia farmacéutica.

Seguimiento y evaluación del proyecto

En el aspecto económico, la gestión de los depósitos con la ayuda de la aplicación supuso en 2011 un ahorro de aproximadamente 830.000 euros.

Se desarrolló la primera sesión formativa para personal sanitario de CSS de Extremadura con el título “*Soporte nutricional en el anciano frágil. Nutrición enteral*” impartido por un experto de reconocido prestigio del SES, iniciativa valorada muy positivamente por parte de los asistentes.

Se está desarrollando un proyecto de investigación en materia de uso racional de absorbentes de incontinencia urinaria en pacientes geriátricos en colaboración con el personal sanitario de uno de los CSS integrados en el proyecto.

Por último, comentar que se ha redactado, para someter a autorización, una Guía Farmacoterapéutica de referencia única en la Comunidad para centros sociosanitarios.

Estrategias 27 y 28

Nombre	Módulo DIPEX sobre atención al final de la vida (Proyecto financiado a través de los Fondos de Cohesión 2011 del MSSSI)
Ámbito	Nacional, desarrollado por la Comunidad Autónoma de Canarias.
Inicio	Marzo de 2012
Síntesis	<p>Objetivo general: Desarrollar un recurso Web de información sobre cuidados paliativos (CP) dirigido a pacientes, profesionales y población general.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Conocer y comprender las experiencias y necesidades asociadas a la vivencia de una enfermedad en situación terminal y el uso de servicios de CP desde la perspectiva de las personas que lo sufren y de sus familiares.■ Desarrollar un módulo sobre CP para su incorporación en la Web de DIPEX España.■ Revisar e incorporar información basada en la evidencia y recursos disponibles sobre CP. <p>Diseño: Se aplica la metodología elaborada por DIPEX: uso de técnicas cualitativas de análisis narrativo de datos recogidos mediante una muestra de máxima variación.</p> <p>Técnica de recogida de datos básica: entrevista semiestructurada de entre 30 y 40 pacientes de todo el ámbito nacional (ampliable hasta alcanzar la saturación de datos).</p> <p>Se recogen y analizan los datos para presentarlos en forma de video/audio clips acompañado de la información narrativa obtenida del análisis, así como información científica relevante y recursos disponibles que sean de utilidad para los usuarios.</p> <p>Procedimiento:</p> <p><u>Inicio del proyecto:</u></p> <p>Panel de expertos asesor: constituido por 8-10 personas entre las que se incluyen profesionales sanitarios clínicos e investigadores, así como representantes de pacientes. El panel funciona como grupo asesor del proyecto, aconseja sobre los perfiles, la selección y el reclutamiento de los participantes en el módulo; también revisa la calidad del material finalmente elaborado para incluir en la Web.</p> <p><u>Participantes:</u></p> <p>Con el fin de incluir una muestra amplia de máxima variación, la selección y el reclutamiento de participantes está mediada por profesionales, de Atención Primaria y/o Especializada, y sobre todo de los servicios de CP, así como por grupos de apoyo. Además, se invita a la participación a través de la página Web de DIPEX España. El reclutamiento se realiza en todo el territorio nacional. La intención de esta forma de reclutamiento es asegurar que el material que se presenta en la Web se ajusta a la realidad múltiple de nuestro contexto, aumentando con ello la fiabilidad de los resultados.</p>

Criterios de base teórica para la selección inicial de participantes:

- Diferentes Comunidades Autónomas.
- Diferente rango de edad, tanto hombres como mujeres.
- Personas con cáncer de diferentes localizaciones.
- Familiares de pacientes con enfermedad oncológica en situación terminal.
- Familiares de pacientes que han fallecido por enfermedad oncológica y han utilizado servicios de CP hace más de 6 meses.

Una vez reclutado, el potencial participante recibe una llamada telefónica en la que se le explica el objetivo del estudio, así como las condiciones de su participación. En caso de que el participante acepte continuar, se concerta una cita para la realización de la entrevista. En ese encuentro, se le ofrece información ampliada del proyecto y se le pide una segunda confirmación de la voluntad de su participación. En ese momento se solicita además su permiso para hacer público el contenido, parcial o total, de su entrevista y/o los fragmentos de vídeo en la página Web, si lo prefiere se puede incluir solamente la información en audio o escrita.

Recogida de datos:

La principal técnica es la entrevista narrativa. Se realizaron 41 entrevistas, conducidas por investigadores cualificados y formados específicamente para el desarrollo de módulos DIPEX. Las entrevistas comenzaron por permitir a los participantes que describieran su historia con sus propias palabras. Finalizada la narración de su historia, el entrevistador puede entonces hacer preguntas adicionales sobre temas que considere relevantes. La entrevista tiene, de este modo, dos fases: la narrativa y la semi-estructurada.

Las entrevistas se realizaron preferiblemente en los domicilios de los informantes (en algunos casos los participantes prefieren realizar la entrevista en otro lugar). Sobre la base del consentimiento previo para ello, los encuentros fueron grabados en vídeo.

Las grabaciones se archivan bajo claves de acceso siendo accesibles sólo a algunos miembros del equipo investigador. Los archivos en audio se transcriben. Una vez transcritos se revisan los textos y se reenvían a los participantes para su revisión y eliminación, si así lo desean, de alguna parte o de la totalidad de la entrevista. Finalmente, los participantes envían la autorización firmada de aprobación para el uso del material en el proyecto.

Análisis de datos:

El trabajo de análisis comienza de forma simultánea a la recogida de datos. Inicialmente, uno de los investigadores codifica los datos generados en las entrevistas. En el segundo nivel de análisis, se agrupan los códigos en categorías guiadas por las áreas temáticas identificadas. Una vez finalizado este proceso, esta categorización de la información permite revisar la información aportada por todos los participantes sobre un mismo tema. Este sistema categorial y la información asociada a cada elemento en él constituyen la base del análisis y de la redacción de los resúmenes temáticos.

Durante el proceso de análisis, los resúmenes temáticos elaborados por el investigador responsable son revisados por al menos otro de los investigadores del equipo para asegurar que se han incluido las áreas temáticas más importantes y que se ha dado cabida a la variedad de perspectivas presentadas por los participantes. Además, y con el fin de presentarlos como material didáctico accesible en la Web, se elaboran resúmenes cortos, e ilustrados con audio y video clips, sobre las áreas temáticas más relevantes. El proceso de análisis se apoya en la utilización de un paquete de software especializado (Atlas-ti), que sirve para organizar la

información y hacerla fácil y rápidamente accesible.

Inclusión de información y recursos disponibles:

Además de la información generada a partir de las entrevistas narrativas, el equipo investigador con apoyo del comité asesor realizó una revisión de la información científica fiable y relevante sobre diversos aspectos relacionados con los CP, así como de los recursos y fuentes de apoyo para su inclusión en la Web. Se realizó una búsqueda de información inicialmente en bases de datos secundarias para identificar revisiones sistemáticas y guías de utilidad.

Es posible visitar el módulo sobre CP en el Reino Unido en la http://www.healthtalkonline.org/Dying_and_bereavement/Living_with_Dying.

El proyecto ha seguido la normativa y las recomendaciones establecidas por los Comités de Ética que evalúan los proyectos tanto en el Reino Unido como en España (Hospital Universitario Nuestra Sra. de Candelaria, Tenerife).

- Evaluación**
- Publicación en la Web de DIPEX - España del módulo propuesto, con enlace desde el espacio Web del Servicio Canario de la Salud.
 - Número de visitas / consultas a la Web por unidad de tiempo.

Resultados Puede visitarse el espacio Web directamente (www.dipex.es) o a través de la página Web del Servicio Canario de la Salud (<http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idCarpeta=1120c354-6780-11e1-92c3-9195656fdecf&idDocument=a9a8c0d9-6929-11e1-92c3-9195656fdecf>)

Estrategias 27 y 31

Nombre Enfermera Gestora de Procesos en Pacientes Crónicos. Proceso Asistencial de EPOC

Ámbito Comunidad Autónoma de Galicia. Atención Primaria.
C. S. Fingoí en Área Centro de Lugo.

Inicio Septiembre de 2011

Síntesis El proyecto de la Enfermera Gestora del Proceso (E.G.P.) Crónico de EPOC en Atención Primaria (A. P.), está enmarcado dentro de la Gestión por Procesos, y surge de la necesidad de coordinación entre A.P. y Hospital, para mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de paciente/cuidador. Ofrece una atención integral y una continuidad en los cuidados, siendo el nexo de unión entre el paciente y los profesionales que lo atienden tanto en Hospital como en A.P.

Actividades de la E.G.P.:

Pilotaje durante 1 año de 50 pacientes y sus cuidadores. Los pacientes fueron reclutados siguiendo los siguientes criterios de inclusión en el programa: Diagnóstico de EPOC, mayores de 55 años control en AP, pluripatológicos, polimedificados y con 2 ingresos o más en año previo.

Con todos los pacientes del programa se realizaron las siguientes actividades:

- Evaluación integral de paciente y cuidador.
- Traslado de información sobre el paciente, al resto de los profesionales.
- Gestión de citas para pruebas médicas y consultas, posibilitando el acto único.
- Educación Sanitaria. Manejo de inhaladores. Gestión de la enfermedad. Hábitos saludables.
- Articula el circuito de aviso al ingreso de un paciente. Planificar el alta. Informe de alta.
- Coordinación del Equipo de AP, con la red social y con otros niveles asistenciales.
- Accesibilidad telefónica, telemática y/o personal de 8-15 h. lunes-viernes.

Evaluación Se ha realizado una evaluación a los 6 y a los 12 meses, de todos los pacientes y cuidadores incluidos en la consulta conducida por la EGP de EPOC.

Se establecieron indicadores de actividad, calidad, satisfacción, eficacia y eficiencia.

Resultados Se incluyeron en el programa 50 pacientes y 22 cuidadores. Los principales resultados obtenidos fueron:

- Los pacientes y sus cuidadores gestionan mejor su enfermedad, saben reconocer síntomas de reagudización.
- Tiempo medio de espera para la elaboración del Plan de Cuidados: 2 días.
- Al estabilizar el proceso facilita el trabajo del cuidador y reduce su sobrecarga.
- Se reduce el número de exacerbaciones y de ingresos hospitalarios y el sufrimiento asociado: Tasa de reingresos: 2 %.
- Tasa de adherencia a las acciones del proceso 98 % (1 abandono a petición del paciente).
- Porcentaje de adherencia a las recomendaciones de las guías: 97.9 %.
- Aumenta la Satisfacción pacientes/cuidadores y profesionales que los atienden (pacientes satisfechos: 100 %, familiares satisfechos: 100 %, profesionales satisfechos 100 %, reclamaciones 0 %)

Estrategia 28

Nombre Formación Organizada en Competencias Utilizadas en el Sistema de Salud (focuss)

Ámbito Comunidad Autónoma de Aragón

Inicio Junio de 2006

Síntesis **Focuss** es un proyecto de gestión del conocimiento que permite optimizar el capital intelectual del sistema, utilizando para ello los recursos de la propia organización, detectando necesidades y haciendo explícito y compartiendo el conocimiento de los profesionales del Sistema Sanitario Público de Aragón (SSPA).

Consiste en la enseñanza, de unos profesionales a otros, de procesos y técnicas diagnósticas, terapéuticas, de gestión y de comunicación en la práctica diaria de los centros de trabajo, mientras los docentes realizan su labor habitual. Tanto las teorías de la educación de adultos como la pirámide de retención de aprendizaje se han tenido en cuenta para diseñar un método de formación eminentemente práctica, personalizada y orientada a las necesidades del alumno.

El Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS) promueve la generación de propuestas que, una vez evaluadas y desarrolladas, se convierten en programas de formación que se dirigen a todos los profesionales del Departamento de Salud y Consumo de Aragón.

Desde de su puesta en marcha en el año 2005 focuss ha supuesto la creación de una red de formación prestigiosa y consolidada en el SSPA con crecimientos continuados en todas las convocatorias lanzadas. focuss cuenta con la participación de la Dirección de los distintos hospitales y centros de salud en la selección de propuestas formativas y alumnos. Asimismo, presenta un Comité de Coordinación integrado por representantes del Departamento de Salud y Consumo, del SALUD (Servicio aragonés de salud) y del propio I+CS.

OBJETIVOS

El objetivo general de **focuss** es contribuir a la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria para promover un mayor nivel de salud de la población de Aragón. Pretende alcanzarse mediante la mejora de los conocimientos y competencias de los profesionales del Sistema Sanitario Público de Aragón utilizando para ello los recursos del propio sistema.

Además focuss pretende:

- La creación de redes informales de cooperación entre centros y servicios y entre niveles asistenciales para favorecer y facilitar el “continuum asistencial”.
- Mejorar la satisfacción de los profesionales poniendo en valor su conocimiento y la calidad de la asistencia que prestan.
- La gestión del capital intelectual de la organización haciéndolo explícito, preservándolo y compartiéndolo.
- Facilitar el acceso a la docencia y a la formación a los profesionales alejados de los circuitos habituales sea por razones geográficas o por falta de comunicación

DESCRIPCIÓN

Focuss es un método de formación que consiste en facilitar el acceso a una formación práctica, organizada, de calidad y evaluada y realizada en el lugar de trabajo del docente:

- Práctica porque está dirigida al aprendizaje de técnicas diagnósticas, terapéuticas, de gestión o de comunicación realizadas en la práctica diaria del docente.
- Organizada porque realiza todas sus actividades formativas mediante programas, con

objetivos, actividades y medios definidos y cuenta con tutores responsables de organizarlo todo para el mejor aprovechamiento del tiempo y los recursos.

- De calidad porque las actividades formativas son valoradas previamente a su aceptación y acreditadas por la Comisión de formación continuada (CFC). Los procesos son auditados al menos una vez al año interna y externamente.
- Evaluada porque **focuss** evalúa la calidad de la formación, los formadores, los tutores, los alumnos y el I+CS.

Los programas formativos **focuss** son presentados por iniciativa del personal sanitario y no sanitario, de los distintos centros o servicios, bien por personas individuales o por equipos de profesionales.

Las propuestas formativas, antes de ser enviadas al Instituto, son valoradas por los directores correspondientes (de hospital o de atención primaria) bajo cuatro criterios distintos: contrato programa, cartera de servicios, gestión de la demanda y mejora de la calidad, recogiendo la importancia que para ésta tiene el programa y, por tanto, el compromiso con su realización. Posteriormente, estas propuestas son valoradas por profesionales consultores, expertos en la técnica que presenta la propuesta, que aseguran su calidad desde un punto de vista técnico e indican las correcciones y mejoras necesarias (valoración por pares).

Las propuestas formativas que han pasado la valoración de la correspondiente Dirección, la evaluación de los consultores y el criterio del Comité de Coordinación formarán parte de una convocatoria **focuss**.

Selección de alumnos: Dado que el número de plazas es limitado y para que estas sean ocupadas por los profesionales que van a poder poner en práctica en su puesto de trabajo los conocimientos y las habilidades adquiridas, en el proceso de selección de alumnos intervienen también las diferentes direcciones valorando la necesidad de formación de los alumnos en una técnica determinada. Esto significa que todas las solicitudes de los alumnos pasan un proceso de valoración por parte de los directores, previamente al envío al Instituto.

El proceso de selección de alumnos tiene en cuenta los siguientes elementos:

- El interés para la organización considerando la valoración hecha por la Dirección
- La accesibilidad a los circuitos habituales de formación por parte de los profesionales
- La participación en **focuss** bien como tutor, consultor, elaborador o formador bien como alumno.

Estos criterios se operativizan mediante el concepto de puntos **focuss**.

Otro elemento de la gestión de **focuss** es la existencia del Comité de Coordinación cuya misión es garantizar la coordinación entre el I+CS, el Departamento de Salud y Consumo y el SALUD (Servicio Aragonés de Salud). En él están representadas las unidades del SALUD y del Departamento de Salud y Consumo que participan en la toma de decisiones sobre las prioridades de **focuss** así como en la evaluación anual, propuesta de correcciones y nuevas estrategias. Esta Comisión decide cuáles son los programas de formación que figuran finalmente en cada convocatoria

focuss ha pretendido poner a disposición, preservar y compartir el conocimiento de la organización proporcionando una nueva vía, una nueva herramienta, mediante la cual el conocimiento se haga implícito, se ordene y se comparta con el objetivo de mejorar la práctica clínica utilizando para ello los propios recursos del Sistema Sanitario Público. Ha supuesto un impulso en la formación continuada de Aragón logrando integrar a los profesionales sanitarios tanto en la labor docente como discente.

Se puede asegurar por todo lo dicho que **focuss** es una propuesta de formación innovadora que ha conseguido un alto nivel de aceptación y de satisfacción entre los profesionales y la dirección del Sistema Sanitario Público de Aragón.

Evaluación Los datos históricos que se han tenido en cuenta para presentar los resultados del trabajo de **focuss**, se han extraído de las memorias anuales de **focuss**, de los Cuestionarios de Valoración que presentan los alumnos y de los Cuestionarios de Valoración que presentan los formadores y tutores.

Desde el 2011 se está trabajando en la evaluación de impacto de los programas ofertados en la 6ª convocatoria.

Resultados Datos Históricos de FOCUSS:

AÑO 2006:

- Nº de Programas: 39
- Nº de Solicitudes: 460
- Nº Docentes: 107
- Nº de Alumnos: 134
- Nº Centros Docentes: 27
- Nº Centros Alumnos: 55
- Satisfacción global con la Formación recibida: 4.54 (sobre 5)

AÑO 2007:

- Nº de Programas: 51
- Nº de Solicitudes: 832
- Nº Docentes: 189
- Nº de Alumnos: 211
- Nº Centros Docentes: 38
- Nº Centros Alumnos: 80
- Satisfacción global con la Formación recibida: 4.49 (sobre 5)

AÑO 2008:

- Nº de Programas: 75
- Nº de Solicitudes: 1215
- Nº Docentes: 252
- Nº de Alumnos: 324
- Nº Centros Docentes: 52
- Nº Centros Alumnos: 86
- Satisfacción global con la Formación recibida: 4.36 (sobre 5)

AÑO 2009:

- Nº de Programas: 77
- Nº de Solicitudes: 1480
- Nº Docentes: 300
- Nº de Alumnos: 362
- Nº Centros Docentes: 64
- Nº Centros Alumnos: 92
- Satisfacción global con la Formación recibida: 4.57 (sobre 5)

AÑO 2010:

- Nº de Programas: 77
- Nº de Solicitudes: 1956
- Nº Docentes: 394
- Nº de Alumnos: 375
- Nº Centros Docentes: 66
- Nº Centros Alumnos: 95
- Satisfacción global con la Formación recibida: 4.43 (sobre 5)

AÑO 2011:

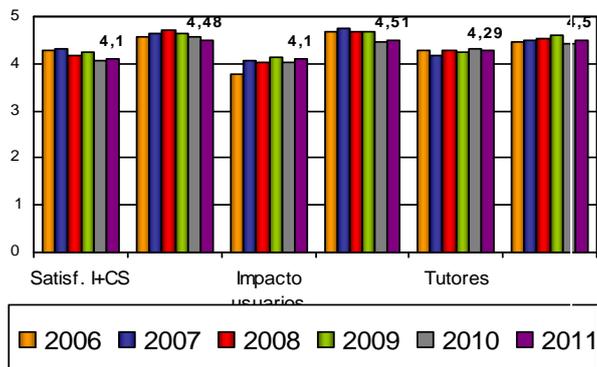
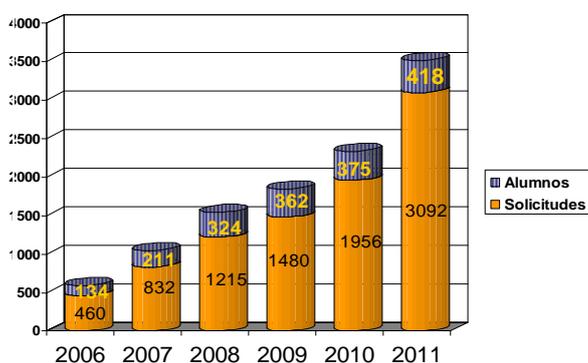
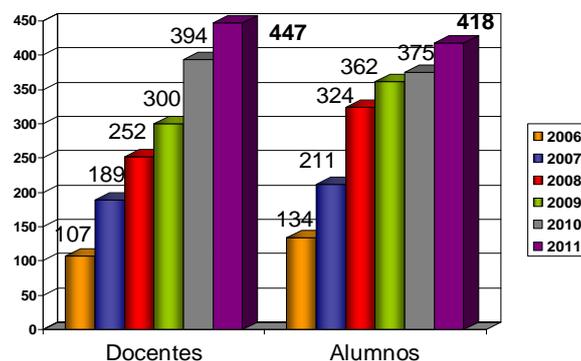
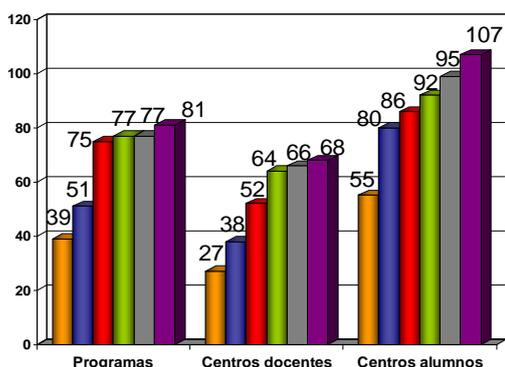
- Nº de Programas: 81
- Nº de Solicitudes: 3092
- Nº Docentes: 447

- Nº de Alumnos: 418
- Nº Centros Docentes: 68
- Nº Centros Alumnos: 107
- Satisfacción global con la Formación recibida: 4.5 (sobre 5)

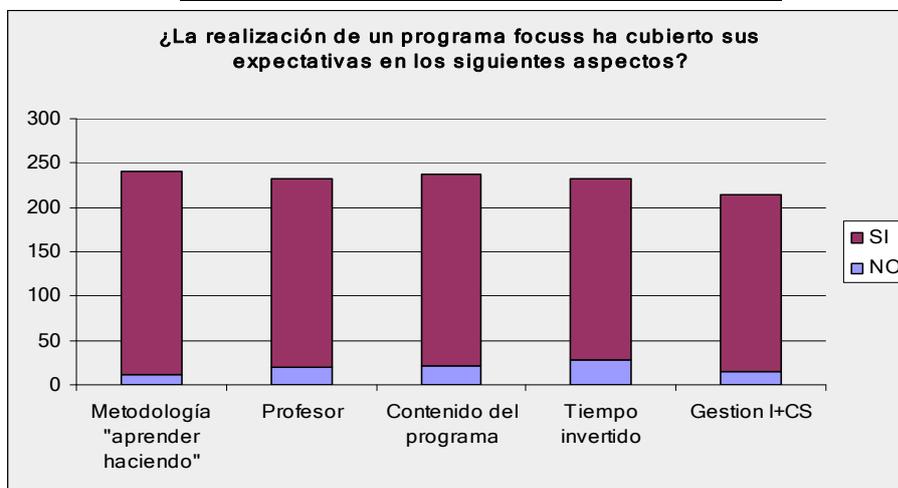
AÑO 2012:

- Nº de Programas: 84
- Nº de Solicitudes: 2990
- Nº Docentes: 516 (Pendiente de Confirmar a final de año)
- Nº de Alumnos: 482 (Pendiente de Confirmar al final de año)
- Nº Centros Docentes: 70
- Nº Centros Alumnos: 159
- Satisfacción global con la Formación recibida: (Pendiente de Confirmar al final de año)

Datos Históricos de FOCUSS:



Datos Evaluación Satisfacción convocatoria 2011:



En el eje Y: Número de individuos que responden

Estrategia 28

Nombre	Plan de formación continuada único de AP de la Comunidad de Madrid
Ámbito	Comunidad de Madrid. Atención Primaria.
Inicio	Año 2011
Síntesis	<p>Tradicionalmente se realizaba un Plan de Formación por cada una de las 11 extintas Áreas Sanitarias de la Comunidad de Madrid. En el año 2011, se propicia la Realización del Plan de Formación Continuada 2011 único para todos los Centros de Salud de la Comunidad de Madrid. El plan de FC 2011 está basado en las necesidades de los profesionales y alineado con las líneas estratégicas de la Organización. La Gerencia de Atención Primaria ha establecido líneas de trabajo y alianzas para desarrollar las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Promover las sesiones autoformativas (sesiones clínicas) en el lugar de trabajo, promoviendo la acreditación de las actividades.▪ Contribuir mediante acciones formativas, a coste directo cero, impartidas por profesionales de la Organización, dirigidas a desarrollar aquella parte del PFC 2011 relacionado con las líneas estratégicas, tales como:<ul style="list-style-type: none">○ Cambio de estructura en Atención Primaria: taller de nuevos procedimientos en las Unidades Administrativas, AP Madrid, cuadro de mandos: e-soap,...○ Calidad Asistencial: herramientas de calidad, cartera de servicios en Atención Primaria, higiene de manos en Atención Primaria,...○ Relacionadas con la investigación en Atención Primaria.○ Plan de acogida, cuya finalidad ha consistido en facilitar la incorporación de los nuevos profesionales a los Centros dependientes de Atención Primaria del SERMAS, con el fin de alcanzar una integración satisfactoria, alineada con la cultura y los valores de la Organización.▪ Colaboración con atención Hospitalaria mediante interconsultas docente o actividades formativas sobre problemas de salud concretos, con otras instituciones o entidades como el Colegio de Enfermería, articulada a través de un documento que establece las relaciones institucionales, en materia de formación continuada, entre la Gerencia de Atención Primaria y otras instituciones.▪ Gestionando las actividades formativas de Informática y Comunicaciones de la Comunidad de Madrid (ICM) y planificando las del Instituto Madrileño de Administración Pública (IMAP).
Evaluación	Anual
Resultados	Dicho Plan de Formación Continuada (PFC) ha contemplado 466 ediciones de cursos, con 11.673 plazas, 9.069 horas docentes.

Estrategia 28

Nombre	Potenciar las acciones formativas incluyendo objetivos específicos en los contratos de gestión. Comunidad Autónoma de Galicia
Ámbito	Comunidad Autónoma de Galicia. Atención Primaria. Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña (XXIC)
Inicio	Año 1999. Implementado en 2009.
Síntesis	<p>En los contratos programa - antes <i>Protocolos de Actividad (PA)</i>; ahora <i>Acordos de Xestión para los Servicios (ADX-S)</i>-se incluye como objetivo la realización de Sesiones clínicas o de formación por parte de todos los componentes del Equipo de AP (EAP). En los años 2009 a 2011 se han potenciado, exigiendo el envío de la relación de las mismas y la evaluación por parte del jefe de servicio, validada posteriormente en la Xerencia</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Fomentar el trabajo en equipo con el intercambio de conocimientos propios de cada área■ Optimizar la coordinación de recursos y darlos a conocer■ Poner en valor tareas y funciones poco conocidas de algunos miembros del EAP o de las unidades de apoyo (Farmacia, Unidades de Salud Bucodental –USBD- Fisioterapia, Trabajo social)■ Mejorar la asistencia integral al paciente
Evaluación	En la comisión de evaluación del ADX-S en la Xerencia, se evaluó la realización y el contenido de las sesiones clínicas.
Resultados	El número y calidad de las sesiones clínicas ha ido en aumento alcanzando en 2011 el número de 744 en los 28 Servicios de AP del área, implicando a todas las categorías afectadas por los ADX-S.

Estrategia 28

Nombre Potenciar las acciones formativas incluyendo objetivos específicos en los contratos de gestión. Comunidad de Madrid

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria.

Inicio Año 2010

Síntesis El Contrato Programa de los Centros de Salud incluyen objetivos específicos de formación como:

- Elaborar un Plan de Formación del Centro de Salud.
- Promover la autoformación en los Centros de Salud a partir de los profesionales formados previamente.
- Promover la formación de los profesionales en los contenidos contemplados en las líneas estratégicas de la organización y en sus necesidades formativas.

Incluyen los siguientes indicadores:

- Elaboración de un plan de formación
- Realización actividades de reversión
- Porcentaje de profesionales sanitarios formados en las líneas estratégicas de la organización
- Porcentaje de profesionales no sanitarios formados en líneas estratégicas de la organización.
- Porcentaje de horas de formación del plan ejecutadas.

Resultados

- Nº de centros con un plan de formación elaborado: 257 centros de salud.
- Porcentaje de actividades de reversión realizadas: 58,73 %
- Porcentaje de profesionales sanitarios formados en las líneas estratégicas de la organización:
 - Medicina de Familia: 79,78 %
 - Pediatría: 77,38 %
 - Enfermería: 80,05 %
- Porcentaje de profesionales no sanitarios formados en líneas estratégicas de la organización: 65,70 %
- Porcentaje de horas de formación del plan ejecutadas: 80,34 %

Estrategia 28

Nombre Programa de formación para referentes en cuidados paliativos en Atención Primaria: modelo de formación en el ámbito de trabajo

Ámbito Comunidad Autónoma de Galicia. Atención Primaria.
Gerencia de gestión integrada de Santiago de Compostela

Inicio Abril de 2010

Síntesis Dentro del marco que establece el Plan Galego de Cuidados Paliativos resulta clave para su desarrollo la figura del profesional sanitario referente en cuidados paliativos en Atención Primaria que actué como consultor, se implique en la implantación del citado plan en su área de referencia y que sirva como nexo entre la unidad de cuidados paliativos, las unidades de hospitalización a domicilio y atención primaria.

Como responsables de los cuidados paliativos en el ámbito comunitario tanto el plan autonómico como nacional consideran necesaria la formación progresiva de nivel intermedio planteada como actividades formativas para la ampliación de la formación continuada que incluye la realización de cursos y estancias en las unidades de cuidados paliativos.

2.2.- DISEÑO DEL PROGRAMA

2.2.1.-Objetivos del programa

A través de esta formación de nivel intermedio en cuidados paliativos los referentes deberán adquirir los conocimientos, habilidades e aptitudes orientadas a:

1º:- Adecuada atención en situación de enfermedad avanzada y compleja :

- Evaluación de necesidades de los pacientes inicial y periódicamente.
- Objetivos terapéuticos:
- Atención integrada
- Derechos del paciente

2º:- Replicación de la experiencia formativa en el ámbito de trabajo actuando como tutores de la formación práctica, docentes de clases teóricas y presentando casos clínicos al resto de profesionales, a fin de que se extienda progresivamente la mejora de competencias en cuidados paliativos en AP.

2.2.2.- DESTINATARIOS: referentes en cuidados paliativos en Atención Primaria (médicos de familia y enfermería) del ámbito de la Gerencia de Gestión Integrada de Santiago.

Es requisito indispensable acreditar la realización de formación básica en cuidados paliativos.

2.2.3.- CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS.

Son dos las **estrategias metodológicas** que constituyen el fundamento de este modelo de formación en el ámbito de trabajo clínico:

1º.- El **aprendizaje autodirijido** (AAD) que es un proceso activo que implica capacidad de elección y autonomía del alumno, asume las responsabilidades en todas las fases de la actividad y que ordinariamente viene determinado por un contrato de aprendizaje, negociado y pactado alrededor de los objetivos, los criterios de evaluación y las evidencias de los logros alcanzados.

El **contrato de aprendizaje** (*Learning Contract*) se basa en los siguientes principios:

- El concepto de contrato psicológico para el logro de un cambio de conducta determinado.
- El compromiso recíproco, plasmado en un acuerdo explícito que conlleva una implicación personal de cumplir el pacto.
- La negociación de todos los elementos que constituyen el aprendizaje supervisado.

Por lo tanto, se trata de un acuerdo formal escrito y negociado que planifica un proceso individualizado de aprendizaje en base a las expectativas del estudiante en un marco temporal de ejecución e constituido por:

1. Los objetivos de aprendizaje en términos de competencias que deben alcanzar los alumnos al realizar las tareas o actividades.
2. Las estrategias de aprendizaje que se deben aplicar para alcanzar los objetivos.
3. Los recursos y medios que se deben emplear.
4. Criterios de evaluación.
5. El cronograma de actividades o tareas.

2º.- el **aprendizaje cooperativo basado en el trabajo cotidiano** (ACBT): el aprendizaje de por vida (“lifelong learning”) está íntimamente relacionados con el que se realiza en base al trabajo cotidiano. Cuando esta formación está influenciada por la dinámica del trabajo en equipo y la creación de un clima adecuado de cooperación las posibilidades de aprendizaje significativo aumentan.

2.2.4.- CARACTERÍSTICAS DE LA FORMACIÓN

- Escenario de la formación práctica: rotaciones en horario de mañana en las unidades de cuidados paliativos del hospital de referencia.
- Duración: : 5 jornadas de trabajo sucesivas para cada sanitario discente durante una semana (mínimo de 30 horas). Por lo tanto el rotario será de la menos 6 horas al día de lunes a viernes.
- Cada tutor sólo atenderá a un discente por jornada, de hecho, cada tutor debe tener un tutor propio responsable de su formación, excepto en las sesiones clínicas teóricas conjuntas que se realizarán bajo la dirección de uno de los médicos de la Unidad de Paliativos.
- La formación práctica va acompañada de un pequeño módulo teórico diario, con la siguiente distribución de la jornada:
 1. Diariamente habrá una primera reunión con el equipo de cuidados paliativos para el análisis y discusión de casos clínicos. Hora de inicio: 8.30. Duración estimada 1 hora.
 2. Exposición de un tema teórico de duración aproximada de 45 minutos. Hora de inicio: 9.30. Las exposiciones teóricas tendrán el siguiente orden y contenido:
 - a. Principios y bases de la Medicina Paliativa. Aspectos básicos de Bioética en cuidados paliativos: voluntades anticipadas, ordenes de limitación de esfuerzo terapéutico. Concepto de enfermedad terminal. Criterios clínicos de terminalidad. Historia clínica en Cuidados Paliativos. Identificación de las prioridades y necesidades.
 - b. Vías de administración de fármacos y principios generales del uso de medicamentos, elección de los mismo, riesgos y beneficios. Bombas de infusión subcutánea.
 - c. Dolor. Concepto, clasificación y evaluación de su intensidad. Farmacología y uso clínico de la escalera analgésica de la OMS. Manejo de opioides, equianalgesia y rotación de opioides.
 - d. Otros síntomas: respiratorios, digestivos, urológicos. Situaciones especiales: oclusión intestinal, hipertensión intracraneal, compresión medular,

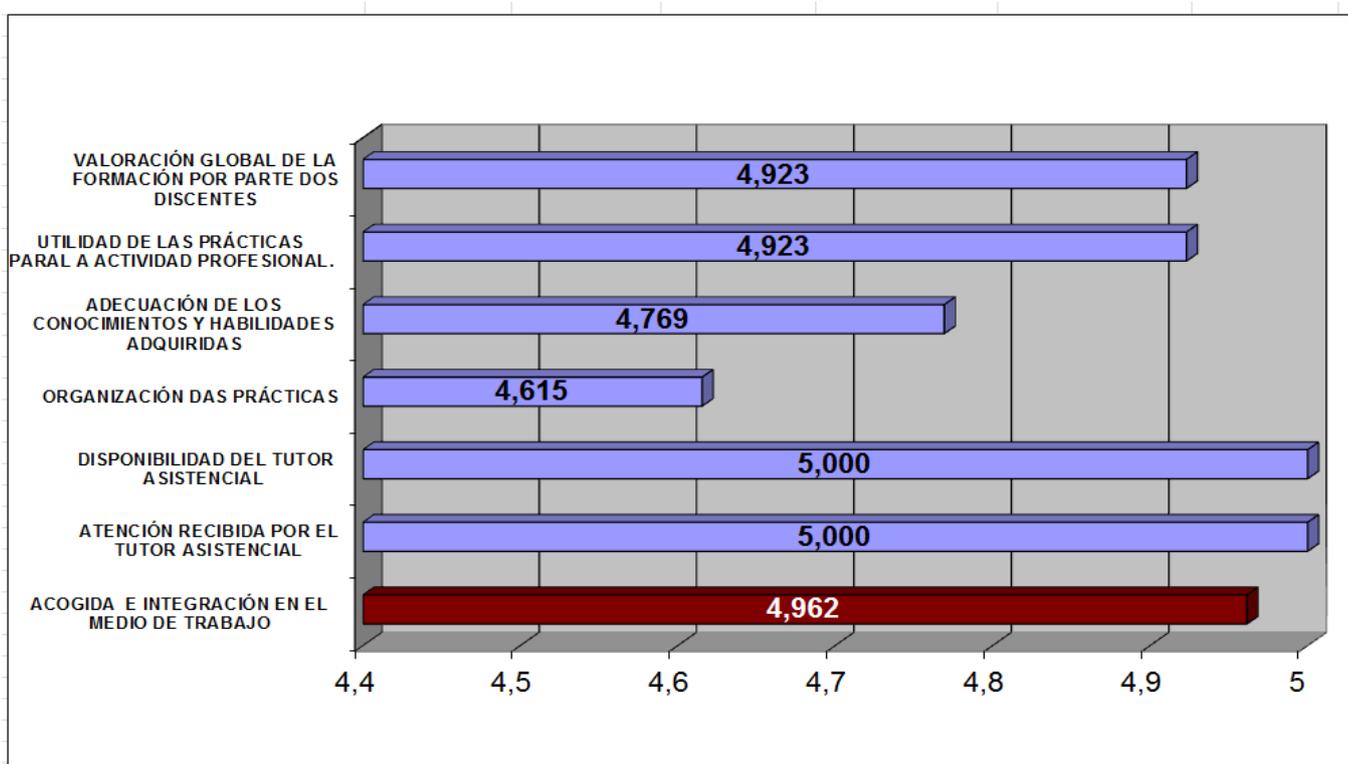
- alteraciones metabólicas (hipercalcemia,). Confusión, delirium e insomnio.
- e. Sedación en cuidados paliativos. Atención y toma de decisiones en las últimas horas de la vida: agonía. Identificación de riesgo de duelo patológico.
 3. Dedicación asistencial con atención directa a pacientes y familias, de 4 horas de duración aproximadamente. Hora estimada de inicio: 10:15.
 4. Discusión de casos clínicos en relación a cuidados paliativos. Hora de inicio: 14:15. Duración estimada 45 minutos

- Evaluación**
- Evaluación del alumno: Para superar la actividad formativa es necesario asistir al 100% de las jornadas de trabajo y obtener una puntuación superior al 67% del test de evaluación final. Además, se evalúa la transferencia de lo aprendido en el puesto de trabajo a través del contrato de aprendizaje.
 - Evaluación de la actividad formativa:

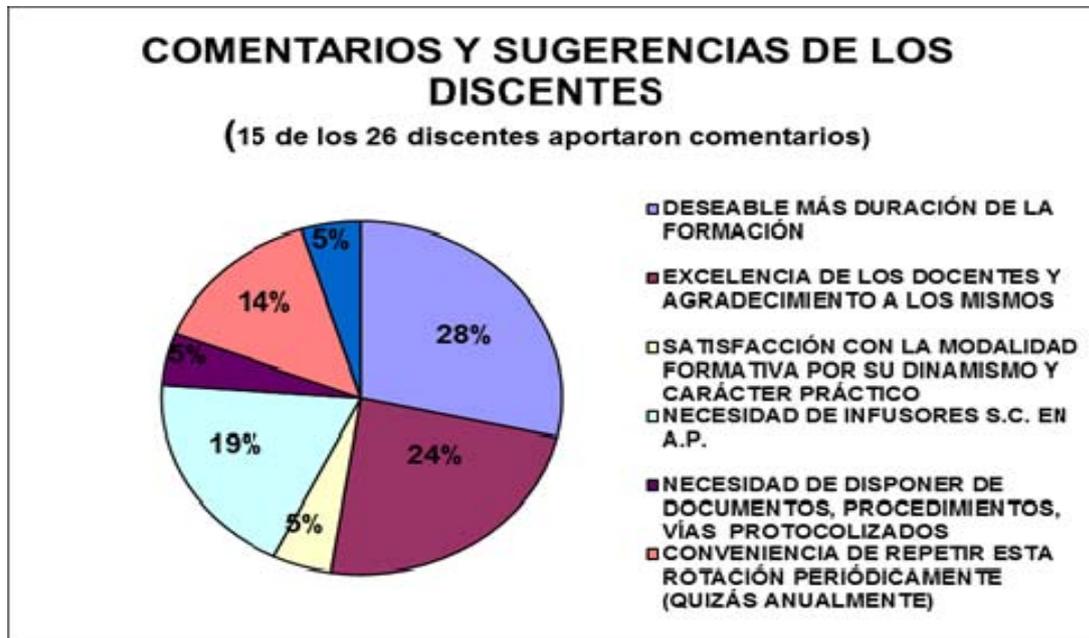
	1	2	3	4	5
LA ACOGIDA E INTEGRACIÓN EN EL MEDIO DE TRABAJO FUE BUENA					
LA ATENCIÓN RECIBIDA POR EL TUTOR ASISTENCIAL FUE CORRECTA					
LA DISPONIBILIDAD DEL TUTOR ASISTENCIAL FUE ADECUADA					
LA ORGANIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS LE PARECIÓ LA ADECUADA					
LOS CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES ADQUIRIDOS CORRESPONDEN A LOS OBJETIVOS DOCENTES PACTADOS					
LAS PRÁCTICAS SON ÚTILES PARA SU ACTIVIDAD PROFESIONAL					
GLOBALMENTE LA FORMACIÓN PRÁCTICA LE PARECIÓ BUENA					

Resultados El 61,5% de los alumnos otorgaron a esta actividad el máximo valor posible en todos los apartados y el 66, 6% le conceden la máxima puntuación a la valoración global de la actividad formativa.

La valoración de la actividad por parte de los discentes se detalla en la siguiente gráfica:



Por otra parte, 15 de los 26 discentes aportaron comentarios y sugerencias. Un 24% de las mismas hacían referencia a la excelencia de los docentes:



Estrategia 28

Nombre	Reconocimiento de la docencia en la incentivación individual de los profesionales
Ámbito	Comunidad de Madrid. Atención Primaria.
Inicio	Año 2010
Síntesis	<p>Los criterios de evaluación individual de los profesionales de atención primaria de cara a la incentivación individual comprenden desde el año 2010, aspectos relacionados con la docencia o la formación continuada, como:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Formación en Líneas estratégicas de la organización2. Sesiones de docencia realizadas dentro del Centro de Salud.3. Participación en la formación de grado o de especialistas.
Evaluación	Anual
Resultados	En el año 2010, 1.229 profesionales han recibido incentivos por haber participado en la formación de grado o de especialistas.

Estrategia 28

Nombre Red de profesionales del plan integral de obesidad infantil de Andalucía.

Ámbito Comunidad Autónoma de Andalucía. Abierta a profesionales de otras regiones y países.

Inicio Agosto de 2011

Síntesis Para hacer frente a la epidemia tan extendida de la obesidad infantil se necesita el compromiso y la colaboración del conjunto de los profesionales que atienden habitualmente a la población infantojuvenil por lo que, desde el Plan se ha puesto en marcha una red que permita identificar a los profesionales que trabajan en obesidad infantil y conectarlos entre sí. Esta red (www.lareddelasandia.org), gestionada desde la Escuela Andaluza de Salud Pública, es un recurso para crear y fortalecer vínculos entre profesionales, compartir ideas, experiencias, herramientas y para proporcionar formación sobre el control de la obesidad infantil.

Las redes profesionales, a través de la enseñanza entre iguales, potencian el que cada profesional involucrado en la red sea un modelo para sus compañeros y para los compañeros de los compañeros y esto facilita la difusión del conocimiento y de los protocolos de práctica clínica y de intervenciones comunitarias frente a la obesidad infantil.

Esta red, nacida en septiembre de 2011 y que ya cuenta con más de 350 profesionales de diversos perfiles, ha permitido organizar 230 actividades de formación sobre obesidad infantil en las que han participado más de 3000 profesionales de toda Andalucía.

Evaluación

- Estructura y funcionamiento de la red: número de miembros, vínculos y relaciones establecidos entre ellos.
- Número de actividades de formación realizadas.
- Número de intervenciones para el abordaje de la obesidad infantil realizadas en los servicios.

Resultados Desde la puesta en marcha del Plan con el arranque de la Red en agosto de 2011, hasta diciembre de 2011, se han formado 2.668 profesionales del sistema sanitario público de Andalucía en 205 actividades de formación en las que se han empleado 915 horas (6).

Las actividades de formación se han acreditado a través de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Se han realizado actividades de intervención individual sobre dieta, actividad física y modificación conductual en 21.126 niños y 11.583 intervenciones grupales con familias de menores con problemas de peso.

Estrategia 29

Nombre Convocatoria de ayudas para la intensificación de la investigación

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria.

Inicio Año 2006

Síntesis La Agencia Laín Entralgo que es el organismo de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid encargado de llevar a cabo una adecuada promoción, ordenación, coordinación, gestión y evaluación de actividades relacionadas con la formación de los profesionales sanitarios, concede ayudas para la intensificación de la actividad investigadora a profesionales asistenciales.

Estas ayudas permiten contratar un suplente con objeto de liberar hasta un 50% de la dedicación horaria asistencial a médicos y enfermeras asistenciales para su dedicación a la investigación. El importe de las ayudas es de 25.000 euros.

Evaluación Convocatoria anual

Resultados La Agencia Laín Entralgo ha concedido desde el año 2006, 11 ayudas siguientes para la intensificación:

- Medicina: 10 profesionales
 - Año 2006: 3 profesionales
 - Año 2007: 1 profesionales
 - Año 2008: 3 profesionales
 - Año 2010: 3 profesionales
- Enfermería: 1 profesional.

Estrategia 29

Nombre Creación de una nueva estructura de investigación en Atención Primaria

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria.

Inicio Año 2010

Síntesis Tras la entrada en vigor en octubre de 2010 del Decreto 52/2010 de 29 de julio, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid, la estructura de investigación pasa a estar liderada por la Dirección Técnica de Docencia e Investigación de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.

La nueva estructura está integrada por la Comisión Central de Investigación (CCI), las 7 Comisiones Locales de Investigación (CLI) enmarcadas en cada una de las Direcciones Asistenciales (DA) y la Unidad de Apoyo a la Investigación (UAI), como eje central para la promoción y potenciación de la investigación en Atención Primaria (AP).

La Unidad de Apoyo a la Investigación está constituida por profesionales de la Dirección Técnica de Docencia e Investigación, de las Unidades Docentes de Atención Familiar y Comunitaria y de las Unidades de Apoyo Técnico, todos ellos profesionales de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad, así como por los referentes de investigación de investigación de cada centro de salud.

La CCI es un órgano colegiado de asesoramiento y de participación de los profesionales en proyectos y actividades de investigación, desarrollo, innovación y en la generación y difusión del conocimiento en los centros de salud de la Comunidad de Madrid.

Cada Comisión Local de investigación está compuesta por 10 miembros del ámbito de la Dirección Asistencial correspondiente, uno de los cuales es al mismo tiempo miembro de la Comisión Central de Investigación.

Evaluación Memoria Anual

Resultados En la UAI se ha dado apoyo a los profesionales de AP para el diseño y presentación de proyectos de investigación a Convocatorias de Ayudas a la Investigación así como apoyo metodológico en cualquiera de sus fases al 95% de los proyectos que han resultado financiados. De los 133 proyectos no financiados evaluados en las comisiones locales se ha dado apoyo metodológico al 85%.

En 2012 se ha puesto en marcha un Plan de formación en investigación, con la colaboración docente de los técnicos de la UAI, para capacitar en esta área a los profesionales de atención primaria con un total de 120 horas (5 cursos y 4 talleres). En los primeros 6 meses de 2012 han participado 134 profesionales.

En la Comisión Central de Investigación se han evaluado en el periodo enero 2011-julio 2012 un total de 127 proyectos. De los cuales 34.6% han sido propuestos por los propios profesionales de AP, 31.5% por la industria farmacéutica, 17.3% por hospitales y otras entidades públicas, 9.4% por Universidades y un 7% por otras entidades. El 91.3 % de los proyectos evaluados han obtenido un informe favorable para su puesta en marcha en el ámbito de la AP de la Comunidad de Madrid.

En el mismo período en las siete Comisiones locales de investigación se han evaluado un total de 133 proyectos de ámbito local (Centros de Salud de la Dirección Asistencial correspondiente), de los que un 84 % obtuvieron un informe favorable.

En relación con los nuevos contratos de ensayos clínicos y estudios observacionales en 2011 se han firmado 243 contratos, con 287 investigadores principales y 503 investigadores colaboradores que han supuesto un total de 220.320 euros (55.080 euros corresponden al 25% de contraprestación para la Gerencia de Atención Primaria (GAP).

Según los datos disponibles de contrato programa en el año 2011, profesionales de 96 centros de salud (37%) fueron autores o co-autores de estos trabajos originales en revistas indexadas. 76 centros (29,2%) publicaron trabajos originales en revistas no indexadas. 182 centros de salud (70 % del total) presentaron al menos una comunicación a un congreso o jornada científica y el 50% de los centros de Madrid al menos dos comunicaciones.

En 2011 se celebró la I Jornada de Investigación de la GAP con el objetivo de compartir las líneas y proyectos de investigación activos desarrollados con financiación pública en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid y facilitar el contacto entre profesionales y grupos de investigación. Se presentaron 32 proyectos con la asistencia de más de 200 profesionales. Actualmente se está trabajando en la organización de una nueva jornada para noviembre de 2012.

En la I Jornada de investigación de residentes de Atención Familiar y Comunitaria se presentaron 14 proyectos de investigación, con la participación de 200 profesionales.

Estrategia 29

Nombre	Inclusión de objetivos para fomentar la investigación en los contratos programas de los centros de salud de la Comunidad de Madrid.
Ámbito	Comunidad de Madrid. Atención Primaria.
Inicio	Año 2010
Síntesis	<p>Los Contratos Programas de los Centros de Salud de la Comunidad de Madrid incluyen dos objetivos específicos dirigidos a fomentar la investigación entre los profesionales de los centros de salud:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Desarrollo de proyectos de investigación propios▪ Participación en ensayos clínicos y/o estudios observacionales de calidad promovidos y financiados por terceros
Evaluación	Evaluación anual de los indicadores de los objetivos incluidos en el Contrato Programa
Resultados	<ul style="list-style-type: none">▪ Nº de profesionales que participan como investigador principal o investigador colaborador en proyectos de investigación sin financiación externa: 451 profesionales.▪ Nº de profesionales que participan como investigador principal en proyectos de investigación con financiación externa y/o revisiones sistemáticas: 52 profesionales.▪ Nº de profesionales que participan como investigador colaborador en proyectos de investigación propias o en colaboración con otras instituciones con financiación externa y /o revisiones sistemáticas: 858 profesionales.▪ Nº de profesionales que participan en ensayos clínicos y/o estudios observacionales de calidad promovidos y financiados por la industria y aprobados por el organismo competente activos en el periodo evaluado: 288 profesionales.

Estrategia 29

Nombre Reconocimiento de la investigación en la incentivación individual de los profesionales

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria.

Inicio 2010

Síntesis Los criterios de evaluación individual de los profesionales de atención primaria comprenden desde el año 2010, aspectos relacionados con la investigación como:

- Realización de Comunicaciones, publicaciones y proyectos de investigación.

Evaluación Anual

Resultados Según los datos disponibles de contrato programa, en el año 2011, profesionales de 96 centros de salud (37%) fueron autores o co-autores de estos trabajos originales en revistas indexadas. 76 centros (29,2%) publicaron trabajos originales en revistas no indexadas. 182 centros de salud (70 % del total) presentaron al menos una comunicación a un congreso o jornada científica y el 50% de los centros de Madrid al menos dos comunicaciones.

Estrategia 30

Nombre Incentivación individual

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria.

Inicio Año 2012

Síntesis El objetivo de esta experiencia ha sido la incentivar la contribución individual de los profesionales del centro de salud a los objetivos alcanzados por el mismo en el Contrato Programa de centro.

Cada categoría profesional tiene una serie de objetivos a cumplir y se incentiva tanto su consecución, como en caso de que este hecho no se produzca, el tener un resultado superior a la media de Madrid o mejorar sus resultados respecto al año anterior.

Los objetivos que se evalúan están en la línea de los que contempla el Contrato Programa de Centro.

Evaluación Anualmente se realiza la evaluación de los objetivos de cada uno de los profesionales de los centros de salud de la Comunidad de Madrid.

La evaluación se realiza mayoritariamente mediante la obtención automatizada de datos de la aplicación e-soap (cuadro de mando de atención primaria), así como de la valoración del Director de Centro en los objetivos relacionados con la participación de cada profesional en responsabilidades dentro del centro.

Resultados La valoración de criterios individuales para la incentivación de los profesionales supone un avance en el proceso de incentivación en Atención Primaria.

Estrategia 30

Nombre Manual de Acogida. Procedimiento de Acogida e Integración del profesional en AP

Ámbito Comunidad Autónoma de Galicia. **Atención Primaria.**
(Toda la XAPLU: 23 servicios de AP, 72 unidades de AP, 18 Puntos de Atención Continuada, 4 zonas especiales de alta montaña).

Inicio Abril de 2011

Síntesis Facilitar a todo profesional que se incorpore a cualquiera de los equipos de nuestra organización la formación requerida para el desempeño del puesto que vaya a cubrir, en consonancia con la titulación que precise el mismo y con el destino obtenido (Unidad, Servicio o Punto de Atención Continuada), así mismo, la información precisa para un correcto desempeño de su trabajo, de forma que el profesional conozca y pueda asumir las formas de funcionamiento del servicio, específicamente las referidas al conocimiento de la misión, visión, valores, líneas estratégicas y funcionamiento de la organización, de forma que en el momento de integración efectiva en el puesto de trabajo al que se incorpora el profesional se genere una actitud de pertenencia a la Gerencia.

Este procedimiento está dirigido a todo profesional que se incorpore, tanto el personal fijo con perspectivas de una permanencia larga en la Organización, como aquel personal que lo haga con carácter temporal, para cubrir las necesidades del servicio, permanencia que en la organización depende de múltiples factores:

- Incorporación de profesionales por alguno de los sistemas de acceso establecidos con fecha determinada y perspectivas de permanencia (provisión mediante concurso oposición, procedimientos de movilidad voluntaria, etc).
- Necesidades de dotación de personal que realiza sustituciones o cubra determinadas necesidades puntuales del servicio. Es decir, formar profesionales que, cuando surja la necesidad, estén preparados para prestar sus servicios. Para estos casos se establece un procedimiento de formación previo en las áreas más importantes para el puesto al que se vaya a incorporar, principalmente conocimientos sobre la Gerencia de Atención Primaria de Lugo.

Se establece por tanto una sistemática a seguir para facilitar la incorporación e integración de los profesionales vinculados, distinguiendo el tipo de servicio de incorporación, así como su categoría profesional:

- A su llegada al departamento de personal se entrega un Manual de Acogida que incluye información sobre SERGAS/GAP de Lugo. Así mismo, se informa sobre el tipo de contrato o relación contractual. Posteriormente se procede a la recepción por la dirección correspondiente (Gestión, Asistencial, Enfermería, etc). Remisión al Jefe de Servicio que realizará una entrevista de acogida, facilitando información general de los procedimientos de trabajo así como aspectos profesionales propiamente dichos. Se facilita el contacto con la Unidad de Prevención de Riesgos antes del inicio de la actividad. Se procede, en su caso, a facilitar un plan de formación individualizado

Evaluación Una vez realizada la acogida del nuevo profesional, el responsable directo del mismo será el encargado de realizar el procedimiento de integración del nuevo trabajador, en dos vertientes:

- Evaluación del grado de adaptación del nuevo profesional a las actividades asignadas.
- Evaluación del grado de satisfacción del nuevo profesional con el procedimiento de acogida.

Estas evaluaciones deberán realizarse durante el transcurso del período de adaptación, durante el período de prueba que el nuevo profesional tenga asignado en el correspondiente nombramiento o si esto no fuera posible en el menor tiempo posible (máximo un mes desde la finalización del período de adaptación).

La metodología de evaluación se realizó a través de encuestas de satisfacción.

Los indicadores utilizados fueron de tipo porcentual, en función del total de trabajadores objeto del procedimiento (concretamente 1377).

Resultados Evaluación septiembre 2011:

- Del total de trabajadores objeto del estudio, 1.377, se procedió a analizar, desglosado por categorías, el impacto en el nivel de compromiso y satisfacción del personal incorporado, obteniendo unos indicadores acordes con los objetivos previstos (mínimo 50% de respuestas remitidas).
- Se observó mayor facilidad en la incorporación de los profesionales, implicación en la labor asistencial y conocimiento específico en el desarrollo de cada actividad, lo que contribuye sobre manera en la consecución de objetivos corporativos.



RELACION EXTENSIONES TELEFÓNICAS XAP LUGO

		SOL. 094	SOL.
INFORMACIÓN	Información / Reservas	246228	
	Reservación	246228	
	Atención		982 28 34 28
	Subvención		982 28 42 28
	Interpretación		982 28 72 28
SECRETARÍA	Control	246228	
	Atención	246228	982 28 10 28
	Atención	246228	982 28 10 28
	Atención	246228	982 28 10 28
	Atención	246228	982 28 10 28
	Atención	246228	982 28 10 28
	Atención	246228	982 28 10 28
	Atención	246228	982 28 10 28
	Atención	246228	982 28 10 28
	Atención	246228	982 28 10 28
DEPARTAMENTOS	Atención	246228	982 28 10 28
	Atención	246228	982 28 10 28
	Atención	246228	982 28 10 28
	Atención	246228	982 28 10 28
	Atención	246228	982 28 10 28
	Atención	246228	982 28 10 28
	Atención	246228	982 28 10 28
	Atención	246228	982 28 10 28
	Atención	246228	982 28 10 28
	Atención	246228	982 28 10 28
	Atención	246228	982 28 10 28
	Atención	246228	982 28 10 28
	Atención	246228	982 28 10 28
	Atención	246228	982 28 10 28
	Atención	246228	982 28 10 28



Estrategia 30

Nombre Medidas de compensación para el director de centro de salud

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria.

Inicio Año 2010

Síntesis La Comunidad de Madrid ha establecido una serie de medidas de compensación para los Directores de Centro de Salud, necesarias para que éstos puedan ejercer las funciones inherentes a su cargo.

Teniendo en cuenta las funciones que tiene asignadas el Director de Centro, las medidas consisten en: por un lado, la reducción diaria de la actividad asistencial, para atender las funciones del día a día del funcionamiento del centro, y por otro, la asignación de tiempo destinado a aquellas otras funciones que requieren la presencia del Director de Centro a tiempo completo, como consecuencia de la celebración de reuniones con los distintos estamentos de Atención Primaria, elaboración y seguimiento del Contrato Programa, o incluso, preparación de sesiones con el resto de profesionales del centro, entre otras.

Los Centros de Salud se han clasificado teniendo en cuenta su complejidad, que viene determinada por el número de profesionales, el número de zonas básicas que asume, el grado de dificultad de gestión del centro, el número de puntos de atención (consultorios), o en su caso, si el mismo se encuentra ubicado en población urbana o población rural, no entendiéndose este como un capítulo cerrado que determine dicha complejidad.

El Director de Centro optará por liberarse del circuito de avisos domiciliarios y/o de urgencias de interior, según las peculiaridades organizativas de su centro.

Esto se ha traducido en:

- Reducción del nº de tarjetas, desde un 10 % y hasta un máximo de 450. No obstante, El número de tarjetas sanitarias resultante de la aplicación de los porcentajes de reducción podrá verse incrementado como máximo hasta en un 10%, como consecuencia de la aplicación de la libre elección.
- Compensación adicional de tiempo para actividades de carácter organizativo y de dirección del Centro De Salud, desde 11 hasta 30 días como máximo al año.
- No obstante, hay centros de salud en los que, por las características de la plaza que ocupa el Director de Centro, bien por ser el único profesional de esa categoría o porque el número de profesionales de dicha categoría sea tan reducido, que la redistribución de parte de sus tarjetas sanitarias sea inviable. Por tanto, la única posibilidad es la compensación adicional de tiempo para actividades de carácter organizativo y de dirección del centro de salud. En este caso, el número de días va de 22 a 60.

Resultados Número de Centros de Salud de cada categoría:

- I: 43
- II: 100
- III: 117

Estrategia 30

Nombre Protocolo de actuación ante situaciones conflictivas con ciudadanos en atención primaria

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria.

Inicio Año 2012

Síntesis Documento que tiene como objeto protocolizar las actuaciones que deben realizarse por todos los agentes implicados ante una situación conflictiva sufrida por un profesional de Atención Primaria en le desarrollo de sus funciones. Pretende prestar apoyo y asesoramiento necesario a aquellos profesionales de la sanidad que hayan sido objeto de violencia en el ejercicio profesional.

Es de aplicación a todos los profesionales adscritos a la Gerencia de Atención primaria en el ámbito laboral de las distintas dependencias de los centros asistenciales, en la atención domiciliaria, así como en cualquier otro lugar siempre que la relación causal de los hechos sea derivada de la relación profesional.

Incluye los siguientes apartados:

1. Recomendaciones de seguridad.
2. Procedimiento de actuación en el centro de salud.
3. Procedimiento de actuación en la Dirección Asistencial y Unidad de Atención al Paciente.
4. Procedimiento de actuación en la Unidad de Asesoramiento de situaciones conflictivas.
5. Procedimiento de actuación en el Departamento de Recursos Humanos.

Evaluación Implantado

Estrategia 31

Nombre Enfermera gestora de casos

Ámbito Región de Murcia. Atención Primaria: Área IX de Salud

Inicio Junio de 2010

Síntesis El SMS(Servicio Murciano de Salud), implanta en el Área IX de Salud, el programa Enfermera Gestora de Casos, cuyo objetivo está relacionado con la mejora del bienestar y la calidad de vida de las personas en situación de complejidad

El perfil del paciente objeto de la Gestión de Casos responde al de enfermedad crónica con alta demanda de consultas de atención primaria y de ingresos hospitalarios. Esto lleva a un mayor riesgo de Efectos Adversos (EA) relacionados con la asistencia sanitaria, estimado en una incidencia del 9,3% y de 8,4% relacionados directamente con la asistencia hospitalaria.

Se plantea así evaluar la influencia del Programa EGC en la mejora de la seguridad de pacientes con EPOC y ACV como dimensión de la calidad asistencial.

OBJETIVOS

Objetivo general: Mejorar la seguridad del paciente con EPOC y ACV evaluando la incidencia de EA.

Objetivos específicos: Cuantificar la variación en la mejora de la capacidad funcional, de reingresos hospitalarios, de estancia media hospitalaria, de satisfacción de pacientes y cuidadores de ambos grupos, así como de la disminución de demanda de consulta no programada en Atención Primaria y del índice de sobrecarga de las cuidadoras del grupo intervención tras ésta.

PLAN DE TRABAJO Y METODOLOGÍA.

Estudio prospectivo de intervención cuasi-experimental de dos años de duración. La población de estudio es la población con EPOC y ACV de dos Áreas de Salud del SMS, una como grupo intervención y otra como grupo control.

Las variables de estudio son: reingresos hospitalarios, estancia media hospitalaria, capacidad funcional, sobrecarga del cuidador, satisfacción y consultas de enfermería y medicina de Atención Primaria no programadas.

RESULTADOS ESPERADOS E IMPACTO

Mejora de la seguridad de estos pacientes al disminuir los EA por disminuir los reingresos hospitalarios, las infecciones nosocomiales, mejorar la capacidad funcional, la seguridad en la medicación y en los cuidados.

VALOR AÑADIDO EN LA ORGANIZACIÓN

La EGC mejora la comunicación, la coordinación y la competencia profesional en el entorno de trabajo, realiza un seguimiento terapéutico individualizado, realiza un plan de cuidados integral así como da soporte al cuidado familiar.

APLICABILIDAD

La aplicabilidad para la práctica clínica radica en la mejora de la seguridad del paciente en aspectos como el manejo del régimen terapéutico, disminución de complicaciones, mejora de la comunicación paciente-familia-profesionales, menor iatrogenia y otros aspectos relacionados.

Estrategia 31

Nombre Proyecto de Mejora del manejo de pacientes crónicos.

Ámbito Comunidad Autónoma de Galicia. Atención Primaria y Hospitalaria.
Gerencia de Gestión Integrada de A Coruña (XXIC)

Inicio Año 2010, pero continúa elaborándose de forma discontinua. Se retoma en junio de 2011.

Síntesis El objetivo principal del Proyecto es mejorar la atención del paciente crónico en el área de A Coruña.

En nuestra Comunidad, como en el resto de países de nuestro entorno, el patrón epidemiológico de la enfermedad ha cambiado en las últimas décadas, con un progresivo predominio de las patologías crónicas sobre las agudas. Esto sin embargo, no se ha traducido en una reorganización del sistema sanitario que permitiera el abordaje de una forma efectiva y sostenible a pesar de la existencia de múltiples modelos teóricos y evidencia que demuestra el impacto que algunas intervenciones tienen sobre esta situación en diferentes aspectos (resultados en salud, satisfacción y calidad de vida de pacientes y familiares y sostenibilidad del sistema)

En este sentido y porque nos encontramos en momentos en los que es imprescindible introducir modificaciones en nuestra forma de atender a la patología crónica, la XXIC consideró necesario promover este cambio abordando líneas estratégicas identificadas, definidas y desarrolladas por los profesionales que han participado en las reuniones y jornadas que se han organizado en el Área.

Algunos datos de interés:

- Datos de Galicia en 2011 de prescripción electrónica (80% de las recetas facturadas son electrónicas):
 - > 6 medicamentos: 110.000 pacientes
 - >15 medicamentos: 15.000 pacientes (2'4 % de la población gallega)
- En la Comunidad Autónoma hay 629.000 personas con tarjeta sanitaria individual con 65 o más años (22,6% de la población gallega)
- % de pacientes derivados desde los CS a consultas del hospital (01-09/ 2011) en esta Gerencia: 8'63%
- % de derivación de los PAC al Servicio de Urgencias del hospital (01-09/ 2011) en esta Gerencia: 6'06%
- Frecuentación de medicina de familia en CS de esta Gerencia (01-10/2011): 4'36

Se ha contado con la participación multidisciplinar de profesionales considerados líderes clínicos, conocedores de la realidad asistencial, de forma que pudieran señalar las necesidades y los cambios que puedan mejorar el abordaje del paciente crónico en nuestra organización.

Para ello se llevaron a cabo varias reuniones en las que participaron jefes de servicio y mandos intermedios y representantes de la dirección fruto de las cuales se pudieron identificar seis líneas estratégicas a desarrollar en grupos de trabajo que obtengan al final una hoja de ruta y unas acciones concretas a llevar a cabo para cada una de esas líneas

Con la ayuda de un experto en las dinámicas del Cronical Model se trataron los diferentes aspectos en 4 grupos de trabajo, que trabajaron el tema mediante 3 técnicas diferentes:

- Destrucción creativa: “¿Qué no debemos hacer para conseguir una gestión

- eficiente del paciente crónico?”
- Cicló ecológico:” Qué debemos dejar de hacer, iniciar o continuar en nuestra actividad habitual para facilitar el cambio?
- Solución del 15%: “¿Qué actividad que depende exclusivamente de mi puede mejorar en esta área?”

Los cambios que se pretenden introducir para mejorar la atención a la patología crónica en la XXIC se estructuraron en las siguientes 6 líneas estratégicas:

1. **Estratificación** de la población atendida en base a riesgo y consumo de recursos
2. Mejora de la **Comunicación** entre niveles asistenciales tanto para la gestión del caso como para compartir conocimientos científicos
3. **Sectorización** de la atención, asignando población a equipos profesionales predefinidos que permitan desarrollar la figura del especialista hospitalario consultor
4. Utilización de dispositivos asistenciales alternativos a la hospitalización convencional (**Ambulatorización**)
5. Establecimiento de **Vías y procesos asistenciales** para los pacientes crónicos
6. **Nuevos roles de Enfermería**, profesionales clave en la atención al paciente crónico

Claves de interés:

1. Una forma diferente de atender al paciente crónico en el área
2. Necesidad de un cambio organizativo (especialmente en el área médica: reducción del número de camas en Medicina interna, potenciar la consultoría con AP, hospitales de día, mejorar la comunicación y uso de TICs)

<p>Elegir a los agentes del cambio Conseguir que ellos faciliten el cambio del sistema</p>

- Transmitir a los mandos intermedios la necesidad del cambio de enfoque del paciente crónico y comprometerlos en ese cambio
- Dar respuesta adecuada a la situación de cronicidad de la población. Buscar la continuidad asistencial que evite ingresos
- En Galicia tenemos la ventaja de la Historia clínica-e única: sacarle partido

Evaluación

Y

Resultados

Se encuentran en fase de desarrollo

Estrategia 31

Nombre Proyecto de Estratificación de pacientes

Ámbito Comunidad Autónoma del País Vasco. Atención Primaria.

Inicio Julio de 2005

Síntesis El proyecto de estratificación consiste en clasificar a los pacientes en grupos de patologías (ACGs), a través de una aplicación, según los diagnósticos de Atención Primaria, el CMBD, los procedimientos, etc.

A todo paciente, según su ACG, los ingresos y las prescripciones, se le asigna un Índice Predictivo de consumo de recursos para al siguiente año.

Esto permite clasificar a los pacientes según su complejidad y establece una pirámide de riesgo, estando los que no tienen apenas complejidad en la base y, arriba de la pirámide, los más complejos.

Con esta herramienta podemos crear intervenciones dirigidas a poblaciones específicas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, pluripatología, etc.)

Evaluación Es una herramienta de ayuda, que ya está validada.

Resultados Se han realizado dos estratificaciones de la población, en el año 2011 y en el 2012, donde se han clasificado los pacientes según su Índice Predictivo, es decir según su complejidad, para abordar a poblaciones con diferentes estrategias.

Estrategia 31

Nombre Proyecto estratégico para la mejora del control del paciente crónico

Ámbito Comunidad Autónoma del País Vasco. Atención Primaria.

Inicio Año 2011

Síntesis **INTRODUCCIÓN**

El presente proyecto está basado en la “Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi” y es una continuación del realizado en el 2011. Estas estrategias están basadas según un enfoque de salud poblacional, logrando dirigir las intervenciones sobre poblaciones segmentadas con unos niveles de complejidad y comorbilidad determinados y de esta forma cubrir sus necesidades de salud.

Estas intervenciones permiten planificar actuaciones y por lo tanto también redirigir los recursos cubriendo las diferentes necesidades de la población de manera una manera más proactiva, debido a la dificultad que supone la aplicación de las GPC en los pacientes complejos y con múltiples patologías.

La estratificación de la población buscará realizar un cambio de mentalidad, pasando de un enfoque por patologías o condiciones a un enfoque poblacional y por paciente considerando al ciudadano/a más allá de sus episodios agudos e incluyendo los cuidados a medio plazo, además de gestionar la enfermedad de forma más planificada y con una racionalización de recursos.

De esta forma la profesión sanitaria clínica tendrán la posibilidad de dedicar tiempo a la labores de mayor valor añadido, permitiendo que la población reciba los cuidados para un control óptimo de su enfermedad y por lo tanto para la prevención de las complicaciones, existiendo un seguimiento continuo.

METODOLOGÍA

A finales de 2010 se realizó una clasificación prospectiva de toda la población del País Vasco por medio del Sistema de Clasificación de Enfermedades (ACGs). Esta clasificación utiliza no sólo los diagnósticos del personal médico de atención primaria, sino además las prescripciones y también los diagnósticos y procedimientos procedentes del CMBD de hospitales (Conjunto Mínimo Básico de Datos). Durante el año 2011 para el cálculo del Índice Predictivo o Índice de Riesgo, se han utilizado las mismas variables añadiendo además otros diagnósticos de especializada, variables sociales y coste sanitario por paciente de la CAV.

De los resultados de dicha estratificación se ha conseguido la identificación de una serie de poblaciones diana. Por un lado disponemos de la estratificación de la población en función de un **índice predictivo (IP)** (definido en función de una predicción del consumo de recursos) y por otro intervenciones que la evidencia ha probado efectivas en la gestión de crónicos (basadas fundamentalmente en las Guías de Práctica Clínica). La integración de todos estos elementos y la práctica clínica diaria de la profesión sanitaria hará que se personalice la actividad que reciba la población seleccionada.

El objetivo final es focalizar o dirigir la actuación sobre determinados grupos de poblaciones (poblaciones diana), definidas por unas necesidades de atención determinadas y con unos criterios de complejidad y morbilidad establecidos por un índice de predicción de consumo de recursos.

DESCRIPCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS GENERALES

Dentro de las posibles estrategias de actuación con enfoque poblacional, la que se ha elaborado está dirigida a población con baja complejidad, que no sufren complicaciones y que necesitan un control de su enfermedad para que no evolucione a una complejidad mayor.

Estratificación de la población con una determinada condición y comorbilidad.

Contar con la estratificación completa de toda la población del País Vasco no sólo sirve para identificar pacientes a incluir en las experiencias piloto, sino que también tiene aplicaciones en la población general y en los cuidados que proporcionan las Comarcas de Atención Primaria y organizaciones integradas.

Muchas de las actividades evaluadas en la Oferta Preferente se basan en las Guías de Práctica Clínica (GPC) y se refieren a procedimientos de prevención secundaria o terciaria. Dado que son poblaciones con un menor nivel de complicaciones los que más se beneficiarán de las mismas, se ha decidido priorizar su realización en este subgrupo.

En base a la presencia de patologías, su severidad y combinación de las mismas, el sistema de case-mix ACG-pm ofrece una predicción del consumo de recursos de cada paciente, que se expresa en forma de índice. Dicho índice se calcula dividiendo el coste de la atención sanitaria que requerirá esa persona entre el coste promedio de toda la población de Osakidetza. Así, las personas con índices Predictivos altos presentan más problemas de salud, mayor frecuencia de complicaciones y mayor grado de comorbilidad, mientras que son las poblaciones con índices más bajos los que obtendrán un mayor provecho de las citadas actividades preventivas.

No existen unos puntos de cortes absolutos y universales del índice Predictivo, a partir de los cuales se considera necesaria la inclusión de una persona enferma en un determinado programa. Dicha decisión debe individualizarse en función de las características de cada organización sanitaria y la población a atender. En nuestro caso, se ha realizado una revisión de las bases de datos de ACGs, observando las diferencias entre las diferentes poblaciones y comparándolas con las del año 2011, tras lo cual se ha propuesto la siguiente selección :

- Pacientes con índice Predictivo < 1,5 y con edades comprendidas entre 35 y 74 años.

Han sido seleccionadas estas poblaciones, porque son las que más se beneficiarían de un control de su enfermedad crónica, al estar en una situación en la que todavía no presentan complicaciones y que además tiene pocas probabilidades (0.06 %) de que en el año siguiente esté en coste alto y por lo tanto de riesgo. De hecho durante el año 2011 se ha mejorado el control al pasar de un 17,43 % de buen control a un 32,16% al final del año 2011.

Dentro de estas poblaciones diana, han sido seleccionadas las mismas que las del año 2011 y que por lo tanto presentan patologías de Diabetes, Hipertensión y Alteraciones del metabolismo lipídico, debido a que son las patologías en las cuáles, actuando sobre determinados indicadores, supondría una buena actuación sobre este tipo de población, según la evidencia científica disponible en la actualidad (*GPC sobre Diabetes tipo 2, GPC sobre el manejo de lípidos como factor de riesgo cardiovascular y GPC sobre Hipertensión Arterial (actualizada en 2007)*).

Población diabética:

Una de las actuaciones estaría dirigida sobre la población que tuviera la condición de Diabetes, siendo los indicadores propuestos para el control de la enfermedad, de proceso

y de resultado intermedio, tal que está propuesto en la GPC de Diabetes tipo II

Objetivo: Disminuir las complicaciones crónicas como retinopatía diabética, insuficiencia renal, pié diabético derivada de la evolución de la diabetes en poblaciones que actualmente no tienen complicaciones.

Para ello se ha definido una población diana compuesta de personas diabéticas -excluidos pacientes insulino-dependientes-, y que presentan un Índice Predictivo < 1,5, además de excluir a quienes presentan cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca.

Las actuaciones a realizar en esta población se evaluarán mediante los indicadores de proceso y resultados intermedios ya comentados y descritos en la GPC, que son:

- Hb A1 C. Objetivo: < 7%: % de pacientes diabéticos. /Pacientes diabéticos tipo 2.
- TA < 140/80. % pacientes diabéticos con TA<140/80/Pacientes diabéticos tipo 2.
- Hábito tabáquico. % Pacientes diabéticos no fumadores/pacientes con DM tipo 2
- RCV < 20 %/ Pacientes diabéticos población diana.
- % Pacientes con diabetes tipo 2 con fondo de ojo realizado en los últimos 3 años/Pacientes con DM tipo 2.

La medición de las actividades realizadas a esta población se haría como se ha llevado a cabo hasta la fecha de hoy, es decir a través de Osabide y por lo tanto de la Historia Clínica con las Actividades Preventivas nuevas de la Oferta Preferente (2009-2012).

Se va a considerar paciente controlado, cuando cumple los cinco indicadores. Por lo tanto la medición se basará en porcentaje de pacientes controlados durante el 2012. Estos pacientes presentarán la misma marca en la H. C. que presentaban en el 2011, para que los clínicos puedan identificar fácilmente a las poblaciones que son el objetivo de esta estrategia, indicando que son Población diana estratificada.

La evaluación de los resultados se realizará de forma inicial en el primer cuatrimestre del año 2012 y una segunda medición a finales de setiembre (CP) y diciembre (CGC) coincidiendo con la evaluación final y con seguimiento durante el 2012. Esta medición se hará a través de la herramienta informática OBI.

Población con la condición de HTA

Objetivo: Disminuir el RCV en pacientes hipertensos y por lo tanto hacer una prevención cardiovascular primaria.

Las poblaciones diana serán las formadas por la presencia de hipertensión que presentan los índices prospectivos ya citados, utilizando los siguientes criterios de exclusión siguientes: diabetes, cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca. Los objetivos es estas poblaciones diana; población con la condición de hipertensión serán:

- Disminuir el RCV por debajo del 20 %, actuando sobre la TA y los lípidos:
% pacientes hipertensos con RCV < 20% medido con Regicor/ Pacientes Hipertensos.
- Control de la TA: %pacientes hipertensos con TA<140/90 / Pacientes Hipertensos.

Se considerará la población controlada cuando cumple las dos condiciones anteriores.

Además también se harán las modificaciones oportunas en la historia clínica electrónica de Osabide para que la profesión clínica pueda identificar fácilmente a sus poblaciones que son el objetivo de esta estrategia, indicando que son **Población diana estratificada**.

La evaluación de los resultados se realizará de forma inicial en el primer cuatrimestre del año 2012 y una segunda medición a finales de Setiembre (CP) y Diciembre (CGC) coincidiendo con la evaluación final y con seguimiento durante el 2012. Esta medición se hará a través de la herramienta informática OBI.

Población con la condición de alteraciones de los lípidos:

Objetivo: Disminuir el RCV en pacientes con alteraciones de los lípidos y por lo tanto hacer una prevención cardiovascular primaria.

Las poblaciones diana serán las formadas por pacientes con alteraciones de los lípidos que presentan los índices prospectivos ya citados, utilizando los siguientes criterios de exclusión (cualquiera de ellos):

- HTA, diabetes, cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca.

Los objetivos en estas poblaciones diana (Población con la condición de alteraciones del metabolismo lipídico) serían:

- Disminuir el RCV por debajo del 20 %: % de pacientes dislipémicos con RCV < 20 %/ Pacientes dislipémicos.

Se considerará al paciente controlado cuando cumple la condición anterior.

Población con la condición de DM e HTA:

Las actuaciones a realizar en esta población se evaluarán mediante los indicadores de proceso siguientes

- Hb A1 C. Objetivo: < 7%: % de pacientes diabéticos /Población diana definida
- TA < 140/80. % pacientes diabéticos con TA<140/80/ Población diana definida.
- Hábito tabáquico. % Pacientes diabéticos no fumadores/ Población diana definida
- % Pacientes con diabetes tipo 2 con fondo de ojo realizado en los últimos 3 años/ Población diana definida
- Disminuir el RCV por debajo del 20%, actuando sobre la TA y los lípidos: % pacientes hipertensos con RCV<20% (Regicor)/ Población diana definida

Se considerará la población controlada cuando cumple las condiciones anteriores.

Población con la condición de DM y Dislipemia.

Las actuaciones a realizar en esta población se evaluarán mediante los indicadores de proceso siguientes

- Hb A1 C. Objetivo: < 7%: % de pacientes diabéticos /Población diana definida
- TA < 140/80. % pacientes diabéticos con TA<140/80/ Población diana definida.
- Hábito tabáquico. % Pacientes diabéticos no fumadores/ Población diana definida
- % Pacientes con diabetes tipo 2 con fondo de ojo realizado en los últimos 3 años/ Población diana definida
- Disminuir el RCV por debajo del 20%, actuando sobre la TA y los lípidos: % pacientes hipertensos con RCV<20% (Regicor)/ Población diana definida

Se considerará la población controlada cuando cumple las condiciones anteriores.

Población con la condición de HTA y Dislipemia

Las actuaciones a realizar en esta población se evaluarán mediante los indicadores de proceso siguientes

- Disminuir el RCV por debajo del 20 %, actuando sobre la TA y los lípidos. % pacientes hipertensos con RCV<20% (Regicor) / Pacientes Hipertensos.
- Control de la TA: % de pacientes hipertensos con TA<140/90 / Pacientes Hipertensos.

Se considerará la población controlada cuando cumple las condiciones anteriores

Evaluación La medición de las actividades dirigidas a las poblaciones diana seleccionadas se hará a través de la Historia Clínica de OSABIDE y a través de la herramienta de tratamiento de datos OBII.

Estas estrategias han sido introducidas en los Contratos Programa y se incluirán en los de Gestión Clínica de Atención Primaria, así como en el marco evaluativo de las Organizaciones Integradas como la del Bidasoa, siendo objeto de unos compromisos contratados con una ponderación a determinar por el Departamento de Sanidad.

Los resultados estarán en función del porcentaje de pacientes controlados atendiendo a los parámetros ya establecidos para esas patologías, partiendo de un corte inicial, y sobre el que aplicarán las actuaciones, para hacer una valoración en septiembre y diciembre del año 2012.

CONCLUSIONES

El resultado de esta política es la identificación de grupos de pacientes, llamados Poblaciones Diana, con una determinada enfermedad crónica y con un nivel bajo de complejidad, con el fin de programar una serie de intervenciones dirigidas a mejorar la atención a estas poblaciones, precisamente a través de una herramienta de utilidad para los clínicos como son las Guías de Práctica Clínica.

Ya en el año 2011 se inició esta estrategia de buen control del paciente crónico dirigido a una población diana de 235.000 pacientes.

Para el año 2012 la población diana se ha reducido a 183.286 pacientes, de los cuáles el 68 %, estaban en las poblaciones diana del año 2011.

Resultados

Población total seleccionada – Año 2012		Total
Lípidos		115.274
Hipertensión		104.799
Diabetes		19.463
Fuente: ACG Grouper 2010/2011		
Población que cumple la condición – Año 2012		Total
	% sobre el total de la población	Total
Lípidos		73.871
Hipertensión		64.864
Hipertensión con lípidos		29.069
Total	90%	93.933
Diabetes		7.036
Diabetes con hipertensión		4.363
Diabetes con lípidos		4.083
Total	80%	15.482
Total de pacientes con condición		183.286
Fuente: OBI		

Estrategia 32

Nombre Certificación ISO de Equipos de Atención Primaria (EAP)

Ámbito Comunidad Autónoma de Aragón. Atención Primaria.

Inicio Año 2010

Síntesis En el Servicio Aragonés de Salud (SALUD) se comenzó en 2007 una línea de trabajo dirigida a la implantación en los Equipos de Atención Primaria (EAP) de Aragón de un sistema de calidad basado en los criterios de la norma UNE EN ISO 9001.

Un sistema de calidad de este tipo implica entre, otros aspectos:

- a) el diseño del mapa de procesos de la organización
- b) el establecimiento de objetivos e indicadores que deben ser medidos, analizados y actualizados regularmente
- c) la realización de auditorías internas
- d) la revisión del sistema de calidad por la Dirección regularmente, y
- e) la superación de auditorías externas en el caso de aspirar a la certificación del sistema de calidad. De esta manera se inicia y afianza un ciclo de mejora continua.

En mayo de 2010 tuvieron lugar las auditorías externas para obtener la certificación del sistema de calidad establecido en los primeros EAP que se implicaron en el proyecto. La Dirección de SALUD tras valorar positivamente los resultados conseguidos decidió su continuidad y ampliación. De esa manera, en 2011 y 2012, se han seguido integrando nuevos EAP's en el proyecto.

Los EAP's implicados en el sistema de calidad realizan un seguimiento periódico de sus procesos, así como de los objetivos del sistema. Estos objetivos tienen que ver en 2010 y 2011, con el contrato programa, la opinión de los pacientes y la formación de los profesionales. Los EAP's identifican "incidencias" y "no conformidades", analizan sus causas y llevan a cabo las medidas oportunas para solucionarlas.

Además del seguimiento realizado por los EAP's, se realizan auditorías internas y externas anualmente. Las auditorías verifican que los EAP's cumplen los distintos apartados de la norma ISO 9001 y controlan adecuadamente los procesos; el producto de la auditoría es un informe indicando las "desviaciones" detectadas y que deben ser resueltas por los EAP's mediante el diseño y ejecución de un "Plan de Acciones Correctivas".

Evaluación Los EAP's se evalúan mediante auditorías internas y externas.

El programa de certificación ISO se evalúa a través del siguiente indicador del contrato programa:

- Porcentaje de los EAPs implicados en el proyecto de certificación según ISO 9001 que lo desarrollan durante el año en curso según el programa previsto

Los EAP's obtienen las certificaciones ISO mediante un procedimiento que incluye auditorías internas y externas.

Resultados 1. EAP's implicados en el sistema de calidad

Número de EAP's implicados en el sistema de calidad: 36

Año	EAP's incorporados por año	Total EAP's con Certificación ISO
2010	9	9
2011	14	23
2012	13 (*)	

(*) Auditoría Externa de Certificación en septiembre 2012

2. Resultados de Auditoría Externa 2011

No conformidades	Oportunidades de mejora	Puntos fuertes
7	28	22

Estrategia 32

Nombre Desarrollo del proyecto “mapa de conocimiento de los profesionales de la gerencia de atención primaria

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria.

Inicio Año 2011

Síntesis Los Mapas de Conocimiento identifican la ubicación del conocimiento en las organizaciones, así como los diferentes niveles alcanzados por él dentro de la Cadena de Valor, sus fuentes, relaciones y ámbitos de aplicación, así como las personas que lo poseen. Para ello la Gerencia de Atención Primaria está desarrollando el Proyecto de Mapa de Conocimiento de la GAP, con los siguientes **objetivos**:

- Impulsar la gestión del conocimiento como factor facilitador de la toma de decisiones y potenciador del desarrollo de las personas. La Gerencia de Atención Primaria considera que ambos aspectos son claves en la búsqueda de la excelencia.

Objetivos Específicos:

- Identificar y valorar los conocimientos, las competencias técnicas y la experiencia que poseen los participantes.
- Conocer las expectativas de los profesionales adscritos al programa.
- Detectar áreas de gran potencial y de desarrollo dentro de la Organización.
- Identificar un grupo de expertos profesionalmente reconocidos, dentro o fuera de la Gerencia, en determinadas materias de interés para la Organización
- Disponer de una herramienta que permita gestionar la información recogida en los puntos anteriores.

Para ello se ha pasado una encuesta autoadministrada a los Directivos y Técnicos de las tres Gerencias Adjuntas, Direcciones Asistenciales, Direcciones Técnicas, y Equipos Directivos de los 260 Centros de Salud, en la que abordaba los siguientes ámbitos:

- Formación
- Experiencia profesional
- Reconocimiento profesional
- Expectativas de desarrollo
- Reconocimiento de expertos
-

Se propone la realización de dos niveles de análisis:

A.- Análisis individual por profesional en el que se determine:

- Su puntuación en las diferentes áreas de conocimiento definidas y la comparación con la media obtenida en dichas áreas por los profesionales en su puesto de trabajo
- Su adecuación al perfil definido para su puesto de trabajo

B.- Análisis global por áreas de trabajo/puestos de la organización/perfiles:

- Puntuación media por áreas de conocimiento en cada “grupo/puesto de trabajo”
- % de trabajadores/profesionales que se adecuan al perfil definido para cada puesto

Evaluación En desarrollo

Estrategia 32

Nombre Interconsulta no presencial entre Atención Primaria y Atención Especializada

Ámbito Comunidad Foral de Navarra. Atención Primaria y Atención Especializada
(Dentro del Plan de coordinación primaria - especializada de la Comunidad Autónoma)

Inicio Año 2005

Síntesis A partir del año 2005 en que se inició esta modalidad con Alergología, se han ido incorporando las demás especialidades.

Servicios a los que todas las Zonas Básicas de Salud de Navarra tienen acceso mediante INP:

- Alergología
- Endocrinología
- Cardiología (excepto las 8 ZBS del Area de Estella)
- Dermatología (solo para seguimiento de procesos)
- Psiquiatra interconsultor

En este momento se está pilotando, en el marco del pilotaje del Programa de Cribado Poblacional de CCR, la INP con el Servicio de Anestesia para la consulta preanestesia previa a la colonoscopia.

Objetivos:

1. Facilitar la comunicación entre AP y AE abriendo nuevas modalidades de Interconsulta de manera que:
 - Aumenten la capacidad de resolución de los profesionales de AP.
 - Aumenten la agilidad u accesibilidad en la atención a los/las pacientes.
 - Mejoren la adecuación de las derivaciones entre niveles.
2. Extender la Interconsulta no presencial como una modalidad de interconsulta con aquellas especialidades que participan en la atención de los pacientes que presentan procesos clave.

Requisitos

- El profesional de AP enviará un informe de interconsulta donde figurará la información necesaria del paciente para que el profesional de AE pueda valorar adecuadamente la situación.
- El profesional de AE responderá en las siguientes 48 horas hábiles mediante el "Informe de intercomunicación AE-AP".

Procedimiento

Es un proceso de consulta mediante modalidad no presencial entre el médico de AP y el médico de AE por medio de un informe en relación con el diagnóstico, seguimiento y /o tratamiento de un paciente.

Puerta de entrada: el profesional de AP desea hacer una consulta al profesional de AE a propósito del diagnóstico, seguimiento y/o tratamiento de un paciente.

Para ello, el profesional de AP solicita para un paciente una modalidad de interconsulta no

presencial a través de la subunidad de la especialidad correspondiente, completando el protocolo correspondiente y el informe asociado generado y enviándolo a través de correo electrónico. El profesional de AE responde mediante informe de intercomunicación profesional, que se incorpora directamente en la HCI-AP.

Es necesario crear el circuito correspondiente:

- Subunidades en la especialidad correspondiente.
- Protocolo que emite informe asociado, que contiene:
 - Datos del paciente
 - Antecedentes personales
 - Medicación habitual
 - Síntomas / signos del paciente
 - Exploración física
 - Pruebas complementarias realizadas.
 - Diagnóstico de presunción
 - Motivos de consulta. En cardiología se incorpora también la solicitud de Pruebas complementarias.
- Actualmente, creación de una dirección de correo electrónico a la que enviar la INP. Desarrollo a medio-largo plazo del volante electrónico.
- Informe de intercomunicación AE-AP, que contiene:
 - Motivo de consulta.
 - Valoración, propuesta, recomendaciones, comentarios.
 - Seguimiento: por su médico de familia, remitir a consulta de AE o según evolución. En Cardiología.
 - Clasificación del motivo de consulta.

Herramientas de implantación

- Formación, incluyendo feed-back de casos
- Información de cada especialidad que se incorpora a la INP

Evaluación Los indicadores propuestos son:

- Número de interconsultas recibidas.
- Porcentaje de interconsultas en las que la respuesta ha tardado más de 48 horas hábiles.
- Distribución de los motivos de consulta en cada especialidad.
- Porcentaje de interconsultas enviadas que se han resuelto mediante este procedimiento.

Los resultados se obtienen a partir del informe de intercomunicación AP-AE de la Historia Clínica Electrónica de Atención Especializada

Estrategias 32 y 44

Nombre Medidas de prevención en la manipulación y eliminación de productos sanitarios con riesgo biológico y químico.

Ámbito Comunidad Autónoma de Galicia. Atención Primaria.
Personal sanitario de todos los centros de salud de la provincia de Lugo

Inicio Octubre de 2012

Síntesis El objetivo es la modificación de medidas preventivas actuales estableciendo por escrito en el manual de prevención, actuaciones encaminadas a la correcta utilización de medios de protección y técnicas de manipulación y eliminación de contaminantes biológicos, químicos y citostáticos.

Envío con acuse de recibo a todos los profesionales sanitarios antes del mes de julio de 2013. Comunicación de estos riesgos a todas las empresas externas cuyas actividades tengan contacto con estos productos (2º trimestre 2013).

Evaluación

- % reducción de accidentes por estos motivos
- % comunicación de accidente laboral mediante documento establecido.
- % del personal expuesto a este tipo de riesgo (2º semestre 2013).

Resultados Pendiente cuantificación



Agencia para a Comisión Central de Seguridade e Saúde do SANUS (Grupo de Saúde)

as boas prácticas

O risco químico

ETIQUETA: Todo produto químico clasificado como perigoso debe incluír no seu envase unha etiqueta ben visible que te informará sobre os seus perigos e as precaucións que cómpre tomar na súa manipulación.

Sempre que unha etiquetaxe mostre un destes símbolos (pictogramas), o envase contén un produto clasificado como perigoso.




Explosivo


Comburente


Facilmente oxidante


Extremadamente inflamable


Tóxico


Mto Tóxico


Perigoso para o ambiente


Núcleo


Irritante


Perigoso para o ambiente

FICHA DE DATOS DE SEGURIDADE (FDS): complementa a información contida na etiqueta sobre as propiedades e os perigos para a saúde e o ambiente da substancia, así como sobre a súa manipulación, almacenamento e eliminación. Estas fichas tamén informan sobre as medidas de loita contra incendios, medios de protección, precaucións que cómpre tomar en caso de vertedura accidental e primeiros auxilios.

Que debo facer?

1. Seguir as instrucións e recomendacións de uso e boas prácticas de traballo, de almacenamento e eliminación.
2. Comunicar aos teus superiores calquera aspecto relacionado coas condicións de traballo que non fose previamente coñecido.
3. Solicitar información e formación cando teñas algunha dúbida sobre o produto químico, as condicións de uso ou os procedementos de traballo.

Boas prácticas de traballo

1. **Comproba os símbolos (pictogramas)** que contén a etiquetaxe do envase e préstalles **especial atención ás precaucións de uso** dos produtos químicos que inclúan as seguintes frases de risco (frases R) na súa etiquetaxe:
 - R39 Perigo de efectos irreversibles moi graves. / R40 Posibles efectos canceríxenos. / R42 Posibilidade de sensibilización por inhalación. / R43 Posibilidade de sensibilización en contacto coa pel. / R45 Pode causar cancro. / R48 Pode causar alteracións xenéticas hereditarias. / R49 Risco de efectos graves para a saúde no caso de exposición prolongada. / R50 Pode causar cancro por inhalación. / R60 Pode prexudicar a fertilidade. / R61 Risco durante o embarazo de efectos adversos para o feto. / R62 Posible risco de prexudicar a fertilidade. / R63 Posible risco durante o embarazo de efectos adversos para o feto. / R64 Pode prexudicar os nenos alimentados con leite materno. / R67 A inhalación de vapores pode provocar somnolencia e vertex. / R68 Posibilidade de efectos irreversibles.
2. **Substitúe, sempre que sexa posible, os produtos químicos perigosos** por outros que non o sexan ou que o sexan en menor grao.
3. **Pecha os recipientes** despois do seu uso.
4. **Conserva a adecuada etiquetaxe** dos recipientes e botellas e etiquetaxe debidamente as solucións que teñas que preparar.
5. Non esquezas nunca o lema:

"DEPOIS DE TRANSVASAR TES QUE ETIQUETAR"
6. **Non volvas utilizar envases** sen informarte antes dos posibles riscos que poderían derivar do uso de recipientes baleiros e sucios e sen quitar a etiqueta orixinal. **Non sobrepoñas** as etiquetas.
7. Evita o **transvasamento** de substancias químicas por vertedura libre ou en lugares pouco ventilados.
8. **Almacena os produtos perigosos segundo as indicacións de seguridade** da etiqueta (frases S) e das FDS.



9. **Evita o contacto dérmico** cando se produza un derramamento de substancias perigosas:
 - Non uses trapos e papel para absorber substancias corrosivas.
 - Non uses serraduras para absorber líquidos inflamables.
 - Utiliza os equipos de protección individual (EPI) adecuados para as mans.
10. **Adopta medidas hixiénicas** adecuadas, tanto persoais coma de orde e limpeza.
11. **Utiliza o material de protección adecuado** e úsalo correctamente para cada tarefa.
12. **A eliminación** dos produtos químicos como residuos **realizarase segundo o plan establecido.**

Cadro resumo de incompatibilidades de almacenamento de substancias perigosas

						
	+	-	-	-	-	+
	-	+	-	-	-	-
	-	-	+	-	-	+
	-	-	-	+	+	○
	+	-	+	○	+	+

(+) Podese almacenar conjuntamente. / (-) Non poden almacenarse xuntas.

Estrategia 33

Nombre Acreditación y reconocimiento a la excelencia en centros de Atención Primaria

Ámbito Comunidad de Castilla y León. Atención Primaria.

Inicio 2002 – Nueva fase de difusión y consolidación a lo largo de 2008/2009

Síntesis En Castilla y León, el proyecto de implantación del modelo europeo de excelencia en Atención Primaria, se inicia en el año 2002 con la publicación de la Guía de Autoevaluación en Atención Primaria, el refuerzo de las estructuras y responsables de calidad en las Gerencias y en las diferentes unidades, y la formación de profesionales y directivos. Desde el año 2003 se iniciaron los proyectos de autoevaluación tanto en equipos de Atención Primaria como en las Gerencias, con el objetivo de realizar un diagnóstico global de la organización, valorando la potencialidad del modelo europeo de excelencia en la identificación de problemas de calidad.

Durante el año 2008 y 2009 se inicia una nueva fase en la difusión y consolidación de una cultura de autoevaluación con la concesión, previa auditoría externa, del “sello a la excelencia” en tres equipos de Atención Primaria. El proyecto incluye un plan de formación y consultoría que ha concluido con la concesión del **Compromiso hacia la excelencia** a dos centros de salud (La Alamedilla, en Salamanca y San Esteban de Gormaz, en Soria) y el sello a la **excelencia europea 400+** a un centro de salud (Soria Norte).

El proyecto de certificación y reconocimiento de equipos de Atención Primaria se planteó con la finalidad de reconocer la trayectoria de los mismos en la realización de actuaciones de gestión de la calidad (Planes de Mejora de la Calidad), así como certificar y reconocer los resultados alcanzados en alguno de los centros participantes en el proyecto de descentralización de la gestión (programa de gestión propio). Por otra parte, se trataba de seleccionar áreas de mejoras relevantes y prioritarias para desarrollar planes de mejora de la calidad de la asistencia por parte de los profesionales y gestores.

Tres años después, en el año 2011, los tres equipos se han sometido a la reevaluación y recertificación, consolidando ó superando el nivel de la primera certificación y así los centros de La Alamedilla y San Esteban, han obtenido +400 en junio 2011 y continúan con sus mejoras.

Consideramos que este proyecto es de interés porque:

Incide de forma favorable en la implicación y motivación de los directivos de las Áreas de Salud y de los profesionales de los centros de salud, al participar en un proyecto propio con un impacto muy positivo en los servicios prestados a los usuarios, así como en el reconocimiento formal de la institución. Al mismo tiempo se engloba dentro de un proyecto de mayor alcance, que consiste en difundir y consolidar la cultura de mejora continua de la calidad en los servicios de salud.

El **objetivo** del proyecto es la consolidación de la cultura de autoevaluación a través del modelo europeo de excelencia en los diferentes equipos y unidades de la Gerencia Regional y al mismo tiempo vincularlo con una mayor descentralización de la gestión, inspirada en el concepto de gestión clínica, aprovechando las experiencias existentes en la Comunidad Autónoma, tanto en relación con la autoevaluación (mediante la utilización del modelo europeo de excelencia) como con los Programas de Gestión Propios (experiencias de descentralización de la gestión realizada en los últimos años en la Comunidad Autónoma

Evaluación y resultados

El proyecto de certificación y reconocimiento de centros de salud de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León se ha planteado con las siguientes finalidades:

- Reconocimiento a los Centros de Salud y Gerencias de Atención Primaria, por su trayectoria en la realización de actuaciones de gestión de la calidad.
- Reconocimiento por parte de la institución de los resultados alcanzados a los centros participantes en el proyecto de descentralización de la gestión (programa de gestión propio)
- Selección de las áreas más relevantes y prioritarias para desarrollar planes de mejora de calidad asistencial.

Los resultados obtenidos los podemos clasificar:

- **Resultados intermedios;** se relacionan con la motivación de los profesionales de los centros de salud participantes, en los que se destacan los comportamientos de cohesión e identificación con un proyecto propio (pero al mismo tiempo coherente con la política de calidad de la Gerencia Regional de Salud). Esta implicación de los profesionales conlleva un compromiso de continuidad, con autoevaluación cada 2-3 años.
- **Resultados finales** tangibles que se corresponden con los siguientes aspectos:
 - Planes de mejora emprendidos en los centros de La Alamedilla (Salamanca) y San Esteban de Gormaz (Soria), junto con sus respectivas Gerencias. Se trata de mejoras que afectan a diferentes criterios del modelo europeo de excelencia y tienen impacto en el conjunto de la organización. El proyecto concluye con el reconocimiento del Compromiso hacia la excelencia (excelencia europea 200+) a los centros participantes tras la realización de la auditoría externa por AENOR.
 - Autoevaluación global del sistema de gestión en un centro de salud (Soria Norte), en colaboración con la Gerencia correspondiente, elaboración de la memoria y auditoría externa por parte de AENOR con reconocimiento a la excelencia (excelencia europea 400+) .La memoria constata la potencialidad del modelo europeo como referente para la autoevaluación del sistema de gestión en nuestro ámbito.

Los resultados alcanzados, más relevantes en los dos aspectos anteriores son:

EAP DE SAN ESTEBAN DE GORMAZ y LA ALAMEDILLA (Planes de Mejora):

1. **Deshabitación Tabáquica:** Los resultados obtenidos evidencian la mejora del 2,4 % de captación de personas fumadoras, así como del porcentaje de personas incluidas en el programa de deshabituación de un 17,7 % (calculado sobre la población estimada de fumadores según la encuesta de salud de Castilla y León)
2. **Mejora de la capacidad de resolución. Incorporación de tecnología diagnóstica en Atención Primaria:** Incorporación de la ecografía como prueba diagnóstica habitual junto con un plan de formación de los profesionales.
3. **Mejora de la calidad de la prescripción de medicamentos:** Se realizan actuaciones de formación de los profesionales y de difusión de la Guía Terapéutica integrada en la Historia Clínica Electrónica, mejorando la prescripción tanto por principio activo (DOE) como el porcentaje de prescripción de genéricos (EFG). El Equipo de San Esteban de Gormaz se sitúa 10 puntos por encima de la media de su Área de salud tanto en DOE'S como EFG'S.

4. **Mejora de la utilización de la Historia Clínica Electrónica:** Elaboración de protocolos, mejora de la gestión de agendas y sistematización de tareas administrativas.
5. **Elaboración de un Manual de Acogida para el personal de nueva incorporación:** Se han sistematizado las tareas que se realizan en el centro, y de esta manera se evitan pérdidas de tiempo y fallos en la organización (cualquier fallo repercute en cadena a toda la organización, alcanzando finalmente al cliente), por lo que se mejora la atención al cliente y la imagen del centro.

EAP DE SORIA NORTE (Memoria utilizando el modelo europeo de excelencia):

1. Puntos Fuertes:

Liderazgo clínico

- Plan de Calidad del Área y pacto de objetivos del centro
- Realización de encuestas de clima laboral, mejora del sentido de identificación con el proyecto del centro y de pertenencia al equipo.
- Plan de Gestión de Edificios, Equipos y Material por parte de la Gerencia
- Definición del mapa de procesos
- Realización de mediciones periódicas de la calidad percibida mediante la encuesta SERVPERF.

2. Áreas de Mejora:

- Elaboración y seguimiento de un Plan Estratégico por parte de la Gerencia
- Evaluación de la eficacia de los Planes de Formación de los profesionales
- Desarrollar un enfoque para la implantación de nuevos servicios
- Establecer un sistema de comparación y benchmarking de los resultados del centro de salud tanto dentro como fuera del Área de Salud

Estrategia 33

Nombre Certificación Sistema de Gestión de Calidad conforme con la norma UNE-EN ISO 9001:2008. Servicio de Compras y Aprovisionamientos

Ámbito Comunidad Autónoma de Galicia. Atención Primaria. Gerencia de Atención Primaria de Lugo

Inicio Año 2007

Síntesis El Servicio de Compras y Aprovisionamientos dispone de un sistema de gestión de calidad desde el año 2007, certificado conforme con la norma UNE-EN ISO 9001:2008. Dicha certificación engloba las siguientes actividades:

- La compra directa y contratación administrativa de material sanitario y no sanitario (excepto medicamentos y repuestos de mantenimiento) y de servicios (excepto obras, suministro de gas, electricidad de baja tensión, agua).
- La prestación del servicio de suministro (aprovisionamiento, almacenamiento y distribución) de material sanitario y no sanitario (excepto medicamentos) a las unidades de consumo adscritas a la Gerencia de Atención Primaria de Lugo.

Esta Gerencia según el sistema de gestión de calidad implantado se compromete a:

- Velar por la prestación ininterrumpida del servicio que garantice la continuidad y la eficacia de la asistencia sanitaria.
- Asegurar que los procedimientos que integran el sistema de calidad cumplen con las necesidades, expectativas y requerimientos de los centros y usuarios de los mismos.
- Garantizar la calidad y el cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios en la aplicación de dichos procedimientos.
- La orientación del sistema de resultados, regidos por los principios de eficiencia en el uso de los recursos empleados, efectividad en la realización de las actividades y calidad de las acciones efectuadas que es evaluada mediante los estándares establecidos.
- Conseguir la necesaria coordinación entre los activos del sistema.
- Establecer canales de comunicación apropiados con ellos, de tal forma que se proporciona una respuesta rápida y eficaz de los servicios y solicitudes demandadas por los centros y usuarios.
- Prestar una información completa, clara y continuada a los usuarios y ofrecer toda la colaboración necesaria.
- Potenciar la mejora de la calidad, de la eficacia y de la rapidez de los servicios prestados actuando con mayor flexibilidad.
- Facilitar la actualización de los conocimientos y el desarrollo profesional del personal mediante la formación continua y lograr su participación, compromiso e implicación en cuanto activo fundamental de la Gerencia que como tal debe de ser considerado e impulsado.
- Desarrollar, implantar y mejorar de forma continua el Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma ISO 9001:2008.
- Colaborar en su ámbito competencial a alcanzar objetivos de carácter general del Servicio Galego de Saúde.

Evaluación Se realizan auditorías internas y externas con el fin de mantener y mejorar el sistema siguiendo los patrones de la norma ISO.

En dichas auditorías se evalúan todos los aspectos que otorgan y mantienen vigente la

certificación ISO (tiempo de respuesta, tiempo de suministro, etc).

También se realizan encuestas de satisfacción de centros y usuarios sobre el servicio y la atención prestada.

Resultados En la fecha de 22 de noviembre de 2012 se realizó la última auditoría de seguimiento del sistema de calidad.

En nuestra encuesta de calidad los resultados de satisfacción global con el Servicio de Compras y Aprovisionamientos (índice NSI), son excelentes alcanzando una puntuación de 86,64. Es de destacar la valoración de los centros referente a la atención prestada por el personal del servicio obteniendo un nivel de calidad excelente con una valoración de 90,95 (Índice NSI). Encuesta de calidad realizada el 20 de septiembre de 2012, con una respuesta de 58 centros (56,82% del total), tasa mínima de respuesta superior al 40%.

Tal y como se pone de manifiesto en los resultados de la auditoría, el sistema está totalmente implantado y logra el cumplimiento de los compromisos adquiridos.

La satisfacción con el servicio de Compras y Aprovisionamientos de nuestros centros ha sido medida y ha mejorado paulatinamente a lo largo de los años de implantación del sistema. Por lo que podemos establecer que dicha acreditación nos ha aportado un beneficio para el control y medición de nuestros resultados resultando beneficiada toda la Gerencia de su implantación



Estrategia 33

Nombre Curso on-line de “Higiene de manos” (Higiene de manos en la atención sanitaria)

Ámbito Comunidad Autónoma de Galicia. Atención Primaria
Área de la Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña (XXIC): personal sanitario, celadores y trabajadores sociales de las áreas sanitarias de A Coruña y Ferrol.

Inicio Julio 2010

Síntesis La seguridad del paciente es en nuestros días un componente clave de la calidad. Los pacientes tienen derecho a recibir una atención sanitaria tan segura como sea posible y organismos con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo de la Unión Europea instan a los diferentes gobiernos a situar la seguridad del paciente en el centro de todas sus políticas sanitarias.

La Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia ha desplegado una estrategia para incrementar la seguridad del paciente, de acuerdo con los contenidos del Plan de Calidad para el SNS y en el marco de la Alianza Mundial por la Seguridad de los pacientes propugnada por la OMS.

Promovido por la Subdirección Xeral de Desenvolvemento e Seguridade Asistencial. Servizo Galego de Saúde. Consellería de Sanidade. Organizado por F.P. Escola Galega de Administración Sanitaria (FEGAS).

Este año, la campaña SAVE LIVES: CLEAN YOUR HANDS de la OMS invita a trabajar en esta dirección.

Objetivos del curso

- Sensibilizar y formar a los profesionales sobre la importancia de promover la Seguridad de los pacientes promoviendo una adecuada higiene en la práctica clínica con el fin de reducir los Eventos Adversos producidos como consecuencias de las infecciones adquiridas en el transcurso del proceso asistencial.
- Disminuir la incidencia de la infección relacionada con los cuidados de salud
- Difundir las directrices para la Higiene de manos en el ámbito sanitario elaboradas en la OMS
- Crear nuevos entornos de aprendizaje centrados en el alumno, facilitando la accesibilidad de los profesionales.

Información General del Curso

El curso incluye toda la documentación actualizada de la OMS publicada con motivo de la campaña “SAVE LIVES: Clean your hands”, del CDC y del MSPS. Además se incluye una encuesta de la OMS de higiene de las manos para profesionales que los participantes deberán cumplimentar junto con la de hábitos, antes de iniciar el curso y a los 6 meses de finalizar, para conseguir el certificado del curso.

Destinatarios

Esta acción formativa tiene carácter cerrado, desarrollándose diferentes ediciones dirigidas específicamente al personal de las distintas áreas sanitarias, garantizando así el acceso de profesionales de todas ellas. Los destinatarios son: personal sanitario, celadores y trabajadores sociales

Esta acción formativa se pactó en el Acuerdo de Xestión para los CS 2010 (ADX-S 2010) para las categorías de médicos de familia, pediatras, enfermería, farmacéuticos, odontólogos, fisioterapeutas y trabajadores sociales.

Contenidos y esquema del curso

Cuestionario Inicial

Escoja la lengua en la que desea realizar el cuestionario inicial (Gallego o Castellano)

 Cuestionario en Gallego
  Cuestionario en Castellano

Higiene de Manos en Atención Sanitaria

Temario

1. Introducción
Presentación
Encuesta

3. Higiene de Manos
Antecedentes históricos
Fundamentos en atención sanitaria
Formas de higienizarse las manos
Otros aspectos relacionados

2. Seguridad del Paciente
Conceptos Básicos
Infección relacionada con Atención Sanitaria
Estudio EPINE

Videos
Lavado rutinario
Higiene con preparados alcohólicos

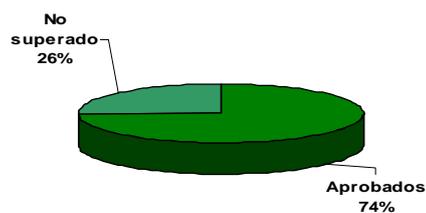


Evaluación **Curso on line Hixiene de mans**

Y	Matriculados	766	100%
Resultados	Aprobados	570	74%
	No superado	196	26%

Ejemplos prácticos

- 1 - Consulta médica
- 4 - Hospitalización II
- 2 - Consulta de enfermería
- 5 - Técnica de lavado de manos rutinario
- 3 - Hospitalización I
- 6 - Higiene de manos con preparados alcohólicos



Documentación y links

Documentación:

- 1 Manual de Recomendaciones O.M.S.
- 2 Resumen Recomendaciones O.M.S.
- 3 Guía de Aplicación O.M.S.

Videos de interés:

- 1 Video campaña O.M.S.
- 2 Video campaña Ministerio de Sanidad

Links:

- 1 Web Seguridad el paciente M.S.C.
- 2 Herramientas C.D.C.
- 3 Video formativo C.D.C.
- 4 Campaña O.M.S.
- 5 Links Organizaciones Internacionales
- 6 Save Lives: Clean your hands
- 7 Seguridad del paciente

[Descargar curso en pdf](#)

Estrategia 33

Nombre Despliegue de estrategia de seguridad del paciente

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria.

Inicio Año 2010

Síntesis La Comunidad de Madrid ha desplegado una estrategia global orientada a la seguridad del paciente que contempla las siguientes actuaciones

- Constitución de 7 Unidades de Gestión de Riesgos Sanitarios.
- Establecimiento y formación específica a 260 responsables de seguridad de los centros de salud
- Desarrollo de un sistema de notificación de incidentes de seguridad sin daño y errores de medicación on line para toda la AP de la Comunidad de Madrid (CISEM-AP).
- Celebración de la I Jornada de Seguridad del Paciente en Atención Primaria
- Impulso del Programa de atención al mayor polimedcado para mejorar la seguridad de estos pacientes mayores de 74 años y que consumen más de 6 medicamentos.
- Desarrollo de un proyecto integral para desplegar la Estrategia de Higiene de manos en los 260 centros de salud.
- Desarrollo de un Plan integral de mejora de la gestión de la limpieza, desinfección y esterilización en los centros de salud y consultorios locales del Servicio Madrileño de Salud.

Evaluación Periódica

Resultados

- Se han constituidas las 7 Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios, una por Dirección Asistencial. Están formadas por 75 profesionales: de los centros de salud pertenecientes a diferentes categorías profesionales, de las direcciones asistenciales y de las direcciones técnicas. Se han mantenido un total de 71 reuniones de las unidades y 15 reuniones con los responsables de seguridad de los centros de salud. Se han nombrado responsable de calidad de centro en los 260 Centros de Salud.
- Se han desarrollado 14 talleres (de 6 horas de duración, 2 talleres por cada Dirección Asistencial): “Medidas de prevención de la infección en A. Primaria: higiene del material sanitario”. Se han formado a un total de 292 profesionales. Se ha desarrollado una sesiones conceptos generales de seguridad, dirigida a responsables de seguridad de los centros (1 por DA).
- Ha sido implantado de manera efectiva en el tercer trimestre de 2011. un sistema de notificación de incidentes de seguridad sin daño y errores de medicación on line para toda la AP de la Comunidad de Madrid. Se han desarrollado 18 sesiones sobre la aplicación de seguridad CISEM-AP con más de 400 profesionales formados.
- Se han elaborado y está disponible en la intranet (Salud@): sesiones docentes para impartir formación en los centros sobre seguridad del paciente (conceptos generales, taxonomía, gestión reactiva y proactiva de riesgos, herramientas de análisis), y video y demo y manual del usuario de CISEM-AP.
- Se han notificado un total de 2.958 incidentes de seguridad y Errores de Medicación. De los que se han analizado 1.965 (66%), mediante: discusión de casos, entrevistas, espina de pescado, audit de eventos significativos y protocolo de Londres. Elaborándose en el 63 % informes con medidas correctoras/prácticas y recomendaciones.

- Se han elaborado 31 prácticas seguras y recomendaciones, como:
 - Calendario
 - Identificación, presentación y vía de administración de las vacunas en niños (cartel de vacunas),
 - Preparación del salbutamol para inhalación,
 - Seguridad en el control y seguimiento del paciente anticoagulado en atención primaria,
 - Instrucciones de uso de agujas hipodérmicas de seguridad para evitar desconexión,
 - Identificación de citologías,
 - Utilización de la clorhexidina para uso cutáneo, Instrucciones para pruebas diagnósticas,
 - Recordatorio solicitud de vacunas desde los centros de salud,
 - Recomendaciones para mejorar la seguridad en la utilización de metotrexato con jeringas precargadas en atención primaria,
 - Errores en la administración de vacunas,
 - Revisión de caducidades de medicamentos,
 - Seguridad de infraestructuras en áreas de pediatría.
- Se ha celebrado la I Jornada de Seguridad del Paciente en Atención Primaria, con 170 asistentes.
- La Gerencia de Atención Primaria ha recibido en 2011 el premio del "Concurso de ideas de higiene de manos" convocado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. En la Jornada Mundial de Higiene de Manos en los centros de salud han llevado a cabo 530 actividades. Por otro lado indicar que se han realizado un total de 10 sesiones en centros de salud y 14 reuniones con responsables de higiene de manos (2 por Dirección Asistencial).
- Por otra parte, se ha desarrollando un Plan integral de mejora de la gestión de la limpieza, desinfección y esterilización en los centros de salud y consultorios locales del Servicio Madrileño de Salud. Se han realizado 14 talleres (dos por dirección Asistencial) dirigidos a los responsables de higiene de manos de loa centros de salud, habiéndose formado 292 profesionales.

Estrategias 33 y 35

Nombre Contrato programa de Centro de Salud

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria.

Inicio Año 2009

Síntesis Históricamente había un Contrato Programa por cada una de las 11 extintas Áreas de Atención Primaria. Cada Área elaboraba posteriormente un Contrato Programa para cada uno de las Unidades Funcionales de su ámbito de influencia.

En el año 2009, se produce por primera vez la unificación de objetivos a nivel de todos los Centros de la Comunidad de Madrid. A esta circunstancia se añade que participan en su elaboración profesionales de los Equipos Directivos de las diferentes Gerencias y no sólo de los servicios Centrales de la Consejería, lo que enriquece su elaboración al incorporarse aquellas consideraciones que desde éstas se han propuesto.

Como fin se ha obtenido un documento común para todos los centros de la Comunidad de Madrid: mismos objetivos, mismos indicadores, mismas fuentes de información y misma forma para la obtención de los mismos, así como criterios comunes para fijar metas y normalización de la extracción de los datos. Está construido con una estructura del Modelo EFQM, ligado a un sistema de ponderación con participación de todos los indicadores, tomando como referencia la puntuación del propio modelo EFQM, pero dando mayor peso a los resultados de la organización, de cara a la incentivación a nivel de Centro de Salud.

Se han incluido objetivos e indicadores de resultados Intermedios, seguridad, efectividad.... La evaluación de estos indicadores permite conocer el efecto de las intervenciones que realizamos en Atención Primaria.

El contrato programa de centro contiene los siguientes **objetivos operativos**:

2. Objetivos orientados al liderazgo: recogen cómo el director de centro ejerce el liderazgo en el centro de salud y cómo los profesionales asumen y se implican en la organización del centro y la mejora de los resultados.
3. Objetivos orientados a facilitar el despliegue de la estrategia de la Consejería de Sanidad.
4. Objetivos dirigidos a los profesionales: persiguen que aflore todo el potencial de los profesionales que trabajan en el centro de salud. Están dirigidos a mejorar la satisfacción de los profesionales, la comunicación interna y a favorecer la innovación y el desarrollo profesional.
5. Objetivos orientados a las alianzas y los recursos: promueven lazos de colaboración mutuamente beneficiosos con otras instituciones.
6. Objetivos que garantizan la gestión de los procesos y servicios llevados a cabo: se incluyen aquellos referentes a accesibilidad, oferta de servicios, implantación de buenas prácticas y prácticas seguras, tanto asistenciales como organizativas, mejora de la continuidad asistencial y actividades relacionadas con salud pública.
7. Objetivos en resultados en clientes: vinculados con la percepción de la población sobre la atención en los centros de salud. De forma directa o indirecta, aportan información sobre utilización de servicios, accesibilidad y satisfacción.
8. Objetivos en resultados en personas: vinculados con la mejora del desarrollo profesional de las personas que integran los centros de salud. Se incluyen objetivos en resultados de mejora del desarrollo y capacitación de los profesionales.

9. Objetivos en resultados en sociedad: aportan información de la percepción que la sociedad tiene sobre la actividad que con ella se realiza desde los centros de salud. Promueven actuaciones de intervención comunitaria, divulgación de conocimientos científicos y contribución a la sostenibilidad del medio ambiente.
10. Objetivos en resultados claves: vinculados con el cumplimiento de los objetivos presupuestarios en los capítulos I, II, IV y facturación a terceros, objetivos de efectividad (impacto en la salud de la población de las actividades que se realizan en los centros de salud) y de eficiencia (resultados de continuidad asistencial, consumo de fármacos e incapacidad temporal).

incluye objetivos e indicadores que abarcan las diferentes dimensiones de Calidad:

- Accesibilidad
- Seguridad
- Eficiencia
- Efectividad
- Satisfacción....

Evaluación Anualmente se realiza la evaluación de los indicadores recogidos en el Contrato Programa de cada uno de los centros de salud de la Comunidad de Madrid.

Resultados Porcentaje medio de cumplimiento del Contrato Programa de los centros de salud: 76,2 % (Año 2011)

Estrategia 34

Nombre Análisis de la mortalidad prematura de los municipios y de las Unidades de Gestión Clínica (UGC) de los Distritos Sanitarios de Atención Primaria (DSAP), Áreas de Gestión Sanitaria (AGS) y Hospitales de Andalucía.

Ámbito Comunidad Autónoma de Andalucía. Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Inicio Enero de 2010

Síntesis La asunción del modelo de Gestión Clínica como sistema organizativo de la asistencia sanitaria en Andalucía, exige un conocimiento exhaustivo de las necesidades de salud de la población a la hora de planificar y priorizar los servicios; así mismo un modelo basado en líneas de actuación que mejore la eficacia, efectividad y eficiencia de los recursos públicos a la hora de conseguir resultados en salud, exige la posibilidad de medir éstos y facilitar que los profesionales dispongan de herramientas que le permitan asumir la corresponsabilidad dentro de la organización sanitaria.

Desde esta óptica, se antoja imprescindible avanzar en el análisis epidemiológico de zonas pequeñas, referenciadas en las poblaciones a las que atienden cada Unidad de Gestión Clínica, a la vez que determinamos las causas prevalentes de morbilidad y mortalidad de nuestras poblaciones (¿de qué enferman nuestros pacientes?), lo que nos permite implantar medidas y actuaciones para reducir estas causas. Y en último lugar avanzar en la medición de resultados en salud (no de procesos), que nos permita validar el modelo de asistencia y detectar áreas de mejora.

En el año 2010 se realizó un Análisis de la Mortalidad Prematura de los Municipios y de las UGC de los Distritos Sanitarios de Atención Primaria (DSAP), Áreas de Gestión Sanitaria (AGS) y Hospitales de Andalucía.

El análisis de mortalidad prematura de los municipios y UGC de Andalucía emplea como herramienta básica el Atlas Interactivo de Mortalidad de Andalucía (AIMA); el AIMA es un sistema de información geográfico interactivo implementado en web-site elaborado por la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP).

AIMA dispone de cuatro tipos de mapas temáticos:

- “Distribución geográfica de la tasa específica de mortalidad”
- “Tendencia de la tasa específica en el periodo”
- “Comparativa con la tasa española” y
- “Municipios con exceso de mortalidad significativo”

El uso combinado de estos cuatro temas permite caracterizar a las poblaciones en función de la mortalidad general y de la mortalidad por 18 causas de muerte.

A partir del Análisis de Mortalidad realizado y de la identificación de las dos causas que más contribuyen a la mortalidad prematura en el conjunto de la población y aquellos municipios donde se concentran el mayor exceso de mortalidad para estas causas, se propusieron actuaciones encaminadas a disminuir esta morbimortalidad.

Evaluación En el año 2012 se han evaluado las medidas específicas implantadas, propuestas el año anterior, para reducir la morbimortalidad para cada causa, seleccionadas en función de grado de evidencia disponible sobre su efectividad.

Resultados Intervención en el DSAP Granada Nordeste: para comprobar si el Consejo Dietético Intensivo (CDI) se asocia con una disminución del Riesgo Vascular (RV), se ha diseñado un estudio longitudinal retrospectivo de casos y controles, en el que el CDI, tal y como se estructura en la Guía de la Consejería de Salud, es la variable independiente principal y la disminución del RV, calculado según el Proceso Asistencial Integrado de Riesgo Vascular de la Consejería de Salud, la variable resultado.

El diseño de casos y controles, a pesar de los resultados no significativos, sigue siendo adecuado para evaluar las intervenciones como el CDI, aunque se necesitaría aumentar la muestra con estudios multicéntricos, profundizar en cual serían las variables resultado más adecuadas para comprobar la eficacia de la intervención y sistematizar el registro de las mismas.

En el análisis antes-después realizado en cada grupo hay que destacar la significación estadística que tuvo la disminución del Índice de Masa Corporal de los pacientes tras seis meses de seguimiento protocolizado en la consulta de CDI.

Estrategia 34

Nombre Desarrollo de la estrategia de pacientes crónicos de la Comunidad de Madrid

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Inicio Año 2012

Síntesis Para el desarrollo de esta Estrategia, se han establecido las siguientes fases:

1. Constitución de un Grupo Director.
2. Análisis de la Situación en la Comunidad de Madrid.
3. Establecimiento del Modelo a seguir.

A partir de ese punto se hará público el modelo que se propone con las líneas estratégicas y los proyectos que se van a desarrollar a lo largo de los próximos años para su desarrollo.

El Grupo Director se constituyó en el pasado mes de febrero, y está liderado por la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria, y constituido por los Directores Generales de Atención Primaria, de Hospitales, de Atención al paciente y de Sistemas de Información así como por miembros de estas direcciones generales y gerencias con un papel necesario en el liderazgo de esta estrategia.

En este momento se ha finalizado análisis de situación:

- Se ha realizado un exhaustivo análisis documental y estadístico centrado sobre aspectos demográficos, epidemiológicos, de recursos y experiencias de la Comunidad
- Se ha organizado una jornada con profesionales clave dentro del sistema sanitario y con experiencia en la atención a pacientes crónicos para valorar la situación actual de la Comunidad de Madrid en la atención a la cronicidad
- Se han realizado varios grupos focales con pacientes para conocer sus expectativas y necesidades.

En agosto se ha realizado una jornada de trabajo para recabar la opinión de profesionales de la organización sanitaria respecto a qué elementos diferenciales va a tener el modelo de la Comunidad de Madrid. Tomando como referencia los modelos internacionales, las experiencias de otras comunidades, y por supuesto la propuesta que en este momento se está trabajando dentro del marco del Sistema Nacional de salud, y en el que además la Comunidad de Madrid está colaborando, y partiendo de nuestra situación actual, se definirán de esta manera los elementos que constituirán el modelo. Los servicios a ofertar, los procesos a desarrollar, y la herramientas necesarias para su sustento. Todo ello, formará parte de los proyectos que es necesario desarrollar en los próximos años.

Para establecer la definición del modelo, en septiembre se ha realizado una jornada de trabajo con la participación de profesionales clave con el objetivo de perfilar el modelo de aplicación de la estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid. Este grupo de trabajo ha priorizado las patologías crónicas que se incluirán en el despliegue inicial de la Estrategia. Al mismo tiempo se han presentado las principales conclusiones del análisis de situación realizados previamente.

El modelo finalmente propuesto, junto a las líneas y proyectos a consolidar o a desarrollar en los próximos años, será revisado y aprobado por el grupo director de la estrategia.

Evaluación En desarrollo

Estrategia 34

Nombre Líneas estratégicas 2012 - 2015 del Servicio Aragonés de Salud

Ámbito Comunidad Autónoma de Aragón. Atención Primaria.

Inicio En el primer trimestre de 2012 se realiza una amplia difusión de las líneas estratégicas

Síntesis En 2011 se realiza un diagnóstico de situación del Servicio Aragonés de Salud y se elaboran unas propuestas de actuación.

Para el diagnóstico de situación se recopila información sobre el estado de salud de la población aragonesa y sobre la organización del Servicio Aragonés de Salud, sus recursos, actividad y resultados, procedente de informes y estudios previos.

Esta información se completa mediante un trabajo interdisciplinario, en el que intervienen gestores, profesionales de los centros sanitarios, expertos y representantes de la sociedad. En total más de 140 personas, y más de 30 entidades y organizaciones de la sociedad aragonesa, aportan propuestas.

La implantación, se inicia con el Contrato de Gestión de 2012, mediante objetivos concretos (operativos y evaluables), acciones, y presupuestos.

Los objetivos marcados se materializan en las estructuras y recursos asistenciales. Las medidas se articulan en el sistema de gestión de las respectivas gerencias del Servicio Aragonés de Salud. Los recursos e incentivos estarán vinculados a la consecución de los objetivos.

Evaluación Los objetivos se evaluarán en el Contrato de Gestión de cada gerencia, que marcará objetivos y acciones concretas en cada uno de sus centros sanitarios.

Se realizará una revisión y evaluación anual de problemáticas, líneas, objetivos y acciones.

La evaluación se realizará al finalizar cada ejercicio económico, con evaluaciones parciales cada seis meses y una evaluación final en 2015.

Resultados Para atención primaria se definen 17 propuestas de actuación específicas que incluyen:

1. Revisar el modelo y actualizar la cartera de servicios
2. Orientar el sistema de información y evaluación hacia la medición de resultados en términos de salud, calidad y costes.
3. Optimizar la gestión de recursos humanos: suficiencia, distribución, cargas de trabajo, productividad, satisfacción, formación e incentivación de los profesionales
4. Adecuar las infraestructuras y medios técnicos para el diagnóstico y tratamiento.
5. Responsabilizar a los profesionales del uso adecuado de los recursos (consumos, medios y prestación farmacéutica).
6. Cumplimiento integral de los objetivos del programa del control de la incapacidad temporal.
7. Revisar y generalizar las guías y protocolos institucionales de las patologías más prevalentes, e implementarlas.
8. Implantar guías de buenas prácticas en la relación profesional-paciente.
9. Adecuar la atención a colectivos de pacientes con especial vulnerabilidad.
10. Garantizar la accesibilidad, con el objetivo de atender al paciente en el día que lo solicita.

11. Potenciar el trabajo conjunto entre los diferentes profesionales dentro del equipo y con otros dispositivos asistenciales.
12. Revisar los horarios de atención ordinaria y continuada, valorando las diferentes necesidades de la población rural y urbana.
13. Regulación y reconocimiento de la actual figura de coordinador como director del equipo.
14. Evaluación periódica de la satisfacción del usuario.
15. Unificar las unidades docentes de medicina familiar y comunitaria.
16. Traspaso de la historia clínica de OMI-AP entre sectores distintos.
17. Coordinación entre los equipos de atención primaria y los profesionales de salud pública, con incorporación operativa de estos últimos.

Estrategias 37 y 39

Nombre Nueva estructura directiva de Atención Primaria

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria.

Inicio Octubre 2010

Síntesis Normativa: Decreto 52/2010 de 29 de julio, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid. Este Decreto ha supuesto la transformación de la estructura directiva de la Atención Primaria de Madrid, con la creación de una Gerencia Única.

Se adopta un nuevo enfoque que ha permitido pasar de un modelo organizativo estrictamente territorial a otro funcional. Esto ha implicado el tránsito de una pluralidad de órganos administrativos a una estructura administrativa mucho más simplificada y una asignación funcional de responsabilidades que facilitará una gestión unitaria.

En Atención Primaria, el órgano de dirección de esta nueva estructura organizativa funcional es la Gerencia de Atención Primaria. El titular de la Gerencia de Atención Primaria coincide con el de la Dirección General de Atención Primaria. De la Gerencia de Atención Primaria dependen tres gerencias adjuntas (Asistencia Sanitaria, Planificación y Calidad, Gestión y Servicios Generales).

Con esta nueva organización de la estructura organizativa de Atención Primaria se favorece la racionalización de procesos y procedimientos, que generarán importantes economías de escala, con las correspondientes mejoras en la eficiencia y equidad del sistema.

Las funciones del Gerencia de Atención Primaria son las siguientes:

- a) La superior dirección sobre los centros y servicios sanitarios incluidos en el ámbito de la Atención Primaria de salud; en particular, la aprobación de criterios de actuación homogéneos, así como la supervisión y control de su funcionamiento con el fin de garantizar la prestación los servicios sanitarios propios de este nivel asistencial.
- b) La definición, desarrollo e implantación de los programas asistenciales en los centros de salud.
- c) El impulso de la autonomía de gestión de los centros y servicios de Atención Primaria y la implantación de medidas organizativas para aumentar su capacidad resolutive.
- d) La fijación, implantación y desarrollo de objetivos e indicadores que permitan evaluar la eficacia y la eficiencia en la gestión de los centros de salud.
- e) La definición, impulso y desarrollo ejecutivo de las líneas de trabajo en materia de docencia, formación continuada del personal e investigación en el ámbito de la Atención Primaria de salud.
- f) La dirección de los recursos humanos, económicos y materiales necesarios para el adecuado funcionamiento de los centros de salud, sin perjuicio de la competencia en esta materia de la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud.
- g) Establecer los cauces de coordinación con otros niveles asistenciales y con otros organismos e instituciones públicos y privados.
- h) Cualesquiera otras que le sean conferidas por la legislación vigente o que le sean expresamente delegadas o atribuidas.

Al mismo tiempo las tres gerencias adjuntas tienen las siguientes funciones:

- La Gerencia Adjunta de Asistencia Sanitaria, la organización, coordinación y supervisión de la actividad asistencial de los centros de salud, de acuerdo con las directrices establecidas por el Servicio Madrileño de Salud. De Gerencia Adjunta de Asistencia Sanitaria dependen 7 direcciones asistenciales, cada una de las cuales ejerce responsabilidad directa sobre grupos homogéneos de zonas básicas de salud.
- La Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad el diseño y desarrollo de los procesos asistenciales, así como el despliegue de la estrategia de calidad y seguridad del paciente, de acuerdo con las directrices del Servicio Madrileño de Salud.
- La Gerencia Adjunta de Gestión y Servicios Generales la gestión de los recursos humanos y económicos de los centros de salud, de conformidad con las directrices establecidas por el Servicio Madrileño de Salud.

Estrategia 38

Nombre Creación de la figura de director de centro de salud

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria.

Inicio Año 2010

Síntesis En el Decreto 52/2010, de 29 de julio, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid, se establece que los centros de salud se convierten en una estructura clave de la Atención Primaria, y se aumenta su autonomía y responsabilidad en lo que se refiere a su cometido primordial: la asistencia sanitaria. En este sentido, se crea la figura de Director del centro de salud que se configura en estructura directiva de AP y, por tanto, como un gestor de recursos materiales y humanos, independientemente de sus funciones asistenciales.

El decreto recoge las funciones del Director de Centro y que son las siguientes:

- a) La dirección y representación del Centro de salud.
- b) La organización de los profesionales y de la actividad asistencial del Centro según las directrices establecidas por el Servicio Madrileño de Salud.
- c) La gestión del contrato programa del Centro.
- d) La evaluación del desempeño de la actividad de los profesionales y la propuesta de las medidas de incentivación.
- e) La supervisión y adopción de medidas para garantizar un adecuado grado de confort y seguridad en las instalaciones del Centro.
- f) Facilitar una correcta y ágil atención, tramitación, contestación y en su caso resolución de las sugerencias, quejas y reclamaciones de los usuarios

Los directores de centro disponen de unas medidas de compensación para desarrollar su función. Éstas comprenden la disposición de días libres de gestión, así como la aminoración en su cupo de pacientes asignados. Estas medidas se aplican en diferente gradación en función de la complejidad del centro de salud en el que trabajan, teniendo en cuenta básicamente el número de profesionales que trabajan en el centro de salud, incluidas las unidades de apoyo y el número de dispositivos asistenciales que comprende el centro de salud.

Por otro lado se está trabajando para seguir avanzando en esta línea en lo que se refiere al desarrollo del perfil profesional del Director de Centro, así como en la elaboración del Reglamento de Funcionamiento de los Centros de Salud de la Comunidad de Madrid.

Estrategia 39

Nombre Consejo Extremeño de Salud (CES)

Órgano de participación comunitaria creado en la Ley de Salud de Extremadura.

Ámbito

Comunidad Autónoma de Extremadura. Servicio de salud y ámbito comunitario. (Nivel autonómico)

Inicio

Año 2002

Síntesis

Normativa existente: Decreto 88/2002, de 25 de junio, por el que se regula la composición, funcionamiento y organización del Consejo Extremeño de Salud. Actualmente se está trabajando en el borrador de una nueva normativa del CES que se ajuste a los cambios organizativos del Gobierno de Extremadura.

Órgano superior consultivo de participación democrática de la sociedad en el Sistema Sanitario Público de Extremadura, y de formulación y control de la política sanitaria en Extremadura.

Composición:

- Presidente: Titular de la Consejería de Salud y Política Social del Gobierno de Extremadura.
- Vicepresidente: Director General de Salud Pública del Servicio Extremeño de Salud.
- Vocales: Representantes de la Administración Sanitaria, Corporaciones Locales, Organizaciones sindicales, Organizaciones empresariales y Federaciones y Asociaciones de Consumidores y Usuarios.
- Secretario: Jefa de Servicio de Participación Comunitaria en Salud del Servicio Extremeño de Salud.

El Consejo Extremeño de Salud se reúne semestralmente.

Evaluación

Número y tipo de medidas o acuerdos aprobados.

Informe anual de las actividades realizadas en el CES (reuniones de la comisión permanente y del pleno, temas abordados, trámites de alegaciones a proyectos normativos y documentos de la administración sanitaria sometidos al Consejo, logros conseguidos, etc.).

Resultados

Atención, comunicación e información adecuada a los ciudadanos y usuarios del sistema sanitario, mediante la mejora de las vías de comunicación entre sí, y de ellos con la Administración sanitaria, aumentando su grado de satisfacción por la atención recibida.

Integración funcional de los recursos y actividades en aras de la mejora de la salud y calidad de vida de los usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Eficiencia en la asignación, utilización y gestión de los recursos del Sistema Sanitario.

Estrategia 39

Nombre Consejo Regional de Pacientes de Extremadura

Ámbito Comunidad Autónoma de Extremadura. Servicio de salud y ámbito comunitario.

Inicio Implantación en segundo semestre año 2012

Síntesis Órgano de participación comunitaria creado en la Ley de Salud de Extremadura y Ley de Salud Pública de Extremadura con la finalidad de promover la participación formal de los pacientes en el Sistema Sanitario Público de Extremadura

Actualmente se está trabajando en la normativa que regula su composición, organización, funcionamiento y atribuciones.

Órgano colegiado de carácter consultivo, de participación comunitaria y de coordinación en relación con las actividades que desarrollan las asociaciones de pacientes en la Comunidad Autónoma de Extremadura. Tiene como objetivo promover la coordinación, articulación, planificación estratégica, gestión y evaluación de las actividades relacionadas con la participación de las instituciones de pacientes y familiares en el Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Composición:

- Representantes de la Administración Sanitaria
- Representantes de las asociaciones de pacientes y familiares, de Extremadura.

Evaluación

- Número de actividades realizadas.
- Existencia de una plataforma de difusión y comunicación.
- Logros conseguidos

Resultados

- Atención, comunicación e información adecuada a los pacientes, mediante la mejora de las vías de comunicación entre sí, y de ellos con la Administración sanitaria, aumentando su grado de satisfacción.
- Integración funcional de los recursos y actividades en aras de la mejora de la salud y calidad de vida de los pacientes del Sistema Sanitario Público de Extremadura.
- Eficiencia en la asignación, utilización y gestión de los recursos del movimiento asociativo de los pacientes.
- Promoción del conocimiento mutuo inter-asociativo.
- Edición de documentos dirigido a usuarios y pacientes en el cuidado de la salud, uso adecuado de los servicios sanitarios y medicamentos, etc.
- Edición de materiales, documentos e instrumentos audiovisuales orientados a los ciudadanos y pacientes.
- Propuestas relacionadas con los programas sanitarios de la Comunidad Autónoma para la mejora de la participación de la comunidad y los pacientes en los mismos.
- Asesoramiento desde la ciudadanía en las diferentes normativas elaboradas desde la Consejería con competencias en sanidad relacionadas con los pacientes.

Estrategia 39

Nombre Consejos de Salud de Área (8)

Órgano de participación comunitaria creado en la Ley de Salud de Extremadura.

Ámbito

Comunidad Autónoma de Extremadura. Servicio de salud y ámbito comunitario (Nivel de Áreas de Salud).

Inicio

Año 2004

Síntesis

Normativa existente: Decreto 189/2004, de 14 de diciembre, por el que se regula la estructura orgánica del Servicio Extremeño de Salud en las áreas de salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura y la composición, atribuciones y funcionamiento de los Consejos de Salud de Área. Actualmente se está trabajando en el Borrador de una nueva normativa que se ajuste a los cambios organizativos del Gobierno de Extremadura, en base a criterios de operatividad y eficiencia).

Órganos colegiados de participación en el área de salud que abordan la salud comunitaria con la finalidad de contribuir en la mejora de la actuación sanitaria.

Composición:

- Presidente: Gerente del área de salud del Servicio Extremeño de Salud.
- Vicepresidente: Director de Salud de área del Servicio Extremeño de Salud.
- Vocales: Representantes de la Administración Sanitaria, Corporaciones Locales, Organizaciones sindicales, Organizaciones empresariales y Federaciones y Asociaciones de Consumidores y Usuarios.
- Secretario: Técnico de la Gerencia de Área de Salud del Servicio Extremeño de Salud.

El Consejo de Salud de Área se reúne semestralmente y están en funcionamiento.

Evaluación

- Informe anual de las actividades realizadas en el Consejo de Salud de Área, en cada área de salud (reuniones, temas abordados, trámites de alegaciones a proyectos normativos y documentos de la administración sanitaria, sometidos al Consejo, presentación de la memoria anual del área de salud y del anteproyecto de presupuesto, etc.).
- Número y tipo de medidas o acuerdos adoptados.

Resultados

- Atención, comunicación e información adecuada a los ciudadanos y usuarios del sistema sanitario, mediante la mejora de las vías de comunicación entre sí, y de ellos con la Administración sanitaria, aumentando su grado de satisfacción por la atención recibida.
- Integración funcional de los recursos y actividades en aras de la mejora de la salud y calidad de vida de los usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura.
- Eficiencia en la asignación, utilización y gestión de los recursos del Sistema Sanitario.

Estrategia 39

Nombre	Consejos de Salud de Zona (110) Órgano de participación comunitaria creado en la Ley de Salud de Extremadura.
Ámbito	Comunidad Autónoma de Extremadura. Atención Primaria y ámbito comunitario (Nivel de zonas de salud)
Inicio	Año 1988
Síntesis	<i>(Normativa existente: Orden de 20 de abril de 1988 por la que se regula la composición y funciones del Consejo de Salud de Zona. Decreto 240/2009, de 13 de noviembre, por el que se regulan los Consejos de Salud de Zona del Sistema Sanitario Público de Extremadura).</i> Órgano de participación ciudadana, en la zona de salud, para la consulta y seguimiento de la gestión sanitaria en cada una de las 110 Zonas de Salud existentes actualmente del Sistema Sanitario Público de Extremadura. Composición: <ul style="list-style-type: none">▪ Presidente: Alcalde de los municipios integrantes de la zona de salud.▪ Vicepresidente: Alcalde de los municipios integrantes de la zona de salud.▪ Vocales: Representantes de la Administración Sanitaria, organizaciones sindicales, consumidores y usuarios, asociaciones de madres y padres, centros educativos, organizaciones empresariales, asociaciones de vecinos, asociaciones de pacientes y familiares, asociaciones de la zona y del equipo de atención primaria.▪ Secretario: Técnico de la Gerencia de Área de Salud del Servicio Extremeño de Salud. El Consejo de Salud de Área se reúne semestralmente. Actualmente funcionantes.
Evaluación	Memoria anual sobre participación ciudadana y su impacto en la zona de salud (número de actividades realizadas).
Resultados	<ul style="list-style-type: none">▪ Diagnóstico de salud de zona.▪ Desarrollo de actuaciones para el cuidado de la salud de la comunidad, el uso adecuado de los servicios sociosanitarios y el uso racional del medicamento.▪ Atención, comunicación e información adecuada a los ciudadanos y usuarios del sistema sanitario, mediante la mejora de las vías de comunicación entre sí, y de ellos con la Administración sanitaria, aumentando su grado de satisfacción por la atención recibida.▪ Integración funcional de los recursos y actividades en aras de la mejora de la salud y calidad de vida de los usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura.▪ Eficiencia en la asignación, utilización y gestión de los recursos comunitarios.

Estrategias 40 y 44

Nombre Cuadro de mando integral E-SOAP

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria.

Inicio Octubre de 2010

Síntesis Este proyecto planteó como objetivo inicial que desde los distintos niveles de nuestra organización se pudiera hacer seguimiento de los indicadores contemplados en el Contrato Programa, entre otros aspectos; y de forma colateral, la normalización y estandarización de la obtención de estos indicadores.

Su puesta en marcha supone un avance importante en el recorrido que hay que emprender para conseguir un Sistema de Información Sanitario en Atención Primaria que facilite el conocimiento de nuestra realidad, y desde este conocimiento conseguir mejoras en la gestión de nuestros centros y sobre todo en la calidad de la asistencia que prestamos a nuestros ciudadanos.

Este proyecto construido a partir de un trabajo minucioso permite no sólo hacer este seguimiento de los indicadores del Contrato Programa de los Centros, sino que en su desarrollo y evolución se va a convertir en el Cuadro de Mando de Atención Primaria permitiendo por tanto el seguimiento de todos los indicadores relevantes para los distintos integrantes de la organización (profesionales asistenciales, responsables de centros, gestores...).

Es por eso que en su desarrollo se han considerado los diferentes niveles de acceso, los diferentes formas de explotación y sobre todos la versatilidad necesaria para irse adaptando a las necesidades que vayan emergiendo.

Con esta aplicación, se puede tener información de numerosos aspectos, como pueden ser los relacionados con la actividad que presta los centros y hasta el grado de control que tienen los pacientes hipertensos o diabéticos de los mimos.

Hay constituido un **grupo asesor**, como órgano de asesoramiento y de participación, multidisciplinar y que está formada por 15 profesionales.

Su misión es trasladar a e-SOAP la opinión y las necesidades sentidas de los usuarios de la aplicación y garantizar con ello la mejora continua del cuadro de mando de Atención Primaria, como elemento facilitador para el seguimiento de los indicadores que dan respuesta a los objetivos incluidos en el Contrato Programa de Centro y a aquellos otros relacionados con líneas estratégicas de la Organización.

Al mismo tiempo, indicar que e-SOAP, se nutre de las siguientes fuentes de datos:

- Historia Clínica Electrónica. OMI-AP y AP-Madrid
- Aplicaciones de Farmacia
 - Farmadrid
 - Astore
- Centro de Atención Personalizado. CAP
- SIAE-SICYT
- Inventario de Recursos. DGSIS
- Tarjeta Individual Sanitaria. Subdirección de Aseguramiento

- Centro de Salud.
- CESTRACK
- Capitulo I y II. Gerencia Adjunta de Gestión y Servicios Generales
- Vacunas, EDOs. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención
- Formación e Investigación. Dirección Técnica de Docencia e Investigación

Evaluación Recoge 301 indicadores activos en los siguientes grupos de información:

- Anexo del CPC: 44
- Contrato Programa de Centro: 104
- Indicadores no CPC: 197

En relación a resultados clave, los indicadores se distribuyen en los siguientes epígrafes:

- Eficiencia : 65 indicadores
- Efectividad: 14 indicadores
- Satisfacción del cliente: 8 indicadores
- Accesibilidad: 26 indicadores
- Seguridad del Paciente :15 indicadores
- Responsabilidad Social Corporativa: 3 indicadores de medio ambiente
- Desarrollo e innovación: 16 indicadores.

Resultados Desde su implantación y hasta el 31 de agosto de 2012 se han dado de alta 6.683 profesionales. Se han formado un total de 650 profesionales diferentes ámbitos de trabajo. Se han realizado un total de 79.209 accesos, 5.323 usuarios han accedido al menos una vez, 14 accesos de medio por usuario distinto

Estrategia 41

Nombre Consulta no presencial en Atención Primaria

Ámbito Comunidad Foral de Navarra. Atención Primaria

Inicio Esta estrategia forma parte de Fase I del Plan de mejora. Se va extendiendo a las Zonas Básicas de Salud en la medida que se implanta el Plan de mejora.

Las fechas de formación han sido:

- Equipos piloto (5 centros): febrero 2009
- Equipos primera extensión (4 centros) : octubre 2009
- Equipos segunda extensión (4 centros) : marzo 2010
- Equipos tercera extensión (4 centros) : diciembre 2010
- Equipos cuarta extensión (8 centros) : noviembre 2011
- Equipos quinta extensión (12 centros): septiembre 2012

Síntesis **Objetivo**

Desburocratizar la atención evitando desplazamientos innecesarios al paciente y actos de escaso valor añadido al profesional.

Criterios generales

Las Citas No Presenciales (CNP), se asignarán únicamente para los tipos de necesidades predeterminadas que se ha considerado conveniente y oportuno resolver mediante esta modalidad de servicio, por tratarse de necesidades en las que resulta posible compatibilizar accesibilidad, calidad técnica y eficiencia.

Las CNP pueden ser de dos tipos:

1. **Administrativa**, cuando no es necesario que el sanitario entre en contacto directo con el paciente para resolver su demanda.
2. **Telefónica**, es necesario tener un contacto directo con el paciente.

Ambas modalidades pueden darse a *iniciativa del paciente* (demanda) o por *iniciativa del profesional* (concertada), para este último caso se recomienda la autocita.

Procedimiento

En el caso de que la necesidad del paciente se encuentre entre las predefinidas como susceptibles de atención no presencial se aplicará **el Circuito Clínico Administrativo** general con las especificidades previstas para cada tipo de servicio o prestación.

Generalidades

- Siempre se preguntará “qué necesita” y se anotará la información en el campo de observaciones.
- Las necesidades que se atenderán mediante esta modalidad de servicio serán las aprobadas específicamente por el Equipo.
- En primer lugar se analizará si la necesidad puede ser resuelta por el propio administrativo.

En caso de resolverse en el área administrativa se informará al paciente cuando estará disponible la documentación solicitada (informes, recetas,...), para que acuda al centro a recogerla

- En caso de ser necesario la intervención de un sanitario se citará en la agenda del profesional idóneo según, los listados acordados en cada centro.
- En caso de duda o motivo no regulado se ofertará la CNP de enfermería.
- Se administrarán los huecos y se preguntará si puede esperar o tiene que ser atendida en el día. No todas las consultas no presenciales tienen que ser realizadas en el día.

Tipos de consultas:

A) Tipos de consultas telefónicas habituales

MEDICINA

- **Espontáneas a iniciativa del paciente**
 - Bajas que no precisen consulta porque el médico sabe de que proceso se trata, lo lleva otro especialista y la consulta no añade ningún valor. (Ingreso hospitalario, Cirugía Mayor Ambulatoria, Pruebas intervencionistas)
 - Altas médicas acordadas con el paciente mediante esta vía.
 - Comunicación de haber recibido el informe de una consulta con el especialista
 - Comunicación de un alta hospitalaria antes de programar visita o domicilio
 - Dudas de tratamiento: dosis, efectos secundarios, etc.
 - Dudas de pacientes en control de crónicos.
- **Concertadas (Autocitar)**
 - Seguimiento de procesos agudos
 - Resultados analíticos que se prevén normales o que son controles periódicos (TSH, niveles litio...) o que son controles post-tratamiento.(cistitis).
 - Resultados radiológicos o de biopsias de cirugía menor (fibromas) dependiendo del acuerdo de cada UBA.

ENFERMERÍA

- **Espontáneas**
 - Dudas de síntomas iniciales, cuidados, puericultura, vacunas, alimentación e higiene, autocontroles...
 - Atención al paciente tras Altas Hospitalarias “¿Necesita algo?”
- **Concertadas. (Autocitar)**
 - Seguimiento de procesos crónicos, agudos, altas hospitalaria, pacientes domiciliarios y programas preventivos (tabaco)
 - Resultados de biopsias de cirugía menor (fibromas)

TRABAJO SOCIAL

- **Espontáneas**
 - Consulta de dudas
 - Peticiones de ayuda
 - Información sobre balnearios
 - Prestaciones complementarias y ortoprotésicas: sillas de ruedas, andadores, etc, recursos sociales...

B) Tipos de Consultas Administrativas Habituales

- Renovación de recetas: crónicas y a demanda
- Incapacidad Transitoria: Partes de confirmación
- Informes para renovación de autorizaciones periódicas del Servicio de Prestaciones y Conciertos: Visado de pañales, derivación a CUN, medicamentos especiales, oxigenoterapia y transporte sanitario.
- Solicitar Certificados e Informes Médicos
- Informe de salud (entrega al interesado previa acreditación)
- Autorización de desplazamiento en situación de IT (funcionarios GN, extranjeros...)
- Informes (Asistente Social) (balnearios, dependencia, minusvalía, telealarma...)
- Prestaciones Ortoprotésicas: sillas de ruedas, andadores...
- Entrega de Material. Agujas, tiras, material de curas.

Evaluación Se ha realizado la evaluación dentro del Pacto de Gestión a los EAP que al menos llevaban un año (17 centros) con el Plan de mejora implantado. El indicador es: Porcentaje de consultas no presenciales respecto al global de consultas en 2011

Resultados

Consultas no presenciales sobre total de consultas en AP – Datos 2011			
Extensión Plan de mejora	Fecha extensión	Zona Básica	Porcentaje
Fase piloto	Noviembre 2007	1	23 %
		2	18 %
		3	17 %
		4	17 %
		5	23 %
1ª Extensión	Mayo – junio 2009	6	19 %
		7	20 %
		8	19 %
		9	21 %
2ª Extensión	Enero 2010	10	29 %
		11	19 %
		12	19 %
3ª Extensión	Enero 2011	13	16 %
		14	11 %
		15	20 %
		16	12 %
		17	14 %

Estrategia 41

Nombre Servicio de atención al usuario

Ámbito Comunidad Autónoma de Cantabria. Atención Primaria

Inicio Octubre de 2011

Síntesis Una de las líneas de acción del Plan de Mejora para la AP establece como objetivo **incrementar la satisfacción del usuario (Calidad Percibida)**. A tal fin, esta dirección puso en marcha, el mes de octubre, el Servicio de Atención al Usuario, adscrito a la D. General de AP.

El Servicio de Atención al Usuario tiene, entre otros cometidos, el ser un instrumento para **coordinar y hacer efectivo el derecho a la participación** que se reconoce a los usuarios y pacientes en diferentes normas (*apartado 2 del art. 9 y en el apartado 1 del artículo 129 de la Constitución Española, en los art. 5 y 53 de la Ley General de Sanidad, así como en el art. 51 de Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria*).

La herramienta operativa, que esta Gerencia dispone para el desarrollo de estas funciones, por parte del Servicio de Atención al Usuario, es el Sistema de Reclamaciones y Sugerencias. Dicho sistema dispone, entre otros recursos, de una plataforma informática colaborativa, que facilita el trabajo en red, y por tanto la participación de todos los interesados.

La gestión de las reclamaciones y sugerencias, sigue lo establecido en la Instrucción nº 1/2008 de la Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria.

Evaluación Indicadores absolutos y de proporción:

- Número de reclamaciones totales, por procedencia, por motivo y categoría profesional.
- Número de reclamaciones contestadas en plazo.

Resultados Datos referidos al período Enero 2012-Septiembre 2012-10-10:

- Número de reclamaciones contestadas por escrito: 842
- Número de reclamaciones contestadas por teléfono: 73
- Distribución de las reclamaciones por motivo en porcentaje:

Motivo	%
44 organización y normas del servicio	34,68%
11 profesionales sanitarios	9,62%
49 calidad del servicio asistencial	9,50%
43 cobertura y falta de asistencia	8,43%
46 trato del personal	7,48%
51 transporte sanitario	6,77%
41 sistema de citaciones	6,29%
42 rapidez y cumplimiento del servicio	5,82%
Indeterminado	2,97%
21 instalaciones médicas/asistenciales	1,54%
48 información clínica del proceso	1,43%
24 otras instalaciones periféricas	1,19%
60 no clasificables	1,07%
47 información general	0,95%
25 equipamiento y material asistencial	0,83%
31 accesibilidad física	0,83%
12 profesionales no sanitarios	0,48%
45 pérdida de objetos y documentos	0,12%

- Porcentaje de reclamaciones contestadas por escrito en menos de 30 días: 72%

Estrategia 44

Nombre Implantación de AP Madrid, historia electrónica única centralizada en Atención Primaria.

Ámbito Comunidad de Madrid. Atención Primaria y Servicio Regional de Servicios Sociales

Inicio Fase de pilotaje controlado: mayo-diciembre 2009. Implantación: enero 2010.

Síntesis En la Comunidad de Madrid se contaba, desde el año 1999, con la informatización de la historia clínica (HC) de atención primaria mediante una aplicación cliente-servidor (OMI-AP). Tras unos años de uso de esta HCI, la Consejería de Sanidad planteó un nuevo sistema apostando por la implantación de AP Madrid, que ha supuesto un cambio de modelo de HC, pasando de modelo distribuido a un modelo centralizado de información basado en tecnología Web. Es una aplicación propiedad de la Consejería de Sanidad cuyo co-liderazgo recae en la DG de Atención Primaria y la DG de Sistemas de Información.

La implantación se ha llevado a cabo mediante un proceso de migración de toda la información recopilada en el aplicativo anterior OMI-AP. Se contaba con 270 servidores, distribuidos por toda la Comunidad de Madrid. Para proceder a la migración de cada servidor a la base de datos centralizada se ha tenido que llevar a cabo un proceso de normalización de la información sanitaria recopilada en cada uno de ellos. Entre los procesos normalizados se encuentran: la normalización de datos y tablas maestras, las vacunas, el catálogo único de pruebas de laboratorio, el catálogo único de pruebas de imagen, los protocolos asistenciales, informes...

Se planteó un Plan de Formación específico para abordar el cambio de aplicativo tanto para el personal sanitario como para el personal no sanitario. Esta formación está acreditada por la Agencia Laín Entralgo y certificada por el departamento de Formación Continuada de la GAP.

AP Madrid facilita la continuidad asistencial tanto en el ámbito de atención primaria como en atención especializada a través del Visor Horus, debido a la Historia Clínica Única Centralizada y la identificación unívoca de pacientes, mediante la integración con la base de datos poblacional de la comunidad de Madrid (CM).

Su implantación ha facilitado la puesta en marcha del Decreto 51/2010, de 29 de julio por el que se regula la Libre Elección de médico/pediatra y enfermera en la CM, así como la libre elección de atención especializada a través de la normalización de las prestaciones sanitarias.

Permite la integración con otros sistemas de información sanitaria externos: visores de HCI de atención especializada, módulo de receta electrónica, laboratorio, sistemas alternativos de citación, plataforma de citación (multicitación).

Además, AP Madrid es imprescindible para la puesta en marcha de la receta electrónica en la CM, encontrándonos en la fase de despliegue controlado.

Es una aplicación dinámica, que permite la mejora continua de la misma, al ser propietaria la CM y está en continua evolución y mejora según las necesidades que surjan, tanto normativas como asistenciales o técnicas.

Desde el punto de vista de la gestión, minimiza los costes de mantenimiento y mejora la seguridad y trazabilidad de accesos. Así mismo, mejora el control farmacéutico y la seguridad del paciente vinculada a la prescripción debido a las mejoras que se han ido implementando sobre este módulo (prescripción por principio activo, revisión del paciente polimedcado,

cierre automático de prescripción aguda...).

Se ha iniciado la implantación de AP Madrid en organismos públicos del Servicio Regional de bienestar Social, mejorando con ellos la continuidad asistencial de los pacientes institucionalizados y vulnerables (residencias, centros ocupacionales...).

Por otro lado, AP Madrid es el motor de integración de la plataforma de Cuidados Paliativos (Infopal), que permite la visualización, registro de asistencia protocolizada y seguimiento por parte de diferentes ámbitos externos a atención primaria, de ciudadanos identificados como pacientes en programa de Cuidados Paliativos (incluye paciente oncológicos y no oncológicos).

En cuanto a la explotación de la información sanitaria también está suponiendo una mejora destacable al tener una única base de datos con información normalizada. La información se obtiene con diferentes niveles de jerarquización y agregación, desde profesional (CIAS), centro, dirección asistencial, nivel comunidad. Es la fuente de datos clínico-asistenciales del cuadro de mando de atención primaria eSoap.

Tras la finalización del despliegue, los próximos pasos irán vinculados hacia la evolución y mejora funcional de la aplicación, normalización de la situación de integración con los diferentes hospitales, desarrollos funcionales pendientes de implementar, adaptación a la normativa vigente, integración con otros organismos...

Evaluación Desde el inicio de su implantación, y con carácter semanal, se ha monitorizado los siguientes indicadores:

- Número y Porcentaje de Centros de Salud con AP-Madrid.
- Número y Porcentaje de Consultorios Locales con AP-Madrid.
- Número de profesionales que utilizan AP-Madrid
- Número de usuarios de la Comunidad de Madrid a los que alcanza AP-Madrid

Resultados Se llevó a cabo Formación de Formadores con un total de 75 sanitarios y 29 no sanitarios. La formación se ha realizado en cada centro de salud con capacidad logística, realizándose un total de 328 ediciones para sanitarios y 243 para no sanitarios.

Se ha implantado en todos los centros de salud (261) y consultorios locales (158) de la Comunidad de Madrid. También se ha implementado en organismos públicos dependientes del servicio regional de servicios sociales (34) como residencias de la tercera edad, centros ocupacionales y centros de atención a discapacitados psíquicos.

ÍNDICE

Estrategia 02

Atención a la salud en Zonas con Necesidades de Transformación Social (ZNTS).....	3
Estrategia de normalización del diseño y la gestión de las agendas de los profesionales	4
Módulo de Cita Centralizada que soporta cita en AP y en AE	5
Personas cuidadoras de grandes discapacitados	6
Registro de solicitud de citas en agenda dinámica para determinadas prestaciones.....	8
Servicio “Salud Informa”	10
Sistema de citación por reconocimiento de voz (IVR).....	12
Sistemas alternativos de citas.....	14

Estrategias 02 y 06

Aplicación informática de gestión de reclamaciones. Formulario vía Web.	15
Estrategia de autocuidados en prevención vascular	16
Estrategia de autocuidados en procesos agudos autolimitados.....	19

Estrategias 02, 06 y 33

Gestión de reclamaciones en Atención Primaria	21
---	----

Estrategias 02, 12 y 21

Seguimiento de pacientes con patología prostática en Atención Primaria.....	22
---	----

Estrategias 02, 13, 20 y 22

e-Consulta: Integración y continuidad asistencial	24
---	----

Estrategias 02, 21 y 22

Protocolo de derivación especial desde AP a consulta Especializada Hospitalaria	26
---	----

Estrategias 02 y 22

Control del Tratamiento Anticoagulante corporativo.....	28
---	----

Estrategias 02 y 31

Equipo de intervención con población excluida. Cañada real Galiana	29
--	----

Estrategias 03 y 05

Cirugía menor por médicos de AP	31
---------------------------------------	----

Estrategias 03, 05, 22 y 41

Citología de cuello de útero en Atención Primaria	32
---	----

Estrategia 06

Inclusión en el contrato programa de centro un objetivo para implantar mejoras a partir de la identificación de motivos de insatisfacción detectados en las reclamaciones.....	33
Planes de participación ciudadana.....	34
Proyecto Piloto “Comparte Salud”	35
Realización de encuestas de satisfacción a nivel de centro de salud.....	36
Red ciudadana de formadores en seguridad del paciente	37

Estrategias 06 y 34	
Participación de grupos focales en la estrategia de pacientes crónicos de la C. de Madrid.	38
Estrategia 08	
Proceso de Atención Farmacéutica en centros sociosanitarios	39
Estrategia 10, 15 y 27	
"Envejecimiento activo y saludable": Programa de prevención de la dependencia en Atención Primaria de salud.....	45
Estrategias 16 y 19	
Protocolo para la declaración y registro de los episodios de violencia externa sobre los profesionales de la sanidad	48
Estrategias 16, 20 y 32	
Abordaje multidisciplinar del dolor crónico	49
Estrategia 17	
Programa de uso racional de productos sanitarios: tiras reactivas para la determinación de la glucemia capilar y apósitos de cura húmeda	50
Programa para la adecuación de la prescripción de medicamentos de baja utilidad terapéutica (UTB): Citicolina.....	54
Estrategias 17, 40 y 44	
CIMA AP Farmacia	57
Estrategias 19 y 44	
Desarrollo de un Conjunto básico de Indicadores para la gestión clínica en Atención Primaria.....	62
Estrategia 20	
Cirugía menor en el hospital, realizada por médicos de Atención Primaria	64
Comisión uso racional antimicrobianos	65
Consentimiento informado.....	66
Consulta Músculo esquelético	67
Creación de la figura de "responsable" de continuidad asistencial.....	69
Establecimiento de un proyecto de pediatras consultores	70
Estrategia de continuidad de cuidados	72
Instauración de la figura del director de continuidad asistencial.....	73
Programa formativo para el manejo del pie diabético en centros de salud e identificación de pacientes con pie de riesgo.....	74
Protocolos de derivación en la Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña (XXIC)	76
Estrategias 20 y 21	
Comisión de uso racional del medicamento.....	79
Consultor virtual en endocrinología.....	80
Control del Tratamiento Anticoagulante corporativo	81
Determinación ambulatoria del INR y envío telemático al hematólogo de referencia (TAO B).....	82
Psiquiatra y Psicólogo consultores en centros de salud de Atención Primaria	83

Estrategias 20, 21, 22

Desarrollo de la figura del especialista consultor a través del sistema de videoconferencia	86
Implantación de vías rápidas para pacientes con sospecha de patología tumoral	87
Proyecto de teledermatología diagnóstica y prequirúrgica	88
Unidad cardiológica de alta resolución (UCAR)	89

Estrategias 20, 21 y 27

Programa de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas	91
--	----

Estrategia 21

Comunicación Atención Primaria –Atención Especializada (AP-AE)	92
Documento colaborativo de recomendaciones para el abordaje integral de la artrosis de cadera y rodilla.	95
Especialista consultor. Centro de salud y hospital de referencia	96
Plan de comunicación Dirección Asistencial y Dirección de Continuidad Asistencial	97
Programa de atención al paciente pluripatológico	99
Proyecto de teledermatología hospital universitario Infanta Sofía / Dirección Asistencial norte de Atención Primaria	100
Tele Cardiología.....	101
Tele Medicina.....	102
TELEMEDICINA (Teleoftalmología y Teledermatología)	103

Estrategias 21 y 22

Plan Andaluz de atención a personas con dolor	105
Proceso de ansiedad y depresión.....	106

Estrategia 21 y 44

Elaboración de una Hoja de Registro de Parada Cardíaca para la C.A.de Canarias.	107
--	-----

Estrategia 22

Elaboración del documento “actuación en Atención Primaria ante el ICTUS en fase aguda”	110
Implantación de objetivos comunes para Atención Primaria y Atención Especializada.....	111
Proceso de Manejo de la Insuficiencia Cardíaca en el Área Sanitaria (“PROMICAS”)	112
Programa integral de atención al paciente geriátrico	114

Estrategias 22 y 27

Programa de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas (PAPEC).....	115
---	-----

Estrategia 23

Elaboración y desarrollo del plan de promoción de la salud y prevención 2011-2013.....	117
--	-----

Estrategia 24

Atención pre-hospitalaria al paciente con síndrome coronario agudo.....	118
Código ICTUS extrahospitalario	120
Embarazo de alto riesgo	122

Estrategia 25

Aplicación informática EpSALUD.....	123
Inclusión de los servicios de educación para la salud con grupos y educación para la salud en la escuela en la cartera de servicios estandarizados.	124
Inclusión de objetivos para promover las actividades de intervención comunitaria en contrato programa de los centros de salud.	125
Programa de mejora de la calidad en la atención sanitaria a los pacientes crónicos polimedicados	130
Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS).....	132

Estrategia 27

Inclusión de objetivos específicos dirigidos a los trabajadores sociales en el contrato programa de los centros de salud.	134
Programa de prestación farmacoterapéutica a centros sociosanitarios (SSR) desde el hospital de referencia.	135
Uso Racional del Medicamento	137

Estrategias 27 y 28

Módulo DIPEX sobre atención al final de la vida.....	141
--	-----

Estrategias 27 y 31

Enfermera Gestora de Procesos en Pacientes Crónicos. Proceso Asistencial de EPOC.....	144
---	-----

Estrategia 28

Formación Organizada en Competencias Utilizadas en el Sistema de Salud (focuss).....	145
Plan de formación continuada único de AP de la Comunidad de Madrid.....	149
Potenciar las acciones formativas incluyendo objetivos específicos en los contratos de gestión. Comunidad Autónoma de Galicia.....	150
Potenciar las acciones formativas incluyendo objetivos específicos en los contratos de gestión. Comunidad de Madrid	151
Programa de formación para referentes en cuidados paliativos en Atención Primaria: modelo de formación en el ámbito de trabajo	152
Reconocimiento de la docencia en la incentivación individual de los profesionales	156
Red de profesionales del plan integral de obesidad infantil de Andalucía.	157

Estrategia 29

Convocatoria de ayudas para la intensificación de la investigación	158
Creación de una nueva estructura de investigación en Atención Primaria.....	159
Inclusión de objetivos para fomentar la investigación en los contratos programas de los centros de salud de la Comunidad de Madrid.	161
Reconocimiento de la investigación en la incentivación individual de los profesionales.....	162

Estrategia 30	
Incentivación individual.....	163
Manual de Acogida. Procedimiento de Acogida e Integración del profesional en AP	164
Medidas de compensación para el director de centro de salud	166
Protocolo de actuación ante situaciones conflictivas con ciudadanos en atención primaria	167
Estrategia 31	
Enfermera gestora de casos.....	168
Proyecto de Mejora del manejo de pacientes crónicos.....	169
Proyecto de Estratificación de pacientes.....	171
Proyecto estratégico para la mejora del control del paciente crónico	172
Estrategia 32	
Certificación ISO de Equipos de Atención Primaria (EAP)	177
Desarrollo del proyecto “mapa de conocimiento de los profesionales de la gerencia de AP	179
Interconsulta no presencial entre Atención Primaria y Atención Especializada	180
Estrategias 32 y 44	
Medidas de prevención en la manipulación y eliminación de productos sanitarios con riesgo biológico y químico.....	182
Estrategia 33	
Acreditación y reconocimiento a la excelencia en centros de Atención Primaria	183
Certificación Sistema de Gestión de Calidad conforme con la norma UNE-EN ISO 9001:2008. Servicio de Compras y Aprovisionamientos.....	186
Curso on-line de “Higiene de manos” (Higiene de manos en la atención sanitaria).....	188
Despliegue de estrategia de seguridad del paciente.....	190
Estrategias 33 y 35	
Contrato programa de Centro de Salud.....	192
Estrategia 34	
Análisis de la mortalidad prematura de los municipios y de las Unidades de Gestión Clínica (UGC) de los Distritos Sanitarios de Atención Primaria (DSAP), Áreas de Gestión Sanitaria (AGS) y Hospitales de Andalucía.	194
Desarrollo de la estrategia de pacientes crónicos de la Comunidad de Madrid	196
Líneas estratégicas 2012 - 2015 del Servicio Aragonés de Salud	197
Estrategias 37 y 39	
Nueva estructura directiva de Atención Primaria.....	199
Estrategia 38	
Creación de la figura de director de centro de salud	201

Estrategia 39

Consejo Extremeño de Salud (CES)	202
Consejo Regional de Pacientes de Extremadura.....	203
Consejos de Salud de Área (8).....	204
Consejos de Salud de Zona (110).....	205

Estrategias 40 y 44

Cuadro de mando integral E-SOAP.....	206
--------------------------------------	-----

Estrategia 41

Consulta no presencial en Atención Primaria	208
Servicio de atención al usuario	211

Estrategia 44

Implantación de AP Madrid, historia electrónica única centralizada en Atención Primaria.....	212
--	-----