



espaPEC

2017-2022

Estrategia de Prevención y
Atención a Personas con
Enfermedades Crónicas
en Extremadura

**Estrategia
de Prevención y
Atención a
Personas con
Enfermedades
Crónicas
en Extremadura**

Cláusula de género:

“En caso de aparecer en el texto de este documento sustantivos de género gramatical masculino para referirse a colectivos, deberá entenderse que se emplean para designar de forma genérica a individuos de ambos sexos, sin que dicho uso comporte intención discriminatoria alguna. Esta opción lingüística tiene como única finalidad facilitar la lectura del documento y lograr una mayor economía en la expresión”.

Sumario

1. PRÓLOGO [PÁG.9]
2. JUSTIFICACIÓN [PÁG.11]
3. VISIÓN Y VALORES [PÁG.14]
4. METODOLOGÍA [PÁG.15]
5. ANÁLISIS DE LA REALIDAD EXTREMEÑA [PÁG.19]
6. OBJETIVOS Y ACCIONES [PÁG.29]
7. PROCESOS DE SOPORTE [PÁG.43]
8. PLANIFICACIÓN ECONÓMICA [PÁG.65]
9. ANEXOS: [PÁG.66]
 - I. MARCO NORMATIVO [PÁG.66]
 - II. RELACIÓN DE GRUPO DIRECTOR, PLANIFICADOR Y PARTICIPANTES [PÁG.68]
 - III. BIBLIOGRAFÍA [PÁG.71]
 - IV. INDICADORES DE EVALUACIÓN [PÁG.73]

1. PRÓLOGO

Tener la responsabilidad de asegurar el derecho a la protección de la salud en una Comunidad Autónoma como Extremadura, supone atender sanitariamente a una población envejecida que padece cada vez con mayor frecuencia, problemas de salud crónicos. Además, implica enfrentarse desde el punto de vista sanitario, a la complejidad de la cronicidad, a personas que acumulan múltiples enfermedades crónicas y que, del control de una de ellas, puede derivarse el descontrol de otras.

La atención a las personas con enfermedades crónicas debería realizarse de forma más sistemática siguiendo el razonamiento clínico o el razonamiento de los cuidados de la salud, ya que la constante que debe regir la atención, es entender a la persona holísticamente, más que en el conjunto de las enfermedades crónicas que padece. Esto incluye meditar sobre las necesidades de la persona en su conjunto, en su riesgo de descompensación y hospitalización y en cómo estas situaciones menoscaban la calidad de vida del paciente, de sus familiares y precisa de necesidades sociales añadidas.

Esa sistemática de incluir la clasificación del riesgo, de prestar la intensidad de cuidados en función de las necesidades de cada paciente para el abordaje del problema crónico de salud y de abarcar la valoración de necesidades sociales, es lo que contiene esta estrategia. No aporta nada nuevo desde el punto de vista clínico que no esté contenido en la evidencia científica sobre cada uno de los problemas de salud que se consideran crónicos, pero sí aporta en el sentido en que se aborda al paciente en su conjunto.

Además, esta estrategia proclama la importancia del trabajo en equipo, centra su liderazgo en la Atención Primaria de Salud, sin relegar la atención especializada, incluye la atención de los centros residenciales de mayores, y enfatiza el trabajo de los profesionales especialistas en el cuidado de la salud, como es la enfermería y en el abordaje conjunto de las necesidades sociales.

Y todo ello, no se debe a un relato de los directivos o de los políticos con responsabilidad en la atención sanitaria de la población. Más al contrario, se debe a la participación de muchos profesionales, de diferentes disciplinas, que han contribuido con el objetivo de sistematizar una estrategia de prevención y atención integral a la persona con una o varias enfermedades crónicas.

Esto último es el verdadero valor que aporta la estrategia, y es que, teniendo en cuenta la evidencia disponible y conociendo la situación de fragilidad del paciente, nos permite graduar las actuaciones que en materia de atención sanitaria requieren las personas que atendemos y cómo fomentar el autocuidado.

Llega el momento de que esta estrategia se plasme como una realidad en la atención sanitaria de la población, porque está hecha por profesionales y para profesionales,

con el apoyo de la transformación de los sistemas de información que favorecen herramientas para actuar en cada momento. La clasificación de los pacientes asignados en función del riesgo de descompensación e ingreso de cada uno de ellos, nos hará más conscientes de a quién y cómo destinar nuestros esfuerzos de cuidados y terapéuticos para atender con criterios de calidad a la población y colaborar con ella en la mejora de su nivel de salud y de la promoción de su autonomía personal.

Esta estrategia no es una más, está basada en el conocimiento científico sobre el abordaje de los problemas crónicos de salud bajo una perspectiva de atención efectiva para el paciente y para el profesional.

Atender a las personas con enfermedades crónicas lo ejercemos a diario todos los profesionales, atenderlos con una visión global de trabajo colaborativo entre profesionales y pacientes, es lo que aporta esta estrategia. Espero que sea de verdad útil para el trabajo del día a día, que fomente el autocuidado y el trabajo en equipo de todos los profesionales.

José María Vergeles Blanca
Consejero de Sanidad y Políticas Sociales
JUNTA DE EXTREMADURA

2. JUSTIFICACIÓN

Las mejoras de las condiciones de vida y de los avances sanitarios y sociales ha conseguido que la esperanza de vida en nuestro medio sea la más elevada de todos los tiempos, modificando a su vez el orden en que las enfermedades causan discapacidad y mortalidad hasta el punto de que, actualmente, son las enfermedades crónicas la principal causa que los produce.

Estas patologías generan varios retos: 1- Representan una importante limitación en la calidad de vida, productividad y estado funcional de las personas; 2- Inducen una pesada carga en términos de morbilidad y mortalidad y en costes sanitarios y sociales, lo que influye poderosamente sobre el sistema de protección; 3- Pueden provocar una disminución en la calidad de la atención, ya que estas personas están más expuestas a recibir cuidados subóptimos, o ser sometidas a situaciones de falta de seguridad bien por inadecuación de pruebas o procedimientos, bien por los derivados del concepto más amplio de iatrogenia (1).

Es un hecho que estas personas presentan necesidades de atención sanitaria y/o social individualizada y frecuente, variable en el tiempo, y derivada, en muchas ocasiones, de las frecuentes descompensaciones de sus enfermedades de base. No es menos cierto que, hasta ahora, su atención ha sido fragmentada, con múltiples consultas en servicios de urgencias, hospitalizaciones frecuentes y polifarmacia, lo que ha conllevado en no pocos casos, un riesgo sobreañadido de iatrogenia, pérdida funcional, institucionalización y mortalidad prematuras. Todo esto ha generado, además, un consumo muy elevado de recursos, sin resultados en salud o bienestar de los propios afectados, lo que provoca un resultado de ineficiencia neta de los sistemas sanitario y social.

La Estrategia de Prevención y Atención a las Personas con Enfermedades Crónicas en Extremadura pretende aportar una respuesta integral a los retos que para la sociedad extremeña y su sistema sanitario público suponen la atención sanitaria y social de los pacientes con enfermedades crónicas. Se pretende con ella llevar a efecto las recomendaciones que desde organismos internacionales (2) y nacionales con competencias en salud (3) proponen: reorientar los sistemas sanitarios hacia la prevención y reducir la morbilidad y la mortalidad prematura por las enfermedades crónicas, principal carga de enfermedad ya en el mundo. Tiene como objetivo prioritario la mejora de la salud, aumentando el número de años de vida saludable y la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas, y, paralelamente, mejorar la eficiencia contribuyendo así a la sostenibilidad del sistema sanitario.

Uno de los pilares de este cambio debe dirigirse a involucrar a la ciudadanía en la toma de decisiones sobre su salud y en la planificación de intervenciones comunitarias, como demuestra el desarrollo de evidencia científica sobre los beneficios de la

participación comunitaria (4-6). La *participación en salud* es un concepto clave que se refiere a involucrar a las personas, grupos y comunidades para que tomen el control de su propia salud y hagan un mejor uso de los recursos disponibles y constituye el principal eje para promover la salud y el bienestar de las comunidades y reducir las desigualdades en salud (7).

Otro pilar del cambio debe dirigirse hacia una auténtica atención integrada, que incluya los aspectos sanitarios y sociales, y centrada en el paciente, con la que se ha demostrado mejorar resultados en salud y la satisfacción de estos, según propone la Organización Mundial de la Salud (OMS) (8). Y propone también, intervenciones relacionadas con la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico oportuno y la atención de calidad basada en el desarrollo de los procesos asistenciales, insistiendo en el desarrollo de una medicina mínimamente disruptiva, que reduzca la huella sanitaria sobre las vidas de las personas sobre todo cuando se encuentran en situación de complejidad y/o fragilidad, desprendiéndonos de lo inefectivo de la práctica asistencial y adecuando los procedimientos y prestaciones de la organización en función del valor que aportan. Para ello, se precisa reconocer los límites de la ciencia y de la práctica clínica y, sobre todo, precisa responder proporcionalmente a la necesidad de las personas con enfermedades crónicas, valorando sus condiciones personales, familiares, laborales, sociales y culturales.

Esta Estrategia solo es posible si todos los profesionales adoptan como propio su objetivo, están formalmente coordinados y el modelo pivota en torno a los profesionales de atención primaria (AP). Para conseguirlo, se precisa una intervención organizativa prioritaria, y es el fortalecimiento de los equipos de atención primaria (EAP) necesario para desarrollar cualidades propias de la AP como:

- El desarrollo de la Prevención y Promoción de la Salud mediante acciones que contemplen la participación activa de los individuos y la comunidad, mediante la Participación Comunitaria (tanto en términos de acceso a la información como en términos de capacidades de decisión y acción).
- La equidad en el acceso y en el proceso de atención, ofreciendo servicios según las necesidades de individuos y poblaciones, procurando más atención a quien más la necesita y minimizando el efecto de la “ley de cuidados inversos” (quien más servicios precisa menos recibe).
- El desarrollo de las características propias de la atención primaria para ofrecer el máximo de servicios en cada momento.

Esto requiere gran accesibilidad, flexibilidad, polivalencia, longitudinalidad y capacidad de coordinación (intra-equipo y con otros niveles y sectores), acceso a la tecnología y favorecer la autonomía de cada profesional. Solo así, con profesionales generalistas que ofrezcan muchos y variados servicios en el mismo momento de la atención, podemos responder a la multimorbilidad y a la mezcla de problemas

biológicos, mentales y sociales y sus discapacidades en lugar de con multiactividad, con polimedicación, multiderivación y con la fragmentación de la atención.

La Estrategia de Prevención y Atención a las Personas con Enfermedades Crónicas en Extremadura aspira a poner al alcance de los profesionales, herramientas que faciliten y favorezcan la tarea de promocionar hábitos saludables, prevenir enfermedades crónicas, y cuidar, aliviar y acompañar a los pacientes con estas patologías. Para su consecución, se pretende ofrecer la oportunidad de adoptar un enfoque diferente, basado en el abordaje poblacional e insistiendo en la corresponsabilidad con los individuos en el mantenimiento de su salud y en la capacitación de las personas en el manejo de sus enfermedades. Y basado también en conseguir, por un lado, una continuidad asistencial efectiva entre los distintos niveles sanitarios y sociales, donde se compartan objetivos y toma de decisiones razonables en entornos de incertidumbre, y por otro, una atención personalizada que tenga en cuenta las necesidades y preferencias del paciente, desde el respeto de su realidad psicosocial y cultural.

Probablemente, el cambio cultural sobre los profesionales represente el reto más difícil e importante de esta Estrategia.

Es una propuesta adaptable a los recursos y a las distintas características organizacionales de cada Área de Salud. Parte de un prisma de factibilidad y efectividad de las medidas propuestas. Es evaluable periódicamente y abierta a las propuestas de mejora y de nuevas formas organizativas que surjan y muestren mejorar los resultados pretendidos.

3. VISIÓN Y VALORES

Visión

Dirigir el sistema sanitario y social, de manera coordinada, hacia la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la autonomía personal, así como a la adecuada atención a las personas con enfermedades crónicas en su entorno mediante:

- El enfoque comunitario.
- La corresponsabilidad y la participación activa de la persona con enfermedad crónica en el mantenimiento de su salud.
- La organización de recursos en función de las necesidades de la población.
- La continuidad asistencial, la calidad y la seguridad de la persona con enfermedad crónica.
- La Atención Primaria como nivel estratégico de organización.
- El trabajo coordinado entre los diferentes ámbitos asistenciales (Atención Primaria/Atención hospitalaria/Atención social).
- El trabajo colaborativo entre diferentes administraciones que intervienen en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud.

Valores

- Sistema Sanitario con una Atención Primaria de Salud, universal y accesible, capaz de proveer cuidados a las personas en su entorno habitual.
- Dispositivos sanitarios hospitalarios capaces de proveer cuidados avanzados cercanos al paciente.
- Enfoque biopsicosocial arraigado en nuestros profesionales sanitarios.
- Gerencia Única que permite el desarrollo de la Continuidad Asistencial.
- Amplio desarrollo de la estructura sanitaria y social.
- Sistema de Información integrada en el ámbito asistencial.
- Calidad, Seguridad y Eficiencia.

4. METODOLOGÍA

La Estrategia de Prevención y Atención a las Personas con Enfermedades Crónicas en Extremadura se ha desarrollado sobre las bases teóricas que proponen los diferentes modelos de atención a la cronicidad (OMS, instituciones independientes de mejora de los sistemas de salud y cuidados ingleses (King's Fund) (8,9) y los consorcios de gestión de cuidados integrados norteamericanos (Kaiser Permanente) (10). Estos modelos se centran, más allá de enfermedades concretas o colectivos específicos, en contemplar desde los condicionantes estructurales y los estilos de vida que inciden en la progresión de las patologías hasta las necesidades sociales y sanitarias del enfermo crónico y sus cuidadores. La persona y su entorno, su salud y necesidades pasan a ser el foco central del sistema en detrimento de la mera atención a la enfermedad.

El modelo *Chronic Care Model (CCM)* (11) identifica seis elementos esenciales que interactúan entre sí y que son clave para el logro de una óptima atención a pacientes crónicos: la organización del sistema de atención sanitaria, el estrechamiento de relaciones con la comunidad, el apoyo y soporte al autocuidado, el diseño del sistema asistencial, el apoyo en la toma de decisiones y el desarrollo de sistemas de información clínica.

Dentro de las adaptaciones del CCM destaca el modelo propuesto por la OMS, denominado "Modelo de Atención Innovadora a Enfermedades Crónicas" *The Innovative Care for Chronic Conditions Framework (ICCC)* (8), que añade al CCM una óptica de políticas de salud, cuyas principales ideas son: la toma de decisiones basada en la evidencia, el enfoque de salud poblacional, el foco en la prevención, el énfasis en la calidad de la atención y en la calidad sistémica, la flexibilidad/adaptabilidad y la integración, como núcleo duro del modelo.

Otro modelo utilizado que hace referencia a los modelos poblacionales, cuyo foco es la población en su conjunto y sus necesidades, es la "Pirámide de Kaiser", (10) que introduce la idea de la segmentación o estratificación de la población según sus necesidades identificando tres niveles de intervención según el nivel de complejidad de la persona con enfermedad crónica y la posterior inclusión de la vertiente poblacional de promoción y prevención. Así, en las personas enfermas de mayor complejidad con frecuente comorbilidad se hace necesaria una gestión integral del caso en su conjunto, con cuidados fundamentalmente profesionales. Los pacientes de alto riesgo, pero de menor complejidad en lo que respecta a su comorbilidad reciben una gestión de la enfermedad que combina autogestión y cuidados profesionales. Finalmente, la población general es foco de intervenciones de prevención y promoción que tratan de controlar los factores de riesgo que puedan llevar a los individuos a la enfermedad crónica.

Otros informes publicados ante una población que envejece, es el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) titulado "*World Report on Aging and Health*"

(12), que apuesta por un cambio de enfoque abordando muchas dimensiones del envejecimiento, desde la prevención, las manifestaciones y sus consecuencias, hasta la necesidad de cuidados de larga estancia (no en el mero sentido de recurso, si no de necesidad continuada en el tiempo). Sostiene que los principios sobre los que fundamenta el envejecimiento saludable y las líneas sobre las que debemos incidir son tres: la *Funcionalidad* o posibilidad de realización de las tareas y funciones que para un individuo tienen valor; la *capacidad intrínseca* como potencial residual en términos físicos y cognitivos de la persona; y *el entorno*, teniendo en cuenta también la diversidad del colectivo al que nos dirigimos.

La Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (3) constituye el marco de referencia que dirige la asistencia hacia el desarrollo de seis líneas estratégicas que son: la promoción, la prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, la continuidad asistencial, la reorientación de la asistencia sanitaria, la equidad en salud e igualdad de trato y la investigación e innovación y de una u otra forma han continuado el resto de estrategias nacionales sobre cronicidad.

La Estrategia en Extremadura

La Estrategia de Prevención y Atención a las Personas con Enfermedades Crónicas en Extremadura se ha desarrollado a través de las directrices generadas por el Grupo Director que establece los fundamentos y legitima el resultado y un Grupo Planificador que desarrolla operativamente dichas directrices formado por 12 personas de diferentes categorías profesionales de Servicios Centrales de la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales, del SES y del SEPAD.

El Grupo Planificador diseña La Estrategia tres grandes Áreas Estratégicas y varios procesos de soporte. En cada uno de ellos se definen una serie de Líneas de Acción dirigidas a las personas en función de sus necesidades asistenciales. La *figura 1* representa el resumen gráfico de las áreas estratégicas y procesos de soporte y la *figura 2* muestra un resumen de las líneas en cada apartado. Cada acción desarrollada debe permitir su evaluación respecto a los resultados en salud (en los casos en que esto sea factible), la satisfacción del paciente y los costes para el Servicio Sanitario Público de Extremadura (SSPE), a fin de conseguir los máximos beneficios con los recursos disponibles.

Para la elaboración de las líneas se constituyeron 13 Grupos de Trabajo con un total de 90 profesionales de todas las categorías (Anexo III). La metodología de trabajo de estos grupos ha seguido un método multidisciplinar de paneles de experto, cerrando cada propuesta con técnicas de consenso. Una vez obtenido el borrador, se trasladó a la comunidad científica, colegios profesionales y asociaciones de pacientes para recibir aportaciones e incorporarlas al documento definitivo.

Como limitaciones, destacar que no todas las líneas propuestas están basadas en evidencias, sino en una premisa de mejora en la calidad de atención sujeta a evaluación y mejora continua. Se precisa también una estructura que soporte el desarrollo, implantación, evaluación y mejora de todas las líneas de actuación. Por último, la factibilidad real del desarrollo de las medidas pasa por la implicación de todos los órganos, organismos, entidades y grupos relacionados de alguna manera con los logros planteados en esta Estrategia y de la sociedad en general, de manera que estas actuaciones supongan una oportunidad de mejora que conlleve un verdadero cambio en la Organización con el adecuado y necesario respaldo social y el soporte legal correspondiente.

FIGURA 1:

Esquema general de la Estrategia de Prevención y Atención a Personas con Enfermedades Crónicas en Extremadura.

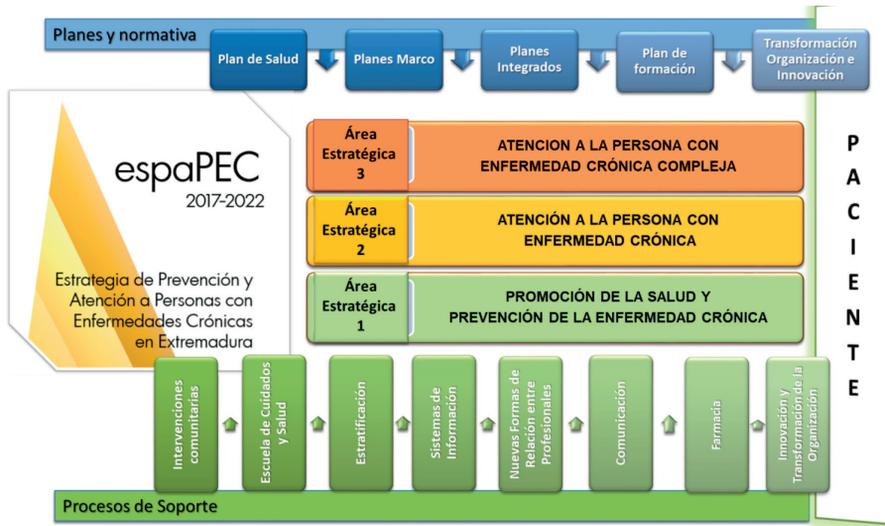


FIGURA 2:

Resumen de las Áreas Estratégicas y Líneas de Actuación.

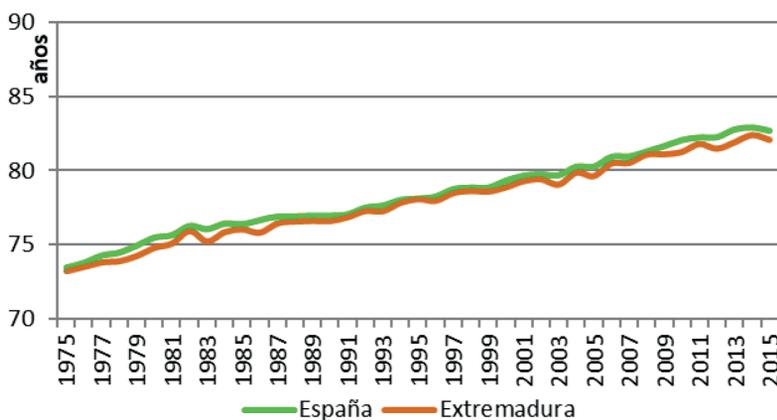


5. ANÁLISIS DE LA REALIDAD EXTREMEÑA

5.1. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO: ESTRUCTURA POBLACIONAL, ENVEJECIMIENTO Y DEPENDENCIA

Las patologías crónicas y las consecuencias que ocasionan (en términos de morbimortalidad, discapacidad, disminución de la calidad de vida y repercusiones socioeconómicas) constituye el principal problema de salud en los países de nuestro entorno y el mayor desafío de los sistemas sanitarios actuales. Esto es debido en gran parte al envejecimiento de la población y el mayor grado de vulnerabilidad y fragilidad que ello conlleva. Extremadura no es ajena a esta situación (13), no en vano, la esperanza de vida al nacer y con ello la concurrencia de una o más enfermedades crónicas, es de las mayores de España. *Figura 3.*

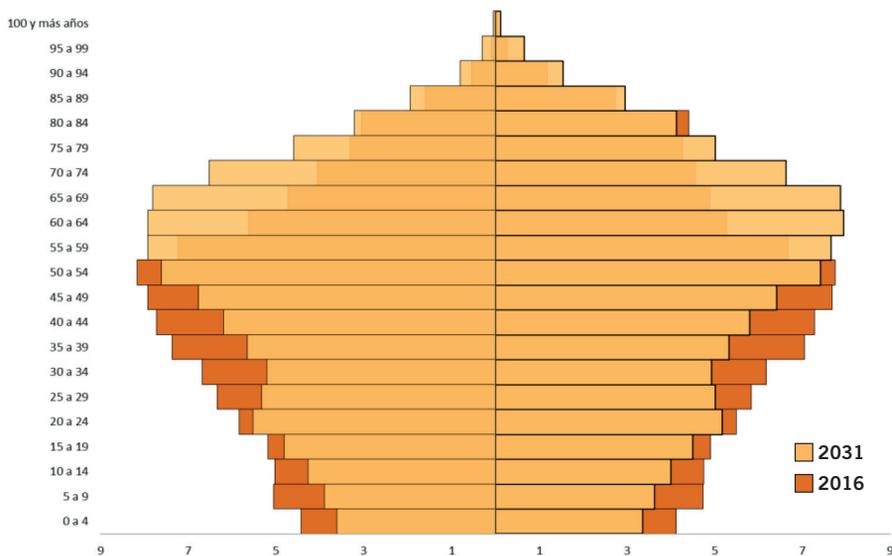
FIGURA 3:
Esperanza de vida al nacer en Extremadura.



Además, las proyecciones demográficas realizadas para Extremadura indican que en los próximos 15 años la población mayor de 65 años aumentará un 25%, alcanzando el 26% de la población total, junto a un aumento importante de población mayor de 55 años y un descenso de la población joven, lo que contribuirá a un mayor envejecimiento poblacional. *Figuras 4 y 5.*

FIGURA 4:

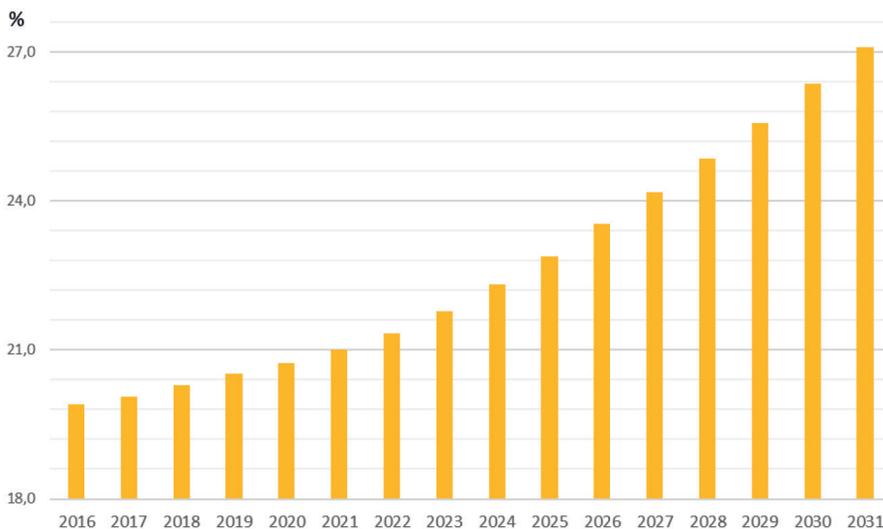
Proyección de la Pirámide Poblacional en Extremadura 2016/2031.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Figura elaborada por la Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Extremeño de Salud.

FIGURA 5:

Proyección poblacional de Extremadura 2016-2031 en mayores de 64 años.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Figura elaborada por la Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Extremeño de Salud.

Los indicadores de envejecimiento muestran un mayor grado en la población extremeña respecto a la media nacional:

- Índice de envejecimiento (proporción de mayores de 65 años respecto a los menores de 16 años): asciende de 107,93% del año 2000 a 133,51% en 2016 (116,50% en España).
- Intensidad de envejecimiento (proporción de mayores de 80 años respecto a los mayores de 65 años): asciende de 22,42% de 2000 a 35,30% en 2016 (32,10% en España).

A estos indicadores se suma la negativa evolución de la tasa de natalidad en Extremadura desde los años 80: de 15 nacidos/1.000 h en 1980, ha descendido a 8,14 nacidos/1.000 h en 2015 (media nacional: 8,99 nacidos/1.000 h ese mismo año). Este hecho compromete el recambio generacional en la Comunidad Autónoma generando mayor carga de cuidados a asumir por un número menor de personas (número de personas entre 35-65 años que podrán hacerse cargo de cada persona mayor de 65 años).

La tasa de Discapacidad de Extremadura es la segunda mayor según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia de 2008 (109,9 por mil habitantes) tras Galicia (112,9).

5.2. MORTALIDAD

La evolución de la tasa bruta de mortalidad muestra unos datos superiores en Extremadura respecto al resto de España en los últimos veinte años. *Figura 6.*

FIGURA 6:
Evolución Tasa Bruta de Mortalidad: Casos/1000h. Extremadura/España. 2015/1996.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Figura elaborada por la Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Extremeño de Salud.

Las principales causas de mortalidad en Extremadura son las enfermedades cardiovasculares, los tumores y las enfermedades respiratorias (entre las tres sumaron 8.311 defunciones en 2015, lo que supuso más del 70% de las defunciones totales), superando todas ellas en Extremadura, la Tasa Bruta de Mortalidad Nacional. Muchas de estas patologías tienen una evolución crónica que requerirá de una atención específica, así como de actuaciones de cuidados paliativos en sus etapas finales. *Tabla 1.*

TABLA 1:

Tasas Brutas de Mortalidad: Casos/100.000h. Extremadura/España. Año 2015.

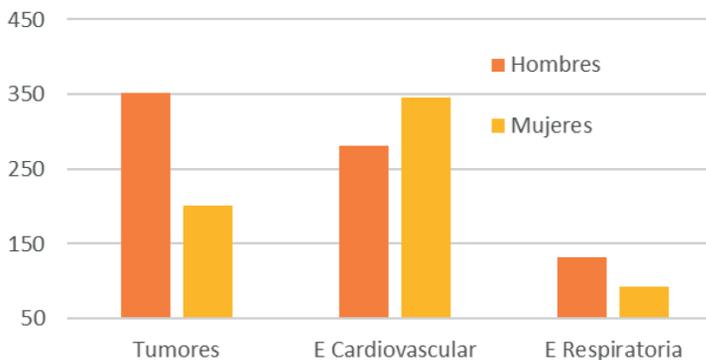
	Nacional	Extremadura
Enfermedades del S. Circulatorio	267,6	323,0
Tumores	240,0	304,1
Enfermedades respiratorias	111,7	137,1
Sistema Nervioso	55,7	50,4
Trastornos Mentales y del Comportamiento	46,0	36,9

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Figura elaborada por la Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Extremeño de Salud.

El patrón difiere por sexos, siendo la primera causa los tumores en el hombre y las enfermedades cardiovasculares en la mujer. *Figura 7.*

FIGURA 7:

Tasas de mortalidad estandarizadas/100.000 habitantes según género en las tres causas principales de mortalidad en Extremadura. Año 2015.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística 2014. Figura elaborada por la Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Extremeño de Salud.

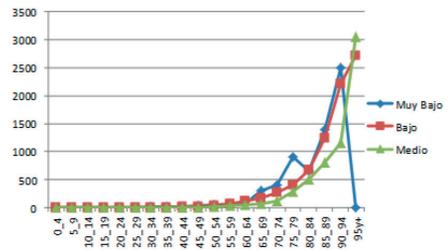
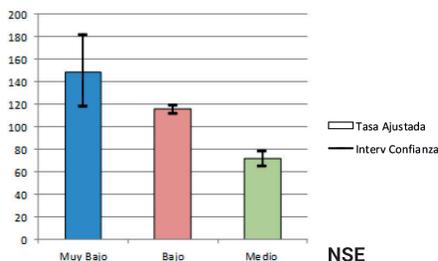
La tasa estandarizada de años potenciales de vida perdidos (APVP) por enfermedades cardiovasculares en ambos sexos es de 8.60 (12.22 en hombres y 4.90 en mujeres). Por tumores, los APVP en ambos sexos es de 20.01, siendo mayor en hombres (24.74) que en mujeres (15.15).

► Nivel Socioeconómico

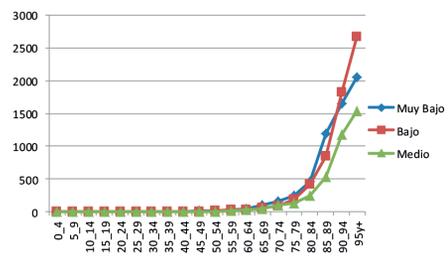
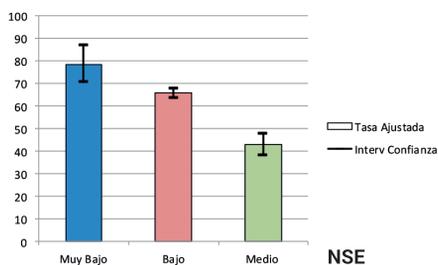
El nivel socioeconómico (NSE) de las familias es una de las principales características que definen su estatus o clase social. La desigualdad en el nivel de ingresos económicos está considerada como uno de los principales factores causales para la aparición y un peor pronóstico de múltiples enfermedades y condiciones de salud. Al estudiar la tasa ajustada por edad de mortalidad en la población extremeña en función del NSE (generado por el nivel de renta y tipo de aseguramiento) en tres categorías se aprecia que es superior en hombres con respecto a la de mujeres en los tres niveles socioeconómicos (14). Existe, además, un gradiente inverso de la tasa de mortalidad con el nivel socioeconómico tanto en hombres como en mujeres.

FIGURA 8:
Tasas de mortalidad ajustada por edad en población extremeña según nivel socioeconómico (NSE). Incidencia acumulada y por quinquenios de edad.

Tasa ajustada de mortalidad en hombres



Tasa ajustada de mortalidad en mujeres

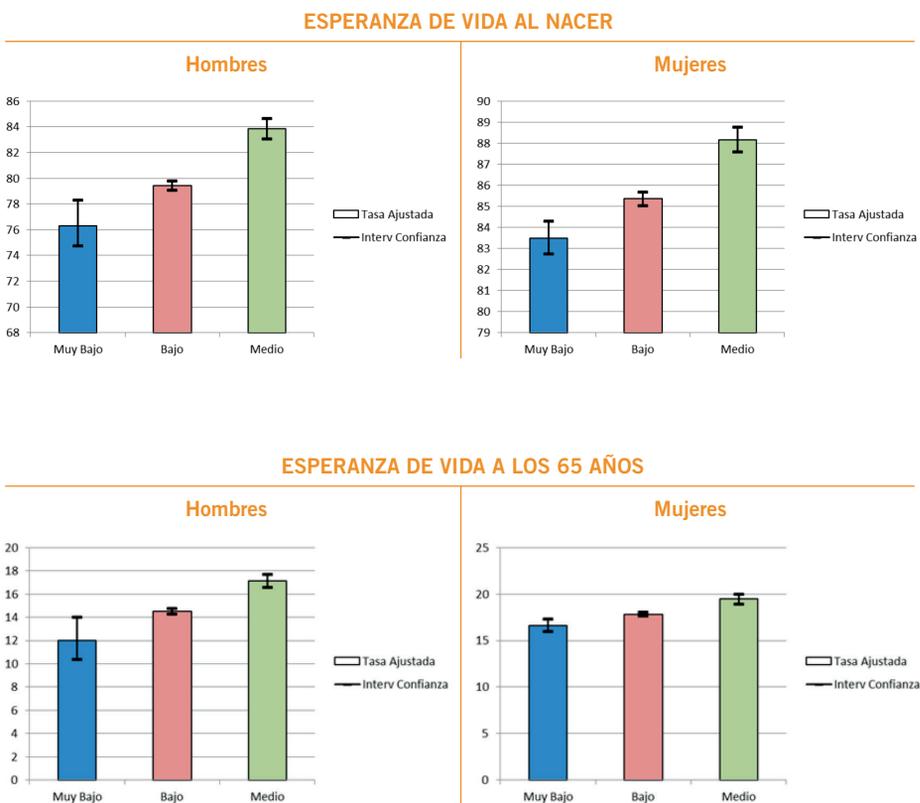


Fuente: Dirección General de Salud Pública. Servicio Extremeño de Salud.

También existe un gradiente, en este caso positivo, entre esperanza de vida y nivel socioeconómico, llegando a ser 7,6 años en hombres y de 4,7 en mujeres, para la esperanza de vida al nacer y de 5,1 años en hombres y 2,9 años en mujeres para la esperanzar de vida a los 65 años, entre el nivel socioeconómico superior e inferior.

Figura 9.

FIGURA 9:
Esperanza de vida al nacer y a los 65 años en la población extremeña según nivel socioeconómico.



5.3. MORBILIDAD HOSPITALARIA

►Morbilidad hospitalaria por enfermedades del sistema circulatorio

El total de personas dadas de alta en hospital con diagnóstico principal de “enfermedades del sistema circulatorio” fue de 16.443 en el año 2015, observándose un aumento tanto en varones como en mujeres con respecto al año anterior, y siendo la primera causa de altas hospitalarias. *Figura 10.*

FIGURA 10:

Evolución del número de personas residentes en Extremadura dadas de alta hospitalaria con diagnóstico principal “enfermedades del sistema circulatorio” 2002-2015.



Fuente: INE. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Figura elaborada por la Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Extremeño de Salud.

►Morbilidad hospitalaria por tumores

El total de personas dadas de alta con diagnóstico principal de “tumores” o “neoplasias”, fue de 10.887 en el año 2015, siendo la quinta causa de altas hospitalarias en el año 2015 con una tendencia al aumento. *Figura 11.*

FIGURA 11:

Evolución del número de personas residentes en Extremadura dadas de alta hospitalaria con diagnóstico principal “tumores” o “neoplasias” 2002-2015.

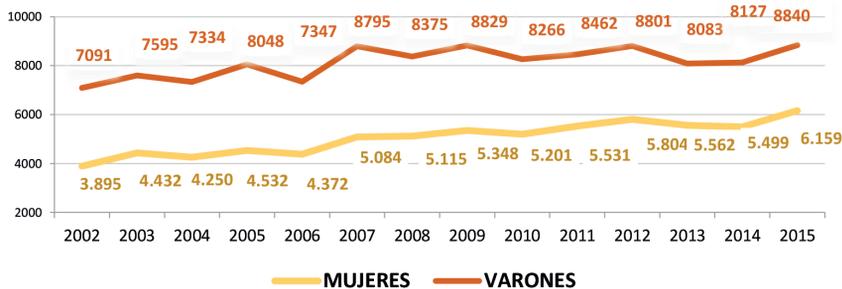


Fuente: INE. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Figura elaborada por la Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Extremeño de Salud.

► Morbilidad hospitalaria por Enfermedades Respiratorias

El total de personas dadas de alta con diagnóstico principal de “Enfermedades Respiratorias”, fue de 14.899 en el año 2015 presentando una tendencia al aumento. *Figura 12.*

FIGURA 12:
Evolución del número de altas hospitalarias, con diagnóstico principal “Enfermedades Respiratorias”. 2002-2015.

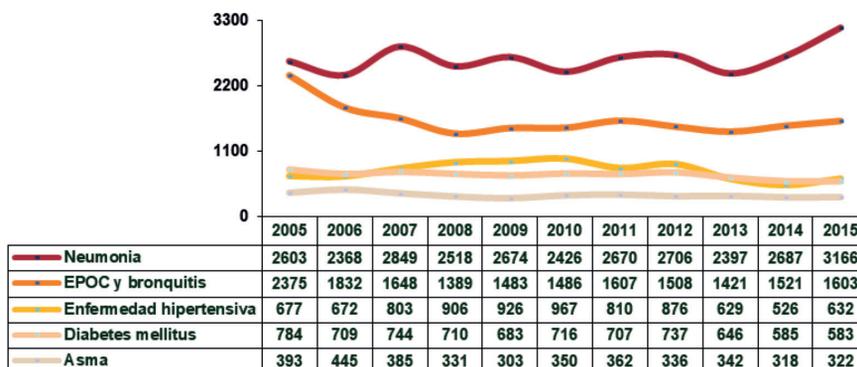


Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Figura elaborada por la Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Extremeño de Salud.

► Hospitalizaciones Potencialmente Evitables

La evolución del número de altas hospitalarias de personas residentes en Extremadura, por hospitalizaciones potencialmente evitables como la diabetes, la hipertensión no controlada, el asma del adulto, y la EPOC presenta una tendencia al descenso excepto en las altas por neumonía (datos). *Figura 13.*

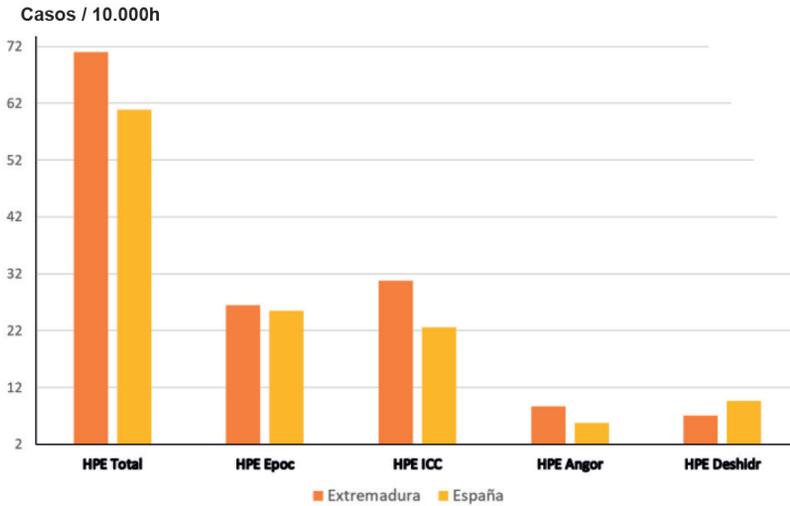
FIGURA 13:
Evolución del número de altas hospitalarias, por hospitalizaciones potencialmente evitables. Extremadura. 2005-2015.



Fuente: INE. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Figura elaborada por la Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitaria y Sociosanitarias. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales.

La tasa bruta de hospitalizaciones potencialmente evitables totales, así como las debidas a EPOC, Insuficiencia Cardíaca Congestiva y Angor sin Procedimiento son superiores en Extremadura frente a España. *Figura 14.*

FIGURA 14:
Incidencia de hospitalizaciones potencialmente evitables en 2015. Extremadura/España.



Fuente: Atlas de Variaciones en la Práctica Médica del SNS. Figura elaborada por la Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Extremeño de Salud.

5.4. MORBILIDAD PERCIBIDA

Según la Encuesta Europea de Salud (EES) de 2014 (12): Un 59,8% de los españoles mayores de 15 años declaran percibir una enfermedad crónica frente a un 63,4% en Extremadura. Nuestra posición relativa entre las distintas comunidades en la 4ª de mayor prevalencia después del País Vasco, Galicia y Castilla León. Las causas de enfermedad crónica más frecuentemente aludidas en Extremadura fueron: HTA: 20,5%; Artrosis/artritis: 19,6%; Dolor lumbar crónico: 18,9%; Colesterol alto: 17,8%; Dolor cervical crónico: 16,6%; Alergia: 15,6%; Varices: 15,6%; Depresión: 10,2%, Ansiedad: 8% y Diabetes: 7,4%.

En cuanto a los determinantes de la salud obtenidos de la EES de 2014:

- El Exceso de peso (sobrepeso y obesidad) en adultos extremeños, suman un 54,6%; con cifras superiores a la media nacional (52,7%).
- Consumo de alcohol: el 64,34% de la población extremeña de más de 15 años declara haber consumido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses (frente a un 67,32% de media nacional). A su vez, un 10,53%, declara haber consumido alcohol de manera intensiva, en los últimos 12 meses, al menos 1 vez a la semana (un 3.77% de media nacional).
- Consumo de tabaco: el 25,61% de la población extremeña de 15 y más años declara ser fumador a diario, y el 48,23% declara que nunca ha fumado. A nivel nacional estas cifras son de 23% y 48,95% respectivamente.
- Actividad física y alimentación: la población extremeña que se declara sedentaria es un 33,34% (siendo un 36,68% a nivel nacional), y un 70,35% se desplaza caminando al menos una vez a la semana (un 80,4% a nivel nacional).



Objetivos y acciones

6. OBJETIVOS Y ACCIONES

ÁREA ESTRATÉGICA 1: “PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA”

JUSTIFICACIÓN:

Las enfermedades crónicas son en la actualidad las que mayor carga de morbilidad y mortalidad generan en nuestra sociedad. Una gran parte puede evitarse a través de la promoción de estilos de vida saludables y de la prevención de sus factores de riesgo entre la población, dado que comparten similares factores de riesgo. De ahí la importancia de esta línea estratégica para mejorar la salud de la población en Extremadura.

La promoción de la salud es un proceso amplio que engloba todo tipo de acciones destinadas a fomentar la salud individual y colectiva y a impulsar la adopción de estilos de vida saludables mediante intervenciones adecuadas en materia de información, comunicación, educación para la salud y reorientación de los servicios hacia la prevención, entre otras. En este contexto, la educación para la salud se constituye como la herramienta fundamental. Está dirigida a incrementar los conocimientos y habilidades del conjunto de la población con la finalidad de capacitarla para tomar las decisiones más adecuadas, de forma que sean corresponsables en la consecución de unos niveles óptimos de salud.

Las actividades de promoción de la salud se complementan con otras acciones de tipo preventivo, destinadas a reducir la aparición de las enfermedades crónicas mediante acciones individuales y colectivas. Se enriquecen con la participación comunitaria entendida como el proceso social mediante el cual la comunidad se organiza para conocer sus necesidades y problemas de salud, estudiar los recursos necesarios para atenderlos y participar en la toma de decisiones.

Por último, es conveniente señalar que las Administraciones Públicas en general y de la Administración Sanitaria en particular, fomentar políticas de salud intersectoriales para que las actividades de promoción y educación para la salud alcancen unos óptimos niveles de efectividad y eficiencia, debiendo además favorecer la participación de la población y garantizar la formación de grado, postgrado y continuada de los profesionales que desarrollan estas acciones.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Aumentar el nivel de salud de la población a fin de prevenir y retrasar la aparición de las enfermedades crónicas, así como proporcionar autonomía personal mediante la promoción de hábitos saludables centrados en: la alimentación, ejercicio físico, ocio, salud mental positiva, prevención de hábitos tóxicos y exposición a agentes nocivos.

Objetivos específicos:

- Establecer medidas generales que favorezcan, de forma transversal, la capacitación de los *Profesionales* y la realización de actividades de promoción de la salud y prevención a todos los niveles y en todos los entornos (ámbito educativo, universitario, sanitario y local).

Líneas de acción:

- ▶ **Línea 1.1.** Impulso de la formación continuada de los profesionales de estos ámbitos sobre promoción de la salud y prevención y de su importante papel frente a las enfermedades crónicas.
 - ▶ **Línea 1.2.** Reconocimiento del trabajo de los profesionales del Ámbito Sanitario y Social, de los Centros Educativos y Universitarios y de Entidades Comunitarias en promoción de la salud y prevención a través de premios, becas, ayudas, etc...
 - ▶ **Línea 1.3.** Difusión de programas, experiencias y herramientas de promoción de la salud y prevención desarrollados por las diferentes administraciones, que tras su evaluación hayan sido consideradas "buenas prácticas" para favorecer su implantación.
- Establecer medidas generales dirigidas a la *Población*, que favorezcan la promoción de hábitos saludables, a todos los niveles y en todos los entornos (ámbito educativo, universitario, sanitario, local y laboral).

Líneas de acción:

ÁMBITO EDUCATIVO:

- ▶ **Línea 1.4.** Aumentar los contenidos sobre la promoción de la salud y prevención y promover la implicación del profesorado en estas materias en todos los niveles de educación obligatoria.

- ▶ **Línea 1.5.** Fomento de promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas en la formación pregrado, especialmente en los grados de los ámbitos sanitario, educativo, comunitario-social y ciencias de la comunicación.
- ▶ **Línea 1.6.** Fomento de programas en los centros educativos para la prevención del acoso, ciber-acoso escolar y el consumo de sustancias, mejora de las habilidades sociales, la resolución de problemas y refuerzo de la autoestima y la resiliencia en niños y adolescentes (salud mental positiva).
- ▶ **Línea 1.7.** Promoción de hábitos saludables y prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en la población escolar, en colaboración con el sistema educativo.
- ▶ **Línea 1.8.** Potenciar la inclusión de centros en la Red Extremeña de Escuelas Promotoras de la Salud, trabajando de forma intersectorial entre la familia, el sector sanitario y la comunidad.
- ▶ **Línea 1.9.** Consolidar el Plan de Consumo de Frutas de la Comunidad Autónoma a todos los niveles de educación obligatoria y potenciar aquellas otras actividades o programas que lo promuevan.
- ▶ **Línea 1.10.** Implantación del Programa “Andando al cole” en colaboración con otras Instituciones (Diputaciones, FEMPE, AMPAS, etc...).
- ▶ **Línea 1.11.** Potenciar la inclusión de Centros de Enseñanza Secundaria y Escuelas Profesionales en el Programa OPERACIÓN SALUD con el objetivo de capacitar y difundir las actividades de promoción y prevención de los “jóvenes agentes de salud”.
- ▶ **Línea 1.12.** Impulsar en el MARCO DEL PROGRAMA INTERGENERACIONAL, el envejecimiento activo y adaptación de los sistemas educativos para incluir al colectivo de mayores como transmisores de conocimientos a los más jóvenes, y estimulando los programas existentes de alfabetización tecnológica de las personas mayores.
- ▶ **Línea 1.13.** Potenciar los programas de prevención en el ámbito escolar actualmente vigentes como la Actividad de Educación Para la Salud frente a la obesidad infantil y juvenil, la campaña de higiene postural en la escuela o el programa de hábitos de vida saludable a través de rutas por espacios naturales, etc...

ÁMBITO LOCAL Y COMUNITARIO:

► **Línea 1.14.** Fortalecer la Red Extremeña de Ciudades Saludables y Sostenibles impulsando la adscripción de nuevas entidades y potenciando las actividades de prevención y promoción a través de sus técnicos.

► **Línea 1.15.** Elaborar un programa y mapeo de Rutas Saludables en Extremadura, a través de los técnicos del programa “El ejercicio te cuida” y su difusión en todos los ámbitos y a la población general.

En el ÁMBITO LABORAL:

► **Línea 1.16.** Difundir en el entorno laboral de las administraciones públicas, el Plan de Uso de las Escaleras y fomento de los desayunos saludables, de los descansos activos y de otros hábitos saludables diseñado en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del SNS.

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/UsoEscaleras.htm>

ÁMBITOS SANITARIO Y SOCIAL:

► **Línea 1.17.** Fomentar la Promoción de la Salud y Prevención desde el Equipo de Atención Primaria, realizando actividades informativas y de concienciación sobre determinantes de salud (alimentación saludable, ejercicio físico, hábitos tóxicos y otras conductas adictivas, salud mental positiva, etc.). Estas actividades se efectuarán de manera multidisciplinar desarrollando campañas de intervención sobre estos factores.

► **Línea 1.18.** Promover la actividad física multicomponente entre las personas mayores y, previa valoración por personal sanitario, fortalecer y ampliar el Programa “El ejercicio te cuida”, para favorecer su salud, su autonomía personal, así como su envejecimiento activo y la reversibilidad de la fragilidad.

► **Línea 1.19.** Implementar desde los equipos de atención primaria, actividades de promoción y educación para la salud para descender el nivel de estrés crónico y sobrecarga sentida de las personas cuidadoras de pacientes con enfermedad crónica, con enfermedad mental y de alta dependencia para optimizar su situación.

► **Línea 1.20.** Impulsar actividades que fomenten las relaciones entre cuidadores y enfermos, potenciando la creación de espacios de ocio compartido y foros de encuentro.

► **Línea 1.21.** Desarrollo por parte de la administración sanitaria y social de campañas de sensibilización y formativas sobre la prevención de caídas en el ámbito doméstico y en el entorno como un medio de promocionar la autonomía y evitar situaciones de dependencia.

► **Línea 1.22.** Fomento de acciones para la promoción de la Salud Mental Positiva con eficacia demostrada, y que incidan en los factores protectores de la salud mental de la población.

Para conseguir algunos de los objetivos mencionados, se precisa un trabajo colaborativo entre diferentes Consejerías como la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales y la Consejería de Educación y Empleo que incluya representantes de Educación, de la Universidad y de la Dirección General de Deportes con el objetivo de diseñar políticas de alianza y compromiso conjuntos para impulsar estas medidas concretas de promoción de la salud y prevención entre profesionales de estos sectores.



Área estratégica 2:

“Atención a la persona con enfermedad crónica”

ÁREA ESTRATÉGICA 2: "ATENCIÓN A LA PERSONA CON ENFERMEDAD CRÓNICA"

JUSTIFICACIÓN:

Las personas con enfermedades crónicas son atendidas durante gran parte de la evolución de la enfermedad por distintos profesionales de la salud, tanto desde el nivel de Atención Primaria como en los Centros Residenciales y en Atención Especializada. Parece necesario que la atención sea compartida, esté coordinada, establezca objetivos comunes, defina adecuadamente los roles y esté basada en la mejor evidencia clínica disponible a fin de conseguir que la enfermedad limite lo menos posible las posibilidades y capacidades del paciente, manteniendo su autonomía personal. Esto justifica la acción de un cambio de modelo asistencial dirigido a situar a la persona en el centro del sistema.

Con el desarrollo de procesos asistenciales comunes para toda la Comunidad Autónoma se pretende conseguir una asistencia integral que mejore la calidad asistencial, minimizando la variabilidad no justificada en la atención y alcanzando una continuidad asistencial efectiva.

Previamente a estos procesos, se precisa el diagnóstico precoz de la enfermedad y de los factores de riesgo que influyen en su aparición. La puesta en marcha de programa de cribados poblacionales para la detección de las enfermedades crónicas susceptibles de prevención, depende de la política de la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales de nuestra Comunidad Autónoma y excede el objetivo de este documento.

La búsqueda oportunista de casos de aquellas enfermedades crónicas que se prioricen entre la población de riesgo, quedará definida en sus respectivos Procesos Asistenciales Integrados.

Un pilar para su desarrollo comprende la capacitación de enfermos y familia para la autogestión de la enfermedad, los conocimientos de los autocuidados que precisan y el uso adecuado del SSPE. Para ello, es necesario favorecer procesos de aprendizaje entre profesionales y pacientes o bien entre los propios pacientes y cuidadores en el manejo y control de su enfermedad, facilitándoles las herramientas formativas necesarias para mejorar su calidad de vida y aumentar la implicación y corresponsabilidad en su cuidado, procurando que la persona con enfermedad crónica sea parte activa en su atención y contribuyendo a la toma de decisiones una vez informado adecuadamente.

Otra herramienta prioritaria es la integración en la historia clínica digital (HCD) de las intervenciones de los distintos ámbitos asistenciales (incluida la social) y la creación de nuevos cauces de comunicación que hagan más fluida los contactos entre profesionales.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Conseguir el más alto de grado de bienestar biológico, psicológico y social de las personas con enfermedad crónica a través de la implementación de un modelo de atención integral centrada en sus necesidades. Este modelo debe contemplar:

- **A)** El diagnóstico temprano de la enfermedad.
- **B)** El impulso de la autonomía y autocuidado del paciente en su entorno, estableciendo la valoración psicosocial y las necesidades formativas de pacientes y/o sus familiares.
- **C)** El establecimiento de vías de comunicación innovadoras entre profesionales, para conseguir una mejor atención al paciente y la realización de procesos asistenciales integrados de las enfermedades crónicas más prevalentes o graves.

Objetivo Específico:

Desarrollo de una sistemática de trabajo basada en la elaboración e implantación de los procesos asistenciales para aquellas enfermedades crónicas más prevalentes y/o limitantes en nuestro medio.

Los procesos asistenciales integrados son una herramienta de gestión para la mejora continua de la calidad asistencial, que tratan de dar una respuesta integrada a las necesidades de las personas con enfermedades crónicas. Esta respuesta debe estar basada en las mejores prácticas clínicas, según la evidencia disponible, en el seguimiento de procedimientos normalizados que disminuyan la variabilidad no justificada y en la obtención de resultados.

El proceso asistencial se puede definir como el conjunto de decisiones, actividades y tareas desarrolladas por distintos profesionales que intervienen en los ámbitos sanitarios y sociales, en diferentes espacios y tiempos, y que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que responda plenamente a las necesidades y expectativas del destinatario al que va dirigido.

No olvidamos también que necesitamos conseguir la satisfacción de los profesionales que intervienen, de forma que estén de acuerdo con los procedimientos, dispongan de la capacitación necesaria y están motivados para llevarlos a cabo. Estos profesionales deben ser, además, parte activa tanto en la elaboración de los distintos procesos como en su mejora continua, pues son precisamente aquellos que lo desempeñan los que mejor pueden mejorarlo.

Asimismo, todos los procesos asistenciales deberán tener presente el resto de dimensiones de la calidad asistencial, contribuyendo a la equidad y accesibilidad del sistema sanitario, a la efectividad de la atención y a la información y seguridad de los pacientes.

Los procesos asistenciales que se desarrollan en el marco de la Estrategia de Prevención y Atención a las Personas con Enfermedades Crónicas de Extremadura deben ser comunes para todo el ámbito de la comunidad, aunque adaptados a las necesidades y recursos de cada Área de Salud, compartiendo indicadores y estándares para su evaluación.

Las enfermedades crónicas priorizadas en una primera fase han sido aquellas que por prevalencia y gravedad tienen un alto impacto en la salud pública, y en el esfuerzo asistencial que supone para el SSPE. Estas han sido la insuficiencia cardiaca, la diabetes mellitus, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la enfermedad renal crónica y el trastorno mental grave.

Líneas de acción:

- ▶ **Línea 2.1.** Diseñar e implantar el Proceso Asistencial de Insuficiencia Cardiaca.
- ▶ **Línea 2.2.** Diseñar e implantar el Proceso Asistencial de Diabetes Mellitus.
- ▶ **Línea 2.3.** Diseñar e implantar el Proceso Asistencial de EPOC.
- ▶ **Línea 2.4.** Diseñar e implantar el Proceso Asistencial de Enfermedad Renal Crónica.
- ▶ **Línea 2.5.** Diseñar e implantar el Proceso Asistencial del Trastorno Mental Grave.

Además del desarrollo de los PAI, esta área de intervención se beneficia de las líneas de acción representadas en los procesos de soporte como son: los procesos de participación comunitaria, nuevas formas de relación entre profesionales, sistemas de información y escuela de cuidados y salud.



Área estratégica 3:

“Atención a la persona con
enfermedad crónica compleja”

ÁREA ESTRATÉGICA 3: "ATENCIÓN A LA PERSONA CON ENFERMEDAD CRÓNICA COMPLEJA"

JUSTIFICACIÓN:

La progresión de las enfermedades crónicas y el envejecimiento de la población comportan la existencia de un colectivo, cada vez más numeroso, de personas con necesidades asistenciales intensas y complejas, tanto desde el punto de vista sanitario como social. Hasta ahora, la respuesta sanitaria que se ha ofrecido ha sido fragmentada, derivada de las distintas patologías que sufren, con múltiples consultas por distintas especialidades, atención en servicios de urgencias, hospitalizaciones frecuentes o prolongadas y polifarmacia, lo que ha provocado un riesgo sobreañadido de iatrogenia y pérdida funcional, institucionalización y mortalidad prematura. Esta actuación genera, además, un consumo muy elevado de recursos sin resultados en salud o bienestar de los propios afectados, lo que conlleva la ineficiencia neta de los sistemas sanitario y social.

Por todo ello se ha recomendado desde la propia Estrategia de Abordaje de la Cronicidad del Sistema Nacional de Salud, la implementación de procesos asistenciales específicos como medio para garantizar la continuidad y calidad de los cuidados de estas personas.

El modelo asistencial que mejor responde a estas necesidades, según la OMS (8), se basa en una atención **integral** (clínica, funcional, mental y social), **centrada en el paciente**, tanto en sus necesidades de salud como en sus expectativas, e **integrada**, donde los distintos niveles del sistema sanitario, junto al sistema social, comporta objetivos y planes de actuación conjuntos.

Además, este modelo debe valorar las necesidades reales y preferencias de la persona con enfermedad a la hora de seleccionar las intervenciones diagnósticas y terapéuticas más adecuadas. Para ello, debemos tener en cuenta la eficiencia demostrada y la minimización de la repercusión funcional de la discapacidad, evitando la iatrogenia y limitando el esfuerzo terapéutico.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Mejorar la calidad de vida y disminuir la morbilidad de las personas con enfermedad crónica compleja, implementando un modelo de atención específico que contemplará:

- La existencia de una vía asistencial específica.
- La integración en la historia clínica digital (HCD) de los datos provenientes de los distintos ámbitos (atención primaria, atención hospitalaria y atención en centros residenciales y sociosanitarios).
- Potenciar la atención domiciliaria del paciente.
- Coordinar las intervenciones sanitarias y sociales.
- La atención a la persona cuidadora principal.
- La formación específica a las personas cuidadoras.
- Atención al final de la vida, de calidad y en su entorno.

Se definen como paciente crónico complejo (PCC) aquellas personas con una o más enfermedades crónicas que presentan unas intensas o complejas necesidades de atención clínica, por una especial interacción entre ellas, por encontrarse en fase clínica avanzada o por la escasa capacidad de autocuidados, derivado de la pérdida de capacidades funcionales y/o de una insuficiente red de apoyo social. Se considera enfermedad crónica en fase avanzada cuando la afectación clínica es de mayor gravedad, precisando de un enfoque de la atención mayoritariamente paliativa requiriendo más necesidades de la estructura cuidadora.

Objetivo específico:

- **Desarrollo de una sistemática de trabajo basada en un proceso asistencial integrado para la atención de las personas consideradas crónicas complejas.**

En esta línea se plantea el desarrollo del proceso asistencial integrado del paciente crónico complejo del SES con la conformación de equipos multidisciplinares, definiendo las competencias y responsabilidades de todos los profesionales implicados. En el ámbito de la Atención Primaria, promueve una atención más proactiva y personalizada, potenciando el papel de enfermería como gestora de cuidados. En el ámbito de la Atención Hospitalaria, fomenta la asistencia por facultativos generales (medicina interna y geriatría) que actuarán conjuntamente con los profesionales de atención primaria y de centros residenciales y adaptando estos servicios para que puedan ofrecer alternativas a la hospitalización convencional. Asimismo, impulsa la valoración social para movilizar precozmente los recursos que permita mantener al paciente en su entorno.

Líneas de acción:

►Línea 3.1. Diseñar e implantar el proceso asistencial integrado del paciente crónico complejo.

Pretende definir un modelo asistencial adaptado a las necesidades de los pacientes crónicos complejos para el Servicio Extremeño de Salud, basado en una asistencia integrada sobre los ejes clínico, mental, funcional y social, que mejoren la salud y la calidad de vida de pacientes y cuidadores, y sea más eficiente mediante:

- **Línea 3.1.1.** La promoción de la autonomía y la atención en el entorno de vida del paciente, siempre que las condiciones particulares lo permitan.
- **Línea 3.1.2.** La implantación de una atención proactiva, planificada y coordinada que prevenga y atienda precozmente las descompensaciones y las enfermedades intercurrentes.
- **Línea 3.1.3.** El establecimiento de un plan de rehabilitación funcional tras cada exacerbación o proceso mórbido dirigido a recuperar, si lo precisara, las capacidades perdidas que sean potencialmente reversibles.
- **Línea 3.1.4.** La reducción las hospitalizaciones urgentes y estancias prolongadas.
- **Línea 3.1.5.** La consecución de una continuidad asistencial efectiva de los aspectos clínicos, farmacoterapéuticos, de cuidados y de asistencia social entre los ámbitos de la atención primaria, la hospitalaria y de centros residenciales.
- **Línea 3.1.6.** La participación de los profesionales en la mejora del proceso asistencial destacando los aspectos de seguridad, experiencia del paciente y eficiencia de la atención.
- **Línea 3.1.7.** La participación de pacientes y familia en los cuidados y en la toma de decisiones mediante la transmisión de información adecuada y la capacitación sistemática en los cuidados.
- **Línea 3.1.8.** La consecución de un entorno seguro para el paciente que disminuya el riesgo de daño innecesario para el paciente, asociado con la asistencia sanitaria.
- **Línea 3.1.9.** El abordaje de una atención de calidad al final de la vida, independientemente del ámbito asistencial en el que se encuentre el paciente.

7. PROCESOS DE SOPORTE

“INTERVENCIONES COMUNITARIAS”

JUSTIFICACIÓN:

El nivel de salud y bienestar percibido por una comunidad va a depender de los determinantes de la salud: características sociales, geográficas, ambientales, culturales, educativas y también, por el sistema sanitario del lugar donde se reside.

El protagonismo de la ciudadanía, así como la participación de la población en cada una de las cuestiones y decisiones que tengan que ver con su salud, tanto a nivel individual como colectivo, es otro de los condicionantes que va a determinar el grado de salud y bienestar de una población. Las poblaciones con una ciudadanía que participa más y se implica más en los problemas de la comunidad son poblaciones más saludables.

Para lograr un Sistema Participado de Salud se hace necesaria la coproducción en salud, esto es, el trabajo intersectorial de diferentes agentes locales implicados en la salud a nivel de la Administración, ciudadanía/tejido asociativo y recursos técnicos, tales como los del ámbito municipal, educativo, sanitario, etc...

Desde esta Estrategia se pretende impulsar la puesta en marcha de todas aquellas Intervenciones Comunitarias que favorezcan que las personas puedan tomar decisiones saludables y sean reforzadas para actuar sobre sus determinantes de la salud, con una perspectiva de equidad, participación y fortalecimiento de la comunidad.

Aunque sean profesionales del ámbito sanitario quienes tomen la iniciativa o promuevan la puesta en marcha de un proceso de participación comunitaria, la perspectiva es trasladar el protagonismo a la propia comunidad.

En todo caso, se hace necesario el uso de metodologías basadas en el conocimiento científico en todas y cada una de las etapas (análisis, priorización, intervención y evaluación) para poder desarrollarlas, advirtiendo a los profesionales de la importancia de reflexionar y planificar antes de actuar para poder integrar todo el proceso comunitario.

Siguiendo estas premisas se pone en marcha el Proyecto: “Comunidad Participación y Salud” en el Área de Salud de Badajoz con la puesta en marcha del pilotaje de cuatro experiencias de salud comunitaria. Este proyecto cuenta además con una experiencia comunitaria exitosa de referencia como es el “Proyecto Progreso” que se desarrolla desde hace más de 10 años.

OBJETIVOS:

Objetivo General:

Reforzar la acción comunitaria y potenciar la participación de la comunidad para alcanzar un mejor nivel de salud.

Objetivo Específico:

Implantar el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria de Salud.

Líneas de acción:

- ▶ **Línea IC 1.** Participar (junto con el resto de Instituciones de la Alianza de Salud Comunitaria) en la Adaptación de la Guía NICE (NG44) de participación comunitaria y su implantación posterior.
- ▶ **Línea IC 2.** Elaborar y Difundir, por parte del Servicio Extremeño de Salud, la Guía de cómo Registrar Activos de Salud para facilitar esta labor a los profesionales de Atención Primaria.
- ▶ **Línea IC 3.** Desarrollar, desde las Áreas de Salud, el Registro de Activos en Salud por Zona de Salud para su utilización en prescripción, conocimiento, etc... disponible y accesible para todos los profesionales de Atención Primaria y para todos aquellos Recursos Técnicos (Educación, Ciudades Saludables, Deportes, etc...) que lo necesiten.
- ▶ **Línea IC 4.** Creación y funcionamiento en cada Zona de Salud de las Comisiones Comunitarias/Consejos de Salud como Órgano de Participación en el que estén representados diferentes agentes promotores de salud de la comunidad, con la colaboración del centro de salud.
- ▶ **Línea IC 5.** Apoyar desde el Servicio Extremeño de Salud a las Zonas Básicas de Salud que se encuentren en disposición de realizar el diagnóstico de salud participado con el objetivo de fijar prioridades, realizar la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para mejorar la salud de la comunidad a la que atienden.
- ▶ **Línea IC 6.** Implementar por parte de la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales una herramienta a modo de Observatorio, que permita visibilizar en un entorno accesible, la información actualizada de salud poblacional relevante en Extremadura, que incluya indicadores demográficos, sociales, de actividad, etc...

“ESCUELA DE CUIDADOS Y SALUD”

JUSTIFICACIÓN:

La Estrategia de Prevención y Atención a las personas con Enfermedades Crónicas en Extremadura aspira a consolidar un modelo basado en la promoción, educación y prevención donde las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud, y donde también son capaces de actuar colectivamente.

La Escuela de Cuidados y Salud nace de la necesidad de crear un espacio de intercambio de conocimiento y experiencias entre pacientes, familiares, personas cuidadoras y asociaciones de toda Extremadura, que busca mejorar la salud de la población en general y la calidad de vida de las personas con una enfermedad crónica en particular.

Orienta todas sus actuaciones hacia la transformación en la concepción de los cuidados en salud, apostando por la participación activa de la ciudadanía en todo lo referido a su proceso, y conduciéndolos hacia la prevención y el autocontrol de la enfermedad.

Persigue, a través de sus actividades formativas tanto físicas como virtuales, crear una red de profesionales expertos en intervenciones educativas con metodologías participativas basadas en la evidencia.

Quiere afianzarse como recurso de la comunidad que, coordinadamente con otros servicios e instituciones, facilite la participación activa de la población, creando una red conectada de personas con necesidades similares, que se conviertan en líderes transformadores de opinión en la comunidad en temas de promoción y prevención y de cuidados sobre enfermedades crónicas.

Este entorno de intercambio de experiencias y de aprendizaje colaborativo tiene como finalidad la educación para la salud y la promoción de hábitos de vida saludables, lo que la convierte en diferente es que el personal docente son los propios pacientes, familiares y ciudadanía en general (**Agentes de Salud**) – dinamizadores juveniles, voluntarios, personas usuarias del sistema sanitario, social y de dependencia- donde **la metodología se basa en la formación mediante Grupos de Iguales.**

La formación por pares de la Escuela pretende poner en valor los siguientes conceptos:

- El **autocuidado** como valor fundamental que sostiene las bases del concepto de Escuela de Cuidados y Salud, sus Aulas y todos los recursos del sistema sanitario puestos a disposición para mejorar la salud de pacientes y comunidad.

- La **corresponsabilidad** en la toma de decisiones, es el marco de relación al que se aspira llegar, haciendo que la ciudadanía sea responsable de su salud y tenga una información completa y veraz para tomar decisiones en este sentido, así como que los profesionales sean capaces de progresar de un modelo paternalista a un modelo basado en la libertad de la persona con enfermedad crónica para tomar decisiones de forma responsable.
- La **formación e información** basada en la evidencia es el vehículo mediante el cual los profesionales acompañan a los pacientes, los familiares y la población sana en general, en su camino hacia el autocuidado y la corresponsabilidad en la toma de decisiones.
- El **trabajo con la comunidad** en actividades de promoción de la salud configura un espacio donde se trabajará intensamente en colaboración con otros organismos e instituciones, aspirando a preparar y formar a una población que cuida de su salud, y se prepara para tomar decisiones responsables sobre todos los temas que les afectan en este ámbito. La tarea formativa se desarrollará en el ámbito local, allí donde las personas usuarias viven, desarrollan su actividad laboral, familiar y personal, en su comunidad. Éste es un elemento importante, ya que favorece la perdurabilidad de las acciones al mantenerse en el mismo entorno formadores y formados y poder prestarse ayuda mutua y reforzarse de forma positiva tras la finalización de la formación.
- La **transformación del modelo de atención a la persona con enfermedad crónica** donde la enfermería se hace líder en el cambio de la concepción de los cuidados por parte de los pacientes, en estrecha y necesaria colaboración con quienes intervienen en el proceso de atención a la salud de pacientes, personas cuidadoras y la comunidad.

En nuestra Comunidad Autónoma existen ya múltiples experiencias desde el ámbito de la participación comunitaria y de la salud que se encuadran en este modelo, donde dar protagonismo a pacientes en su proceso, es el eje vertebrador de todas ellas. El punto de partida, por tanto, ha sido recapitular sobre lo ya avanzado y construir acciones nuevas que se encuadran en esta filosofía. Algunas de estas iniciativas están muy consolidadas, otras tienen hecho un recorrido corto, pero con voluntad de continuidad. Y, por último, existen otras iniciativas donde no existe experiencia previa, pero sí un entorno favorable para su puesta en marcha.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Creación y puesta en marcha de la Escuela de Cuidados y Salud de Extremadura.

Objetivos Específicos:

- **Detectar y priorizar las necesidades para la puesta en marcha de las distintas aulas de Cuidados y Salud.**

Líneas de acción:

► **Línea ECS 1.** Participación activa y comprometida en las distintas convocatorias del Consejo Regional de Pacientes, para detectar las necesidades sentidas por los distintos representantes de las asociaciones.

► **Línea ECS 2.** Establecer mecanismos de comunicación para que nuevos grupos de profesionales se adhieran a las distintas aulas.

- **Consolidación de experiencias existentes amparándolas dentro de la Escuela de Cuidados y Salud.**

Líneas de acción:

► **Línea ECS 3.** Ampliación del Aula de Ansiedad y malestar Emocional.

► **Línea ECS 4.** Ampliación del Aula de Diabetes.

► **Línea ECS 5.** Ampliación del Aula Operación Salud.

► **Línea ECS 6.** Ampliación del Aula de Peso.

- **Implantación progresiva de nuevas Aulas de Cuidados y Salud.**

Líneas de acción:

► **Línea ECS 7.** Implantación Aula de Anticoagulación.

► **Línea ECS 8.** Implantación del Aula de Mama.

► **Línea ECS 9.** Implantación del Aula de Promoción de la autonomía y Envejecimiento Activo.

► **Línea ECS 10.** Implantación del Aula VIH-SIDA.

- ▶ **Línea ECS 11.** Implantación del Aula de Salud Mental Positiva: Autocuidados.
- **Establecer un Plan de comunicación de la Escuela de Cuidados y Salud y sus Aulas.**
 - ▶ **Línea ECS 12.** Plan de Comunicación Interna de la Escuela de Cuidados y Salud.
 - ▶ **Línea ECS 13.** Plan de Comunicación Externa de la Escuela de Cuidados y Salud.

“ESTRATIFICACIÓN POBLACIONAL”

JUSTIFICACIÓN:

Uno de los elementos comunes a las distintas visiones del abordaje a la cronicidad es que, de una u otra forma, parten de una estratificación poblacional. El objetivo de la misma es agrupar la población según su necesidad de recursos asistenciales y sociales, lo que ayuda a la planificación posterior de objetivos y generación de líneas de actuación concretas.

El Sistema de Información del Servicio Extremeño de Salud que conocemos como JARA fue concebido como herramienta de trabajo compartido entre todos los niveles asistenciales en nuestra comunidad. Cada persona tiene una única historia clínica, donde vierten y comparten su información la totalidad de nuestros profesionales. Esta situación privilegiada nos permite aplicar herramientas de estratificación que se alimentan de la información de forma directa, en un proceso limpio, sin pasos intermedios que apoyan la validez de los datos obtenidos.

Entendemos la estratificación no como un fin en sí mismo sino exclusivamente como un medio que aporta una visión diferente de la realidad asistencial. Esta asignación de complejidad, que necesita ser validada por los profesionales de atención primaria, puede ser de enorme ayuda tanto a profesionales como a gestores a la hora de planificar sus recursos materiales y humanos.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Estratificación por nivel de complejidad de la población extremeña, evaluación las herramientas existentes y desarrollo de sus utilidades.

Objetivos Específicos:

- Evaluar distintas herramientas de estratificación.

Líneas de acción:

► **Línea EP 1.** Estudio, evaluación y validación de distintos modelos de estratificación disponibles.

- Estratificación periódica de la población mediante GMA (Grupos de Morbilidad Ajustados)(15).

Líneas de acción:

► **Línea EP 2.** Estratificación semestral mediante GMA.

► **Línea EP 3.** Implementación semestral de la estratificación en JARA asistencial y visualización de la información en la Historia Clínica Individual.

- Desarrollo y evolución de las herramientas de estratificación y sus utilidades.

Líneas de acción:

► **Línea EP 4.** Puesta en marcha de la herramienta de extracción de informes o listados de agrupación por GMA accesible a los profesionales.

► **Línea EP 5.** Fomentar la utilización de GMA para intervenciones específicas (mejora en la codificación, revisión de medicación, etc...)

► **Línea EP 6.** Colaboración con el Ministerio en el desarrollo de GMA y en su aplicación dentro de la Base de Datos Clínica de Atención Primaria (BDCAP).

“SISTEMAS DE INFORMACIÓN”

JUSTIFICACIÓN:

La implementación de la Estrategia de Prevención y Atención a Personas con Enfermedades Crónicas en Extremadura obliga a reenfoque gran parte de los elementos que componen el Servicio Extremeño de Salud. El Sistema de Información del Servicio Extremeño de Salud (SES), es uno de sus elementos más distintivos y ha sido definido como uno de los procesos de soporte de esta Estrategia. Su desarrollo es imprescindible para este necesario cambio del enfoque asistencial.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Coordinar el desarrollo del Sistema de Información del Servicio Extremeño de Salud con las orientaciones de la Estrategia de Prevención y Atención a Personas con Enfermedades Crónicas en Extremadura.

Se hace necesaria la participación de Sistemas de Información tanto en la elaboración del abordaje de esta estrategia como su presencia en la totalidad de los grupos de trabajo formados para la misma. Igualmente ha sido necesario identificar las Áreas de mejora que posibiliten y favorezcan la comunicación con los usuarios, la comunicación entre niveles asistenciales, la comunicación entre Áreas de salud, la identificación de nuevos modelos organizativos de consulta no presencial (síncronas, asíncronas, multidisciplinares...), la identificación de nuevos modelos tecnológicos de consulta (telefónica, videoconsulta, nuevas aplicaciones de telemedicina...) y la potenciación de las herramientas de evaluación de actividad y procesos.

Objetivos Específicos:

- Puesta en marcha y/o desarrollo de evolutivos específicos.

Líneas de acción:

► **Línea SI 1.** Desarrollo de nuevas herramientas de comunicación con los usuarios/pacientes:

- Centro de Salud *on-line*.
- Evolución del Portal Salud.
- Videoconsulta.

► **Línea SI 2.** Desarrollo de nuevas herramientas de comunicación entre profesionales:

- Implementación del e-diálogo.
- Implementación de la consulta multidisciplinar.
- Implementación de protocolos asistenciales compartidos: Tele-ictus y Telemedicina en Salud Mental.
- Evolutivo del paciente crónico complejo: nueva funcionalidad que integra la actividad de distintos niveles asistenciales, y soporte del nuevo proceso asistencial del paciente crónico complejo.
- Implantación del Programa de Gestión de Enfermedades Crónicas (GEC) del Ministerio, inicialmente diabetes mellitus y EPOC, con previsión de inclusión de la enfermedad renal crónica.

► **Línea SI 3.** Desarrollo y/o implantación de nuevas estaciones de trabajo o funcionalidades de las ya existentes:

- Estación de trabajo de médicos de centros residenciales y de los centros sociosanitarios.
- Estación de trabajo de rehabilitación y fisioterapia.
- Estación de trabajo de Trabajador social hospitalario.
- Implementación de herramienta de revisión de medicación.
- Incorporar para su visualización, los informes de seguimiento de los recursos sociales que presten asistencia a los pacientes, en el Sistema de Información Sanitaria.

► **Línea SI 4.** Impulsar el desarrollo y evolución del Business Information Warehouse (BIW):

- Nueva orientación del BIW de actividad de Atención Primaria.
- Diseño de BIW de procesos clínicos.
- Evaluación de herramientas de Big Data sobre contenidos de JARA asistencial.

- **Evaluación de nuevas herramientas.**

Líneas de acción:

- ▶ **Línea SI 5.** Desarrollar un modelo de evaluación de la consulta multidisciplinar.
- ▶ **Línea SI 6.** Desarrollar un modelo de evaluación de la consulta por vídeo.
- ▶ **Línea SI 7.** Pilotaje del programa de gestión de enfermedades crónicas (GEC) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- ▶ **Línea SI 8.** Evaluación de modelos de imputación de costes.

“NUEVAS FORMAS DE RELACIÓN ENTRE PROFESIONALES”

JUSTIFICACIÓN:

La necesidad de conseguir la continuidad en la atención del paciente crónico tanto a nivel clínico-asistencial como a nivel social, demanda el establecimiento de cauces de comunicación entre estos niveles que sean ágiles y eficientes y que toda información relevante aparezca reflejada en la Historia Clínica de la persona y en las agendas de los profesionales.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Facilitar el intercambio de información entre los niveles sanitario y social para aumentar la eficiencia y mejorar la seguridad de las personas con enfermedad crónica en cualquier ámbito en que se localice y en las transiciones asistenciales.

Objetivo Específico:

- **Habilitar nuevos cauces de comunicación estables y fluidos entre profesionales de los distintos ámbitos asistenciales, potenciando los existentes e implantando nuevos modelos basados en la aplicación de la tecnología.**

Líneas de acción:

- ▶ **Línea RP 1.** Habilitar la consulta telefónica y/o por mensajería corporativa reglada entre profesionales de atención primaria y/o centros residenciales con los de atención hospitalaria.
- ▶ **Línea RP 2.** Instaurar el e-diálogo entre profesionales de diferentes ámbitos asistenciales, así como entre profesionales del propio ámbito hospitalario.
- ▶ **Línea RP 3.** Instaurar la consulta multidisciplinar.
- ▶ **Línea RP 4.** Favorecer la extensión de las consultas de telemedicina, tanto con función asistencial como coordinadora entre profesionales.

- **Derribar las barreras que dificultan la coordinación intersectorial, facilitando y promoviendo una atención integral y coordinada.**

Líneas de acción:

► **Línea RP 5.** Promover las sesiones clínicas entre profesionales de atención primaria y/o centros residenciales con atención hospitalaria, tanto presenciales como telemáticas, destinadas a fomentar el trabajo protocolizado y consensuado en el manejo de los distintos problemas de salud.

► **Línea RP 6.** Fomentar la implantación de sesiones de trabajo destinadas a delimitar la estrategia de atención de pacientes concretos o a la resolución de problemas surgidos en su atención, de forma presencial o telemática, entre atención primaria y/o centro residencial con atención hospitalaria, intrahospitalaria y entre atención primaria y/o centro residencial con los servicios sociales.

“COMUNICACIÓN”

JUSTIFICACIÓN:

Vivimos en un tiempo cambiante, en parte debido a la introducción de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) en nuestra vida diaria, en el que es clave la buena comunicación en salud entre profesionales y ciudadanos.

Nuevos escenarios, nuevos entornos, nuevos canales, nuevos roles... La relación entre sanitarios, pacientes y ciudadanía en general, ha cambiado radicalmente y por eso se hace necesario que todos entiendan que las vías de comunicación ya no son iguales y el mensaje se debe adaptar al nuevo contexto para que la información entre ambos fluya de la mejor manera.

Si la comunicación es la adecuada, con un entorno físico-virtual optimizado como el que potencialmente tenemos hoy día, podemos presagiar que la relación entre ambos será más potente, de más calidad, y, tanto pacientes como profesionales, se considerarán más satisfechos y alineados con el objetivo final de toda organización sanitaria.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Desarrollar e implementar canales de comunicación en salud entre la ciudadanía tanto con la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales como con sus profesionales, que les permita obtener información veraz y actualizada.

Objetivos específicos:

- Generar entornos que favorezcan la comunicación entre la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales y la ciudadanía.

Líneas de acción:

- ▶ **Línea COM 1.** Generar contenidos en la página web Salud Extremadura dirigidos a proporcionar información general y consejos sobre promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- ▶ **Línea COM 2.** Generar contenidos en la página web Salud Extremadura dirigidos a proporcionar información general y consejos sobre el manejo de los problemas de salud más prevalentes.
- ▶ **Línea COM 3.** Generar en la página web Salud Extremadura contenidos e Información institucional sobre recursos disponibles para el ciudadano.

- **Generar entornos que favorezcan la comunicación entre los Profesionales y los Ciudadanos.**

Líneas de acción:

Línea COM 4. Utilización de nuevas herramientas, soportadas en nuevas tecnologías, que faciliten la comunicación bidireccional.

Línea COM 5. Ampliar los contenidos de la web institucional y otros soportes tecnológicos a espacios como: Cuidados Paliativos, Salud Mental, Defensora de los Usuarios, Escuela de Cuidados y Salud, Programas de Promoción de la Autonomía, Programas y Proyectos de Salud, etc...

“FARMACIA”

JUSTIFICACIÓN:

Actualmente, al igual que los países de nuestro entorno, vivimos en una sociedad cada vez más medicalizada. Una sociedad que muestra una mayor percepción de malestar y dependencia, a pesar de disfrutar de la mayor calidad asistencial y esperanza de vida que en toda nuestra historia. Sostener las necesidades que este sentimiento crea, obliga a los individuos y la colectividad a restar recursos aplicables a potenciar otras esferas del bienestar, sin una clara justificación de que este coste de oportunidad conduzca a una mejora en la salud.

En el caso de las personas con enfermedades crónicas, que precisan en su mayoría tratamientos farmacológicos durante largos periodos de tiempo para mantener la situación de estabilidad de su condición o la recuperación tras una reagudización, es muy frecuente la polimedicación, aumentando el riesgo de iatrogenia y/o inadecuación del esfuerzo terapéutico.

En este sentido, las intervenciones a este nivel consisten en la provisión responsable de la farmacoterapia con el propósito de alcanzar unos resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente, persiguen tanto su seguridad como la eficacia y eficiencia del tratamiento prescrito, y requiere de intervenciones coordinadas entre los distintos actores y escenarios en los que se atiende al paciente.

Se requiere, además, una coordinación de sistemas de información entre niveles, que reúna toda la información relacionada con la farmacoterapia de los pacientes y que garantice el acceso por igual para la totalidad de profesionales, desde los diferentes ámbitos.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Desarrollar intervenciones farmacoterapéuticas, de forma multidisciplinar, colaborativa y coordinada de todos los profesionales implicados en el tratamiento del paciente, para que sean lo más adecuados, seguros y eficientes.

Objetivos Específicos:

- **Implantar acciones específicas de intervenciones farmacoterapéuticas normalizadas en los distintos ámbitos asistenciales.**

Líneas de acción:

► **Línea FAR 1.** Fomentar intervenciones de educación a población sana sobre el uso racional del medicamento en todos los ámbitos de atención.

► **Línea FAR 2.** Impulsar la adecuación farmacoterapéutica, en cualquiera de los entornos de atención al paciente, tanto en el ámbito de la atención primaria, atención hospitalaria, sociosanitario y en la comunidad.

► **Línea FAR 3.** Fortalecer la adherencia al tratamiento en el paciente y, cuando se requiera, implantar sistemas personalizados de dispensación como medida de apoyo.

► **Línea FAR 4.** Desarrollar la Cartera de Servicio de Uso Racional del Medicamento de los farmacéuticos de atención primaria, como elemento imprescindible para la coordinación y desarrollo de la atención farmacéutica interniveles.

- **Garantizar la coordinación y comunicación de profesionales, equipos y paciente en torno a las intervenciones farmacoterapéuticas.**

Líneas de acción:

► **Línea FAR 5.** Crear un historial farmacoterapéutico único visible desde todos los ámbitos, para quienes trabajen vinculados a la terapia farmacológica y no farmacológica de las personas con enfermedad crónicas.

► **Línea FAR 6.** Establecer un plan terapéutico en base a los objetivos en salud que se pretenden alcanzar para cada paciente.

► **Línea FAR 7.** Promover la revisión farmacoterapéutica en todos los ámbitos asistenciales.

- ▶ **Línea FAR 8.** Sistematizar la conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales.
 - ▶ **Línea FAR 9.** Implantar el seguimiento farmacoterapéutico por parte de los farmacéuticos en todos los ámbitos de atención.
 - ▶ **Línea FAR 10.** Establecer mecanismos de coordinación y comunicación de las intervenciones farmacoterapéuticas entre profesionales de un mismo ámbito y entre ámbitos diferentes y el paciente o cuidador.
 - ▶ **Línea FAR 11.** Dotar a los profesionales involucrados, de herramientas informáticas que ayuden en las diferentes intervenciones que requiera el paciente: educación, adecuación, adherencia, conciliación, revisión, seguimiento y deprescripción.
- **Evaluar los resultados de las intervenciones farmacoterapéuticas en relación a los objetivos marcados para el paciente.**

Líneas de acción:

- ▶ **Línea FAR 12.** Establecer indicadores de resultados de las intervenciones farmacoterapéuticas, que permitan medir los objetivos alcanzados en función del plan terapéutico de cada paciente.

“FORMACIÓN”

JUSTIFICACIÓN:

La medicina actual, requiere gran conocimiento sobre la capacidad predictiva de las actividades clínicas, comprender y saber comunicar los riesgos inherentes a las decisiones diagnósticas y terapéuticas, escuchar a pacientes y ajustar los procesos clínicos a la forma de ser de cada persona y, cuando aparece la complejidad, liderar y coordinar los recursos en base a un plan compartido entre pacientes y diferentes profesionales. Estos retos precisan una formación específica para preparar a los profesionales sanitarios para las exigencias de la medicina actual.

OBJETIVO

Objetivo general:

Diseñar un Plan Formativo Integral que incorpore las líneas de formación necesarias para el desarrollo e implantación de la Estrategia.

Objetivos específicos

- **Lograr los niveles de formación adecuadas que permita la máxima implantación de esta estrategia en cada una de sus áreas y procesos de soporte.**

Líneas de acción:

► **Línea F 1.** Desarrollo de Actividad Formativa sobre Práctica Clínica Basada en la Evidencia.

► **Línea F 2.** Formación en Metodología de Trabajo de Enfermería y su aplicación en entorno JARA dirigido al personal de enfermería de: AP, hospitalización de Medicina Interna, Geriátrica, Cuidados Paliativos, Salud Mental y de centros residenciales dependientes del SEPAD.

► **Línea F 3.** Establecer formación en JARA a personal de Enfermería de centros del SEPAD.

► **Línea F 4.** Formación sobre cuidados básicos en pacientes crónicos complejos para técnicos auxiliares en enfermería y como capacitar en estos al cuidador durante la hospitalización.

► **Línea F 5.** Formación de cuidadores formales para pacientes crónicos complejos/dependencia severa.

- ▶ **Línea F 6.** Formación sobre el Proceso Asistencial del Paciente Crónico Complejo.
 - ▶ **Línea F 7.** Formación sobre cada uno de los Procesos Asistenciales Integrados dirigido a directivos, equipos locales de implantación y a profesionales.
 - ▶ **Línea F 8.** Formación en Intervenciones Comunitarias.
- **Monitorización y seguimiento de nuevas necesidades formativas que favorezcan la implantación/consolidación.**

Líneas de acción:

- ▶ **Línea F 9.** Evaluación periódica de necesidades formativas a través de Responsables de Formación de las Áreas.
- ▶ **Línea F 10.** Establecimiento de mecanismos por los que los profesionales puedan expresar sus necesidades formativas en esta materia.
- ▶ **Línea F 11.** Elaboración bienal del Programa Formativo basado en las necesidades formativas detectadas.

“INNOVACIÓN Y TRANSFORMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN”

JUSTIFICACIÓN:

Se impone una transformación del modelo actual de atención sanitaria dentro del Sistema Sanitario Público de Extremadura mediante la reorganización de recursos y estructuras. Esta transformación promueve cambios de gran calado sobre la estrategia, organización, sistemas de información y procesos y va dirigida a una gestión más eficiente y a un compromiso prioritario con la calidad y seguridad asistencial.

También es necesario promover la cultura de la innovación mediante herramientas dirigidas a las personas y la organización, para su crecimiento y mejora, contando con el compromiso y la implicación de profesionales, haciendo que se sientan responsables de la mejora continua de sus actividades cotidianas. De este modo se logra un impacto muy positivo en los niveles de eficacia, eficiencia y satisfacción tanto de pacientes como de profesionales.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Introducir la cultura de la innovación en los aspectos organizativos y tecnológicos de los sistemas sanitario y social que ayuden a conseguir los objetivos de la Estrategia.

Objetivos Específicos:

- **Realizar desde la Administración, los cambios necesarios para conseguir alcanzar la implantación de la Estrategia de Prevención y Atención a Personas con Enfermedades Crónicas mediante modificaciones a nivel legislativo, organizativo, de funcionamiento, de comunicación, formativos y presupuestarios del sistema sanitario y social y mediante la Implementación de medidas de innovación que lo faciliten.**

Líneas de acción:

- ▶ **Línea ITO 1.** Desarrollar el nuevo Reglamento de Funcionamiento de Atención Primaria, Atención Hospitalaria y dispositivos de Salud Mental, estableciendo las medidas de coordinación entre los distintos ámbitos.
- ▶ **Línea ITO 2.** Adaptar y flexibilizar la organización y los horarios de trabajo en función de las necesidades de pacientes y comunidad.
- ▶ **Línea ITO 3.** Fomentar las estructuras que permitan evitar ingresos hospitalarios o disminuir su duración (unidades de media y larga estancia hospitalaria, Hospitales de Día, sistemas de comunicación al alta, etc...)

- ▶ **Línea ITO 4.** Adecuar la dimensión de los cupos de Atención Primaria y su presupuesto farmacéutico a la complejidad de la población atendida.
- ▶ **Línea ITO 5.** Reorganización de la plantilla de Farmacéuticos de EAP que permitan el desarrollo de actividades trascendentales de atención farmacéutica y atención a la comunidad en Uso Racional del Medicamento.
- ▶ **Línea ITO 6.** Estimular el desarrollo profesional y personal estableciendo medidas que fomenten la autonomía en la gestión e incentivos adaptados a la actividad productiva de aquellos indicadores relacionados con la implantación de la Estrategia.
- ▶ **Línea ITO 7.** Actualizar la Cartera de Servicios de Atención Primaria para adaptarla al desarrollo del programa de actividades comunitarias y adecuar los servicios afectados por los procesos asistenciales.
- ▶ **Línea ITO 8.** Establecer los mecanismos y herramientas adecuadas que permitan iniciar la educación en hábitos de vida saludables desde edades tempranas, mediante acuerdos, convenios, etc., con la Consejería de Educación.
- ▶ **Línea ITO 9.** Modificación de la composición y funcionamiento de los Consejos de Salud de Zona para adaptarlos a un mejor enfoque comunitario.
- ▶ **Línea ITO 10.** Creación de la categoría de “Enfermero Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria” y de las bolsas de trabajo donde se reconozca el título de enfermeros especialistas en Atención Familiar y Comunitaria.
- ▶ **Línea ITO 11.** Establecer una Comisión de Seguimiento para la promoción de hábitos saludables que, de forma coordinada con el Consejo Asesor de Educación para la Salud de Extremadura, monitorice, detecte deficiencias y haga recomendaciones para su corrección.
- ▶ **Línea ITO 12.** Creación de una Oficina de Implementación de la Estrategia con objetivos dirigidos a dar soporte para su implantación y consolidación.

8. PLANIFICACIÓN ECONÓMICA

El cumplimiento de las líneas de acción de este documento en la mayor parte de los casos no precisa financiación específica en lo que afecta a nuevas formas de relación y coordinación entre los diferentes ámbitos en que se provee la asistencia sanitaria y social. Para aquellas líneas de actuación que sí lo precisan, La Consejería de Sanidad y Políticas sociales, a través de los organismos de la Administración Sanitaria implicados en su ejecución o seguimiento, asume el compromiso de financiación a través de los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

9. ANEXOS

- I. MARCO NORMATIVO.
- II. RELACIÓN DE GRUPO DIRECTOR, COORDINADORES Y PARTICIPANTES.
- III. BIBLIOGRAFÍA.
- IV. INDICADORES DE EVALUACIÓN.

I. MARCO NORMATIVO

La atribución constitucional de competencias sanitarias (**artículo 149.1.16^a de la Constitución Española**), otorga a las Comunidades Autónomas autonomía para que, respetando la legislación básica del estado, organice sus propios servicios de salud.

La ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, concibe el Sistema Nacional de Salud como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados. En su artículo 50 introduce el principio de integración como el que ha de inspirar la constitución de los servicios sanitarios en cada Comunidad Autónoma.

La búsqueda de los modelos de excelencia en la gestión ha condicionado que los Sistemas Sanitarios potencien aspectos tan importantes como la incorporación de nuevas tecnologías y la gestión de los conocimientos como elementos fundamentales del Sistema Nacional de Salud.

Un modelo de excelencia lo constituye el desarrollo de la gestión por procesos, que facilitará la continuidad asistencial de los pacientes requerirá de una atención sanitaria integral suponiendo la cooperación multidisciplinar de todos y cada uno de los profesionales de los diferentes ámbitos sanitarios tal y como se recoge en la **Ley 44/2003 de Ordenaciones de los Profesionales sanitarias**.

La Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud configura el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones Públicas sanitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el SNS así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud. En su artículo 64 considera que: "... se elaborarán planes integrales de salud sobre las patologías más prevalentes, relevantes o que supongan una especial carga socio familiar, garantizando una atención sanitaria integral que comprenda su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación".

"Los planes integrales de salud establecerán criterios sobre la forma de organizar los servicios para atender las patologías de manera integral y semejante en el Servicio Nacional de Salud".

En virtud de ésta se han elaborado los distintos Planes de Calidad del SNS y la Estrategia Nacional para el Abordaje de la Cronicidad del SNS.

La Consejería de Sanidad y Políticas Sociales en aras de aumentar y garantizar la calidad del Sistema Sanitario Público Extremeño apuesta por dotar a todos los profesionales, mayor nivel de autonomía y responsabilidad en la toma de sus decisiones clínicas, siendo necesario para ello, intensificar el desarrollo de la Gestión Clínica.

La gestión por procesos constituye una herramienta encaminada a conseguir unos objetivos concretos de Calidad, abordando de forma ágil, rápida y sencilla los problemas de salud, que garanticen la continuidad asistencial basada en las actividades contempladas en la cartera de Servicios del Servicio Extremeño de salud, tal y como se especifica en el **Plan Estratégico del Servicio Extremeño de salud 2009-2012**.

El nuevo modelo de atención sanitaria implica un compromiso por parte de las Administraciones públicas a la hora de establecer nuevas rutas y procedimiento de trabajo que potencien el trabajo en equipo, la gestión por procesos y el papel de la Enfermería, en el ámbito de la atención primaria, tal y como se refleja en el **Plan de Salud de Extremadura 2013-2020**.

En este Plan también se hace especial hincapié en la necesidad de reorganizar la Atención Hospitalaria mediante la gestión de procesos asistenciales, la elaboración de protocolo y guías clínicas y la utilización de las TICs, todo ello como instrumentos de mejoras en la gestión sanitaria.

El 27 de junio de 2012, el **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud**, aprueba el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, donde se establece entre otros aspectos, los objetivos y recomendaciones que permitirán orientar a la organización de los servicios hacia la mejora de la salud de la población y sus determinantes, la prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico y su atención integral.

Esta estrategia marcará un nuevo enfoque en todos los sistemas sanitarios públicos de las comunidades autónomas, a la hora de abordar la cronicidad pasando de un sistema centrado únicamente en la enfermedad a otro más ambicioso que abarque, además, entre otros aspectos, las necesidades poblacionales que garanticen la continuidad de los cuidados y la autonomía del paciente.

En esta misma línea de trabajo el **Plan estratégico de Calidad del Sistema Sanitario público 2015-2021**, promueve la gestión por procesos priorizando algunas enfermedades crónicas e implantando la necesidad de una estrategia específica para el abordaje de la cronicidad.

Finalmente, el **III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020** ha marcado el presente documento en aquellos aspectos que le son de su competencia.

II. RELACIÓN DEL GRUPO DIRECTOR, COORDINADORES Y PARTICIPANTES

Grupo Director

Vergeles Blanca	José María	Consejero de Sanidad y Políticas sociales	Consejería de Sanidad y Políticas Sociales
Tobajas Belvís	Luis	Director General de PFyCSS	Consejería de Sanidad y Políticas Sociales
Franco Rubio	Ceciliano	Director Gerente del SES	SES-Servicios Centrales
Torres Lozano	Concepción	Secretaría General del SES	SES-Servicios Centrales
Delgado Mateos	Federico	Director General de Planificación Económica	SES-Servicios Centrales
Alonso Núñez	Vicente	Director General de Asistencia Sanitaria	SES-Servicios Centrales
Guijarro Gonzalo	M ^a Pilar	Directora General de Salud Pública	SES-Servicios Centrales
Thovar Bermejo	Santiago	Subdirector de Sistemas de Información	SES-Servicios Centrales

Grupo Planificador

Rubio González	Manuela	Subdirectora de Atención Primaria	SES-Servicios Centrales
Carmona Torres	Concepción	Subdirectora Gestión Farmacéutica	SES-Servicios Centrales
Gutiérrez Montaño	Concepción	Subdirectora de Atención Especializada	SES-Servicios Centrales
Martín Morgado	Beatriz	Subdirectora de Salud Mental y Programas Asistenciales	SES-Servicios Centrales
Elías Retamosa	M ^a Francisca	Responsable Médico de Asistencia Sanitaria	SES-Servicios Centrales
Félix Redondo	Fco Javier	Responsable Médico de la DGAS	SES-Servicios Centrales
Lozano Mera	Luis	Responsable de Programas de Sistemas de Información	SES-Servicios Centrales
González Ramírez	Gustavo	Responsable Médico de Salud Pública	SES-Servicios Centrales
Torres Solís	Ignacio	Responsable de Programas de Salud Mental	SES-Servicios Centrales
Martínez Torvisco	Francisca	Coordinadora Técnica	SES-Servicios Centrales
Martín Galán	Verónica	Responsable de Telemedicina	SES-Servicios Centrales
Salamanca Bautista	Paula	Técnico Medio de la DGAS	SES-Servicios Centrales

Grupos de Trabajo

Acosta Hernández Felisa	Trabajadora Social	C.S. Valdepasillas (Área de Badajoz)
Alonso Cueli Graciela	Enfermera de Atención Primaria	C.S. Trujillo (Área de Cáceres)
Alonso Núñez Carmen	Técnico Superior. DG de Salud Pública	SES-Servicios Centrales
Álvarez Díaz M ^a del Mar	Médica de Atención Primaria	C.S. Urbano I (Área de Mérida)
Asensio Romero Joaquín	F.E.A de Radiodiagnóstico	Hospital Don Benito-Vva
Barragán Gómez-Coronado C.	Coordinador de la Dirección de Salud Pública	Gerencia de Área de Badajoz

Barroso Martínez Victoria	Técnico Medio. DGPFyCSS	Consej. de Sanidad y Políticas Sociales
Benito Arroyo Isabel	Directora Médica de Atención Primaria	Gerencia de Área de Mérida
Cabrera Gómez Juliana	Médica de Atención Primaria	C.S. D Benito Oeste (Á de D. Benito-Vva)
Cano Cano Raquel	Trabaj Social Asociación Oncológica Extremeña	AOEX
Carmona Torres Concepción	Subdirectora Gestión Farmacéutica	SES- Servicios Centrales
Castro Fernández Miguela	Jefa de Negociado. DGAS	SES-Servicios Centrales
Cebrián Ordiales Clarencio	Médico de Atención Primaria	C.S. Casar de Cáceres (Área de Cáceres)
Corrales Nevado Dolores	Enfermera de Atención Primaria	C.S. Plaza de Argel (Área de Cáceres)
Cortés Arroyo Isabel	Grupo Técnico del Hospital de Mérida	Gerencia de Área de Mérida
Cortés Mancha Mercedes	S. de Ppción Comunitaria en Salud. DGPFyCSS	Consej. de Sanidad y Políticas Sociales
Cruces Sánchez Pedro	Técnico de Salud	Gerencia de Área de Don Benito-Vva
Domínguez Rguez José Carlos	Farmacéutico de Atención Primaria	C.S. de Coria (Área de Coria)
Elías Retamosa M ^a Fca	Responsable Médico. DGAS	SES-Servicios Centrales
Enciso Arjona M ^a Isabel	Médica Centro Residencial La Granadilla	Área de Badajoz
Escudero Mayoral Juan Carlos	Gerente de Área	Gerencia del Área de Mérida
Félix Redondo	Fco Javier	Responsable Médico de la DGAS
Fdez Martín M ^a Adoración	Tco Sup. Unidad de Programas. DG Salud Pública	SES-Servicios Centrales
Fraile Bravo Mercedes	Tco Medio. Unidad de Programas. DG Sal. Pública	SES-Servicios Centrales
Fuentes Durán Carmen	Enfermera de Atención Especializada	Hospital de Navalmodal de la Mata
García López M ^a Isabel	Asesora Técnica Unidad de Programas Educativos	Secretaría General de Educación. Badajoz
García Marín Vicente	Médico de Atención Primaria	C.S. de Alconchel (Área de Badajoz)
García Soletto Ana	Enfermera de Atención Primaria	C.S. Obispo Paulo (Área de Mérida)
Gil Glez- Haba María	Farmacéutica de Atención Primaria	C.S. Urbano I (Área de Mérida)
Gómez Barea Mercedes	Enfermera Supervisora de Farmacia	Hospital de Mérida
González Conde Gloria	Pedagoga	C.S. El Progreso (Área de Badajoz)
González Guerrero José Luis	F.E.A Geriatría	Hospital Ntra. Sra. De la Montaña
González Tamayo José Antonio	Enfermero de Atención Primaria	C.S. de Llerena (Área de Llerena-Zafra)
Gutiérrez Montañó Concep.	Subdirectora de Atención Especializada	SES-Servicios Centrales
Gutiérrez Moraño Pedro	Subdirector de Enfermería de Atención Primaria	Gerencia del Área de Coria
Hernández Mocholí M Angel	Director Científico-Técnico del Ejercicio te Cuida	Cáceres
Igual Fraile Dimas	Médico de Atención Primaria	C.S. Manuel Encinas (Área de Cáceres)
López García Rosa	Rsbble de Unidad de Programas. D.G. Salud Pública	SES-Servicios Centrales
López Gómez M ^a José	Enfermera de Atención Primaria	C.S. Fuente del Maestro (Á de Lle-Zafra)
Lozano Meras Luis	Rble Médico. Subdirección de Smas Información	SES-Servicios Centrales
Márquez Pérez Fca. Lourdes	Jefa de Servicio de Neumología	Hospital Infanta Cristina
Martín Clavo Susana	Farmacéutica Hospitalaria	Hospital Infanta Cristina
Martín Pero M ^a del Mar	Directora de Enfermería de Atenc Especializada	Gerencia del Área de Llerena-Zafra
Martínez Roa Cristina	Enfermera de Atención Primaria	C.S. el Progreso (Área de Badajoz)

Martínez Torvisco Francisca	Coordinadora Técnica	SES-Servicios Centrales
Maynar Mariño Ignacio	Director Médico de Atención Primaria	Gerencia de Área de Badajoz
Montes Salas Luis Ángel	Rble Programa Ciudades Saludables y Sostenibles	Plasencia
Morales Herrera Natividad	Trabajadora Social	C.S. Los Santos de Maimona (Á U-Zafra)
Moreno Gil M ^a Puerto	F.E.A Reumatología	Hospital San Pedro de Alcántara
Murillo Molano Inmaculada	Dirección de Enfermería de At Especializada	Hospital de Llerena
Nieto Corral M ^a Encarnación	Enfermera de Atención Primaria	C.S. de Alburquerque (Área de Badajoz)
Noguera Rubio María	Fisioterapeuta de Atención Primaria	C.S. de Alcuéscar (Área de Cáceres)
Olivera Santa-Catalina Lorena	Pedagoga-Educadora del SEPAD	SEPAD-Mérida
Ortiz Rodríguez Olga	Farmacéutica de Área	Gerencia de Área de Llerena-Zafra
Palomo Cobos Luis	Médico de Atención Primaria	C.S. Zona Centro (Área de Cáceres)
Parra Barona Juan	Jefe del Servicio de Endocrinología	Hospital Mérida
Peralta Peralta Ana Isabel	Médica de Atención Primaria	C.S. Villafranca de los Barros (Á de Mérida)
Pérez Castán José Fernando	Jefe de Estudios. UDM de At Familiar y Comunitaria	Gerencia de Área de Don Benito-Vva
Pérez Escanilla M ^a Eugenia	Tco Medio. Unidad de Programas. DG Salud Pública	SES-Servicios Centrales
Pizarro Sánchez Miguel	Licenciado Ciencias AF y deporte. DG de Deportes	Mérida
Plasencia Chacón Belén	Coord de S. de Informac y Gestión del Conocimiento	SEPAD
Pons García M ^a Asunción	F.E.A de Neurología	Hospital Infanta Cristina
Pulido Maestre Rosa	Trabajadora Social	C.S. Zona Centro (Área de Cáceres)
Reviriego Díaz Mercedes	Médica de Atención Primaria	C.S. Alcuéscar (Área de Cáceres)
Rodríguez Gutiérrez Antonio	Coord de Enfermería. Subd de Smas de Información	SES-Servicios Centrales
Rubio González Manuela	Subdirectora de Atención Primaria	SES-Servicios Centrales
Ruiz Muñoz Eulalio	Tco Superior. U de Programas/EpS. DG Salud Pública	SES-Servicios Centrales
Salamanca Bautista Paula	Técnico Medio. DGAS	SES-Servicios Centrales
Sánchez Llanos M ^a Eugenia	Fisioterapeuta de Atención Primaria	C.S. La Mejostilla (Área de Cáceres)
Simón Expósito Miguel	Coordinador adjunto SEPAD	Consejería de Sanidad y Políticas Sociales
Suero Villa Pedro	Director Enfermería Atención Primaria	Gerencia del Área de Mérida
Tomé Pérez Yolanda	Jefa de Recursos. DGPFyCSS	Consejería de Sanidad y Políticas Sociales
Torrés Cortés Rosa	Trabajadora Social	C.S. Almendralejo I (Área de Mérida)
Torres Solís Ignacio	Responsable de Programas de Salud Mental. DGAS	SES-Servicios Centrales
Vadillo Gómez José	Asesor Tco Docente. Unid de Programas Educativos	Badajoz
Vas Falcón Antonia M ^a	Secret Tca de Drogodependencias. DG Salud Pública	SES-Servicios Centrales
Vasco González Isabel	Enfermera de Atención Especializada	Hospital de Mérida
Vizuette Carrizosa Manuel	Catedrático de la UEX. Facultad de Educación	Badajoz

III. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Iatrogenia: análisis, control y prevención. Documento del grupo de trabajo SES-PAS-OMC sobre iatrogenia. junio 2017. Disponible en:
http://sespas.es/wp-content/uploads/2017/09/IATROGENIA_DOCUMENTO_SESPAS_OMC-junio-2017.pdf
- (2) Plan de acción mundial para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. Organización Mundial de la Salud. Proyecto revisado y actualizado (Versión del 15 de Marzo de 2013). Disponible en:
http://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf
- (3) Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
- (4) O'Mara-Eves A, Brunton G, McDaid D, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F, et al. Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis. Public Heal Res [Internet]. 2013;1(4):1–526. Disponible en:<http://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/phr/volume-1/issue-4>
- (5) Attree P, French B, Milton B, Povall S, Whitehead M, Popay J. The experience of community engagement for individuals: a rapid review of evidence. Health Soc Care Community [Internet]. 2011;19(3):250–60. Disponible en:
<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2524.2010.00976.x>
- (6) NICE - National Institute for Health Excellence. Community engagement : improving health and wellbeing and reducing health inequalities. 2016.
- (7) NICE. Evidence supporting the NICE guideline NG44 [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng44/evidence>
- (8) WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026. Executive Summary. Placed people and communities at the centre of health services. Draft for consultation 24/07/2015 version. WHO. Disponible en:
<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/>
- (9) Curry N, Ham C (2010). Clinical and service integration. The route to improved outcomes. London: The King's Fund. Disponible en:
<https://www.kingsfund.org.uk/publications/clinical-and-service-integration>

- (10) Nuño Solinís R. (2015) “Kaiser Permanente: ¿qué se puede aprender de su experiencia en integración asistencial?,” Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada: Vol. 7: Iss. 1, Article 5. Disponible en:
<http://pub.bsalut.net/risai/vol7/iss1/5>.
- (11) Wagner E et al. A survey of leading chronic disease management programs: Are they consistent with the literature? Managed Care Quarterly 1999; 7:56–66.
- (12) Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. World Health Organization. “Report on Aging and Health”. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1
- (13) Encuesta Europea de Salud en España 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en:
https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2014.htm
- (14) Fernández F, Robles V, Lucas MT, Lozano L, Félix FJ. Un indicador de nivel socioeconómico para Extremadura (trabajo vinculado al proyecto Atlas Sociosanitario de Extremadura). Dirección General de Salud Pública; Servicio Extremeño de Salud. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Junta de Extremadura; 2017.
- (15) Monterde D, Vela E, Cleries M y grupo colaborativo GMA. Los grupos de morbilidad ajustados: nuevo agrupador de morbilidad poblacional de utilidad en el ámbito de la atención primaria. Aten Primaria 2016;48:674-82.

IV. INDICADORES DE EVALUACIÓN

AREA ESTRATEGICA 1: Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad Crónica				
Objetivo General:	Periodicidad	Tipo	Responsable ejecución	Responsable medición
Objetivo General: Aumentar el nivel de salud de la población a fin de prevenir, retrasar la aparición de las enfermedades crónicas y proporcionar autonomía personal mediante la promoción de hábitos saludables centrados en: la alimentación, ejercicio físico, ocio, salud mental positiva, prevención de hábitos tóxicos y exposición a agentes nocivos				
Objetivo Específico: Establecer medidas generales que favorezcan, de forma transversal, la capacitación de los <i>Profesionales</i> y la realización de actividades de promoción de la salud y prevención a todos los niveles y en todos los entornos (ámbito educativo, universitario, sanitario y local)				
Línea 1.1. Impulso de la formación continuada de los profesionales de estos ámbitos sobre promoción de la salud y prevención y de su importante papel frente a las enfermedades crónicas				
Existe un programa de formación estructurado sobre la capacitación a estos profesionales para impartir contenidos de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	Bienal	SI/NO	DGPFyCSS	DGPFyCSS
Línea 1.2. Reconocimiento del trabajo de los profesionales del Ámbito Sanitario y Social, de los Centros Educativos y Universitarios y de Entidades Comunitarias en promoción de la salud y prevención a través de premios, becas, ayudas, etc...				
Número de premios, becas, ayudas, becas, dirigidos a reconocer el trabajo de estos profesionales	Anual	Numérico	DGPFyCSS	DGPFyCSS
Línea 1.3. Difusión de programas, experiencias y herramientas de promoción de la salud y prevención desarrollados por las diferentes administraciones, que tras su evaluación hayan sido consideradas "buenas prácticas" para favorecer su implantación				
Existe una plataforma informativa sobre buenas prácticas	Única	SI/NO	DGSP	DGSP
Número de experiencias de buenas prácticas publicadas en la plataforma informativa	Anual	Numérico	DGSP	DGSP
Objetivo Específico: Establecer medidas generales dirigidas a la <i>Población</i> , que favorezcan la promoción de hábitos saludables, a todos los niveles y en todos los entornos (ámbito educativo, universitario, sanitario, local y laboral)				
Línea 1.4. Aumentar los contenidos sobre la promoción de la salud y prevención y promover la implicación del profesorado en estas materias en todos los niveles de educación obligatoria				
Existencia en los decretos curriculares de referencia, y atribución de contenidos, de aspectos sobre promoción de la salud, prevención de la enfermedad y fomento de hábitos saludables	Única	SI/NO	DGSP/Consejería de Educación	DGSP
Línea 1.5. Fomento de promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas en la formación pregrado, especialmente en los grados de los ámbitos sanitario, educativo, comunitario-social y ciencias de la comunicación				

Número de grados que contemplan la Educación Para la Salud como asignatura específica	Bienal	Numérico	DGSP/Consejería de Educación	DGSP
Línea 1.6. Fomento de programas en los centros educativos para la prevención del acoso, ciber-acoso escolar y el consumo de sustancias, mejora de las habilidades sociales, la resolución de problemas y refuerzo de la autoestima y la resiliencia en niños y adolescentes (salud mental positiva)				
Número de centros educativos que llevan a cabo alguno de estos programas en los centros educativos	Bienal	Numérico	DGAS	DGAS
Porcentaje de estos centros con respecto al total de centros en Extremadura	Bienal	Porcentaje	DGAS	DGAS
Línea 1.7. Promoción de hábitos saludables y prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en la población escolar, en colaboración con el sistema educativo				
Número de centros educativos que realizan acciones para la Promoción de hábitos saludables y prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en la población escolar, en colaboración con el sistema educativo	Bienal	Numérico	DGAS	DGAS
Porcentaje de estos centros que realizan estas acciones, con respecto al total de centros en Extremadura	Bienal	Porcentaje	DGAS	DGAS
Línea 1.8. Potenciar la inclusión de centros en la Red Extremeña de Escuelas Promotoras de la Salud, trabajando de forma intersectorial entre la familia, el sector sanitario y la comunidad				
Número de centros incluidos en la Red Extremeña de Escuelas Promotoras de la Salud/año	Anual	Numérico	DGPFyCSS	DGPFyCSS
Porcentaje de Incremento del número de Centros respecto al año anterior	Anual	Porcentaje	DGPFyCSS	DGPFyCSS
Línea 1.9. Consolidar el Plan de Consumo de Frutas de la Comunidad Autónoma a todos los niveles de educación obligatoria y potenciar aquellas otras actividades o programas que lo promuevan				
Número de colegios adscritos	Bienal	Numérico	DGPFyCSS	DGPFyCSS
Número de escolares/curso adheridos	Bienal	Numérico	DGPFyCSS	DGPFyCSS
Línea 1.10. Implantación del Programa "Andando al cole" en colaboración con otras Instituciones (Diputaciones, FEMPE, AMPAS, etc...)				
Número de colegios con el programa implantado	Bienal	Numérico	DGSP	DGSP
Línea 1.11. Potenciar la inclusión de Centros de Enseñanza Secundaria y Escuelas Profesionales en el Programa OPERACIÓN SALUD con el objetivo de capacitar y difundir las actividades de promoción y prevención de los "jóvenes agentes de salud"				
Número de Centros de Enseñanza Secundaria y Escuelas Profesionales incluidos en el Programa	Anual	Numérico	DGPFyCSS	DGPFyCSS
Línea 1.12. Impulsar, en el MARCO DEL PROGRAMA INTERGENERACIONAL, el envejecimiento activo y adaptación de los sistemas educativos para incluir al colectivo de mayores como transmisores de conocimientos a los más jóvenes, y estimulando los programas existentes de alfabetización tecnológica de las personas mayores				

Número de Centros con adaptación de programas que incluya el colectivo de mayores o donde exista programa de alfabetización tecnológica	Bienal	Numérico	SEPAD	SEPAD
Línea 1.13. Potenciar los programas de prevención en el ámbito escolar actualmente vigentes como la Actividad de Educación Para la Salud frente a la obesidad infantil y juvenil, la campaña de higiene postural en la escuela o el programa de hábitos de vida saludable a través de rutas por espacios naturales, etc...				
Número de centros escolares que desarrollan alguno de estos programas	Anual	Numérico	DGSP	DGSP
Línea 1.14. Fortalecer la Red Extremeña de Ciudades Saludables y Sostenibles impulsando la adscripción de nuevas entidades y potenciando las actividades de prevención y promoción a través de sus técnicos				
Número de ciudades participantes en la Red Extremeña de Ciudades Saludables y Sostenibles	Bienal	Numérico	DGPFyCSS	DGPFyCSS
Línea 1.15. Elaborar un programa y mapeo de Rutas Saludables en Extremadura, a través de los técnicos del programa “El ejercicio te cuida” y su difusión en todos los ámbitos y a la población general				
Número de mapas de rutas saludables existentes	Anual	Numérico	“El Ejercicio te Cuida”	DGAS
Número de estos mapas disponibles públicamente (páginas web, etc...)	Anual	Numérico		
Línea 1.16. Difundir en el entorno laboral de las administraciones públicas, el Plan de Uso de las Escaleras y fomento de los desayunos saludables, de los descansos activos y de otros hábitos saludables diseñado en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del SNS. https://www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/UsosEscaleras.htm				
Número de administraciones públicas que difunden por algún medio (webs, cartelería, etc...) estos hábitos saludables	Anual	Numérico	DGSP	DGSP
Línea 1.17. Fomentar la Promoción de la Salud y Prevención desde el Equipo de Atención Primaria, realizando actividades informativas y de concienciación sobre determinantes de salud (alimentación saludable, ejercicio físico, hábitos tóxicos y otras conductas adictivas, salud mental positiva, etc.). Estas actividades se efectuarán de manera multidisciplinar desarrollando campañas de intervención sobre estos factores				
Número de Equipos de Atención Primaria que desarrollan alguna campaña de este tipo	Anual	Numérico	DGSP	DGSP
Línea 1.18. Promover la actividad física multicomponente entre las personas mayores y, previa valoración por personal sanitario, fortalecer y ampliar el Programa “El ejercicio te cuida”, para favorecer su salud, su autonomía personal, así como su envejecimiento activo y la reversibilidad de la fragilidad				
Número de derivaciones de pacientes desde Atención Primaria al Programa “El ejercicio te cuida”	Anual	Numérico	DGAS	DGAS
Línea 1.19. Implementar desde los equipos de atención primaria, actividades de promoción y educación para la salud para descender el nivel de estrés crónico y sobrecarga sentida de las personas cuidadoras de pacientes con enfermedad crónica, con enfermedad mental y de alta dependencia para optimizar su situación				

Número de EAP que realizan actividades sobre los cuidadores para descender el nivel de estrés crónico y sobrecarga sentida	Anual	Numérico	DGAS	DGAS
Línea 1.20. Impulsar actividades que fomenten las relaciones entre cuidadores y enfermos, potenciando la creación de espacios de ocio y/o foros de encuentro para cuidadores y enfermos	Anual	Numérico	DGSP	DGSP
Línea 1.21. Desarrollo por parte de la administración sanitaria y social de campañas de sensibilización y formativas sobre la prevención de caídas en el ámbito doméstico y en el entorno como un medio de promocionar la autonomía y evitar situaciones de dependencia	Anual	Numérica	DGSP	DGSP
Línea 1.22. Fomento de acciones para la promoción de la Salud Mental Positiva con eficacia demostrada, y que incidan en los factores protectores de la salud mental de la población	Anual	Numérico	DGAS	DGAS
Número de acciones realizadas para la promoción de la Salud Mental	Anual	Porcentaje	DGAS	DGAS
Porcentaje de Centros de Atención Primaria que realizan intervenciones grupales en Educación para la Salud	Anual			
AREA ESTRATEGICA 2: Atención a la Persona con Enfermedad Crónica				
Objetivo general: Conseguir el más alto de grado de bienestar biológico, psicológico y social de las personas con enfermedad crónica a través de la implementación de un modelo de atención integral centrada en sus necesidades				
Objetivo Específico: Desarrollo de una sistemática de trabajo basada en la elaboración e implantación de los procesos asistenciales para aquellas enfermedades crónicas más prevalentes y/o limitantes en nuestro medio				
Línea 2.1. Diseñar e implantar el Proceso Asistencial de Insuficiencia Cardíaca	Anual	Numérico	DGAS	DGAS
Número de Áreas de Salud con implantación del PAI en algún centro	Anual	Numérico	DGAS	DGAS
Número de áreas con implantación mayor al 50% de los centros sanitarios (Zonas Básicas de Salud)	Anual	Numérico	DGAS	DGAS
Línea 2.2. Diseñar e implantar el Proceso Asistencial de Diabetes Mellitus				
Número de Áreas de Salud con implantación del PAI en algún centro	Anual	Numérico	DGAS	DGAS
Número de áreas con implantación mayor al 50% de los centros sanitarios (Zonas Básicas de Salud)	Anual	Numérico	DGAS	DGAS
Línea 2.3. Diseñar e implantar el Proceso Asistencial de EPOC				
Número de Áreas de Salud con implantación del PAI en algún centro	Anual	Numérico	DGAS	DGAS
Número de áreas con implantación mayor al 50% de los centros sanitarios (Zonas Básicas de Salud)	Anual	Numérico	DGAS	DGAS

Línea 2.4. Diseñar e implantar el Proceso Asistencial de Enfermedad Renal Crónica			
Número de Áreas de Salud con implantación del PAI en algún centro	Anual	Numérico	DGAS
Número de áreas con implantación mayor al 50% de los centros sanitarios (Zonas Básicas de Salud)	Anual	Numérico	DGAS
Línea 2.5. Diseñar e implantar el Proceso Asistencial del Trastorno Mental Grave			
Número de Áreas de Salud con implantación del PAI en algún centro	Anual	Numérico	DGAS
Número de áreas con implantación mayor al 50% de los centros sanitarios (Zonas Básicas de Salud)	Anual	Numérico	DGAS
AREA ESTRATEGICA 3: Atención a la Persona con Enfermedad Crónica Compleja			
Objetivo General: Mejorar la calidad de vida y disminuir la morbilidad de las personas con enfermedad crónica compleja (PCC), implementando un modelo de atención específico			
Objetivo específico: Desarrollo de una sistemática de trabajo basada en un proceso asistencial integrado para la atención de las personas consideradas crónicas complejas			
Línea 3.1. Diseñar e implantar el proceso asistencial integrado del paciente crónico complejo			
Número de Áreas de Salud con implantación del PAI en algún centro	Anual	Numérico	DGAS
Número de áreas con implantación mayor al 50% de los centros sanitarios (Zonas Básicas de Salud)	Anual	Numérico	DGAS

INTERVENCIONES COMUNITARIAS					
Objetivo General: Reforzar la acción comunitaria y potenciar la participación de la comunidad para alcanzar un mejor nivel de salud	Periodicidad	Tipo	Responsable ejecución	Responsable medición	
Objetivo específico: Implantar el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria de Salud					
Línea IC 1. Participar (junto con el resto de Instituciones de la Alianza de Salud Comunitaria) en la Adaptación de la Guía NICE (NG44) de participación comunitaria y su implantación posterior	Única	SI/NO	DGAS	DGAS	
Pertenencia a La Alianza de Salud Comunitaria	Única	SI/NO	DGAS	DGAS	
Línea IC 2. Elaborar y Difundir, por parte del Servicio Extremoño de Salud, la Guía de cómo Registrar Activos de Salud* para facilitar esta labor a los profesionales de Atención Primaria	Única	SI/NO	DGAS	DGAS	
Existe la guía	Única	SI/NO	DGAS	DGAS	
Guía accesible a través de página web	Única	SI/NO	DGAS	DGAS	
Línea IC 3. Desarrollar, desde las Áreas de Salud, el Registro de Activos en Salud por Zona de Salud para su utilización en prescripción, conocimiento, etc... disponible y accesible para todos los profesionales de Atención Primaria y para todos aquellos Recursos Técnicos (Educación, Ciudades Saludables, Deportes, etc...) que lo necesiten					
Porcentaje de Áreas de Salud que disponen del registro	Trienal	Porcentaje	Áreas de Salud	DGPFyCSS	
Acceso a dicho registro de forma <i>on line</i>	Trienal	SI/NO	Áreas de Salud	DGPFyCSS	
Línea IC 4. Creación y funcionamiento en cada Zona de Salud de las Comisiones Comunitarias/Consejos de Salud como Órgano de Participación en el que estén representados los diferentes agentes promotores de salud de la comunidad, con la colaboración del centro de salud					
Porcentaje de Zonas de Salud, dentro de cada Área que cuentan con Comisión Comunitaria	Anual	Porcentaje	Áreas de Salud	DGPFyCSS	
Porcentaje de Zonas de Salud en las que ha sido reunido el Consejo de Salud de Zona, en el último año	Anual	Porcentaje	Áreas de Salud	DGPFyCSS	
Línea IC 5. Apoyar desde el Servicio Extremoño de Salud a las Zonas Básicas de Salud que se encuentren en disposición de realizar el diagnóstico de salud participado con el objetivo de fijar prioridades, realizar la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para mejorar la salud de la comunidad a la que atienden					
Nº de ZBS nuevas que han realizado el diagnóstico de salud participado con la colaboración técnica de la Gerencia de Área/SES	Anual	Númérico	Gerencia Área/SES	DGPFyCSS	
Línea IC 6. Implementar por parte de la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales, una herramienta a modo de Observatorio, que permita visibilizar en un entorno accesible, la información actualizada de salud poblacional relevante en Extremadura					
Existe herramienta observatorio web actualizada	Anual	SI/NO	DGSP	DGSP	

ESCUELA DE CUIDADOS Y SALUD			
Periodicidad	Tipo	Responsable ejecución	Responsable medición
Objetivo General: Creación y puesta en marcha de la Escuela de Cuidados y Salud de Extremadura			
Objetivo específico: Detectar y priorizar las necesidades para la puesta en marcha de las distintas aulas de Cuidados y Salud			
Línea ECS 1. Participación activa y comprometida en las distintas convocatorias del Consejo Regional de Pacientes, para detectar las necesidades sentidas por los distintos representantes de las asociaciones			
Presencia de la ECyS en todas las reuniones del Consejo Regional de pacientes	Anual	DGPFyCSS	DGPFyCSS
Línea ECS 2. Establecer mecanismos de comunicación para que nuevos grupos de profesionales se adhieran a las distintas aulas			
Existen formas de comunicación a través de cualquier medio (correo, página web, telefónico, etc...)	Anual	DGPFyCSS	DGPFyCSS
Objetivo específico: Consolidación de experiencias existentes amparándolas dentro de la Escuela de Cuidados y Salud			
Línea ECS 3. Ampliación del Aula de Ansiedad y Malestar Emocional			
Nº de ZBS de nueva incorporación en el aula de Ansiedad y Malestar Emocional	Anual	DGPFyCSS	DGPFyCSS
Línea ECS 4. Ampliación del Aula de Diabetes			
Nº de ZBS de nueva incorporación en el Aula de Diabetes	Anual	DGPFyCSS	DGPFyCSS
Línea ECS 5. Ampliación del Aula Operación Salud			
Nº de ZBS de nueva incorporación en el Aula Operación Salud	Anual	DGPFyCSS	DGPFyCSS
Línea ECS 6. Ampliación del Aula de Peso			
Nº de ZBS de nueva incorporación en el Aula de Peso	Anual	DGPFyCSS	DGPFyCSS
Objetivo específico: Implantación progresiva de nuevas Aulas de Cuidados y Salud			
Línea ECS 7. Implantación Aula de Anticoagulación			
Nº de Áreas donde se ha puesto en funcionamiento el aula de anticoagulación	Anual	DGPFyCSS	DGPFyCSS
Nº total de ZBS donde se ha puesto en funcionamiento el aula de anticoagulación	Anual	DGPFyCSS	DGPFyCSS
Línea ECS 8. Implantación del Aula de Mama			
Nº de Áreas donde se ha puesto en funcionamiento el aula de Mama	Anual	DGPFyCSS	DGPFyCSS
Nº total de ZBS donde se ha puesto en funcionamiento el aula de Mama	Anual	DGPFyCSS	DGPFyCSS
Línea ECS 9. Implantación del Aula de Promoción de la autonomía y Envejecimiento Activo			
Nº de Áreas donde se ha puesto en funcionamiento el aula de Promoción de la autonomía y Envejecimiento Activo	Anual	DGPFyCSS	DGPFyCSS

Nº total de ZBS donde se ha puesto en funcionamiento el aula de Promoción de la autonomía y Envejecimiento Activo	Numérico	DGPFyCSS	DGPFyCSS
Línea ECS 10. Implantación del Aula VIH-SIDA			
Nº de Áreas donde se ha puesto en funcionamiento el aula de VIH-SIDA	Numérico	DGPFyCSS	DGPFyCSS
Nº total de ZBS donde se ha puesto en funcionamiento el aula de VIH-SIDA	Numérico	DGPFyCSS	DGPFyCSS
Línea ECS 11. Implantación del Aula de personas con problemas de Salud Mental graves			
Nº de Áreas donde se ha puesto en funcionamiento el aula de personas con problemas de Salud Mental graves	Numérico	DGPFyCSS	DGPFyCSS
Nº total de ZBS donde se ha puesto en funcionamiento el aula de personas con problemas de Salud Mental graves	Numérico	DGPFyCSS	DGPFyCSS
Objetivo específico: Establecer un Plan de comunicación de la Escuela de Cuidados y Salud y sus Aulas			
Línea ECS 12. Elaborar el Plan de Comunicación interna de la Escuela de Cuidados y Salud			
Existe el plan de Comunicación interno	Única	DGPFyCSS	DGPFyCSS
Línea ECS 13. Elaborar el Plan de Comunicación Externa de la Escuela de Cuidados y Salud			
Existe el plan de Comunicación externo	Única	DGPFyCSS	DGPFyCSS
ESTRATIFICACIÓN POBLACIONAL			
Objetivo General: Estratificación por nivel de complejidad de la población extremeña, evaluación las herramientas existentes y desarrollo de sus utilidades			
Objetivo específico: Evaluar distintas herramientas de estratificación			
Línea EP 1. Estudio y evaluación de distintos modelos de estratificación disponibles			
Existe análisis de los modelos de estratificación por GMA, CRG...	Única	Subdirección de SI	Subdirección de SI
Existe análisis de la validación de estos modelos en grupos específicos de población	Única	Subdirección de SI	Subdirección de SI
Objetivo específico: Estratificación periódica de la población mediante GMA			
Línea EP 2. Estratificación semestral mediante GMA			
Se realiza semestralmente estratificación de la población por GMA	Anual	Subdirección de SI	Subdirección de SI

<p>Línea EP 3. Implementación semestral de la estratificación en JARA asistencial y visualización de la información en la historia clínica individual Se actualiza en la Historia clínica individual, semestralmente, la información respecto a la complejidad detectada</p>	Anual	S/NO	Subdirección de SI	Subdirección de SI	
Objetivo específico: Desarrollo y evolución de las herramientas de estratificación y sus utilidades					
<p>Línea EP 4. Puesta en marcha de la herramienta de extracción de informes/listado de agrupación por GMA, accesible a los profesionales</p>	Única	S/NO	Subdirección de SI	Subdirección de SI	
Línea EP 5. Fomentar la utilización de GMA para intervenciones específicas					
<p>Existen directrices, a través de las Gerencias de Área, Contratos de Gestión... para explotar las utilidades de GMA (listados de revisión de medicación, mejora en la codificación de Problemas de Salud, estudio de número de ingresos por complejidad...)</p>	Anual	S/NO	DGAS	DGAS	
Línea EP 6. Colaboración con el Ministerio en el desarrollo de GMA y en su aplicación dentro de la Base de Datos Clínica de Atención Primaria (BDCAP)					
<p>Realizar seguimiento activo y participar en las tareas asignadas por el MSSSI respecto a las herramientas GMA, BDCAP...</p>	Anual	S/NO	DGAS/Subdirección de SI	DGAS	
SISTEMAS DE INFORMACIÓN					
		Periodicidad	Tipo	Responsable ejecución	Responsable medición
Objetivo General:					
Coordinar el desarrollo del Sistema de Información del Servicio Extremeño de Salud con las orientaciones de la Estrategia de Prevención y Atención a Personas con Enfermedades Crónicas en Extremadura					
Objetivo Específico: Puesta en marcha y/o desarrollo de evolutivos específicos					
<p>Línea SI 1. Desarrollo de nuevas herramientas de comunicación con los usuarios/pacientes</p>	Anual	S/NO	Subdirección de SI	Subdirección de SI	Subdirección de SI
<p>Línea SI 2. Desarrollo de nuevas herramientas de comunicación entre profesionales</p>	Anual	S/NO	Subdirección de SI	Subdirección de SI	Subdirección de SI

Línea SI 3. Desarrollo y/o implantación de nuevas estaciones de trabajo o funcionalidades de las ya existentes						
Existe alguna nueva estación de trabajo o alguna nueva funcionalidad	Anual	SI/NO	Subdirección de SI	Subdirección de SI	Subdirección de SI	
Línea SI 4. Impulsar el desarrollo y evolución del Business Information Warehouse (BIW)						
Existe alguna nueva funcionalidad o desarrollo de BIW	Anual	SI/NO	Subdirección de SI	Subdirección de SI	Subdirección de SI	
Objetivo Específico: Evaluación de nuevas herramientas						
Línea SI 5. Desarrollar un modelo de evaluación de la consulta multidisciplinar						
Existe un modelo de evaluación de la consulta multidisciplinar	Única	SI/NO	Subdirección de SI	Subdirección de SI	Subdirección de SI	
Línea SI 6. Desarrollar un modelo de evaluación de la consulta por vídeo						
Existe un modelo de evaluación de la consulta por vídeo	Única	SI/NO	Subdirección de SI	Subdirección de SI	Subdirección de SI	
Línea SI 7. Pilotaje del programa de gestión de enfermedades crónicas (GEC) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad						
Se ha realizado un pilotaje del programa GEC	Única	SI/NO	Subdirección de SI	Subdirección de SI	Subdirección de SI	
Línea SI 8. Evaluación de modelos de imputación de costes						
Existe un modelo de imputación de costes	Única	SI/NO	Subdirección de SI	Subdirección de SI	Subdirección de SI	
NUEVAS FORMAS DE RELACIÓN ENTRE PROFESIONALES						
	Periodicidad	Tipo	Responsable ejecución	Responsable medición		
Objetivo General: Facilitar el intercambio de información entre los niveles sanitario y social para aumentar la eficiencia y mejorar la seguridad del paciente en cualquier ámbito en que se localice el paciente y en las transiciones asistenciales						
Objetivo Específico: Habilitar nuevos cauces de comunicación estables y fluidos entre los profesionales de los distintos ámbitos asistenciales, potenciando los existentes e implantando nuevos modelos basados en la aplicación de la tecnología						
Línea RP 1. Habilitar la consulta telefónica y/o por mensajería corporativa regulada entre profesionales de atención primaria y/o centros residenciales con los de atención hospitalaria						
Nº de Áreas de Salud donde se ha habilitado esta consulta al menos entre un centro de AP y 1 servicio hospitalario	Anual	Numérico	DGAS	DGAS	DGAS	
% de centros de AP que cuentan con esta consulta	Anual	Porcentaje	DGAS	DGAS	DGAS	
Línea RP 2. Instaurar la e-opinión entre profesionales de diferentes ámbitos asistenciales, así como entre profesionales del propio ámbito hospitalario						
Nº de Áreas de Salud donde se ha habilitado esta consulta al menos entre un centro de AP y 1 servicio hospitalario	Anual	Numérico	DGAS	DGAS	DGAS	
% de centros de AP que cuentan con esta consulta	Anual	Porcentaje	DGAS	DGAS	DGAS	

Línea RP 3. Instaurar la consulta multidisciplinaria				
Nº de Áreas de Salud donde se ha habilitado esta consulta al menos entre un centro de AP y 1 servicio hospitalario	Anual	Numérico	DGAS	DGAS
% de centros de AP que cuentan con esta consulta	Anual	Porcentaje	DGAS	DGAS
Línea RP 4. Favorecer la extensión de las consultas de telemedicina, tanto con función asistencial como coordinadora entre profesionales				
Nº de Áreas de Salud donde se ha habilitado esta consulta al menos entre un centro de AP y 1 servicio hospitalario	Anual	Numérico	DGAS	DGAS
% de centros de AP que cuentan con esta consulta	Anual	Porcentaje	DGAS	DGAS
Objetivo Específico: Derribar las barreras que dificultan la coordinación intersectorial, facilitando y promoviendo una atención integral y coordinada				
Línea RP 5. Promover las sesiones clínicas entre profesionales de atención primaria y/o centros residenciales con atención hospitalaria tanto presenciales como telemáticas, destinadas a fomentar el trabajo protocolizado y consensuado en el manejo de los distintos problemas de salud				
Nº de Áreas donde se realizan sesiones clínicas entre profesionales de distintos ámbitos de actuación	Anual	Numérico	DGAS	DGAS
Nº de ZBS que participan en estas sesiones clínicas	Anual	Numérico	DGAS	DGAS
Línea RP 6. Fomentar la implantación de sesiones de trabajo destinadas a delimitar la estrategia de atención de pacientes concretos o a la resolución de problemas surgidos en su atención, de forma presencial o telemática, entre atención primaria y/o centro residencial con atención hospitalaria, intrahospitalaria y entre atención primaria y/o centro residencial con los servicios sociales				
Nº de Áreas donde se realizan estas sesiones de trabajo entre profesionales de distintos ámbitos de actuación	Anual	Numérico	DGAS	DGAS
Nº de ZBS que participan en estas sesiones de trabajo	Anual	Numérico	DGAS	DGAS
COMUNICACIÓN				
Objetivo General: Desarrollar e implementar canales de comunicación en salud entre los ciudadanos tanto con la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales como con sus profesionales, que les permita obtener información veraz y actualizada				
Objetivo Específico: Generar entornos que favorezcan la comunicación entre la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales y los Ciudadanos				
Línea COM 1. Generar contenidos en la página web Salud Extremadura dirigidos a proporcionar información general y consejos sobre promoción de la salud y prevención de la enfermedad				
La página web Salud Extremadura dispone de contenidos de información general y de promoción de la salud y prevención de la enfermedad	Única	SI/NO	DGSP	DGSP

<p>Línea COM 2. Generar contenidos en la página web Salud Extremadura dirigidos a proporcionar información general y consejos sobre el manejo de los problemas de salud más prevalente</p>		
<p>La página web Salud Extremadura dispone de contenidos de información general y sobre el manejo de los problemas de salud más prevalentes</p>	Única	DGAS
<p>Línea COM 3. Generar en la página web Salud Extremadura contenidos e información institucional sobre recursos disponibles para el ciudadano</p>		DGAS
<p>La página web Salud Extremadura dispone de contenidos de información institucional sobre recursos disponibles para el ciudadano</p>	Única	DGPFYCSS
<p>Objetivo Específico: Generar entornos que favorezcan la comunicación entre los Profesionales y los Ciudadanos</p>		
<p>Línea COM 4. Utilización de nuevas herramientas, soportadas en nuevas tecnologías, que faciliten la comunicación bidireccional</p>		
<p>Puesta en marcha de alguna nueva herramienta de comunicación entre profesionales y ciudadanos</p>	Anual	DGAS
<p>Línea COM 5: Ampliar los contenidos de la web institucional y otros soportes tecnológicos a espacios como: Cuidados Paliativos, Salud Mental, Defensora de los Usuarios, Escuela de Cuidados y Salud, Programas de Promoción de la Autonomía, Programas y Proyectos de Salud, etc....</p>		
<p>Existe acceso desde la web institucional u otro soporte tecnológico a nuevos contenidos de alguno de estos espacios</p>	Anual	Subdirección de SI
<p style="text-align: center;">FARMACIA</p>		
	Periodicidad	Responsable ejecución
<p>Objetivo General: Desarrollar intervenciones farmacoterapéuticas, de forma multidisciplinar, colaborativa y coordinada de todos los profesionales implicados en el tratamiento del paciente, para que sean lo más adecuados, seguros y eficientes</p>	Tipo	Responsable medición
<p>Objetivo Específico: Implantar acciones específicas de intervenciones farmacoterapéuticas normalizadas en los distintos ámbitos asistenciales</p>		
<p>Línea FAR 1. Fomentar intervenciones de educación a población sana sobre el uso racional del medicamento en todos los ámbitos de atención</p>		
<p>Existencia de un programa de educación a población sana sobre el uso racional del medicamento</p>	Único	DGAS/SGF
<p>Línea FAR 2. Impulsar la adecuación farmacoterapéutica, en cualquiera de los entornos de atención al paciente, en el ámbito de la atención primaria, atención hospitalaria, sociosanitario y en la comunidad</p>		

Existencia de protocolos de adecuación farmacoterapéutica estructurado que contemple los diferentes entornos de atención al paciente	Único	SI/NO	DGAS/SGF	DGAS/SGF
Línea FAR 3. Fortalecer la adherencia al tratamiento en el paciente y, cuando se requiera, implantar sistemas personalizados de dispensación como medida de apoyo	Único	SI/NO	DGAS/SGF	DGAS/SGF
Existencia de un programa de seguimiento y mejora de la adherencia al tratamiento estructurado que contemple formación a pacientes	Único	SI/NO	DGAS/SGF	DGAS/SGF
Línea FAR 4. Desarrollar la Cartera de Servicio de Uso Racional del Medicamento de los farmacéuticos de atención primaria, como elemento imprescindible para la coordinación y desarrollo de la atención farmacéutica interniveles	Único	SI/NO	DGAS/SGF	DGAS/SGF
Existencia de la Cartera de Servicio del FAP y de hospital en URM	Único	SI/NO	DGAS/SGF	DGAS/SGF
Objetivo Específico: Garantizar la coordinación y comunicación de profesionales, equipos y paciente en torno a las intervenciones farmacoterapéuticas				
Línea FAR 5. Crear un historial farmacoterapéutico único visible desde todos los ámbitos, para todos los profesionales vinculados a la terapia farmacológica y no farmacológica del paciente	Único	SI/NO	DGAS/SGF	DGAS/SGF
Existencia del Historial Farmacoterapéutico único del paciente en la Historia Clínica Electrónica Jara de acceso a los profesionales sanitarios de todos los niveles asistenciales	Único	SI/NO	DGAS/SGF	DGAS/SGF
Línea FAR 6. Establecer un plan terapéutico en base a los objetivos en salud que se pretenden alcanzar para cada paciente	Único	SI/NO	DGAS/SGF	DGAS/SGF
Número de pacientes con plan terapéutico en base a los objetivos en salud que se pretenden alcanzar	Numérico	Numérico	Áreas de Salud	DGAS/SGF
Línea FAR 7. Promover la revisión farmacoterapéutica en todos los ámbitos asistenciales	Único	SI/NO	DGAS/SGF	DGAS/SGF
Número de pacientes con revisión de la medicación integrado en la historia clínica del paciente	Numérico	Numérico	Áreas de Salud	DGAS/SGF
Línea FAR 8. Sistematizar la conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales	Único	SI/NO	DGAS/SGF	DGAS/SGF
Número de pacientes con conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales	Numérico	Numérico	Áreas de Salud	DGAS/SGF
Línea FAR 9. Implantar el seguimiento farmacoterapéutico por parte de los farmacéuticos en todos los ámbitos de atención	Único	SI/NO	DGAS/SGF	DGAS/SGF
Número de pacientes con seguimiento farmacoterapéutico por parte de los farmacéuticos en todos los ámbitos de atención	Numérico	Numérico	Áreas de Salud	DGAS/SGF
Línea FAR 10. Establecer mecanismos de coordinación y comunicación de las intervenciones farmacoterapéuticas entre profesionales de un mismo ámbito y entre ámbitos diferentes y el paciente o cuidador	Único	SI/NO	DGAS/SGF	DGAS/SGF

Existencia de mecanismos de coordinación y comunicación de las intervenciones farmacoterapéuticas entre profesionales de un mismo ámbito y entre ámbitos diferentes y el paciente o cuidador	Único	SI/NO	DGAS/SGF	DGAS/SGF
Línea FAR 11. Dotar a los profesionales involucrados, de herramientas informáticas que ayuden en las diferentes intervenciones que requiera el paciente: educación, adecuación, adherencia, conciliación, revisión, seguimiento y deprescripción	Único	SI/NO	DGAS/SGF	DGAS/SGF
Existencia de herramientas informáticas para educación, adecuación, adherencia, conciliación, revisión, seguimiento y deprescripción, integradas en Jara y de ayuda a los profesionales	Único	SI/NO	DGAS/SGF	DGAS/SGF
Objetivo Específico: Evaluar los resultados de las intervenciones farmacoterapéuticas en relación a los objetivos marcados para el paciente				
Línea FAR 12. Establecer indicadores de resultados de las intervenciones farmacoterapéuticas, que permitan medir los objetivos alcanzados en función del plan terapéutico de cada paciente	Único	SI/NO	DGAS/SGF	DGAS/SGF
Existencia indicadores de resultados de las intervenciones farmacoterapéuticas				
FORMACIÓN				
	Periodicidad	Tipo	Responsable ejecución	Responsable medición
Objetivo general: Diseñar un Plan Formativo Integral que incorpore las líneas de formación necesarias para el desarrollo e implantación de la Estrategia				
Objetivo Específico: Lograr los niveles de formación adecuadas que permita la máxima implantación de esta estrategia en cada una de sus áreas y procesos de soporte				
Línea F1. Desarrollo de Actividad Formativa sobre Práctica Clínica Basada en la Evidencia	Única	SI/NO	DGPFyCSS	DGPFyCSS
Existencia de un programa de formación estructurado que contemple formación sobre Práctica Clínica basada en la evidencia	Única	SI/NO	DGPFyCSS	DGPFyCSS
Línea F2. Formación en Metodología de Trabajo de Enfermería y su aplicación en entorno JARA dirigido al personal de enfermería de: AP, hospitalización de Medicina Interna, Geriátrica, Cuidados Paliativos, Salud Mental y de centros residenciales dependientes del SEPAD	Única	SI/NO	DGPFyCSS	DGPFyCSS
Existencia de un programa de formación estructurado que contemple formación sobre metodología enfermera y su complementación en Jara, dirigido a estos profesionales	Única	SI/NO	DGPFyCSS	DGPFyCSS
Línea F3. Establecer formación en JARA a personal de Enfermería de centros del SEPAD	Única	SI/NO	DGPFyCSS	DGPFyCSS
Existencia de un programa de formación estructurado que contemple formación en Jara, dirigida a estos profesionales	Única	SI/NO	DGPFyCSS	DGPFyCSS

<p>Línea F4. Formación sobre cuidados básicos en pacientes crónicos complejos para técnicos auxiliares en enfermería y como capacitar en estos al cuidador durante la hospitalización</p>	<p>Existencia de un programa de formación estructurado que contemple formación sobre cuidados básicos en pacientes crónicos complejos técnicos como capacitar al cuidador durante la hospitalización dirigido a técnicos auxiliares en enfermería</p>	<p>Única</p>	<p>SI/NO</p>	<p>DGPFyCSS</p>	<p>DGPFyCSS</p>
<p>Línea F5. Formación de cuidadores formales para pacientes crónicos complejos/dependencia severa</p>	<p>Existencia de un programa de formación estructurado que contemple formación sobre los cuidados de pacientes crónicos complejos/dependencia severa</p>	<p>Única</p>	<p>SI/NO</p>	<p>DGPFyCSS</p>	<p>DGPFyCSS</p>
<p>Línea F6. Formación sobre el Proceso Asistencial del Paciente Crónico Complejo</p>	<p>Existencia de un programa de formación estructurado que contemple formación sobre el Proceso Asistencial del Paciente Crónico Complejo, dirigido a todos los profesionales implicados</p>	<p>Única</p>	<p>SI/NO</p>	<p>DGPFyCSS</p>	<p>DGPFyCSS</p>
<p>Línea F7. Formación sobre cada uno de los Procesos Asistenciales Integrados dirigido a directivos, equipos locales de implantación y a profesionales</p>	<p>Existencia de un programa de formación estructurado que contemple formación sobre los nuevos Procesos Asistenciales dirigido a estos profesionales</p>	<p>Única</p>	<p>SI/NO</p>	<p>DGPFyCSS</p>	<p>DGPFyCSS</p>
<p>Línea F8. Formación en Intervenciones Comunitarias</p>	<p>Existencia de un programa de formación estructurado que contemple formación sobre Intervenciones Comunitarias</p>	<p>Única</p>	<p>SI/NO</p>	<p>DGPFyCSS</p>	<p>DGPFyCSS</p>
<p>Objetivo Específico: Monitoreización y seguimiento de nuevas necesidades formativas que favorezcan la implantación/consolidación</p>					
<p>Líneas F9. Evaluación periódica de necesidades formativas a través de Responsables de Formación de las Áreas</p>	<p>Existencia de un programa de formación estructurado que contemple formación sobre Intervenciones Comunitarias</p>	<p>Única</p>	<p>SI/NO</p>	<p>DGPFyCSS</p>	<p>DGPFyCSS</p>
<p>Línea F 10. Establecimiento de mecanismos por los que los profesionales puedan expresar sus necesidades formativas en esta materia</p>	<p>Existencia de un programa de formación estructurado que contemple formación sobre Intervenciones Comunitarias</p>	<p>Única</p>	<p>SI/NO</p>	<p>DGPFyCSS</p>	<p>DGPFyCSS</p>
<p>Línea F 11. Elaboración bienal del Programa Formativo basado en las necesidades detectadas</p>	<p>Existencia de un programa de formación estructurado que contemple formación sobre Intervenciones Comunitarias</p>	<p>Única</p>	<p>SI/NO</p>	<p>DGPFyCSS</p>	<p>DGPFyCSS</p>
<p>Línea F 11. Elaboración bienal del Programa Formativo basado en las necesidades detectadas</p>	<p>Existencia de un programa de formación estructurado que contemple formación sobre Intervenciones Comunitarias</p>	<p>Única</p>	<p>SI/NO</p>	<p>DGPFyCSS</p>	<p>DGPFyCSS</p>

INNOVACIÓN Y TRANSFORMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN			
Objetivo General:	Periodicidad	Tipo	Responsable ejecución
Introducir la cultura de la innovación en los aspectos organizativos y tecnológicos de los sistemas sanitario y social que ayuden a conseguir los objetivos de la Estrategia.			
Objetivo Específico: Realizar desde la Administración, los cambios necesarios para conseguir alcanzar la implantación de la Estrategia de Prevención y Atención a Personas con Enfermedades Crónicas mediante modificaciones a nivel legislativo, organizativo, de funcionamiento, de comunicación, de formación, de presupestarios del sistema sanitario y social y mediante la implementación de medidas de innovación que lo faciliten			
Línea ITO 1. Desarrollar el nuevo Reglamento de Funcionamiento de Atención Primaria, Atención Hospitalaria y dispositivos de Salud Mental, estableciendo las medidas de coordinación entre los distintos ámbitos			
Existencia de nuevo Reglamento de Atención Primaria	Única	SI/NO	DGAS
Existencia de nuevo Reglamento de Atención Hospitalaria	Única	SI/NO	DGAS
Existencia de nuevo Reglamento de Salud Mental	Única	SI/NO	DGAS
Línea ITO 2. Adaptar y flexibilizar la organización y los horarios de trabajo en función de las necesidades de los pacientes y la comunidad			
Existe capacidad, dentro de la Normativa, para los centros sanitarios de realizar modificaciones en los horarios de los profesionales y en la organización, encaminados a adaptarse a las necesidades del paciente	Única	SI/NO	Secretaría General/DGAS
Línea ITO 3. Fomentar las estructuras que permitan evitar ingresos hospitalarios o disminuir su duración (unidades de media y larga estancia hospitalaria, Hospitales de Día, sistemas de comunicación al alta, etc...)			
Existen estructuras asistenciales encaminadas a evitar estancias hospitalarias	Única	SI/NO	DGAS
Nº de Áreas donde existe alguna de estas estructuras	Anual	Númérico	DGAS
Línea ITO 4. Adecuar la dimensión de los cupos de Atención Primaria y su presupuesto a la complejidad de la población atendida			
Modificar el Decreto 15/2006, de 24 de enero de forma que se incluyan indicadores que contemplen la complejidad de la población atendida	Única	SI/NO	DGPFyCSS
Línea ITO 5. Reorganización de la plantilla de Farmacéuticos de EAP que permitan el desarrollo de actividades trascendentales de atención farmacéutica y atención a la comunidad en Uso Racional del Medicamento			
Existencia de una reorganización de la plantilla de Farmacéuticos de EAP con el objetivo de desarrollar las actividades relacionadas con la URM y la Cartera de Servicio de los EAP	Única	SI/NO	Secretaría General/DGAS
			Secretaría General/DGAS

<p>Línea ITO 6. Estimular el desarrollo profesional y personal estableciendo medidas que fomenten la autonomía en la gestión e incentivos adaptados a la actividad productiva de aquellos indicadores que hayan demostrado evidencia, al cumplimiento de objetivos relacionados con la implantación de la Estrategia</p>	Existen mecanismos de incentiviación y autogestión, relacionados con la consecución de objetivos de interés dentro de esta Estrategia	Anual	SI/NO	DGAS	DGAS
	<p>Línea ITO 7. Actualizar la Cartera de Servicios de Atención Primaria para adaptarla al desarrollo del programa de actividades comunitarias y adecuar los servicios afectados por los procesos asistenciales</p>	Actualización de servicios cuyo proceso asistencial se haya implantado	Única	SI/NO	DGAS
	Elaboración de nuevos servicios que contemplen actividades comunitarias	Único	SI/NO	DGAS	DGAS
	<p>Línea ITO 8. Establecer los mecanismos y herramientas adecuadas que permitan iniciar la educación en hábitos de vida saludables desde edades tempranas, mediante acuerdos, convenios, etc., con la Consejería de Educación, que permitan integrar dentro del currículo formativo aquellos aspectos más importantes de la Educación para la Salud</p>				
	Existencia de acuerdos o convenios entre Administraciones destinados a fomentar estos contenidos educativos	Única	SI/NO	Consejerías de Sanidad y PS y de Educación	Consejería de Sanidad y PS
	<p>Línea ITO 9. Modificación de la composición y funcionamiento de los Consejos de Salud de Zona para adaptarlos a un mejor enfoque comunitario</p>				
	Modificación Decreto 240/2009 de 13 de Noviembre que permita la redefinición de la composición de los Consejos de Salud de manera que represente de forma más ajustada a la comunidad	Única	SI/NO	DGPFyCSS	DGAS
	<p>Línea ITO 10. Creación de la categoría de "Enfermera de Equipo de Atención Primaria" y de las bolsas de trabajo donde se reconozca el título de enfermeros especialistas en Atención Familiar y Comunitaria</p>				
	Creación de la categoría de "Enfermera de Equipo de Atención Primaria"	Única	SI/NO	DGPFyCSS	DGAS
	Valoración de la titulación de especialista en las bolsas concernientes a los contenidos de la especialidad	Única	SI/NO	Secretaría General del SES	DGAS
	<p>Línea ITO 11. Establecer una Comisión de Seguimiento para la promoción de hábitos saludables que, de forma coordinada con el Consejo Asesor de Educación para la Salud de Extremadura, monitorice, detecte deficiencias y haga recomendaciones para su corrección.</p>				
	Existencia de la Comisión de Seguimiento	Única	SI/NO	DGSP	DGSP
	Periodicidad de reunión (al menos una vez al año)	Anual	SI/NO	DGSP	DGSP
	<p>Línea ITO 12. Creación de una Oficina de Implementación de la Estrategia con objetivos dirigidos a dar soporte para su implantación y consolidación</p>				
	Existe la Oficina de Implementación de la Estrategia	Única	SI/NO	DGAS	DGAS



Servicio
Extremeño
de Salud

JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Sanidad y Políticas Sociales