



Personas sanas, poblaciones sanas:

ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias



PERSONAS SANAS, POBLACIONES SANAS



GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE SANIDAD



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Personas sanas, poblaciones sanas:
ordenación y elaboración de las Estrategias de
Salud y Atención a la Población con Enfermedad
Crónica en Asturias

Grupo de coordinación del documento

Dirección General de Salud Pública

Rafael Cofiño Fernández
José Ramón Hevia Fernández
Óscar Suárez Álvarez
Francisco M. Suárez García
Julio Bruno Bárcena

Dirección General de Planificación, Ordenación e Innovación Sanitaria

Laura Muñoz Fernández
Roberto Saiz Fernández
Carmen T. Velasco González

Servicio de Salud del Principado de Asturias

Elvira Muslera Canclini
Emilia Fernández Álvarez
M.^a Begoña de Póo Meré

Grupo de revisores de los proyectos estratégicos

Amelia González López
Carlos Díaz Vázquez
Carmen Natal Ramos
Jesús Vicente García González
José María Alonso Fernández
Manuel Valledor Méndez
Marta González Sánchez
Marta Pisano González
Santiago Álvarez Labra
Sergio Gallego Riestra
Susana García Tardón
Valentín Rodríguez Suárez

Grupo de revisores externos

Alberto Fernández León, Alicia Rodríguez Fernández, Álvaro Díaz Álvarez, Álvaro González Franco, Ana Isabel García Rogada, Ana María González Fernández, Ana Suárez Guerra, Antón González Fernández, Antonio Trigo González, Sara Odrioso Fanjul, Asunción Fernández Sánchez, Bárbara González de Cangas, Belén García Busto, Belén Prieto Carrocera, Carlos Becedóniz Vázquez, Carlos Castaño Barroeta, Carmen Díaz Corte, Carmen Fernández Pizarro, Conchita Galán Artíme, Crisanto M. Alonso Álvarez, Delia Peñacoba Maestre, Diana María Fernández Zapico, Dulce María Solar Sánchez, Elsa Bargados González, Esperanza M^a Alonso Jiménez, Esther Arbesú Fernández, Estrella Bosque Morán, Federico Fernández Noval, Fernanda del Castillo Arévalo, Fernando Martínez Cuervo, Guillermo García Velasco, Inmaculada Fueyo Bros, Javier Claros González, Javier Pérez Fernández, Javier Vicente Herrero, Joaquín Morís de la Tassa, José Francisco Fernández Rodríguez, José Fuentes Vigil, José Ignacio Altolaquirre Bernacer, José María García García, Juan José Solano Jaurrieta, Julia Villazón González, Julio César Alonso Lorenzo, Julio Pascual Gómez, M^a Benigna Piñón Pita, M^a Concepción Saavedra Rielo, M^a Jesús Rodríguez García, Manuel Ángel Martínez Muñiz, Margarita Fernández García, Margarita Fernánz Rodrigo, María del Carmen Rodríguez Oleada, Mariam Uría Urraza, Marta García García, Marta Isabel Villamil Díaz, Mercedes Nuño Gutiérrez, Mercedes Sánchez Jul, Mónica Regueira Álvarez, Nadia M^a García Alas, Nélida Gómez Corzo, Neus Fernández Mundet, Nieves Castaño Sánchez, Noelia Varela Aller, Nuria Ortega, Pablo Pérez Solís, Pedro Abad Requejo, Ramón Eiroa León, Rebeca Suárez Gutiérrez, Ricardo F. Cuadra Romero, Rocío Redondo Rodríguez, Salvador Tranche Iparraguirre, Sergio Calleja Puerta, Silvia Arias Barrientos, Silvia Quemada Hernández, Susana Santamarina Montila, Teresa Manteca Gómez, Vanesa Allonca Magadán, Víctor Manuel Rodríguez Blanco. Marcial Argüelles Suárez.



ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| PRÓLOGO..... | 07 |
| 1. Retos y oportunidades para ordenar las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias..... | 09 |
| 1.1 Salud y cronicidad | 11 |
| 1.2 Análisis demográfico de la situación en Asturias..... | 11 |
| 1.3 Las enfermedades crónicas desde la perspectiva de determinantes de salud..... | 13 |
| 1.4 Enfermedades crónicas y consumo de recursos sanitarios..... | 16 |
| 1.5. Inversión en recursos sanitarios..... | 21 |
| 1.6 Análisis epidemiológico..... | 22 |
| 2. Evolución de los niveles de organización del sistema sanitario en el Principado de Asturias para la atención a las personas con enfermedades crónicas..... | 25 |
| 2.1 Desarrollo del modelo de Atención Primaria..... | 27 |
| 2.2 La red hospitalaria..... | 28 |
| 2.3 Reforma de Salud Mental..... | 28 |
| 2.4 Atención Sociosanitaria..... | 29 |
| 2.5 Cuidados Paliativos..... | 30 |
| 2.6 Programas orientados hacia la enfermedad crónica..... | 30 |
| 2.7 El modelo de gestión clínica..... | 31 |
| 3. Modelos de referencia en estrategias de salud poblacional y de atención a población con enfermedad crónica..... | 33 |
| 3.1 Modelo de determinantes sociales de la salud..... | 36 |
| 3.2 Modelo Ampliado de Cuidados Crónicos, Red Integrada de Servicios Sanitarios de la OPS y el Proyecto APv..... | 37 |
| 3.3 La Estrategia como una oportunidad en Asturias..... | 38 |
| 3.4 La Estrategia como un elemento de ordenación..... | 39 |
| 4. La Estrategia en Asturias..... | 41 |
| 4.1 Principios rectores..... | 43 |
| 4.2 Misión..... | 44 |
| 4.3 Visión | 44 |
| 4.4 Líneas políticas de la Estrategia y Proyectos Estratégicos..... | 45 |
| 4.5 Coherencia de la Estrategia..... | 99 |

| | |
|--|------------|
| 5. Despliegue de Personas Sanas, Poblaciones Sanas. Despliegue de la Estrategia de Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias | 101 |
| 6. Implantación, seguimiento y evaluación de la estrategia | 107 |
| 6.1 Definición de roles y responsabilidades..... | 109 |
| 6.2 Sistemática de planificación, seguimiento y evaluación de la estrategia..... | 109 |
| 6.3 Visualización de resultados..... | 112 |
| 7. Consultas | 113 |
| 8. Bibliografía | 117 |

ANEXOS*

- Anexo I. Marcos teóricos de referencia para la Estrategia en Asturias
- Anexo II. Estrategias de Cronicidad en el ámbito nacional
- Anexo III. Propuesta organizativa de las estrategias de salud y su implantación en el SESPA
- Anexo IV. Notas Técnicas. Proceso de elaboración de la estrategia
- Anexo V. Proyecto de coordinación sociosanitaria
- Anexo VI. Plan de actividades prioritarias 2014

* Consulta los contenidos de los anexos en el enlace: <http://goo.gl/XtB8Rn>

PRÓLOGO

Desde el inicio de la legislatura hemos expuesto la necesidad de atender con diligencia y de una forma eficiente una realidad tan compleja como es la cronicidad. Se trata de algo que no es exclusivo de Asturias, pero que en nuestra comunidad se muestra de alguna forma agudizada. Un paradigma nuevo que se define por contar con una población envejecida, con múltiples diagnósticos y polifarmacia, alto consumo de servicios sanitarios, y cada vez más subsidiaria de nuevos cuidados debido a los cambios sociológicos de la familia, el aumento de desigualdades y la soledad. Para el sistema sanitario uno de los retos más importantes es la adaptación a una creciente demanda de cuidados centrados en la cronicidad, lo que requiere una mayor coordinación con todos los agentes sanitarios y no sanitarios que ayude a situar al paciente en el centro del sistema.

De acuerdo con la Estrategia Nacional aprobada en 2012, en la Consejería de Sanidad y en el Servicio de Salud del Principado de Asturias (Sespa) iniciamos hace meses un proceso de revisión de la situación de salud y las prioridades de trabajo en Asturias. En paralelo al desarrollo de este trabajo, el Consejo Asesor de Sanidad aprobó un compendio de 16 directrices de interés para la atención de las enfermedades crónicas, cuyas aportaciones han servido de orientación para elaborar el presente documento.

Todo este trabajo ha dado lugar a 'Personas sanas, poblaciones sanas', un documento sólido y bien articulado encaminado a mejorar los resultados de salud de los ciudadanos actuando sobre los determinantes de la salud y a través de una reorganización de las actuaciones sanitarias y comunitarias. A lo largo de este proceso han participado más de 250 profesionales y este documento es el resultado de ese esfuerzo continuado y coordinado desde la Dirección General de Salud Pública que ahora debemos empeñarnos en llevar en práctica.

En el marco de desarrollo de esta estrategia es necesario poner el foco sin distracción alguna en la mejora de la atención a las personas con pluripatología o en situaciones de enfermedad crónica compleja, que es quizá el mayor reto al que nos enfrentamos desde los servicios sanitarios. Este abordaje debe ser sinérgico con las actuaciones de promoción de la salud y generación de un 'paciente activo'. Debemos hacerlo a través del SESPA, nuestro mejor instrumento, así como con la participación de otras instituciones con las que pretendemos promover modelos de gestión más adecuados que sitúen a los pacientes en el centro del sistema y obtengan mejores resultados en salud desde un enfoque más eficiente y desde una visión poblacional.

La intervención sobre la cronicidad se articula en cuatro líneas de políticas sectoriales. Desde la primera de ellas tratamos de ampliar nuestra mirada desde un enfoque poblacional, en segundo lugar introducimos el concepto de "salud en todas las políticas", seguido de el desarrollo de las acciones que faciliten la participación comunitaria en el compromiso con estas políticas y la autonomía de los pacientes, y, finalmente, la cuarta y última de las líneas políticas pone el énfasis en las medidas que ayuden a mejorar la continuidad de cuidados, así como la idoneidad de las actuaciones que realizamos sobre nuestros pacientes.

El documento recoge las principales acciones a desplegar en el periodo 2014-2015, aunque el horizonte al que aspira es de mucho mayor alcance. Los proyectos estratégicos que se desprenden de cada línea toman desarrollo mediante acciones concretas, algunas iniciadas y otras que comenzarán tan pronto como sea posible a desplegarse y que tendrán continuidad en los próximos años para abordar el nuevo paradigma de la cronicidad en Asturias.

Estas políticas y proyectos son coherentes con el desarrollo de otras actuaciones que se están llevando a cabo simultáneamente y que reforzarán sus resultados, como son la Estrategia de Promoción de la Salud y Participación Comunitaria, así como el Plan de actuaciones prioritarias en Atención Primaria.

Una de las principales novedades que aporta este documento es la necesidad de coordinar y compartir los cuidados de salud que se realizan en el sistema sanitario con las actuaciones que se ofrecen desde fuera del sistema, desplegando instrumentos de cooperación local en cada territorio con otros sectores con la finalidad de compartir objetivos de salud.

Los ámbitos territoriales de estos “microsistemas” pueden ser variables y por ello definimos estos procesos compartidos como Sistemas de Gobernanza Local. Tienen el ambicioso objetivo de integrar los diferentes agentes que actúan en salud como la atención primaria, la atención hospitalaria, los hospitales de subagudos, la red de salud mental, el tercer sector, las asociaciones, los ayuntamientos, y el movimiento ciudadano, y su principal misión será actuar de una manera coordinada, integrada y equitativa para mejorar la salud de la población actuando sobre sus determinantes dentro de un territorio predefinido.

Resulta imprescindible también la consecución de pacientes activos y empoderados para afrontar sus propios procesos de salud y enfermedad. Un objetivo que tendrá plena operatividad en la implantación de la escuela de pacientes como herramienta de promoción de la salud y participación.

En definitiva, con el desarrollo de la presente estrategia tratamos de responder al compromiso de fijar la hoja de ruta que nos permita hacer evolucionar nuestra red de recursos e instalaciones hacia esta realidad. Y lo hacemos de acuerdo a principios de equidad, respeto a los derechos de los ciudadanos, la calidad y la seguridad de la asistencia como elementos clave de la cohesión social y territorial, dando esa garantía de accesibilidad.

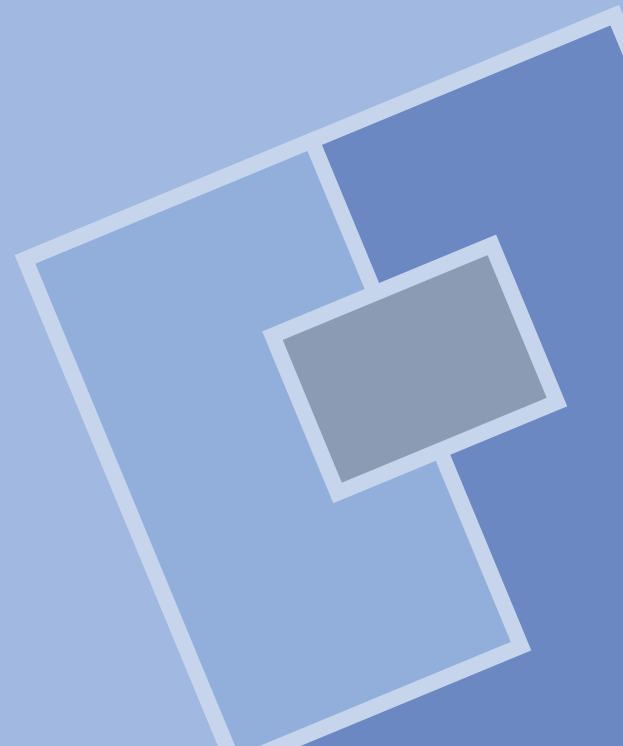
Para hacer realidad este reto en el que estamos inmersos es necesario contar con la colaboración de todos los profesionales que forman parte de nuestro sistema sanitario, así como del conjunto de la sociedad asturiana.

Naturalmente, la modernización tecnológica es parte de este proceso de mejora de los resultados de salud de la población y su incorporación oportuna ha de facilitar el desarrollo de los proyectos que se desprenden de aquí.

El camino abierto señala una dirección que ha de ir acompañada también de modificaciones en lo organizativo, en los espacios territoriales de implantación y en las relaciones de intersectorialidad y de nivel de los servicios. Un gran reto para el que esta Estrategia es una brújula con que afrontar la transición epidemiológica en Asturias.

Faustino Blanco González
Consejero de Sanidad

**1.
Retos y oportunidades para ordenar las
Estrategias de Salud y Atención a la Población
con Enfermedad Crónica en Asturias**



1. Retos y oportunidades para ordenar las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias

La ordenación de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias (EAPEC) se estructura en torno a dos grandes líneas de trabajo: mejorar la salud de la población asturiana y sus determinantes y aspirar a ser una mejor forma de organizar la prestación de la atención sanitaria en nuestra comunidad autónoma.

Para dar cumplimiento a esas dos grandes líneas el documento propone dos acciones fundamentales: ordenar y elaborar. Ordenar implica establecer un marco común, lógico y coherente, un paraguas, de las diferentes actuaciones que ya se vienen desarrollando en Asturias, con más o menos éxito e impacto, en los últimos años. Elaborar supone incorporar a dicho marco de ordenación nuevos proyectos, algunos íntegramente nuevos y otros que parten de la remodelación y mejora de proyectos ya en marcha.

1.1 Salud y cronicidad

Durante el siglo XX, y especialmente en las últimas décadas, la estructura de la población ha sufrido una importante transformación. Estos cambios se han producido principalmente en los ámbitos de la estructura poblacional y en los patrones epidemiológicos predominantes.

Según el informe de las Estadísticas Mundiales 2012 elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ en el año 2008, el 63% de las defunciones se debieron a enfermedades no transmisibles. Cerca del 40% de las defunciones a nivel mundial son atribuibles a factores de riesgo relacionadas con la tensión arterial alta (13%), el consumo de tabaco (9%), la hiperglucemia (6%), el sedentarismo (6%) y el sobrepeso o la obesidad (5%), además de otras condiciones de riesgo social. En el caso concreto de las coronariopatías y las enfermedades vasculares este porcentaje aumenta hasta el 80%.

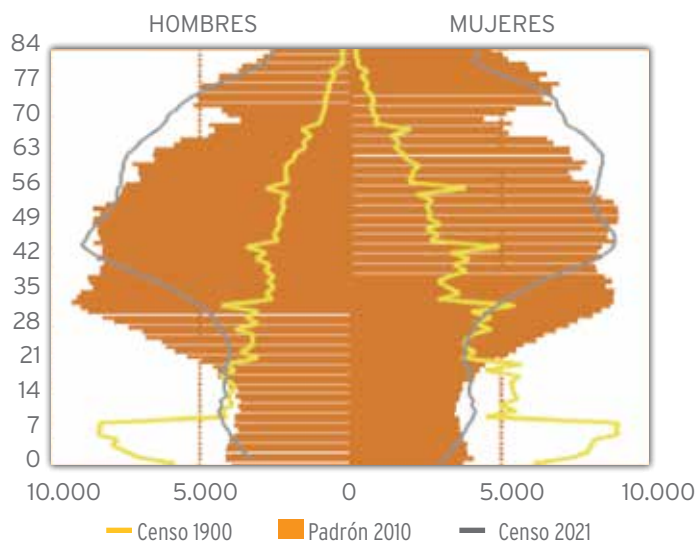
Según datos del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales las enfermedades crónicas suponen el 86% de las muertes y el 77% de la carga de enfermedad en la región europea de la Organización Mundial de la Salud. Además, se estima que el 80% de las consultas de atención primaria en nuestro país se dedican a la atención de procesos crónicos, y los más prevalentes suponen más de un 50% de las hospitalizaciones.

En términos económicos, la atención a las patologías crónicas genera entre el 70% y el 80% del gasto sanitario. En España, en el año 2010, las patologías crónicas supusieron el 60% del gasto en hospitalización.

1.2 Análisis demográfico de la situación en Asturias

En relación con el envejecimiento poblacional, como señala el Consejo Económico y Social de Asturias², nuestra comunidad autónoma llega a la primera década de este siglo con unas condiciones demográficas desconocidas hasta el momento actual, aunque muy similares a otras regiones del país y del entorno europeo: una esperanza de vida inimaginable (77,5 años los hombres y 84,1 las mujeres) y una fecundidad extremadamente baja (1,08 hijos por mujer), la más baja de la Unión Europea.

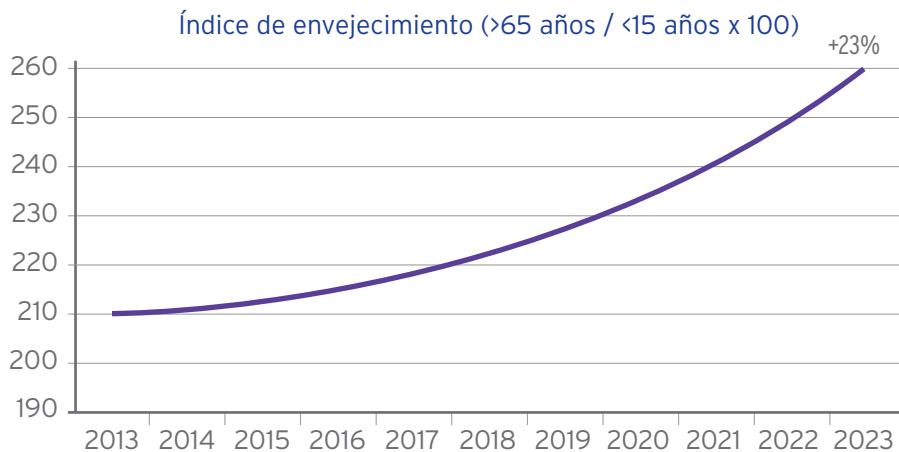
Figura 1. Proyección de la pirámide poblacional 2010 a 2021.



Fuente: SADEI (INE).

Según las estimaciones del INE en los próximos 10 años se producirá un incremento en el índice de envejecimiento (mayores de 65 años por cada 100 menores de 15 años) del 23%.

Figura 2. Proyección del índice de envejecimiento 2013 a 2023.

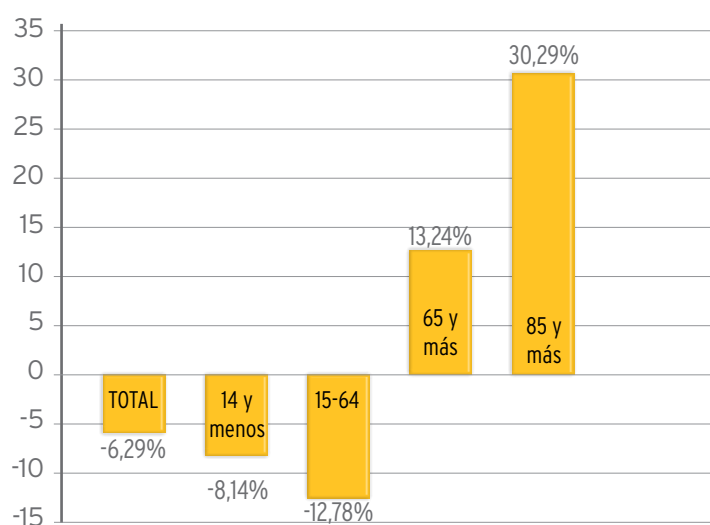


Fuente: SADEI (INE).

El patrón de envejecimiento poblacional es claramente femenino y presenta diferencias importantes en cuanto al sexo, que se acentúan especialmente a partir de los 65 años, donde el porcentaje de mujeres es muy superior al de hombres llegando a duplicarse en el caso de las personas de más de 85 años.

Respecto a la evolución demográfica para el año 2023 el Principado de Asturias perderá en torno a un 6% de la población total y observaremos un incremento de la población mayor de 65 años superior al 13%.

Figura 3. Proyección de la población asturiana 2013 a 2023 por grupos de edad.



Fuente: SADEI.

1.3 Las enfermedades crónicas desde la perspectiva de determinantes de salud

La prevalencia de las enfermedades crónicas en Asturias ha aumentado significativamente en las últimas décadas. Son varios los factores que influyen en este incremento de la cronicidad: factores demográficos, modificaciones en las condiciones de vida (situación laboral, nivel educativo...), en las conductas (tabaco, alcohol, dieta, actividad física...), así como factores relacionados con el sistema sanitario y con el impacto del medio ambiente.

Las condiciones de vida tienen una repercusión directa en el desarrollo de determinadas enfermedades crónicas.

Asociación entre condiciones de vida y enfermedades crónicas.

| | Condiciones de vida ^{3, 4, 5} | | | | | | |
|-----------------------|--|----------------------|------------------|------------------|-----------|-----------------------|--------------------|
| | Clase social baja | Nivel educativo bajo | Exclusión social | Trabajo precario | Desempleo | Falta de apoyo social | Estrés persistente |
| Cardiopatía isquémica | X | X | X | X | X | X | X |
| Ictus | X | X | X | X | X | X | X |
| Diabetes tipo 2 | X | X | X | X | X | X | X |
| Enfermedad renal | X | X | X | X | X | X | X |
| Artrosis | X | | | | | | X |
| Osteoporosis | X | | | | | | X |
| Cáncer de pulmón | X | X | X | X | X | X | X |
| Cancercolorectal | X | | | | | | X |
| EPOC | X | X | X | X | X | X | X |
| Asma | X | X | X | | | | X |
| Depresión | X | X | X | X | X | X | X |
| Salud oral | X | X | X | X | X | X | X |

Asociación entre condiciones de vida y enfermedades crónicas.

| | Estilos de vida ⁶ | | | | | | |
|-----------------------|------------------------------|--------------------|------------------------------|------------------|----------|--------------|-------------|
| | Tabaco | Inactividad física | Consumo de riesgo de alcohol | Dieta inadecuada | Obesidad | Hipertensión | Dislipemias |
| Cardiopatía isquémica | X | X | | X | X | X | X |
| Ictus | X | X | X | X | X | X | X |
| Diabetes tipo 2 | X | | | X | X | X | |
| Enfermedad renal | X | X | | X | X | X | |
| Artrosis | X | X* | | | X** | | |
| Osteoporosis | X | X | X | X | | | |
| Cáncer de pulmón | X | | | | | | |
| Cancer colorectal | | X | X | X | X | | |
| EPOC | X | | | | | | |
| Asma | X | | | | | | |
| Depresión | | X | X | | X | | |
| Salud oral | X | | X | X | | | |

* Asociado a Artritis reumatoide ** Asociado a Artrosis

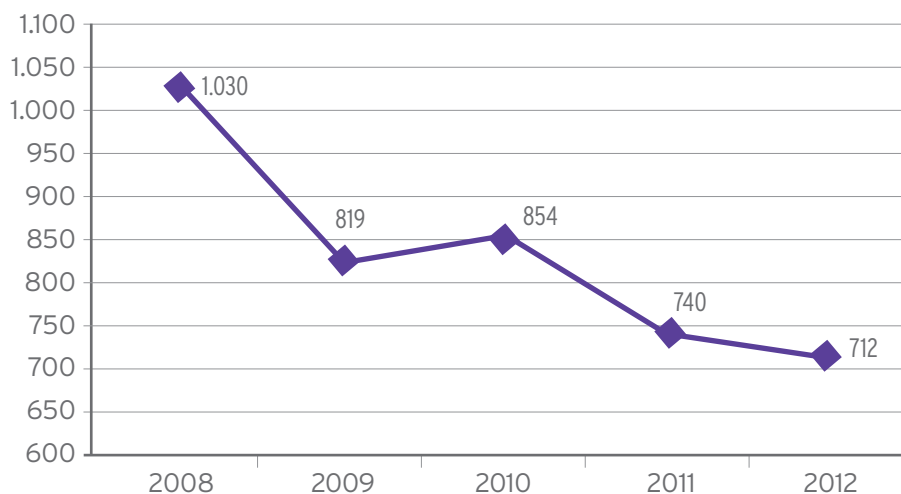
Fuente: Elaboración propia a partir de las referencias bibliográficas.

Respecto a la situación en el Principado de Asturias, el empeoramiento de los indicadores socioeconómicos ha propiciado la aparición de una gran brecha social, y un aumento de las desigualdades en salud. Según datos de la Encuesta de Salud en Asturias, realizada en el año 2012, el porcentaje de población activa ha caído cerca de un 10%, pasando de un 42,3% de la población en el año 2008 a un 32,7%. Por otro lado, el 48% de la población afirma situarse en las clases sociales más desfavorecidas (niveles IV y V). Este empeoramiento en los indicadores socioeconómicos repercute en la salud poblacional en dos aspectos: incrementando la morbilidad debido a la influencia que tienen estos determinantes en la etiología y empeorando los pronósticos y la calidad de vida en aquellos segmentos de la población más desfavorecidos.

Una perspectiva a tener en cuenta en las desigualdades en la salud entre mujeres y hombres y como señala el informe de situación de mujeres y hombres de 2012 del IAM, padeciendo las primeras más morbilidad crónica, mayores problemas de ansiedad y depresión y expresión de una peor calidad de vida.

El gasto medio en salud ha caído un 31% en el periodo que va del año 2008 al año 2012. Este mismo comportamiento se observa en otros sectores como la alimentación, en la que el gasto medio familiar ha caído un 13%. (SADEI, 2013)

Figura 4. Gasto medio por hogar en salud (euros/año).



Fuente: SADEI.

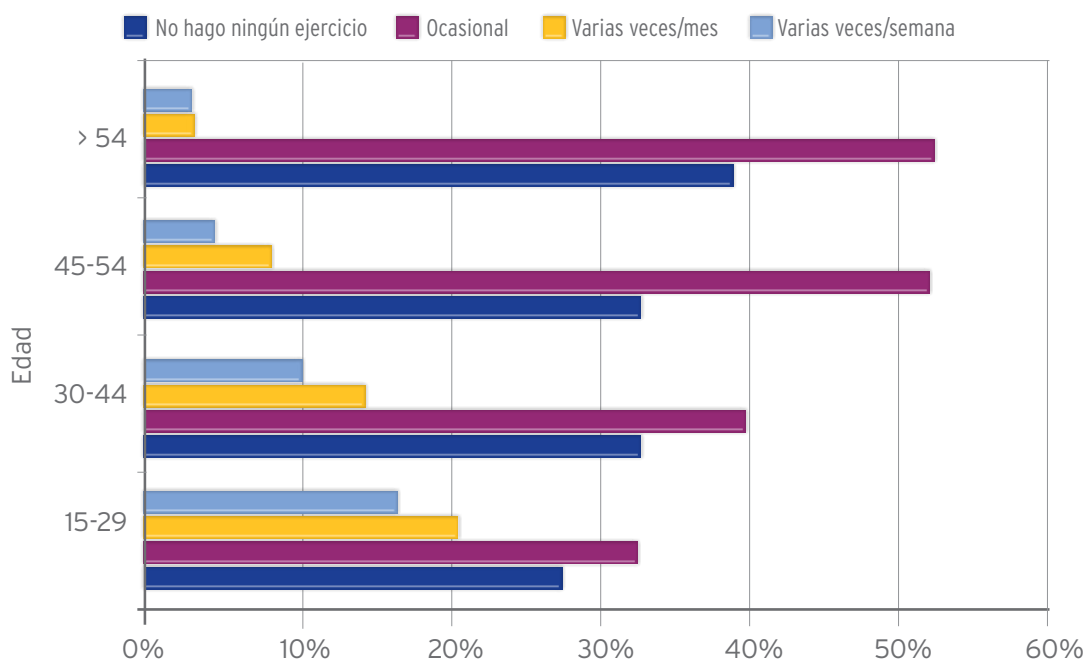
En los datos recogidos sobre estilos de vida en la Encuesta de Salud para Asturias, en el año 2012 la prevalencia de consumo diario de tabaco es del 25,4%. Este dato representa una leve disminución respecto a la anterior encuesta de salud realizada en el año 2008, en la que ese porcentaje fue del 27,8%. A pesar de la estos buenos resultados se ha detectado un aumento de la prevalencia de fumadores ocasionales, pasando del 2,7% de la población encuestada al 3,7%.

Si tenemos en cuenta otras conductas podemos observar que se ha producido un incremento importante de la población que ha consumido alcohol en los últimos 30 días, pasando del 40,4% al 54,9% en los años 2008 y 2012 respectivamente.

Actualmente, una de cada treinta personas tiene bajo peso u obesidad mórbida y un 43,2% de la población asturiana tiene sobrepeso u obesidad.

Respecto a la realización de ejercicio físico un 34% de la población no realiza ningún tipo de ejercicio y este porcentaje va disminuyendo a medida que aumenta la edad.

Figura 5. Realización de ejercicio físico.



Fuente: Encuesta de salud para Asturias, 2012.

Por lo que se refiere a la existencia de recursos sociales, culturales, sanitarios dentro de un Estado de bienestar redistribuidor, éste tiene una influencia determinante en generar un entorno con repercusión positiva sobre aspectos demográficos, de aumento de la esperanza de vida y de mejora en la calidad de los años de vida ganados. Y por el contrario, las situaciones de recesión que dificultan la redistribución equitativa de estos recursos y afectan a los determinantes sociales tienen un efecto perjudicial incrementando la cronicidad, la dependencia y una peor calidad de vida en personas afectadas por dichos procesos.

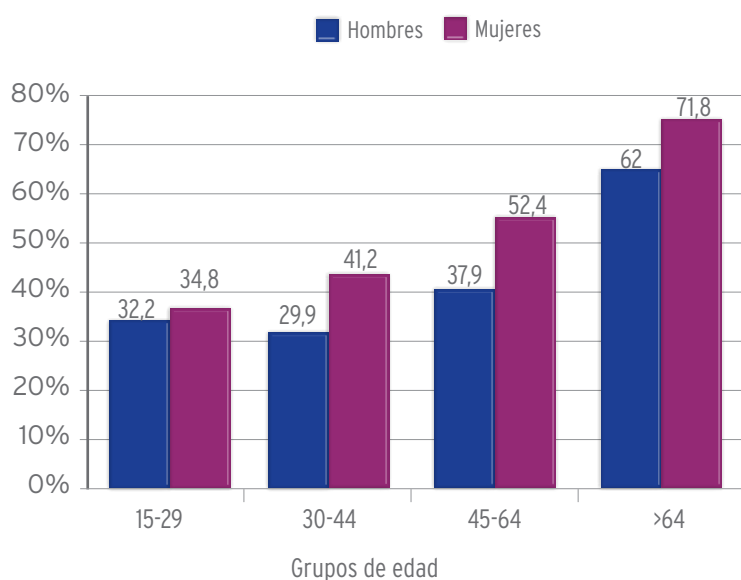
Es importante señalar otro factor que claramente influye en el incremento de la cronicidad: los criterios que utilicemos para diagnosticar “enfermedades crónicas”. Es decir, etiquetar como enfermedades crónicas ciertas entidades “pre-patológicas” o ciertos procesos de “malestar” podría generar una sobredimensión del problema (Iona Heath, 2007) y, con seguridad, una hipermedicalización de su abordaje.

1.4 Enfermedades crónicas y consumo de recursos sanitarios

En los últimos años se han producido importantes cambios en los perfiles de la demanda en relación a las actuaciones sanitarias. Este hecho está influido en gran medida por el envejecimiento de la población, el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas y un contexto medicalizador desde el que se tratan de abordar diversas problemáticas ya sean estas sociales o sanitarias.

Según datos de la Encuesta de Salud para Asturias un 45,6% de la población afirma haber acudido al médico en el último mes. Esta prevalencia aumenta con la edad y es más elevada en las mujeres en todos los grupos etarios.

Figura 6. Porcentaje de población que ha acudido al médico en el último mes.



Fuente: Encuesta de salud para Asturias, 2012.

Las enfermedades crónicas, fundamentalmente las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, la artrosis, ciertos tipos de cáncer, las enfermedades respiratorias y determinados problemas de salud mental representan los principales motivos de consulta en los servicios de salud.

Los costes de atención a los pacientes con más de una enfermedad crónica llegan a multiplicarse por 6 respecto a los que no tienen ninguna o solo tienen una. En la actualidad dos tercios del gasto sanitario está motivado por los pacientes con cinco o más enfermedades crónicas, multiplicándose en estos pacientes por diecisiete el gasto sanitario y por veinticinco el gasto hospitalario. Si este problema no se aborda adecuadamente no solo consumirá la mayor parte de recursos del sistema sanitario, sino que puede llegar a cuestionar su sostenibilidad.

La relación de la edad avanzada con las enfermedades crónicas y con la utilización de los servicios sanitarios está claramente establecida. A título de ejemplo de la evolución de la atención a enfermedades crónicas en Asturias citamos que el tratamiento renal sustitutivo (hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal), que se ha incrementado un 82,6% desde el año 1995 al año 2012, el mayor aumento se observa en el grupo de edad de más de 75 años que se ha quintuplicado en el citado período.

El mayor consumo de servicios sanitarios por parte de las personas con enfermedades crónicas complejas tiene un gran impacto sobre la estructura y el gasto sanitario. Sin embargo el mayor uso de los servicios hospitalarios no significa un mal uso de estos servicios, o un uso innecesario de los mismos, sino que estaría justificado por unas mayores necesidades de salud ligadas a los problemas inherentes a su estado de salud y por modificaciones de la oferta sanitaria ligadas a la capacidad tecnológica y la efectividad de determinados tratamientos y que generan en definitiva una mayor intensidad en el uso de los recursos sanitarios.

En el ámbito de atención primaria, durante el año 2013 el 75% de la población ha visitado a su médico de familia y se produjeron más de 10 millones de consultas si sumamos las visitas recibidas al médico de familia, pediatría y enfermería. El número medio de visitas anuales por paciente atendido fue de 8 visitas en el caso de medicina y 3,5 visitas en el caso de enfermería.

Figura 7. Evolución de la actividad en Atención Primaria 2008 -2013 (total de consultas).

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2013/2008 |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Medicina de familia | 6.015.646 | 6.084.017 | 5.928.942 | 5.973.750 | 5.824.544 | 5.709.079 | -5,10% |
| Enfermería | 3.823.281 | 3.824.130 | 3.722.450 | 3.700.150 | 3.687.267 | 3.689.956 | -3,49% |
| Pediatría | 659.821 | 680.604 | 644.755 | 667.249 | 628.663 | 634.481 | -3,84% |

Fuente: SIAP 2008-2013

Por lo que se refiere a la actividad hospitalaria en el periodo 2001-2012 podemos observar algunos datos de interés. Las estimaciones de frecuentación coinciden en la hipótesis de que no se ha producido un aumento significativo en la frecuentación hospitalaria. La estancia media se ha reducido un 10%. Asimismo se ha incrementado la actividad y la frecuentación en un área que alerta sobre el modelo de atención a las personas con enfermedades crónicas: las urgencias hospitalarias. Se ha producido un incremento del 25% de las mismas.

Figura 8. Evolución de la actividad hospitalaria 2001 - 2012.

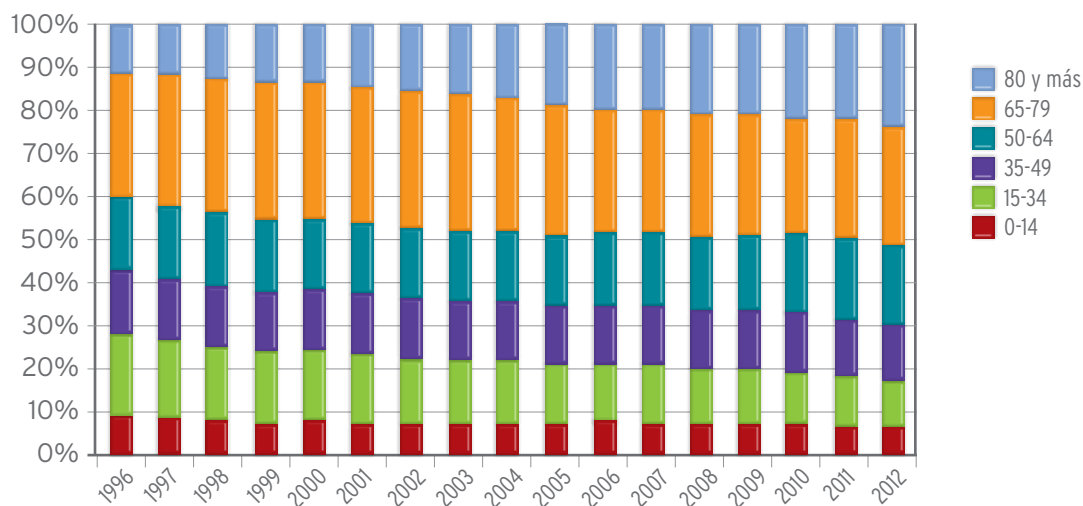
| | 2001 | 2008 | 2012 | 2012/01 |
|---------------------------------|-----------|-----------|-----------|---------|
| Población | 1.071.138 | 1.080.138 | 1.052.787 | -1,7% |
| Altas hospitalarias | 96.463 | 99.833 | 95.844 | -0,6% |
| Estancia Media | 8,6 | 8,3 | 7,7 | -10,4% |
| I Complejidad | 1,05 | 1,01 | 1,00 | -4,8% |
| Urgencias Hospitalarias | 352.821 | 420.401 | 442.182 | + 25% |
| % Urgencias Ingresadas | 19,1% | 16,0% | 16,2% | -15% |
| Frecuentación urgencias (*1000) | 329 | 389 | 415 | +26% |

Fuente: Memoria SESPA 2001, 2008, 2012

Las enfermedades que causan un mayor número de altas hospitalarias en el Principado de Asturias son por este orden las del sistema circulatorio (17,2%), aparato respiratorio (13,8%) y los tumores (10,2%) siendo estos datos similares a los de otras Comunidades Autónomas.

Las tasas poblacionales de altas y estancias hospitalarias aumentan con la edad. Tal como se observa en la siguiente gráfica las personas de 80 y más años suponían en el año 1996 poco más del 10% de las altas hospitalarias, mientras que en el año 2012 pasaron a representar el 22%.

Figura 9. Evolución de la proporción que representa cada grupo de edad en el número de altas totales.



Fuente: CMBD, años 1996/2012

En el año 2012, un 10% de las hospitalizaciones en servicios médicos fueron reingresos (readmisiones en los 30 días posteriores al alta). Los reingresos hospitalarios se han asociado a condiciones propias del paciente y a factores derivados de la asistencia sanitaria recibida y son un importante reflejo de la complejidad tanto de las relaciones entre los distintos niveles asistenciales como de la atención a personas con enfermedad crónica. Con carácter general, los reingresos pueden estar relacionados con:

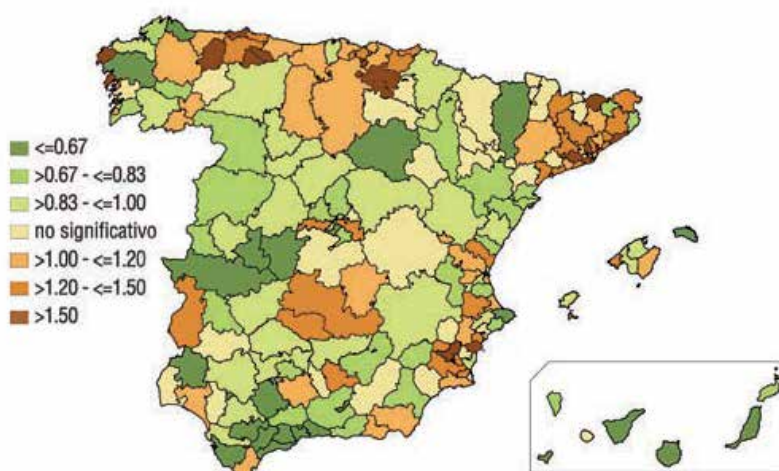
1. Curso evolutivo de la patología atendida: los reingresos están motivados por complicaciones surgidas después del alta. Puede ser un indicador que refleje el seguimiento del paciente tras el alta.
2. En el momento del alta hospitalaria: pueden indicar un alta de hospitalización prematura o problemas de coordinación de con otros recursos.

Para comprender el impacto de las enfermedades crónicas y el envejecimiento sobre el consumo de recursos sanitarios se precisa un análisis más detallado y que incida más en lo cualitativo que en lo cuantitativo. Una fórmula puede ser el estudio de las hospitalizaciones potencialmente evitables, que genéricamente se definen como hospitalizaciones que se podrían haber evitado si se hubiera prestado una atención ambulatoria de una calidad óptima. La reducción de descompensaciones en la mayor parte de las condiciones causantes de hospitalizaciones evitables depende de un adecuado manejo compartido por la atención primaria y hospitalaria.

En el estudio sobre hospitalizaciones potencialmente evitables (HPE) realizado por el grupo Atlas de Variaciones en la Práctica Médica del Sistema Nacional se observa que el 80% de las mismas se producen en personas mayores de 65 años. Tan sólo los ingresos por complicaciones agudas de la diabetes y asma del adulto se observan con más frecuencia en personas menores de esa edad. Las personas mayores de 80 años, suponen el 39 % de las HPE en conjunto. EPOC e insuficiencia cardiaca congestiva representaron más del 80 % de todos los ingresos por HPE.

Tal como observamos en la figura 10 algunas Áreas Sanitarias del Principado de Asturias tienen una incidencia de hospitalizaciones potencialmente evitables un 50% mayor que la media del Sistema Nacional de Salud.

Figura 10. Razón de incidencia de las hospitalizaciones potencialmente evitables⁸.

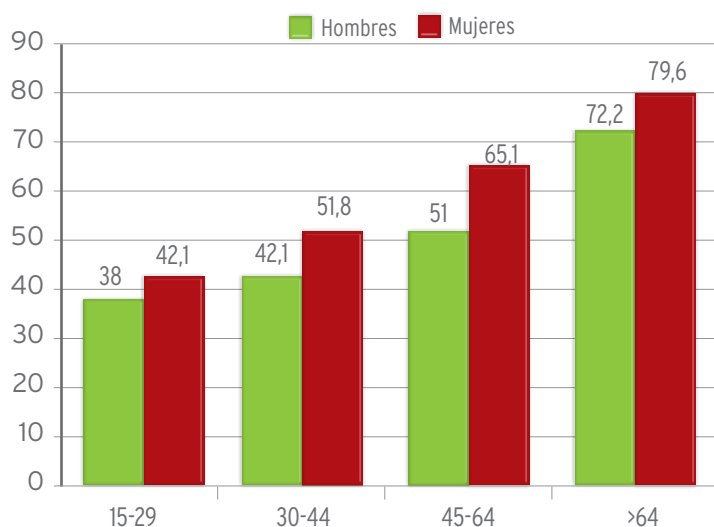


Colores verdes: tasas inferiores a la media del SNS; Color ocre: diferencias no significativas respecto a la media del SNS; Colores marrones: tasas superiores a la media del SNS

Fuente: Atlas Variaciones en la Práctica Médica del SNS.

Respecto al consumo de medicamentos cerca de 6 de cada 10 adultos afirma haber consumido medicamentos en las últimas 2 semanas. Este porcentaje aumenta con la edad y es sensiblemente superior en el caso de las mujeres. Según los datos de facturación en farmacia en el año 2012 los tres primeros subgrupos de consumo farmacéutico correspondían a inhibidores de la bomba de protones, estatinas y ansiolíticos/antidepresivos, llegando en su conjunto a cerca de cinco millones de envases anuales facturados.

Figura 11. Porcentaje de población que afirma haber consumido medicamentos en las últimas dos semanas (por sexo y grupos de edad).



Fuente: Encuesta de salud para Asturias, 2012.

La terapéutica farmacológica es un componente importante de la atención a los pacientes crónicos, muchos de ellos polimedicados. Distintos estudios reflejan que alrededor de un tercio de los pacientes polimedicados presentan problemas relacionados con medicamentos, la mayoría evitables:

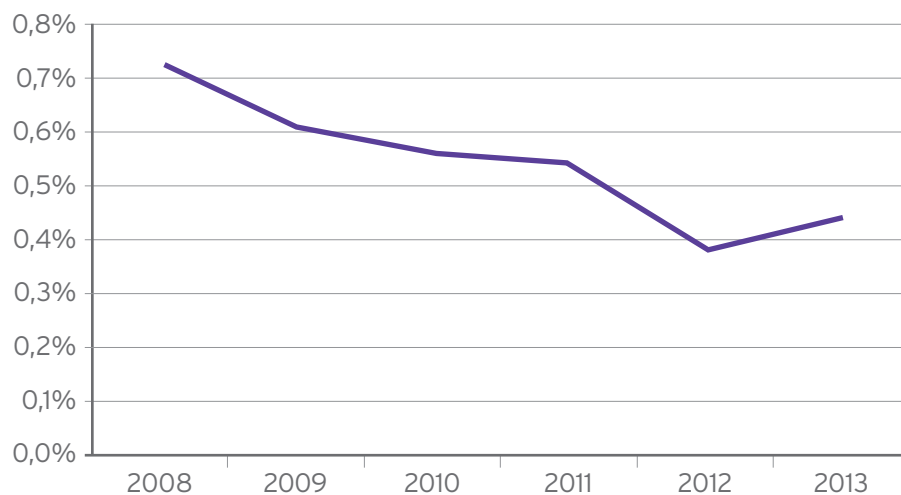
- El riesgo aumenta exponencialmente con el número de medicamentos consumidos.
- La mayoría son debidos a fármacos innecesarios o incluso contraindicados, y a las interacciones medicamentosas.

1.5. Inversión en recursos sanitarios

Las políticas de inversión en Salud Pública y promoción de la salud tienen un efecto directo en la salud de la población.

En el periodo 2008/13 el porcentaje de gasto en Salud Pública sobre el total de la Consejería de Sanidad ha caído un 40%. Este gasto representa tan sólo un 0,45% del total de gasto sanitario realizado en el año 2013.

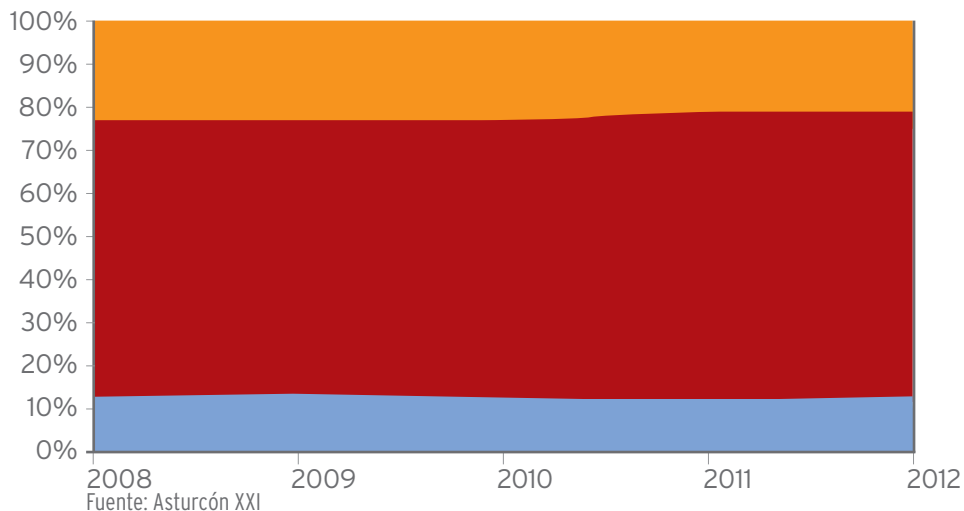
Figura 12. Evolución del porcentaje de gasto de Salud Pública sobre el total de la Consejería de Sanidad (2008-2013).



Fuente: Asturcón XXI

Por lo que se refiere al volumen total de gasto en el ámbito de atención primaria, este gasto ha caído un 5% en el periodo 2008/12, mientras que la inversión en atención hospitalaria ha sufrido una disminución del 0,9%

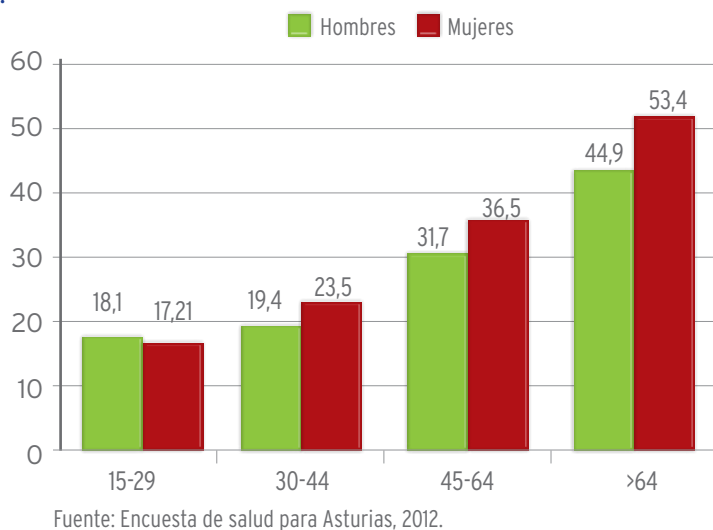
Figura 13. Evolución de la distribución del gasto. Atención Primaria/Hospitalaria/Recetas.



1.6 Análisis epidemiológico

En Asturias, según datos de la Encuesta de Salud del año 2012, el 32% de la población adulta -mayores de 15 años - manifiesta padecer algún trastorno crónico o de larga evolución. La prevalencia aumenta con la edad y en la mayor parte de las patologías es superior en las mujeres, predominando los trastornos musculoesqueléticos, los cardiocirculatorios, la depresión y la ansiedad.

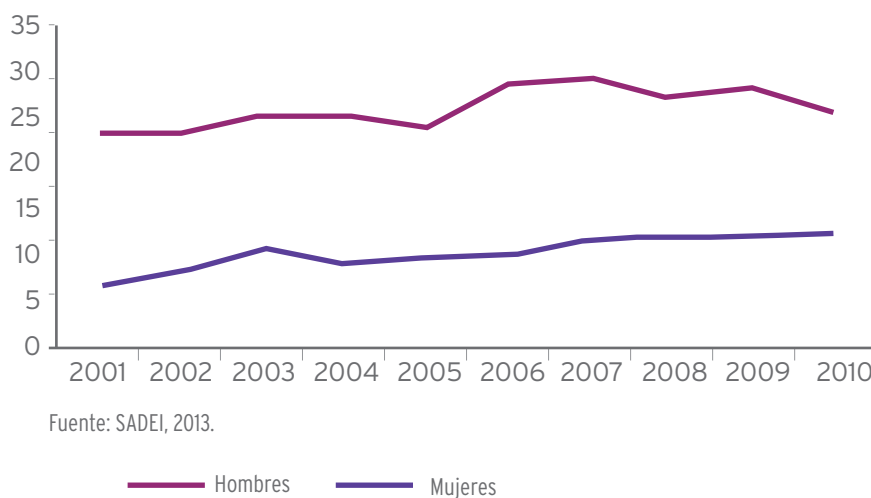
Figura 14. Morbilidad crónica autodeclarada superior a 6 meses de evolución (porcentaje por sexo y grupos de edad).



La repercusión de las enfermedades crónicas para los entornos cercanos de apoyo y cuidados y para las estructuras económicas, sociales y sanitarias de nuestra comunidad autónoma son evidentes. Asturias presenta una alta proporción de personas con discapacidad (8,5% vs 5,1% de España) ligada a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas (el 50% en Asturias está ligado a estas enfermedades) y al envejecimiento, siendo superior en mujeres.

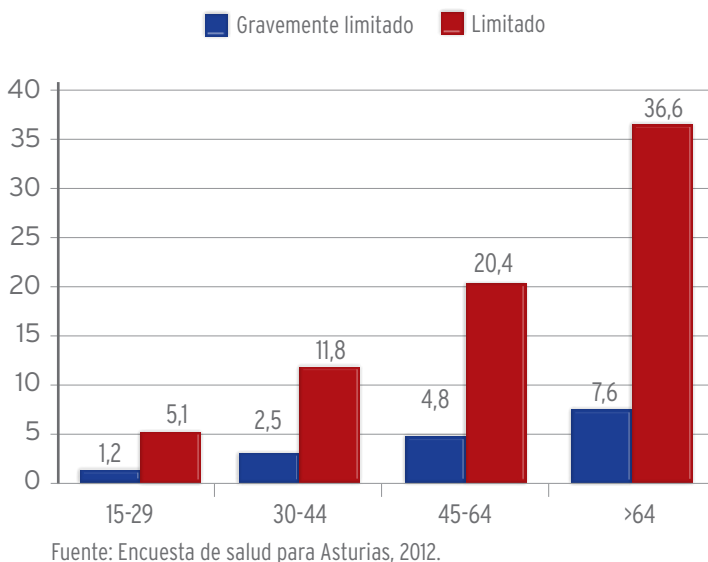
Por otro lado, el porcentaje de mujeres mayores que viven solas es sensiblemente superior al de los hombres. Esta situación es muy relevante en cuanto a la planificación de las necesidades de apoyos a las personas con enfermedades crónicas o limitaciones funcionales para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

Figura 15. Porcentaje de mujeres y hombres de 65 y más años que viven solos en Asturias 2001-2010.



En el año 2012 la restricción crónica grave de la actividad afectaba al 4,3% de la población y la limitada a cerca del 20%. Esta prevalencia se incrementa con la edad y es más elevada en el caso de las mujeres. Así mismo la proporción de dependencia es muy alta: en España cerca del 30% de las familias está afectadas por la existencia de personas con dependencia, estando muy ligada a la presencia de enfermedades crónicas.

Figura 16. Restricción crónica de la actividad (porcentaje por grupos de edad).



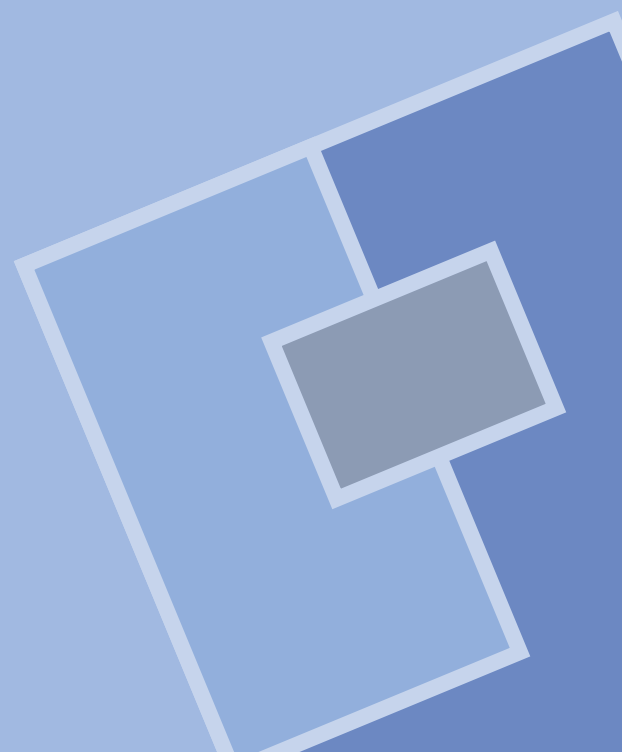
Otro fenómeno creciente en la presentación epidemiológica de las enfermedades crónicas es el hecho de la confluencia de múltiples entidades nosológicas en un mismo paciente, generando una alta proporción de usuarios de los servicios sanitarios con múltiples etiquetados diagnósticos relacionados o no con la historia natural o la etiopatogenia de las diversas enfermedades. Pongamos por caso diabetes, cardiopatía isquémica, hipertensión esencial, hiperuricemia, asma bronquial, etc.

El fenómeno de la pluripatología y consecuentemente de la polimedicación exige un nuevo abordaje de los pacientes desde la perspectiva de su biografía individual y comunitaria más que desde la de cada una de las entidades patológicas y especialidades particulares. Un abordaje integrador y centrado en el paciente y la comunidad.

Según un estudio realizado en el Servicio de Salud Público Andaluz en el periodo comprendido entre el año 2000 y el 2010 el porcentaje de altas hospitalarias relacionadas con al menos una enfermedad crónica había sufrido un incremento del 27%, pasando de 32% de las altas hospitalarias al 43%. En el caso de los pacientes pluripatológicos este incremento había sido del 66,82%, pasando del 9,54% de las altas hospitalarias al 16,78% en el periodo de estudio.

Por otro lado, es conocida la repercusión asistencial de los trastornos crónicos, particularmente en sus últimos años de vida, lo que ha conllevado el establecimiento de servicios específicos para la atención paliativa que permitan la descarga del hospital y de la red de atención primaria.

2. Evolución de los niveles de organización del sistema sanitario en el Principado de Asturias para la atención a las personas con enfermedades crónicas



2. Evolución de los niveles de organización del sistema sanitario en el Principado de Asturias para la atención a las personas con enfermedades crónicas ^{11, 12}

El Sistema Nacional de Salud establecido por la Ley General de Sanidad, Ley14/1986, de 25 de abril, es el conjunto de Servicios de Salud de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas. Esta Ley dispone que los Centros Sanitarios de la Seguridad Social queden integrados en el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en los casos en que la misma haya asumido competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social de acuerdo con su Estatuto de Autonomía. En Asturias, se compatibilizaron, de forma transitoria hasta el año 2002, dos Instituciones: el INSALUD, que gestionaba provisionalmente la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social y el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), creado por la Ley 1/1992, de 2 de julio como ente de derecho público adscrito a la Consejería de Sanidad, dedicado a la realización de las actividades sanitarias y a la gestión de los servicios sanitarios propios de la Comunidad Autónoma, así como a la preparación organizativa para la asunción de las transferencias.

La década de los 80 representó un período de notable expansión de los servicios sanitarios públicos. Durante ese período se refuerza la red hospitalaria con los Hospitales comarcales de Cangas y Jarrío, y se hace un notable esfuerzo en la implantación de las reformas de la atención primaria de salud y de la salud mental

2.1 Desarrollo del modelo de Atención Primaria

El modelo de Atención Primaria se fundamenta en los principios de integridad, interdisciplinariedad y continuidad en la atención a los ciudadanos. Nuestra Comunidad fue pionera en el proceso de reforma de la Atención Primaria con la publicación del Decreto 112/1984, de 6 de Septiembre, por el que se aprueba el Mapa Sanitario de Asturias, que ha sido el instrumento que ha determinado la implantación y ordenación territorial de la Atención Primaria en el conjunto del territorio asturiano. Posteriormente el Decreto 117/1989, incorporó como centro de referencia del distrito 1 del Área Sanitaria V al Hospital de Jove, vinculado a la red del INSALUD mediante concierto sustitutorio. En 1997 se puso en funcionamiento la Fundación Hospital Oriente de Asturias, que se integró como centro hospitalario de referencia para en el Mapa Sanitario en el año 2001. Actualmente Asturias cuenta con una red sanitaria Integrada por 9 Hospitales de Área, 3 Hospitales de Agudos Asociados y un Centro de Convalecencia distribuidos en 8 áreas sanitarias con 68 Zonas Básicas de Salud y 16 Zonas Especiales.

Uno de los más importantes logros de la reforma sanitaria iniciada en los años 80 ha sido el dotar de una amplia red de servicios de atención primaria, con una cobertura poblacional completa y muy accesible, que garantiza no sólo una equidad geográfica y poblacional, sino también socioeconómica. El mantenimiento del médico de familia como puerta de entrada al sistema contribuye a garantizar la continuidad de la asistencia y a racionalizar el uso de los recursos.

La formación especializada de médicos de familia, iniciada antes de la reforma, contribuye a crear un perfil profesional enfocado a tratar enfermos en lugar de enfermedades y, por tanto, más atento a las condiciones medioambientales y socioeconómicas de las personas y poblaciones que atienden. La concepción de trabajo en equipo multiprofesional y el desarrollo de instrumentos de garantía de la calidad en atención primaria (historia clínica, cartera de servicios, normas técnicas, etc.) han contribuido al desarrollo de una atención sistemática a los pacientes y poblaciones.

2.2 La red hospitalaria

Las características principales del proceso seguido por la Atención Hospitalaria pública en Asturias en los últimos 30 años, son:

- La redistribución de los recursos hospitalarios: a comienzos de los años 80 la atención hospitalaria giraba casi exclusivamente en torno a los pacientes hospitalizados. Además, todos los hospitales existentes se localizaban en el área central de Asturias. Desde principios de los años 90, las ocho áreas sanitarias de Asturias tienen, al menos un hospital de referencia. El proceso de descentralización de los recursos de Atención Hospitalaria, que se inicia con la aprobación del primer Decreto del Mapa Sanitario de Asturias en 1984, supuso una mejora sustantiva en el grado de accesibilidad de los servicios a la población.
- La diversificación en las modalidades de atención: se ha mejorado notablemente la cartera de servicios hospitalarios de todas las áreas sanitarias, incorporándose diferentes procedimientos de tipo diagnóstico o de tipo terapéutico. También se ha desarrollado la oferta de procedimientos de referencia como es el caso de los trasplantes. Se ha desarrollado un rápido proceso de ambulatorización de los procedimientos. Se potenciaron las consultas externas, los hospitales de día y se desarrolló la Cirugía Mayor Ambulatoria. Por último, hay un proceso de mejora de las condiciones de habitabilidad y confort en las instalaciones.
- El Decreto 71/2002, de 30 de mayo, constituye la Red Hospitalaria Pública y la Red Sanitaria de Utilización Pública, previstas en la Ley 1/1992. La última está integrada por los centros y establecimientos con financiación pública, es decir, por la Red Hospitalaria Pública y los centros privados vinculados mediante concierto, convenio u otra forma de gestión integrada o compartida con el Servicio de Salud del Principado de Asturias. El Decreto 71/2002 clasifica a los centros integrados en la Red Sanitaria de Utilización Pública en: Hospital de Área o Distrito; Hospital de Agudos Asociado; Centros de Convalecencia y Centros Privados Concertados.
- Se ha promovido, desde 1985, la creación de unidades de atención geriátrica en las áreas sanitarias centrales. Los Hospitales Monte Naranco de Oviedo, Cruz Roja Española de Gijón, Fundación Hospital de Avilés y Sanatorio Adaro de Langreo, disponen de unidades funcionales para la provisión de cuidados a pacientes geriátricos con reagudizaciones de las patologías crónicas o que precisen tratamiento de recuperación funcional.

2.3 Reforma de Salud Mental

En los años 80 se inicia, en Asturias, una Reforma de la Salud Mental que se caracteriza por:

- Dentro de la orientación de la Atención: por la desinstitucionalización de los enfermos, la atención comunitaria, el abordaje de los problemas de salud mental con un carácter interdisciplinario y multicausal (incluye el factor social), la continuidad en los cuidados, y la integración y la reinserción del enfermo mental.
- Dentro de la organización: por la superación del Hospital Psiquiátrico, la integración de la asistencia hospitalaria en los hospitales generales, la creación de estructuras intermedias para la atención, la descentralización territorial y diversificación de los servicios y unidades

asistenciales, el predominio de la atención ambulatoria convirtiendo al Centro de Salud Mental en el eje central de la organización de la atención, y la creación de dispositivos y programas de reinserción.

- Dentro de la gestión: por la integración de los diferentes dispositivos en la red única de atención, y la creación de una unidad rectora, la tendencia a homogeneizar criterios de gestión, y el desarrollo de una gestión territorial en las áreas sanitarias, mediante la creación de los Coordinadores de Área.

El Plan de Salud Mental 2014-2020 del Principado de Asturias es ejemplo de estrategia de atención integral a la cronicidad marcando como prioridades el impulso de las actividades de promoción, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación y reinserción social, abarcando en ello a la población general y a la población atendida.

La actual red de servicios de Salud Mental se configura como un conjunto de unidades asistenciales descentralizadas, que abarca a más de 45 unidades asistenciales, agrupadas en distintas tipologías, que dan cobertura a las ocho áreas sanitarias en que se divide el mapa sanitario asturiano: Centros de Salud Mental, Centros de Tratamiento Integral, Unidades de Hospitalización, Comunidades Terapéuticas, Hospital de Día, Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario, Unidades de Tratamiento de Toxicomanías, Unidades Residenciales y Alojamientos Tutelados

2.4 Atención Sociosanitaria

La Asistencia Sociosanitaria es un subsistema asistencial que debe tener presente la heterogeneidad de las situaciones, la variabilidad de las necesidades y la flexibilidad para adoptar cambios sucesivos en la asignación de recursos y la organización de los cuidados, al incluir el conjunto de servicios que precisan las personas con limitaciones físicas, mentales o cognitivas, con un impacto suficiente para comprometer su independencia y autonomía personal y requerir, por tanto, cuidados de larga duración.

La red de Establecimientos Residenciales de Asturias (ERA), de la Consejería de Bienestar Social, constituye el instrumento más importante para la provisión de prestaciones sociales y sociosanitarias en régimen institucional y centros de día de nuestra región. La estructura de esta red se ha acomodado a la prestación de cuidados a personas mayores mediante la transformación progresiva de plazas para personas válidas a plazas para residentes con diferentes grados de dependencia. Este cambio cualitativo en la población institucionalizada está generando una demanda sanitaria en ocasiones no bien resuelta, por lo que se debe avanzar en el desarrollo de soluciones que promuevan la atención integral y no solo la generada por la demanda.

Mención especial merece la Fundación Sanatorio Adaro, que desde su constitución, en 1996, su transformación ha sido constante, intentando responder en todo momento a las necesidades de atención sanitaria y sociosanitaria que desde su área de influencia geográfica eran percibidas por la población de referencia, la Administración, los agentes sociales, otras Entidades Públicas y el propio Patronato. Se ha configurado como un Hospital de Media y Larga Estancia, geriátrico, rehabilitador, de convalecencia y cuidados paliativos, que amplía su atención ambulatoria a otros ámbitos de la Salud. La Fundación Sanatorio Adaro cuenta con una Unidad de Larga Estancia Geriátrica de 91 camas, concertadas con las Consejerías de Bienestar Social y Sanidad, mediante un sistema de financiación mixta, de las que 74 constituyen plazas de duración indefinida y diecisiete 17 plazas son de estancia temporal (entre 30 y 120 días).

2.5 Cuidados Paliativos

Con la puesta en marcha de la Estrategia de Cuidados Paliativos para Asturias en el año 2009, se trata de ubicar a los pacientes con enfermedad avanzada terminal en todos los niveles y recursos del sistema sanitario. Tratando de propiciar una mejora en la atención a estos pacientes con la puesta en marcha de medidas en cada uno de ellos, pero todos los recursos asignados y las acciones planificadas tendrán una contribución escasa si no se trabaja en mejorar la coordinación entre los recursos y niveles existentes.

El lugar idóneo de atención de un paciente en situación avanzada y compleja varía en función de diversas variables: sintomatología y nivel de sufrimiento, apoyo existente, preferencias del paciente y familia. El nivel asistencial óptimo cuando el paciente está en el domicilio es la Atención Primaria, mientras que la Atención Hospitalaria será responsable del paciente hospitalizado o en tratamiento activo.

A partir de la Estrategia de Cuidados Paliativos para Asturias se da un salto cualitativo en la atención al paciente terminal con la creación de la mayor parte de Equipos de Apoyo en Cuidados Paliativos actuales (12 equipos para el total de las Áreas Sanitarias).

La intervención de estos dispositivos específicos se basa en principios de efectividad y eficiencia, y se reserva para la atención de enfermos con mayor complejidad, promoviendo la capacidad de resolución de los recursos convencionales ya existentes.

2.6 Programas orientados hacia la enfermedad crónica

En el Principado de Asturias existen diversos programas y planes de atención para los pacientes con enfermedades crónicas. Algunos ejemplos son:

- Los “Programas de crónicos” que figuran en la cartera de servicios de Atención Primaria: Diabetes, Hipertensión Arterial, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Hipercolesterolemia, Obesidad, etc.
- Los “Programa Clave de Atención Interdisciplinar” (PCAI), suponen un proyecto de atención homogénea y transversal a las personas con un determinado problema de salud, liderado por profesionales de diversas disciplinas que coordinan sus actividades para mejorar sus resultados en términos de calidad científico-técnica y de satisfacción para el paciente. Se centran en las enfermedades crónicas, incluyendo entre éstas al cáncer, que tienen un comportamiento de enfermedad crónica, se refieren a: Ansiedad; Cáncer de mama; Cáncer colorectal; Cáncer de próstata; Cardiopatía Isquémica; Consumo de alcohol y alcoholismo; Demencia; Depresión; Diabetes; Dolor crónico musculoesquelético; Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; Hipertensión Arterial e Ictus.
- Además cabe destacar que existen en Asturias numerosas iniciativas surgidas de las asociaciones de pacientes o de las de sus familiares y otras organizaciones que contribuyen a la mejora de los cuidados de los pacientes crónicos, contando en muchos casos con la implicación de profesionales sanitarios del Servicio de Salud y apoyo institucional.
- Recientemente la Consejería de Sanidad del Principado ha incorporado la metodología desarrollada en la Universidad de Stanford como modelo de trabajo para las Escuelas de Pacientes.

2.7 El modelo de gestión clínica

Con la publicación del Decreto 66/2009, de 14 de julio, por el que se regula la estructura y funcionamiento de las áreas y unidades de gestión clínica del Servicio de Salud del Principado de Asturias se establecen los principios básicos de funcionamiento del modelo de gestión clínica.

El modelo de trabajo implantado en Asturias entiende la gestión clínica como una herramienta de los Servicios Sanitarios del Principado de Asturias cuyo objetivo es mejorar la actividad asistencial que se presta a la población, con una mejor calidad y una mayor eficiencia presupuestaria.

El modelo se asienta, sobre la idea de que cada profesional de la organización es un microgestor capaz de alcanzar resultados propios y favorecer los resultados grupales. La microgestión se desarrolla en el ámbito de la asistencia sanitaria, y cada acto sanitario se convierte en un momento para llevar a cabo una gestión más eficaz.

El éxito del modelo radica en la capacidad de lograr altas cotas de profesionales implicados en el mismo.

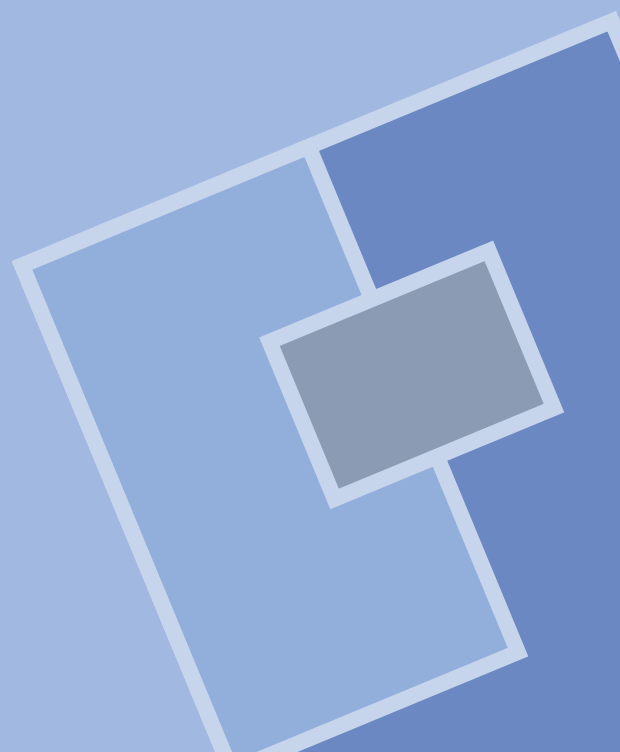
En el año 2014 más de 3.500 profesionales se encuentran desarrollado su trabajo dentro de una Unidad o Área de Gestión Clínica, con 60 UGC/AGC autorizadas y más de 40 funcionando, en todos los niveles asistenciales y en todas las áreas. Entre éstas cabría destacar toda la red de Salud Mental, que ya está integrada al 100% dentro del modelo de gestión clínica.

El trabajo dentro del modelo de gestión clínica se centra no sólo en la mejora de resultados clínicos, sino también en un incremento de sus índices de satisfacción, así como en una mejora de la calidad de vida profesional de aquellos trabajadores que forman parte del modelo.

Dentro del despliegue de las acciones establecidas desde las unidades y áreas de gestión clínicas se ha normalizado el abordaje de diferentes procesos clínicos (Diabetes Mellitus, Asma Infantil y EPOC) que se incorporan de una manera homogénea, explícita y evaluable con objetivos, indicadores de desempeño y evaluación y metas a alcanzar.

Por otro parte la gestión clínica incorpora un Sistema de Gestión de la Calidad (SINOC-DAIME), que desarrollan y aplican todas las UGC/AGCs con especial atención al paciente vulnerable, a la prestación de cuidados, y a la educación sanitaria.

**3.
Modelos de referencia en estrategias de salud
poblacional y de atención a población con
enfermedad crónica**



3. Modelos de referencia en estrategias de salud poblacional y de atención a población con enfermedad crónica

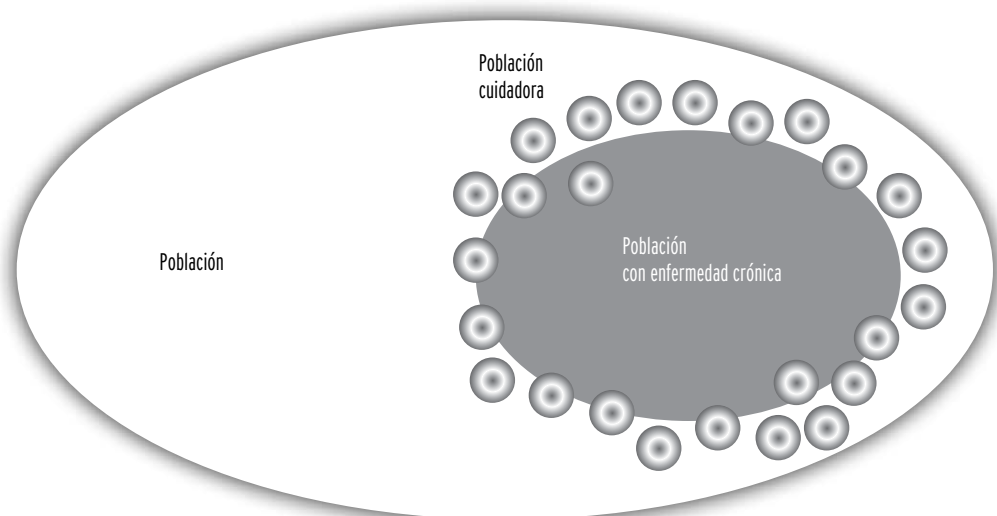
La puesta en marcha de las Estrategias de Atención a la Cronicidad en otras comunidades autónomas así como el marco de referencia, planteado desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ha servido para orientar la propuesta realizada desde Asturias, pero sin perder de vista una orientación y abordaje lógico del problema desde la perspectiva y la experiencia que tenemos en nuestra Comunidad en el ámbito asistencial y con un enfoque del problema desde la Salud Pública. Asimismo, el trabajo desarrollado en nuestra comunidad autónoma en los últimos años desde el Observatorio de la Salud de la Dirección General de Salud Pública en el terreno de la monitorización de los determinantes sociales de la salud, de las actividades comunitarias y de los activos en salud, ha facilitado una mejor visión estratégica, reforzando la inclusión de proyectos relacionados con la Salud en todas las Políticas y la Promoción de la Salud.

Las premisas para el desarrollo de la Estrategia y los modelos de referencia utilizados son las siguientes:

- La población con enfermedad crónica, como se ha señalado en el apartado anterior, representa - y representará - un peso importante del conjunto de la población asturiana.
- El abordaje sanitario de la enfermedad crónica puede ser más complejo, con consumo de diferentes recursos, y requerir abordajes integrados y una optimización de nuestros servicios sanitarios.
- Esta atención compleja requiere una conexión importante con otros sectores no sanitarios, fundamentalmente servicios sociales.
- El peso del cuidado de la cronicidad recae de forma significativa en el sistema sanitario pero también en el sistema de cuidados informales, representado mayoritariamente por mujeres. Muchas de las personas cuidadoras son también enfermas crónicas.
- La existencia de una sociedad más justa, con una mejora de los determinantes sociales y con una disminución de las desigualdades tendrá un impacto positivo en disminuir la aparición de nuevas enfermedades crónicas (por ejemplo la incidencia de problemas cardiovasculares) y en la calidad de vida de las ya existentes.
- Por otro lado, la generación de entornos saludables (en condiciones y estilos de vida) tendrá una repercusión en la calidad de vida de las personas cuidadoras y de las personas con enfermedad crónica.

Por todo ello, podríamos resumir los marcos de referencia de la EAPEC en dos grandes bloques de modelos teóricos: en primer lugar el modelo de determinantes sociales de la salud y su impacto en las desigualdades en salud y en segundo lugar diferentes modelos de ordenación asistencial.

Figura 17. Personas sanas, poblaciones sanas. Marcos poblacionales y teóricos de referencia para la ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias, 2013.



Actuaciones sobre los determinantes, las desigualdades sociales en salud y la mejora de las condiciones de vida de la población

Marcos de referencia:

- Salud en todas las Políticas.
- Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud de la Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España

Mejorar la prestación de la atención sanitaria a población con enfermedad crónica

Marcos de referencia:

- Chronic Care model. MacCol Institute
- Red Integrada de Servicios Sanitarios de la Organización Panamericana de la Salud
- Proyecto AP 21 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad

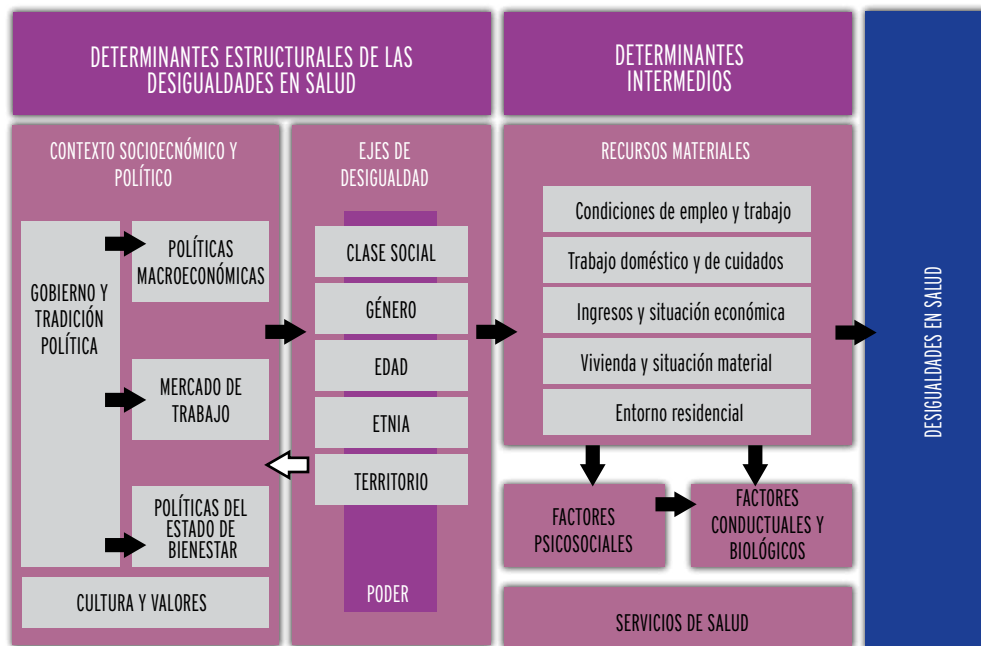
Fuente: elaboración propia

3.1 Modelo de determinantes sociales de la salud y su impacto en las desigualdades en salud

En primer lugar, planteamos como marco de referencia de la EAPEC la puesta en marcha de estrategias en base poblacional orientados a actuar sobre los determinantes sociales, las condiciones de vida y las desigualdades en salud de la población.

Los modelos teóricos utilizados han sido Salud en todas las Políticas de la OMS y el marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud de la Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España (basado en Solar e Irwin y Navarro). Dicha Comisión elaboró el documento *Avanzando en equidad* en mayo del 2010 incluyendo una serie de propuestas de políticas e intervenciones.

Figura 18. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales basado en Solar e Irwin y Navarro^{17 18}.



Fuente: Avanzando en Equidad, Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales, 2010

3.2 Modelo Ampliado de Cuidados Crónicos, Red Integrada de Servicios Sanitarios de la OPS y el Proyecto AP 21

Centrándose en la población con enfermedad crónica y población cuidadora utilizamos como marcos teóricos aquellos centrados en mejorar las intervenciones y prestación de servicios sanitarios y sociales a población con enfermedad crónica: Chronic Care Model del MacColl Institute y sus adaptaciones como son el Modelo de Atención Innovadora a Condiciones Crónicas de la OMS; la Red Integrada de Servicios Sanitarios de la Organización Panamericana de la Salud y el Proyecto AP 21 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

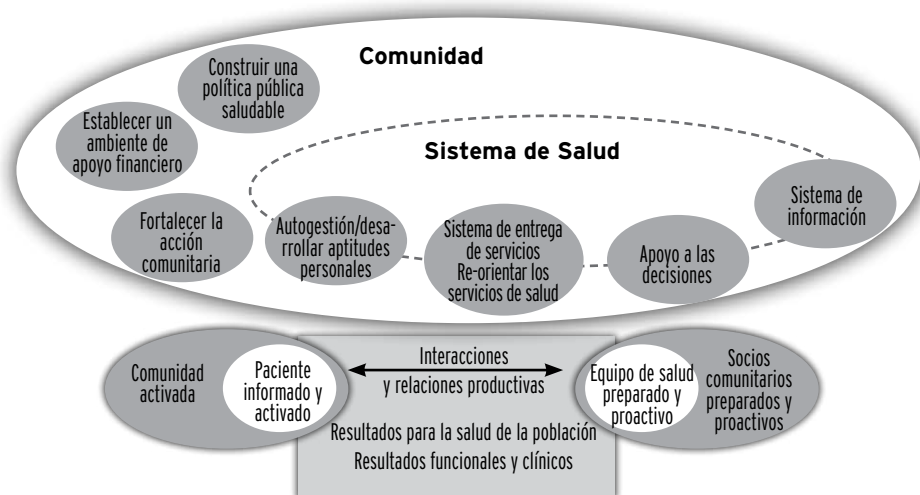
El Chronic Care Model (CCM. Modelo de Atención a la Cronicidad) es probablemente uno de los modelos más conocidos y utilizados como marcos de referencia en otras estrategias de atención a la cronicidad de nuestro contexto. Ha sido desarrollado por el MacColl Institute for Health Care Innovation en Estados Unidos y ha sido mejorado después de la creación del MacColl Center en 1998 por la Robert Wood Johnson Foundation y de la creación de un programa de implementación nacional de la iniciativa denominado "Improving Chronic Illness Care"^{21, 22, 23, 24}

El CCM identifica seis puntos clave que interactúan entre ellos para mejorar la atención a la población con enfermedad crónica:

- 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.
- El desarrollo de sistemas de información clínica multinivel.

Sobre la base de este modelo se desarrolló en Canadá el Modelo Ampliado de Cuidados Crónicos que mantiene los seis elementos del original y añade actividades de promoción de la salud, prestando atención especial a los determinantes sociales de la salud. ²⁵

Figura 19. Modelo ampliado de cuidados crónicos.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

3.3 La Estrategia como una oportunidad en Asturias

El punto de partida para el desarrollo de la Estrategia ha sido la realización de un exhaustivo análisis de la situación. No sólo en términos epidemiológicos o de indicadores de salud, sino en términos de proceso y evaluación de las diferentes actividades que se vienen realizando desde nuestro sistema sanitario.

Desde el traspaso de competencias en materia de sanidad a la comunidad autónoma en el año 2002 se ha producido una importante proliferación de diferentes Planes, Programas y Estrategias que en ocasiones han crecido de una manera desordenada y sin un marco común de actuación claro.

De una forma global el análisis crítico inicial incluye los siguientes aspectos que son comunes a análisis realizados en otras comunidades autónomas

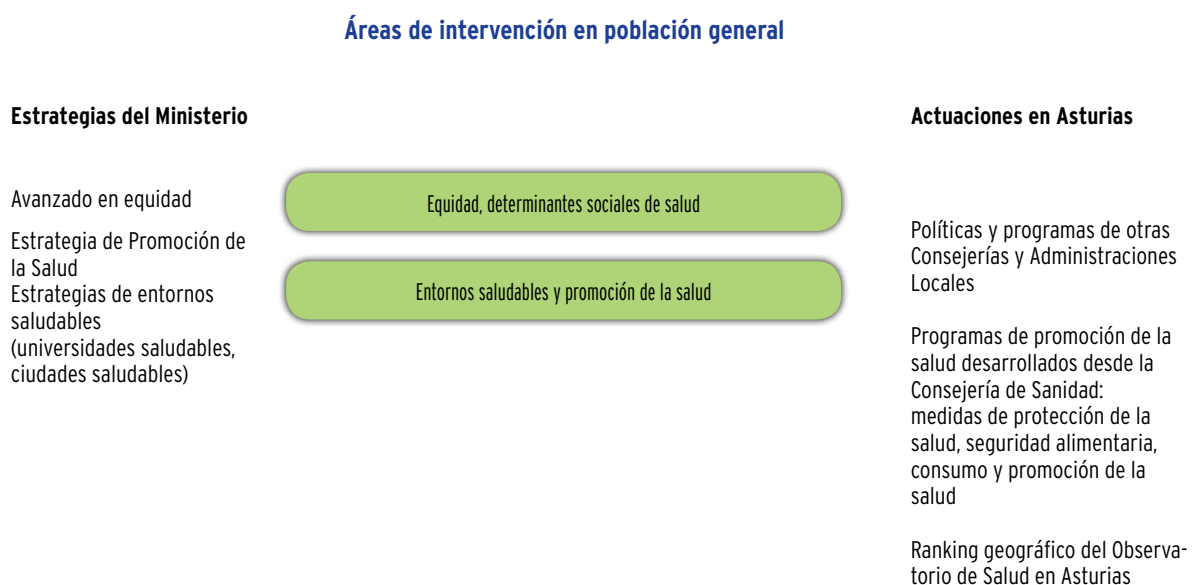
- En los últimos años se han iniciado diferentes proyectos dentro de nuestro sistema sanitario que han seguido diferente rumbo, pero sin una estrategia definida que los englobara. Esto ha producido duplicidades, variabilidad en la implantación de los proyectos o planificación errática.
- Se ha producido una disonancia entre sistemas de información de salud poblacional, sistemas de información sanitaria y actividades desarrolladas en el sistema sanitario o despliegue de herramientas de gestión.
- La ciudadanía y los pacientes no han sido realmente empoderados y han sido muchas veces tratados como consumidores o usuarios en vez de cómo población activa con derechos y con deberes.
- Tendencia hacia estructuras hospitalocéntricas y agotamiento de los sistemas de Atención Primaria.

- Poca relación de los servicios sanitarios con otros servicios no sanitarios con una alta implicación en el mantenimiento de la salud poblacional.
- Variabilidad entre diferentes herramientas de planificación y programación (Planes, PCAIs, Programas, Estrategias, etc) tanto en su diseño y desarrollo como en su implementación.
- Poca visibilización de las buenas prácticas que sí se han ido consiguiendo en este tiempo. Nuestra comunidad tiene muchos proyectos de alta calidad y con un gran rendimiento profesional pero, salvo excepciones, no se ha conseguido generar una visibilización adecuada de los mismos y procesos que pudiera facilitar su extensión dentro del sistema.
- Necesidad de una revisión y de un refuerzo del compromiso con el sistema de los diferentes integrantes del mismo (estructuras directivas y estructuras profesionales).
- Un sistema sanitario no eficiente y con excesos de prevención y de medicalización en varias de sus prácticas.
- Un incremento de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente producido por una medicalización cada vez mayor de los problemas sanitarios y un exceso de confianza en la tecnología sanitaria.
- Inconsistente optimización de las funciones y tareas que pueden ejercer algunos profesionales dentro del sistema sanitario.
- La ausencia de mecanismos que recojan y evalúen las innovaciones profesionales que propongan los propios profesionales.

3.4 La Estrategia como un elemento de ordenación

La Estrategia plantea ordenar aquellas actuaciones que se estén desarrollando en el ámbito de la salud, tanto a nivel de población general como a nivel de población con enfermedad crónica, y en este sentido, mantener una línea de coherencia con las Estrategias planteadas desde el Ministerio, así como con otras Estrategias planteadas dentro de nuestra comunidad autónoma.

Figura 20. Intervenciones del Ministerio de Sanidad y de Asturias sobre población general.



Fuente: elaboración propia

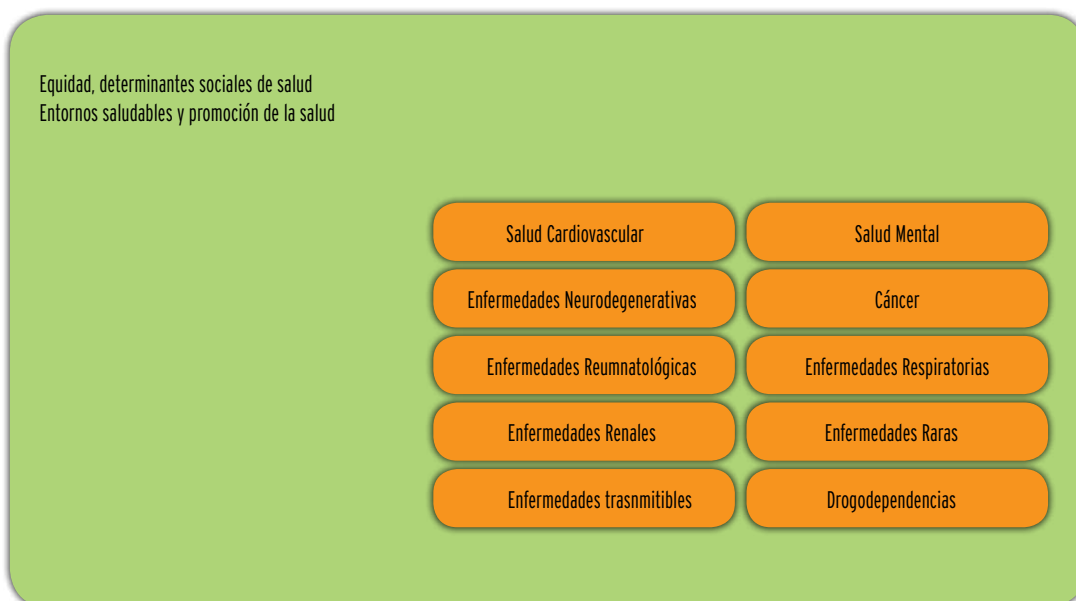
Figura 21. Intervenciones del Ministerio de Sanidad y de Asturias sobre población con enfermedad crónica.



Fuente: elaboración propia

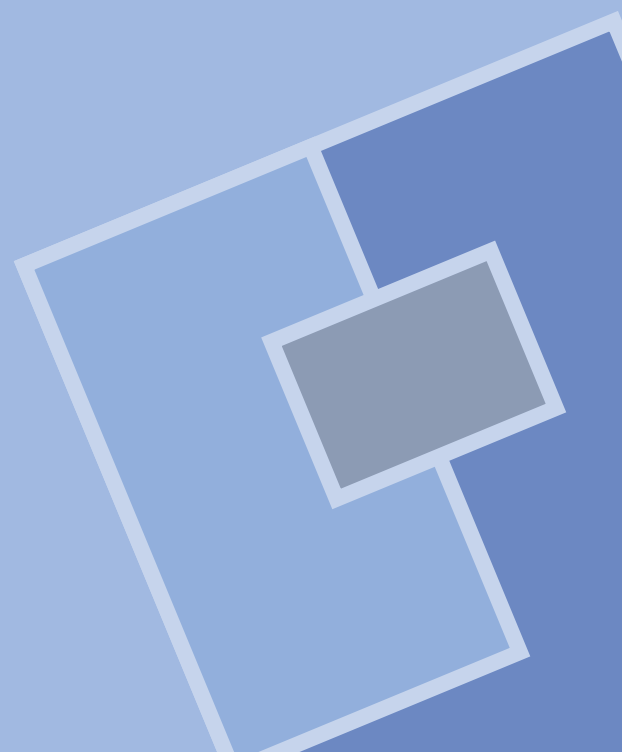
Otro de los elementos clave y de los principios rectores de la Estrategia es -como se describe más adelante- la ordenación y agrupamiento de las diferentes intervenciones, ya se realicen éstas en población general o en población con enfermedad crónica.

Figura 22. Visualización de las diferentes intervenciones según ámbito de salud/enfermedad que abordan.



Fuente: elaboración propia

4. La Estrategia en Asturias



4. La Estrategia en Asturias

La Estrategia propone dos acciones fundamentales: ordenar y elaborar. Ordenar implica establecer un marco común de las diferentes actuaciones que ya se están desarrollando. Elaborar supone incorporar a dicho marco de ordenación nuevos proyectos e incidir en mejoras en aquellos que ya están en marcha.

La Estrategia diseñada para Asturias parte de una Visión (descripción a largo plazo de lo que se pretende), una Misión (descripción a medio plazo de lo que se pretende), unas Líneas Políticas que sean las guías de actuación para alcanzar la Visión y unos Proyectos Estratégicos en los que se desplegarían las iniciativas concretas de trabajo.

4.1 Principios rectores:

- El abordaje de la atención a la población con enfermedad crónica ha de tener un enfoque poblacional.
- El punto inicial para el abordaje de la atención a la población con enfermedad crónica son las actuaciones sobre los determinantes sociales de la salud y sobre las condiciones de vida de la población con una perspectiva de desigualdades. Para este desarrollo es preciso incorporar estrategias de Salud en todas las Políticas.
- La Estrategia se desarrollará conjuntamente con la Estrategia de Promoción de la Salud y con una perspectiva de Salutogénesis. La Promoción de la Salud implementa una estrategia poblacional aplicada al conjunto de la misma y no sólo a las personas enfermas, orientada al desarrollo de la salud y al abordaje de sus causas sociales.
- Es necesario asegurar el protagonismo y liderazgo de Atención Primaria como eje de la atención al paciente con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico.
- Es preciso desarrollar modelos de continuidad asistencial donde se incluyan aspectos de integración sociosanitaria.
- Adecuar los roles profesionales a través de la mejora de competencias profesionales
- Desarrollar iniciativas que favorezcan potenciar la autonomía y participación del paciente: empoderamiento de los/las pacientes y apoyo al autocuidado.
- Ordenar y mejorar las diferentes estrategias, planes y programas que se están desarrollando.
- La población, como ciudadanos todos y como pacientes algunos, deben tener un protagonismo relevante en participación, autonomía y responsabilidad.
- Es necesario incorporar una perspectiva de género, dado que esta estrategia redonda de una manera importante en el desarrollo de acciones específicas destinadas a mujeres, tanto en su papel mayoritario de enfermas crónicas, como de cuidadoras.
- Evitar actuaciones preventivas, diagnósticas o terapéuticas innecesarias, ineficientes y poco seguras.
- Transparencia y visibilización de la Estrategia y del desarrollo de cada uno de sus proyectos estratégicos.

4.2 Misión

Para la población: mejorar el desarrollo de espacios y entornos saludables que hagan más fácil, al mejorar las condiciones de vida, tomar decisiones saludables y estar menos expuestos a enfermedades evitables.

Para las personas afectadas de enfermedades crónicas y para quienes cuidan de ellas supondrá acceder a un sistema sanitario que les ofertará mayor atención integrada, con una mayor preocupación en términos de equidad y de evitar la variabilidad, tratando de mejorar sus resultados en salud y su calidad de vida.

La Estrategia implicará una mayor participación ciudadana y un mayor protagonismo de los pacientes en sus cuidados favoreciendo su responsabilidad y autonomía. En este sistema sanitario recibirán una atención con un alto nivel de seguridad evitando la realización de prácticas preventivas, diagnósticas o terapéuticas innecesarias

Para los profesionales clínicos la Estrategia tendrá que suponer una mejora en sus condiciones de trabajo facilitando que el tiempo sea dedicado a actividades con mayor valor añadido y evitando burocracias y duplicidades. Se generará un entorno con herramientas que faciliten que el profesional pueda tomar decisiones clínicas adecuadas, realizando un correcto abordaje biopsicosocial en aquellos casos que sea requerido, con soporte por otros profesionales y trabajando en un sistema comunicado entre niveles.

Para los profesionales no clínicos y personal directivo: el establecimiento de la Estrategia supondrá tener una hoja de ruta donde se podrá visibilizar el protagonismo que otras actividades no clínicas tienen en la salud poblacional (por ejemplo aquellas actividades desarrolladas fuera del ámbito sanitario), la importancia de la influencia sobre los determinantes sociales. Permitirá tener una hoja de ruta para evitar planificaciones erráticas y que los nuevos proyectos que se puedan ir incorporando se integren en el paraguas de la Estrategia y puedan ser visibilizados automáticamente por todos los integrantes de la misma.

Para otros sectores y administraciones no sanitarias: la Estrategia, por su impulso de actuaciones en el ámbito de salud en todas las políticas, servirá para poner en valor que dichos sectores tienen en la salud y bienestar de la población así como a establecer junto con organismos sanitarios aquellos espacios locales de gobernanza adecuados para implantar en el terreno la Estrategia.

4.3 Visión

Mejorar la salud de la población asturiana, sus determinantes y establecer una nueva forma de organizar la prestación de la atención sanitaria en nuestra comunidad autónoma.

4.4 Líneas políticas de la Estrategia y Proyectos Estratégicos

El despliegue de la estrategia se articula a través de 4 grandes líneas políticas que se hacen operativas a través de 21 proyectos estratégicos

| Enfoque poblacional | Salud en todas las políticas | Participación y Autonomía del paciente | Continuidad asistencial y adaptación de las intervenciones |
|--|--|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Sistemas de Gobernanza Local en Salud 2. Observatorio de Salud en Asturias 3. Estratificación de la población | <ol style="list-style-type: none"> 4. Desarrollo de proyectos intersectoriales 5. Desarrollo del Plan de Salud y Medio Ambiente del Principado de Asturias 6. Coordinación sociosanitaria 7. Promoción de estilos de vida saludables: alimentación, ejercicio físico, tabaco y alcohol 8. Incorporación de la perspectiva de desigualdades en los diferentes programas e intervenciones 9. Formación, investigación e innovación | <ol style="list-style-type: none"> 10. Participación ciudadana en Salud 11. Escuelas de Pacientes y Pacientes expertos/as 12. Atención a las personas cuidadoras 13. Instrucciones previas | <ol style="list-style-type: none"> 14. Continuidad asistencial en pacientes crónicos complejos 15. Organización de la atención domiciliaria para la atención a pacientes crónicos 16. Desarrollo de hospitales o dispositivos de subagudos y convalecencia 17. Fomentar iniciativas de educación y promoción de la salud 18. Continuidad asistencial de Atención a las Personas con Trastorno Mental Grave/Severo 19. Desarrollo de tecnologías sanitarias y sistemas de información y comunicación 20. Calidad y Seguridad en la asistencia sanitaria 21. Comunidad virtual de aprendizaje sobre cronicidad y buenas prácticas |

Línea política 1. Enfoque poblacional

El objetivo principal de esta línea es orientar las actuaciones de salud hacia la población desde una perspectiva de déficits y activos de salud, con un modelo de determinantes sociales de la salud y con una perspectiva de equidad, mejorando el acceso a la visualización de dicha información por parte de los profesionales y la comunidad.

“Es importante ver cómo se van a evaluar los objetivos específicos que se plantean por cada proyecto estratégico y los globales del plan, los indicadores para el seguimiento y la evaluación que aún no se han incluido en el documento”.

Asociación de pacientes

“Dada la situación actual, pienso que se deberían priorizar iniciativas concretas y puntuales, realistas en cuanto a poder llevarse a cabo y que repercutan de forma tangible en el paciente crónico, tanto en cuanto a su manejo inmediato como en lo que respecta a las políticas de prevención”

Profesional de Neurología

“Creo que la atención al paciente crónico no solo es una estrategia de mejora de la Atención, sino también de sostenibilidad del sistema sanitario”

Profesional de Medicina Interna

“Debería conseguirse una alianza entre Administración Sanitaria, Especialidades, Atención Primaria, Trabajo Social, Pacientes y Comunidad, equiparable en todas las Comunidades Autónomas, Blindado políticamente, y que todos los partidos políticos trabajen juntos en conseguir la Alianza, gobierne quien gobierne”

Profesional de Medicina Familiar y Comunitaria

“Para trabajar en estrategias de base poblacional y/o en relación con ámbitos no sanitarios, es necesario mejorar la dotación y la organización de recursos de salud pública en las Áreas Sanitarias, recursos necesarios para complementar el trabajo de los servicios asistenciales y que actualmente son prácticamente inexistentes. Esto también implica un cambio de perspectiva y una concienciación específica por parte de las Gerencias de las Áreas, hasta ahora principal y casi exclusivamente dirigidas a la gestión”

Técnico de Salud

“La situación actual de Gerencia Única permite trabajar en proyectos de continuidad asistencial que engloban a todos los profesionales necesarios en la atención a los pacientes crónicos. Sin perder de vista que creo que esta estrategia debe centrarse en la Atención Primaria y en sus profesionales, con especial relevancia al personal de enfermería o de cuidados, y desde ella crear las relaciones con el resto: recursos socio-sanitarios de los municipios, actividades comunitarias de salud, cuidados paliativos, trabajadores sociales, y la atención hospitalaria”

Dirección Asistencial y de Salud Pública

“La Atención Primaria es la puerta de entrada y el referente de la coordinación en la atención a los pacientes crónicos y a sus cuidadores. Para ello hay que facilitar el día a día de los profesionales, enfocándolo no sólo a resolver cada problema de salud agudo que llenan nuestras consultas sino a pensar que según el manejo de los pacientes crónicos tendrán más tiempo y darán una asistencia de mayor calidad. Se requiere tiempo y recursos (receta electrónica, Planes personales jerárquicos simplificados, uniformidad en la historia OMI –AP, trabajo en Equipo, potenciar el papel de la enfermería de los Centros de Salud y su relación con la hospitalaria)”

Dirección Asistencial y de Salud Pública

“...falta de retorno de lo que hacemos, de cómo se encuentran nuestros pacientes, de nuestros propios índices”

Profesional de Medicina Familiar y Comunitaria

Proyecto estratégico 1. Sistemas de Gobernanza Local en Salud

| Responsable Institucional | Responsable técnico | Dependencia Institucional (Sección/Servicio/Consejería) | Estrategias en las que se incluye |
|--|--|---|--|
| Julio Bruno Bárcena. D.G. Salud Pública M ^a Begoña de Poo Meré. Subdirección de Org. de Servicios Sanitarios | Rafael Cofiño Fernández José Ramón Hevia Fernández Elvira Muslera Canclini | Servicio de Evaluación de la Salud, Calidad y Programas. Servicio de Promoción de la Salud y Participación Dirección General de Salud Pública Consejería de Sanidad S. de Coordinación asistencial y cuidados. Subdirección de Org. de S. Sanitarios. SESPA | Este es un proyecto transversal al desarrollo de las diferentes Estrategias de salud en Asturias |
| Descripción del proyecto | | | |
| <p>Uno de los elementos claves para la implantación de las diferentes estrategias de salud es mejorar la acción coordinada del conjunto de organizaciones sanitarias (atención primaria, salud pública, atención hospitalaria, atención a subagudos y salud mental) y no sanitarias (ayuntamientos, agentes sociosanitarios, tercer sector, asociaciones que trabajan en salud comunitaria, agentes locales de salud laboral) de una determinada zona geográfica que operan en el continuo de la promoción de la salud, la prevención y la asistencia sobre su población de referencia compartiendo responsabilidad sobre los determinantes y resultados en salud de dicha población, buscando eficiencias y evitando las desigualdades.</p> <p>En este sentido el desarrollo de los Sistemas de Gobernanza Local en Salud (SGLS) tiene un valor estratégico fundamental para lograr una correcta implantación no sólo de la Estrategia de Atención a la Población con Enfermedad Crónica (por la coordinación fundamental de aquellos servicios de base sanitaria) sino de otras Estrategias como la de Promoción de la Salud donde la coordinación con otros agentes locales es fundamental.</p> <p>Se trataría, de establecer una actualización operativa de los actuales Consejos de Salud, aumentando la participación de los organismos/entidades integrantes de los mismos y también estableciendo planes coordinados locales de salud, una sistema de monitorización y actualización común basado en análisis de déficits de problemas y de activos de salud limitando las acciones que los diferentes agentes de salud (sanitarios y no sanitarios) que trabajan en el territorio han de realizar.</p> <p>Los marcos teóricos en los que se fundamenta el proyecto vienen señalados a final de la ficha de este proyecto y básicamente se basan en documentación que vincula la importancia de las alianzas entre salud pública, sistema sanitario y salud comunitaria en el territorio (IOM, SESPAS, King's Fund).</p> <p>Se adaptará a las condiciones locales y basándose en la experiencia que actualmente se desarrolla en el País Vasco (más orientada al sistema sanitario, Microsistemas) y en Andalucía (más orientada al ámbito municipal, Red de Acción Local en Salud).</p> | | | |
| Objetivos | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar entre todas la organizaciones que componen el SGLS los objetivos comunes en determinantes y resultados de salud que marca el documento Personas Sanas, Poblaciones Sanas y definirlos a nivel local. Estos objetivos serán definidos de forma periódica por el Grupo de coordinación de la Estrategia y visibilizados a nivel del territorio a través de la herramienta del Contrato Programa. 2. Establecer un espacio de coordinación entre las diferentes organizaciones sanitarias y no sanitarias del territorio. 3. Asegurar que los sistemas de información para alcanzar los objetivos de salud son comunes y estén basados en un sistema de monitorización de indicadores único, coherente, transparente, accesible y sencillo para establecer procesos de evaluación y mejora continua anuales. 4. Garantizar que los SGLS establecen procesos para la participación de la ciudadanía en salud y la participación de los/las pacientes en su proceso de enfermedad. 5. Establecer localmente rutas asistenciales adaptadas a las peculiaridades del SGLS donde se incluyan la incorporación de la coordinación sociosanitaria. 6. Facilitar la redistribución de los recursos estructurales, económicos y humanos del SGLS en función de las necesidades. | | | |

Plan de trabajo 2014/15

| Acciones | Metas | | Plazo límite | | Fuentes de información |
|--|-------|------|--------------|-------|--|
| | 2014 | 2015 | 2014 | 2015 | |
| 1. Elaborar el documento completo sobre el proyecto de SGLS, incluyendo: marco teórico, objetivo, análisis de los espacios de participación en las áreas sanitarias, funciones, evaluación, documentación básica para la realización de análisis locales de salud, herramientas para la priorización y delimitación de acciones locales en salud, marco de indicadores para la monitorización. | Sí | | Octubre | | Documentación interna de la Estrategia de Atención a la Población con Enfermedad Crónica (EAPEC) |
| 2. Delimitación de los dos territorios de ámbito urbano y rural seleccionados para el pilotaje | Sí | | Octubre | | Documentación interna de EAPEC |
| 3. Comienzo del pilotaje en las áreas seleccionadas que incluiría: delimitar composición del SGLS, establecer un proceso formativo con sus componentes, realizar un análisis de situación de Área, definir acciones intersectoriales y el marco de evaluación. | Sí | | Noviembre | | Documentación interna de EAPEC |
| 4. Desarrollar propuestas de indicadores que incluyan acciones intersectoriales en salud dentro del Contrato Programa 2015, fortaleciendo las actuaciones de Salud Pública fuera del ámbito sanitario en el territorio. | | Sí | | Enero | Contrato Programa 2015 |
| 5. Redacción de la propuesta de los SGLS para incluir en la nueva Ley de Ordenación de los servicios sanitarios en Asturias, proponiendo los SGLS como herramientas que mejoren los Consejos de Salud actuales. | | Sí | | Mayo | Texto de la propuesta de la nueva Ley de Ordenación de Servicios Sanitarios de Asturias |

Bibliografía y/o documentación de apoyo

1. National Institute for Health and Clinical Excellence. Methods for development of NICE public health guidance (second edition) [Internet]. 2ª ed. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009 [acceso 7 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://goo.gl/5aHY62>
2. Wei-Skillern J. Networks as a type of social entrepreneurship to advance population health. Preventing Chronic Disease [Internet]. 2010 Nov [citado 16 de Diciembre de 2013];7(6): A120. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20950527>
3. Plaza A, Guarga A, Zara C, Farrés J. Resultado de la aplicación del benchmarking en los equipos de atención primaria de Barcelona. Atención Primaria. 2005;35(3):122-9.
4. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Promotion & Education [Internet]. 2007 [citado 16 de Diciembre de 2013];Suppl 2:17-22. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17685075>
5. McKee M, Suhrcke M, Nolte E, Lessof S, Figueras J, Duran A, et al. Health systems, health, and wealth: a European perspective. The Lancet [Internet]. Enero de 2009 [citado 16 de Diciembre de 2013];373(9660): 349-351. Disponible en: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2809%2960098-2/fulltext>
6. Kindig DA, Booske BC, Remington PL. Mobilizing Action Toward Community Health (MATCH): metrics, incentives, and partnerships for population health. Preventing Chronic Disease [Internet]. Julio de 2010 [citado 16 de Diciembre de 2013];7(4):A68. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20550826>
7. Gérvas J, Segura Benedicto A. Seminario Innovación en Atención Primaria 2006. [Cooperation between public health and clinical care in a context of change of use of the health system]. Atención Primaria [Internet]. Junio de 2007 [citado 16 de Diciembre de 2013];39(6):319-22. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17555664>
8. Institute of Medicine (U.S.). The Future of the Public's Health in the 21st Century. Washington, D.C.: The National Academies Press; 2003.
9. Cofiño R, Pasarín MI, Segura A. [How should population health be approached? SESPAS Report 2012]. Gaceta Sanitaria [Internet]. Marzo de 2012 [citado 16 de Diciembre de 2013];26 Suppl 1:88-93. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22321944>
10. Artazcoz L, Oliva J, Escribà-Agüir V, Zurriaga O. [Health in all policies, a challenge for public health in Spain. SESPAS report 2010]. Gaceta Sanitaria [Internet]. Diciembre de 2010 [citado 16 de Diciembre de 2013];24 Suppl 1:1-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21075491>
11. Aboal-Viñas JL. [Public health and the health system. SESPAS Report 2010]. Gaceta Sanitaria [Internet]. Diciembre de 2010 [citado 16 de Diciembre de 2013];24 Suppl 1:12-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20970219>
12. Institute of Medicine. For the Public's Health: The Role of Measurement in Action and Accountability. [Internet]. Washington, DC: The National Academies Press; 2011 [citado 16 de Diciembre de 2013]. Disponible en: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=13005

Proyecto estratégico 2. Observatorio de Salud en Asturias

| Responsable Institucional | Responsable técnico | Dependencia Institucional (Sección/Servicio/Consejería) | Estrategias en las que se incluye |
|--|-------------------------|---|--|
| Julio Bruno Bárcena. D.G. Salud Pública | Rafael Cofiño Fernández | Servicio de Evaluación de la Salud, Calidad y Programas Dirección General de Salud Pública Consejería de Sanidad | Este es un proyecto transversal al desarrollo de las diferentes Estrategias de salud en Asturias |
| Descripción del proyecto | | | |
| <p>El Observatorio de Salud en Asturias es un proyecto iniciado en mayo del 2011 con el objetivo de desarrollar tres líneas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Generar un espacio de conocimiento sobre la información en salud en Asturias a través de una serie de informes periódicos. 2. Garantizar que esta información llegue de la forma más comprensible al mayor número de agentes de salud posibles, destacando la importancia de un abordaje integral de los determinantes de la salud. 3. Vincular la información en salud de los indicadores a las diferentes actuaciones comunitarias en salud que se están desarrollando en Asturias, realizando una localización geográfica de las mismas y difundiéndolas y conectándolas entre sí. <p>En este proyecto los objetivos fundamentales se centran en generar una batería de indicadores de rankings geográficos que permitan una visualización sencilla y comparativa de la situación de determinantes y resultados de salud para los diferentes municipios asturianos.</p> <p>A partir del 2014 se trabaja en la definición de indicadores para diferentes estrategias de salud. Se comenzará con la estrategia de salud oral, pero se continuará con la estrategia de atención a la población con enfermedad crónica y con la estrategia de salud cardiovascular.</p> | | | |
| Objetivos | | | |
| <p>Desarrollar y mantener la herramienta del Observatorio de Salud en Asturias para:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Visibilizar información relevante relacionada con la situación de los determinantes y resultados de salud para los diferentes municipios de Asturias a través de un sistema de benchmarking entre municipios y áreas de salud. 2. Visibilizar y difundir diferentes actividades de educación para la salud, promoción de la salud y activos en salud incluidas en la base de datos de Asturias Actúa en Salud. 3. Implementar un módulo que permita la visibilización de los indicadores que hacen referencia a las principales Estrategias de Salud, con un sistema de comparación geográfica (áreas sanitarias y municipios) y con una orientación poblacional y siguiendo el modelo de determinantes de salud que utiliza el Observatorio en sus rankings. | | | |

Plan de trabajo 2014/15

| Acciones | Metas | | Plazo límite | | Fuentes de información |
|---|------------------|---------------------------------------|--------------|-----------|--|
| | 2014 | 2015 | 2014 | 2015 | |
| 1. Actualización y difusión anual de indicadores de salud municipales. | Sí | Sí | Noviembre | Marzo | http://goo.gl/hIF2qR http://goo.gl/8Z8YWp |
| 2. Actualización y difusión del mapa de "Asturias Actúa en Salud". | Áreas VII y VIII | Todas Áreas | Julio | Marzo | http://goo.gl/IXPX1j |
| 3. Elaboración de un procedimiento para la validación de criterios de calidad de las actividades comunitarias identificados dentro de Asturias Actúa. | Sí | | Noviembre | | Documentación interna del Observatorio |
| 4. Incorporar dentro del OBSA un panel de indicadores para la monitorización de la Estrategia de Atención a la Población con Enfermedades Crónicas utilizando un sistema de benchmarking. | Sí | Sí | Noviembre | Noviembre | www.obsaludasturias.com |
| 5. Incorporar dentro del OBSA un panel de indicadores para la monitorización de la Estrategia de Salud Oral utilizando un sistema de benchmarking | Sí | Sí | Julio | Julio | www.obsaludasturias.com |
| 6. Incorporar dentro del OBSA un panel de indicadores para la monitorización de la Estrategia de Salud Cardiovascular utilizando un sistema de benchmarking. | Sí | Sí | Noviembre | Noviembre | www.obsaludasturias.com |
| 7. Incorporar dentro del OBSA información relevante que permita llevar a cabo el seguimiento de resultados y determinantes en Salud y de otras Estrategias de salud. | Sí | Sí | Diciembre | Marzo | www.obsaludasturias.com |
| 8. Garantizar el acceso al Observatorio a través de los equipos informáticos de profesionales sanitarios. | | Sí 100% equipo con acceso | | Marzo | Encuesta de evaluación OBSA a profesionales |
| 9. Incorporar dentro del OBSA un panel de indicadores para la monitorización de las desigualdades en salud. | | Sí | | Marzo | www.obsaludasturias.com |
| 10. Elaboración y difusión, dentro de los monográficos de Información de un boletín información del seguimiento de las estrategias de salud, incluyendo líneas de análisis de situación y de actuaciones. | Sí 4 /año | Sí 4 /año | Diciembre | Diciembre | http://goo.gl/qJH4SH |
| 11. Realizar una sesión anual en cada Área Sanitaria, y microsistema local por el personal técnico de salud, de los principales indicadores sobre resultados y determinantes en el ámbito local y sobre las actualizaciones del mapa de actividades comunitarias. | Sí 8 / año | Sí 8 / año | Diciembre | Diciembre | Memoria anual DGSP |

Bibliografía y/o documentación de apoyo

- Casajuana Kögel C, Cofiño R, López MJ. Evaluación del Observatorio de Salud de Asturias: métricas de web y redes sociales, y opinión de los profesionales de la salud. *Gaceta Sanitaria*. Mayo de 2014;28(3):183-9.
- Observatorio de Salud en Asturias [sede web]. Oviedo: Consejería de Sanidad del Principado de Asturias; 2011 [acceso 14 de Diciembre de 2013]. Disponible en: www.obsaludasturias.com
- United Nations Economic Commission for Europe. Making Data Meaningful: a guide to writing stories about numbers. New York and Geneva. United Nations.2009
- Thygesen L, Sundgren B. Innovative approaches to turning statistics into knowledge. *Statistical Journal of the IAOS*. 2008;25 (3-4): 93-102.
- Castro L. Turning statistics into knowledge: a developing country approach. Seminar on Innovative Approaches to Turning Statistics into Knowledge. Stockholm. OECD Statistics;2008. Available from: <http://www.oecd.org/site/worldforum06/40671567.pdf>
- Gemignani Z. Wow vs. Ah-ha: Artists and Practitioners in Data Visualization. [Internet]. Washington DC: Juice Analytics; 2011. Available from: <http://www.juiceanalytics.com/writing/wow-vs-ah-ha-artists-and-practitioners-in-data-visualization/>
- Rohan AM, Booske BC, Remington PL. Using the Wisconsin County Health Rankings to catalyze community health improvement [Abstract]. *J Public Health ManagPract* [Internet]. 2009; [accessed 29 May 2014];15(1):24-32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19077591>
- Casajuana Kögel C, Cofiño R, López MJ. Evaluation of the Health Observatory of Asturias (Spain): web and social network metrics and health professionals' opinions. *GacSanit*. 2014;28(3):183-9.
- Countyhealthrankings.org [Internet]. Madison: University of Wisconsin Population Health Institute. Available from: <http://www.countyhealthrankings.org>
- Cofiño R, Pasarín MI, Segura A. [How should population health be approached? SESPAS Report 2012]. *Gac Sanit*. 2012 Mar;26 Suppl 1:88-93.
- Hawe P, Noort M, King L, Jordens C. Multiplying health gains: the critical role of capacity-building within health promotion programs. *Health Policy*. 1997;39(1):29-42.
- Cofiño R, Prieto M, Suárez O, Malecki K. The art of drawing numbers and stories in the air: epidemiology, information, emotion and action. *J Epidemiol Community Health*. 2014 Sep 4;jech-2014-203883.

Proyecto estratégico 3. Estratificación de la población

| Responsable Institucional | Responsable técnico | Dependencia Institucional (Sección/Servicio/Consejería) | Estrategias en las que se incluye |
|---|------------------------|---|-----------------------------------|
| Mario Margolles Martins. D. General Ordenación, Planificación e Innovación Sanitaria | Roberto Saiz Fernández | Servicio de Sistemas. Dirección General de Ordenación, Planificación e Innovación Sanitaria | EAPEC |

Descripción del proyecto

El presente proyecto pretende conocer la distribución de la población utilizado como referente la pirámide de Kaiser ampliada, incluyendo para ello diferentes variables de tipo social, económico, clínico y sanitario.

Estratificar a la población significa conocer su situación de salud y clasificarla según su riesgo de salud. Según la propia Estrategia del Ministerio: "establecer una estratificación de la población que permita identificar a las personas con riesgo de enfermar y predecir las necesidades de las personas que ya presentan enfermedad crónica, permitiendo optimizar los programas de prevención y atención. La segmentación de la población podrá realizarse en base a criterios de complejidad clínica combinados con criterios de utilización de recursos sanitarios y precisará ser validada por el equipo habitual de atención".

Pero uno de los elementos claves es que la estratificación no ha de realizarse únicamente con y desde una perspectiva clínica y utilizando variables clínicas, sino incorporando variables sociales. Esta perspectiva es fundamental tanto para la comprensión de las "causas de las causas" de los problemas como para poner en marcha medidas de actuación.

Objetivos

Mejorar la prevención de las enfermedades crónicas y organizar la atención a los pacientes con enfermedades crónicas de la forma más eficiente y adaptada a las necesidades concretas de cada individuo.

Plan de trabajo 2014/15

| Acciones | Metas | | Plazo límite | | Fuentes de información |
|--|-------------------------------|-----------------------|--------------|-------|------------------------|
| | 2014 | 2015 | 2014 | 2015 | |
| Ensayar un modelo adaptado de estratificación que proporcione información de tipo poblacional utilizando como referencia la pirámide de "Kaiser ampliada", para un conjunto de patologías de alta prevalencia, de importancia en términos de salud-enfermedad, evitando un hiperetiquetado medicalizador de la población y que incluya la perspectiva de los determinantes sociales. | Desarrollo del Modelo teórico | Estratific. realizada | Diciembre | Junio | OBSA |

Bibliografía y/o documentación de apoyo

Observatorio de Salud en Asturias [sede Web]. Oviedo: Consejería de Sanidad del Principado de Asturias; 23 de mayo de 2013 [acceso 12 de febrero de 2014]. Incorporar los determinantes sociales a la estratificación poblacional en las estrategias de cronicidad. Disponible en: <http://goo.gl/BQTbZY>

Línea política 2. Salud en todas las Políticas

El objetivo principal de esta Línea política es facilitar el desarrollo de actuaciones en Salud en todas las Políticas, desde una perspectiva de Promoción de la Salud y con el enfoque de desigualdades en las diferentes actuaciones.

“Creo que es imprescindible coordinar e integrar las distintas actividades comunitarias que se realizan desde el ámbito de salud y desde los municipios u otros organismos o asociaciones como por ejemplo Instituto Asturiano de la Mujer, Consejo de la Juventud,...etc, para no duplicar actividades y realizarlas de forma coordinada y aprovechando recursos”

Enfermera Atención Primaria

“La coordinación de todas las políticas así como la coordinación de todos los agentes implicados: Pacientes, Familias, Profesionales Sanitarios, Profesionales Socio-sanitarios, Organismos, Municipios, Consejerías y Sociedad en general es tan importante como la propia estrategia en si. Es un tema tan importante y de tanta trascendencia para el futuro por cuanto que implica un cambio de visión de la Sociedad frente a la enfermedad y además exige “ir todos a una”. Se trata de alinear diversas iniciativas a todos los niveles”

Profesional de Medicina Interna

“Los Consejos de Salud deben de potenciarse para ser más participativos, actualmente están funcionando, salvo honrosos casos, como meros receptores de información”

Profesional de Medicina Familiar y Comunitaria

“Lo que más influiría en mejorar la salud de los pacientes crónicos serían medidas de mejora de las condiciones sociosanitarias: implantación completa de ley de dependencia, ayudas a domicilio, rehabilitación a domicilio....”

Profesional de Medicina Familiar y Comunitaria

“Los problemas con un sustrato social se medicalizan y cuando realmente pierden la salud o contraen enfermedades agudas que los desestabilizan, el sistema sanitario es claramente inoperante para solucionarlo. Requiere una valoración multidimensional y un trabajo en equipo integrador que trabajen estrechamente para su atención”

Profesional de Medicina Interna

Proyecto estratégico 4. Desarrollo de proyectos intersectoriales

| Responsable Institucional | Responsable técnico | Dependencia Institucional (Sección/Servicio/Consejería) | Estrategias en las que se incluye |
|---|---------------------|--|--|
| Julio Bruno Bárcena. D.G. Salud Pública | Francisco Suárez | Servicio de Evaluación de la Salud, Calidad y Programas Dirección General de Salud Pública Consejería de Sanidad | Este es un proyecto transversal al desarrollo de las diferentes Estrategias de salud en Asturias |
| Descripción del proyecto | | | |
| Establecer un marco de coordinación entre diferentes departamentos de la administración pública que permita desarrollar acciones relacionadas con la salud en todas las políticas con un enfoque de determinantes de la salud y desigualdades. | | | |
| Objetivos | | | |
| <p>Desarrollar e implantar la Ponencia de Salud y Medio Ambiente del Observatorio de sostenibilidad en el seno del Plan de Salud y Medio Ambiente.</p> <p>Crear una comisión intersectorial para la coordinación sociosanitaria integrada por responsables de la Consejería de Sanidad, Consejería de Bienestar Social y Vivienda, Organismo Autónomo ERA y Servicio de Salud del Principado de Asturias. Con la finalidad de evaluar y seguir el Plan de coordinación interdepartamental</p> <p>Impulsar el desarrollo de modelos de municipios saludables y Agenda 21 de los municipios en colaboración con la información poblacional del Observatorio, la Estrategia de Promoción de la Salud y los ayuntamientos.</p> <p>Fortalecer la Coordinación entre el sistema sanitario y el educativo en la Educación para la Salud y la cooperación asistencial con objeto de promover hábitos de vida saludables y atención a la discapacidad a través de un acuerdo interinstitucional.</p> <p>Desarrollar e Implantar el Plan de Control de la Cadena Alimentaria del Principado de Asturias(Consejería de Sanidad y la Consejería de Agroganadería y Recursos Autóctonos)</p> | | | |

Plan de trabajo 2014/15

| Acciones | Metas | | Plazo límite | | Fuentes de información |
|--|-------|------|--------------|------------|---------------------------|
| | 2014 | 2015 | 2014 | 2015 | |
| 1. Creación de una comisión intersectorial para la coordinación sociosanitaria integrada por responsables de la Consejería de Sanidad, Consejería de Bienestar Social y Vivienda, Organismo Autónomo ERA y Servicio de Salud del Principado de Asturias. | Sí | | Noviembre | | Actas de la comisión |
| 2. Desarrollo e Implantación del Plan de Control de la Cadena Alimentaria del Principado de Asturias. | | Sí | | Mayo | Memoria anual |
| 3. Reevaluar el protocolo de colaboración entre la Consejería de Educación y la Consejería de Sanidad para el desarrollo de acciones conjuntas sanitario-educativas. | | Sí | | Junio | Protocolo de colaboración |
| 4. Fomentar la formación de los municipios en aspectos relacionados con los determinantes de salud y las propuestas de intervenciones para promover la equidad en salud | | Sí | | Junio | Memorial anual |
| 5. Promover la incorporación de los objetivos de la Estrategia NAOS en relación con los comedores y la alimentación saludable en la gestión de comedores escolares y servicios de catering que dependen directamente de algunos Ayuntamientos | | Sí | | Septiembre | Documento de colaboración |

Bibliografía y/o documentación de apoyo

Resolución de 15 de febrero de 2012, conjunta de las Consejerías de Educación y Universidades y de Sanidad, por la que se suscribe un protocolo de colaboración entre ambas Consejerías para el desarrollo de acciones conjuntas sanitario-educativas. (Boletín Oficial del Principado de Asturias, núm. 44, 23 de febrero de 2012).

Propuestas de acciones sociosanitarias. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias; [acceso, 25 de enero de 2014]. Disponible en: <http://goo.gl/h2bxGq>

Proyecto estratégico 5. Desarrollo del Plan de Salud y Medio Ambiente del Principado de Asturias

| Responsable Institucional | Responsable técnico | Dependencia Institucional (Sección/Servicio/Consejería) | Estrategias en las que se incluye |
|---|---------------------------|--|-----------------------------------|
| Julio Bruno Bárcena. D.G. Salud Pública | Valentín Rodríguez Suárez | Servicio de Evaluación de la Salud, Calidad y Programas Dirección General de Salud Pública Consejería de Sanidad | EAPEC |
| Descripción del proyecto | | | |
| <p>El Plan de Acción de Salud y Medio Ambiente del Principado de Asturias (PASMA) es un proyecto coordinado por la Consejería de Sanidad cuya meta es proteger la salud de los ciudadanos en el contexto de un desarrollo sostenible, para lo cual es preciso identificar las condiciones ambientales y los potenciales riesgos para la salud y trabajar intersectorialmente con los departamentos de la administración regional que tengan relación -directa o indirecta- con los diferentes determinantes ambientales y/o de salud.</p> | | | |
| Objetivos | | | |
| <p>Proteger la salud de la población frente a riesgos ambientales en el contexto de un desarrollo sostenible.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constituir un grupo de planificación multiprofesional e intersectorial • Realizar un diagnóstico de situación sobre salud y medio ambiente en Asturias • Proponer acciones y medidas tendentes a proteger la salud de la población y a mantenerla informada sobre los principales riesgos ambientales • Formar un grupo de trabajo intersectorial estable, activo y cualificado para revisar y analizar los diferentes riesgos ambientales y su repercusión en la salud • Adaptar los registros y sistemas de información sanitarios (SIS) para que puedan ser relacionados con riesgos ambientales: geocodificación de SIS • Vigilancia epidemiológica de ciertas enfermedades relacionadas con riesgos ambientales • Impulsar estudios e investigaciones sobre riesgos ambientales y salud • Impulsar la implantación de la metodología de Evaluación de Impacto en Salud (EIS) como herramienta para actuar en el marco de la Salud en Todas las Políticas (STP) • Planificar conjuntamente con la administración competente en materia de medio ambiente, la comunicación y gestión de los riesgos ambientales cuando afectan a la salud de la población • Elaborar un mapa de riesgos de las industrias más contaminantes en Asturias para poder realizar un seguimiento de las emisiones e inmisiones de las mismas en relación con la salud de las poblaciones circundantes | | | |

Plan de trabajo 2014/15

| Acciones | Metas | | Plazo límite | | Fuentes de información |
|---|-------|------|--------------|-------|-------------------------|
| | 2014 | 2015 | 2014 | 2015 | |
| 1. Constituir de un equipo de planificación multiprofesional e intersectorial. | Sí | | Julio | | Informe del proyecto |
| 2. Realizar un informe sobre el diagnóstico de situación sobre salud y medio ambiente en Asturias, contando con la participación de profesionales y expertos en diferentes asuntos temáticos. | | Sí | | Enero | Informe del diagnóstico |
| 3. Elaborar un plan de acción sobre salud y medio ambiente que oriente las políticas sanitarias en relación con los determinantes ambientales de la salud. | | Sí | | Marzo | Plan de Acción |
| 4. Redactar el informe final del plan de acción sobre salud y medio ambiente para su aprobación. | | Sí | | Abril | Informe final |

Bibliografía y/o documentación de apoyo

Comisión Europea. Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo y al Comité Económico y Social Europeo - Estrategia europea de medio ambiente y salud (SCALE). Bruselas, 11.6.2003. COM (2003) 338 final. Disponible en: <http://goo.gl/q2u3rC>

Resolución del Parlamento Europeo sobre el Plan de acción europeo de medio ambiente y salud (2004-2010). Diario Oficial de la Unión Europea, C304E/264, (1 de Diciembre de 2005). <http://eur-lex.europa.eu/search.html?type=expert&qid=1403868352663>

Comisión Europea. Comunicación de la Comisión - Europa 2020. Una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador. Bruselas, 3.3.2010. COM(2010) 2020 final. Disponible: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:ES:PDF>

Decisión nº 1386/2013/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de Noviembre de 2013, relativa al Programa General de Acción de la Unión en materia de Medio Ambiente hasta 2020 «Vivir bien, respetando los límites de nuestro planeta». (Diario Oficial de la Unión Europea, L 354/171, 28 de Diciembre de 2013). Disponible en: <http://www.boe.es/doue/2013/354/L00171-00200.pdf>

Centro Nacional de Sanidad Ambiental. Informe base para la elaboración del Plan Nacional de Salud y Medio Ambiente [Internet]. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2007 [citado 16 de Diciembre de 2003]. Disponible en: <https://www.mssi.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/informeBase.pdf>

Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (Boletín Oficial del Estado, núm. 240, 5 de octubre de 2011). Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-15623>

Anteproyecto de Ley de sostenibilidad y protección ambiental del Principado de Asturias [aprobado por el Consejo de Gobierno el 20 de junio de 2014 y pendiente de aprobación por la Junta General del Principado). Disponible en: <http://www.jgpa.es/portal.do?identificador=875&IDR=1&TR=A>

Proyecto estratégico 6. Coordinación sociosanitaria

| Responsable Institucional | Responsable técnico (equipo de trabajo) | Dependencia Institucional (Sección/Servicio/Consejería) | Estrategias en las que se incluye |
|--|---|--|-----------------------------------|
| Julio Bruno Bárcena. D.G. Salud Pública | Francisco Suárez García | Servicio de Evaluación de la Salud, Calidad y Programas Dirección General de Salud Pública Consejería de Sanidad | EAPEC |
| Descripción del proyecto | | | |
| <p>La atención sociosanitaria comprende el conjunto de actuaciones o intervenciones destinadas a la atención de las personas que, por sus especiales características o por su situación de vulnerabilidad social necesiten de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía e independencia, mejorar su calidad de vida y/o favorecer su participación social y su bienestar personal.</p> <p>Constituye un elemento clave de cara a garantizar una atención integral y de continuidad a distintos perfiles poblacionales que requieren atención coordinada por parte de los ámbitos social y sanitario. Por estas razones, resulta imprescindible el desarrollo de un conjunto de medidas y actuaciones de atención sociosanitaria para Asturias.</p> <p>Por medio de un grupo técnico se ha elaborado un documento donde se establecen las líneas prioritarias que se deben de abordar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Creación e implementación de estructuras de coordinación sociosanitaria. 2.- Puesta en Marcha de Unidades de Convalecencia en Residencias de Personas Mayores. 3.- Acciones para Mejorar la Coordinación entre Atención Primaria y las residencias de personas mayores del ERA. 4.- Acciones para mejorar la atención al trastorno mental grave con necesidad de alojamiento. 5.- Acciones para mejorar la atención a la población infantil con especial vulnerabilidad. 6.- Acciones para mejorar la atención a Niños con trastorno del desarrollo. 7.- Acciones para mejorar la atención a Personas adultas con discapacidad y/o dependencia y edad comprendida entre 18 y 65 años que utilizan recursos públicos de alojamiento o Centros de Apoyo a la Integración. | | | |
| Objetivos | | | |
| <p>El objetivo general es facilitar a las personas el mayor grado posible de autonomía e independencia en las actividades de la vida diaria y, al mismo tiempo proporcionar una atención de calidad a las necesidades de apoyo sociosanitario que presentan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la educación para la salud, promocionando el autocuidado y el desarrollo de programas de envejecimiento saludable, promoviendo la autonomía personal y el mantenimiento en su entorno habitual. • Creación e implementación de estructuras de coordinación sociosanitaria que faciliten intervenir de forma coordinada en aquellas situaciones que requieran acciones de ambos sistemas, garantizando que cada usuario esté en el recurso más adecuado para su situación personal y familiar. • Identificar y documentar los roles de las trabajadoras sociales en el ámbito sociosanitario. • Coordinación de la asistencia institucional a mayores dependientes: mediante la creación de unidades de valoración geriátrica en el Organismo Autónomo ERA, de Unidades de Convalecencia y cuidados continuados en las residencias públicas. • Desarrollar instrumentos que permitan identificar precozmente las situaciones de pérdida de independencia, de autonomía y de calidad de vida. • Coordinación de los EAP con los apoyos sanitarios específicos de que dispongan los establecimientos residenciales. • Establecer cauces de comunicación entre los EAP y las residencias de personas mayores mediante la implantación del programa OMI-AP en las residencias pertenecientes al ERA. • Protocolizar la atención por parte de Salud Mental de los pacientes que viven en residencias del ERA, de tal forma que existan canales de comunicación que permitan la actuación ágil y precoz ante posibles agudizaciones. | | | |

Plan de trabajo 2014/15

| Acciones | Metas | | Plazo límite | | Fuentes de información |
|--|-------|------|--------------|---------|------------------------|
| | 2014 | 2015 | 2014 | 2015 | |
| 1. Implementación de un programa piloto de Unidad de Convalecencia en el Organismo Autónomo ERA | | Sí | | Junio | Memoria Anual DGSP |
| 2. Organización de la atención médica de cada residencia de personas mayores para que se concentre en 1 ó 2 médicos en función de su tamaño | | Sí | | Junio | Procedimiento escrito |
| 3. Estudio para mejorar la eficiencia de la dispensación farmacéutica en centros sociosanitarios mayores de 100 plazas | Sí | | Diciembre | | Informe del Estudio |
| 4. Informatización de los centros residenciales para mayores del Organismo Autónomo ERA | | Sí | | Octubre | Memoria Anual DGSP |
| 5. Facilitar el acompañamiento en urgencias a los cuidadores formales de personas dependientes que los acompañan al hospital | Sí | | Noviembre | | Procedimiento escrito |
| 6. Trabajar protocolos entre Salud Mental y el área de admisiones del ERA para que la valoración por parte de psiquiatría sea tenida en cuenta en el momento de alojar a una persona en alguna residencia del ERA o concertada | | Sí | | Junio | Protocolos |
| 7. Protocolizar la atención por parte de Salud Mental de los pacientes que viven en residencias del ERA | | Sí | | Junio | Protocolos |
| 8. Difundir e implementar la guía de actuación para los Servicios Sanitarios de Asturias ante el Maltrato Infantil | Sí | | Diciembre | | Memoria Anual DGSP |
| 9. Desarrollo del Programa de Atención a la Salud Oral de discapacitados psíquicos con una Unidad Especial en el Hospital Monte Naranco. | Sí | | Diciembre | | Memoria Anual DGSP |

Bibliografía y/o documentación de apoyo

Gobierno del Principado de Asturias. Agenda Social Asturiana 2014. Disponible en: <http://goo.gl/NX1g8Y>

Propuestas de acciones sociosanitarias. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias; [acceso, 25 de enero de 2014]. Disponible en: <http://goo.gl/h2bxGq>

Proyecto estratégico 7. Promoción de estilos de vida saludables: alimentación, ejercicio físico, tabaco y alcohol

| Responsable Institucional | Responsable técnico | Dependencia Institucional (Sección/Servicio/Consejería) | Estrategias en las que se incluye |
|---|----------------------------|---|--|
| Julio Bruno Bárcena. D.G. Salud Pública | José Ramón Hevia Fernández | Servicio de Promoción de la Salud y Participación. Dirección General de Salud Pública. Consejería Sanidad | Este es un proyecto transversal al desarrollo de las diferentes Estrategias de salud en Asturias |
| Descripción del proyecto | | | |
| <p>La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.</p> <p>Para todo ello, la carta de Ottawa marca tres estrategias básicas para la promoción de la salud: la abogacía por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales antes indicadas; facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud; y mediar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad.</p> | | | |
| Objetivos | | | |
| <p>El proyecto de promoción de la salud se apoya en el desarrollo de cinco áreas de acción prioritarias, contempladas en la Carta de Ottawa y reafirmadas en la Declaración de Yakarta de julio de 1997.</p> <p>Estas áreas se articulan a través del desarrollo de una serie de objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer una política pública saludable. - Crear entornos que apoyen la salud. - Fortalecer la acción comunitaria para la salud. - Desarrollar las habilidades personales. - Reorientar los servicios sanitarios. | | | |

Plan de trabajo 2014/15

| Acciones | Metas | | Plazo límite | | Fuentes de información |
|--|-------|-----------------|--------------|-----------|--------------------------------------|
| | 2014 | 2015 | 2014 | 2015 | |
| 1. Desarrollo de Actividades Comunitarias sobre el territorio | | Si | | Marzo | Asturias Actúa Memoria anual DGSP |
| 2. Realización de actividades formativas con Ayuntamientos, Comunidades, Familias, Escolares, etc. | Si | Si | Diciembre | Diciembre | Memoria anual DGSP |
| 3. Proyecto de Educación Para la Salud (educación alimentaria, ambiental y ejercicio físico). | Si | Si | Diciembre | Diciembre | Memoria anual DGSP |
| 4. Comisión intersectorial de Salud en todas las Políticas | Si | | Diciembre | | Actas de la Comisión |
| 5. Desarrollo de la Participación Comunitaria. | | Si | | Abril | Memoria anual DGSP |
| 6. Escuela de Pacientes de Asturias | | Si | | Mayo | Informe de evaluación |
| 7. Análisis, mejora y evaluación de menús escolares dentro de la Estrategia NAOS | Si | Si | Diciembre | Diciembre | Memoria anual DGSP |
| 8. Desarrollo reglamentario de la Ley del Principado de Asturias de Atención Integral en materia de Drogas | | Si | | Diciembre | Memoria anual DGSP |
| 9. Evaluación del Programa de Control y Prevención del Tabaquismo 2009/12 y propuesta de nuevas acciones. | Si | | Diciembre | | Evaluación programa |
| 10. Introducción de la Promoción de la Salud en las actividades ordinarias de APS y Educación. | | Si (30 centros) | | Diciembre | OMI-AP Memoria anual DGSP |

Bibliografía y/o documentación de apoyo

- Valderas J, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med*. 2009 Julio; p. 357-363.
- Osakidetza. Gestión de caso: paciente pluripatológico; gestión de enfermedad: diabetes, EPOC, insuficiencia cardiaca. Plan de intervención poblacional. Osakidetza; Noviembre 2012.
- Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias. 2014[Internet] Recuperado a partir de: <http://goo.gl/JyNqIK>
- Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Recuperado a partir de: <http://goo.gl/Fij5AQ>
- Organización Mundial de la Salud OMS y Bienestar Social de Canadá. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa, Canadá: 1986. [Internet] Recuperado a partir de: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf>
- Commission of the European Communities. WHITE PAPER Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013. [Internet] Brussel Recuperado a partir de: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf>
- European Commission COM. Plan estratégico de aplicación de la cooperación de innovación europea sobre el envejecimiento activo y saludable. (2012) [Internet]. Asturias. Recuperado a partir de: http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing.
- Alwan A, Armstrong T, Bettcher D, Branca F, Chisholm D, Ezzati M, et al. Informe sobre la situación mundial de enfermedades no transmisibles. Organización Mundial de la Salud ; 2010.
- Fuente:SADEI (Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales) [Internet]. Asturias. Recuperado a partir de: <http://www.sadei.es/es/portal.do?jsessionid=D49C0712668A011D88ED0211FAB205FE>
- Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Recuperado a partir de: <http://goo.gl/Fij5AQ>
- Conthe P, Marquez C. Documento de Consenso. Una aproximación multidisciplinar al problema de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas: estado de la situación y perspectivas de futuro. 2012
- Análisis de la Situación de Salud de Asturias (2009). Dirección General de Salud Pública y Participación.
- Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health [Internet]. Copenhagen: World Health Organization; 1991 [cited 2011 Feb 2]. Disponible en: <http://saludcomunitaria.wordpress.com/2008/05/14/policies-and-strategies-to-promote-social-equity-in-health/>
- Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado a partir de: <http://goo.gl/MwVH8c>

Proyecto estratégico 8. Incorporación de la perspectiva de desigualdades en los diferentes programas e intervenciones

| Responsable Institucional | Responsable técnico | Dependencia Institucional (Sección/Servicio/Consejería) | Estrategias en las que se incluye |
|--|----------------------|---|-----------------------------------|
| Julio Bruno Bárcena. D.G. Salud Pública | Óscar Suárez Álvarez | Servicio de Evaluación de la Salud, Calidad y Programas Dirección General de Salud Pública Consejería de Sanidad | EAPEC |
| Descripción del proyecto | | | |
| <p>Las desigualdades sociales en salud son el fruto de distintas oportunidades y recursos a los que tienen acceso las personas en función de su clase social, sexo o etnia y que finalmente se traduce en diferentes resultados en salud en términos de morbilidad y mortalidad.</p> <p>Estas desigualdades sociales podrían reducirse si se ponen en marcha políticas y proyectos que incidan en un correcto abordaje de las mismas.</p> <p>El presente proyecto pretende estudiar el abordaje de las desigualdades sociales en salud dentro de los diferentes proyectos contemplados dentro de la Estrategia de atención a las personas con enfermedades crónicas. Para llevar a cabo esta tarea es necesario desarrollar una herramienta que permita evaluar en qué medida estos proyectos abordan estos ejes de desigualdad y proponen acciones específicas que los tengan en cuenta.</p> <p>El proyecto nos permitirá no sólo conocer si se abordan estas desigualdades dentro de las acciones planificadas, sino también proponer acciones específicas que permitan corregir estas situaciones</p> | | | |
| Objetivos | | | |
| <p>Adaptar y validar una herramienta de evaluación de los ejes de desigualdad para los proyectos estratégicos incluidos en la estrategia de abordaje de la cronicidad.</p> <p>Evaluar en qué medida los proyectos estratégicos tienen en cuenta los ejes de desigualdad en las diferentes acciones planificadas</p> <p>Incorporar la perspectiva de desigualdades en las diferentes evaluaciones de los programas desarrollados en el marco de la Estrategia</p> | | | |

Plan de trabajo 2014/15

| Acciones | Metas | | Plazo límite | | Fuentes de información |
|--|-------|------|--------------|---------|--|
| | 2014 | 2015 | 2014 | 2015 | |
| 1. Diseño y adaptación de una herramienta de evaluación desde la perspectiva de de desigualdades en salud. | Sí | | Diciembre | | Herramienta adaptada y validada |
| 2. Incorporar la herramienta a la sistemática de evaluación de todos los proyectos e intervenciones que se desarrollen bajo el marco de la Estrategia. | | Sí | | Febrero | Informe de evaluación |
| 3. Proponer, en base a dicha evaluación, intervenciones que modifiquen y tengan en cuenta los ejes de desigualdad. | Sí | | | Mayo | Informe/Propuesta abordaje ejes de desigualdad |

Bibliografía y/o documentación de apoyo

Diez E, Peiró R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2004[citado 14 de enero de 2014];18(Supl 1):158-67. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/ga/v18s1/04intervenciones.pdf>

World Health Organization. Health 21: The health for all policy framework for the WHO region. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1999.

Navarro V, Benach J. Desigualdades sociales de salud en España. Informe de la comisión científica para el estudio de las desigualdades sociales de salud en España. Rev Esp Salud Pública. 1996;70:505-636.

Escuela Andaluza de Salud Pública. Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes [Internet]. Granada: Escuela andaluza de Salud Publica; 2013 [citado 14 de enero de 2014]. Disponible en: http://si.easp.es/GYS/Documentos/noticias/EASP_GUIA.pdf

Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en Salud en España [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [citado 14 de enero de 2014]. Disponible en: <http://goo.gl/gszliP>

Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health [Internet]. Copenhagen: World Health Organization; 1991 [cited 2011 Feb 2]. Disponible en: <http://saludcomunitaria.wordpress.com/2008/05/14/policies-and-strategies-to-promote-social-equity-in-health/>

Aldasoro E, Sanz E, Bacigalupe A, Esnaola S, Calderón C, Cambra K, et al. Avanzando en la evaluación del impacto en la salud: análisis de las políticas públicas sectoriales del Gobierno Vasco como paso previo a la fase de cribado sistemático. Gaceta Sanitaria. 2012 Feb;26(1):83-90.

Aldasoro Elena, Bacigalupe Amaia, Calderón Carlos, Esnaola Santiago, Sanz Elvira
Herramienta de cribado para la Evaluación del Impacto en Salud de las políticas públicas sectoriales.
Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2014.

Proyecto estratégico 9. Formación, Investigación e Innovación

| Responsable Institucional | Responsable técnico | Dependencia Institucional (Sección/Servicio/Consejería) | Estrategias en las que se incluye |
|--|-------------------------------|--|--|
| Mario Margolles Martins. D. General Ordenación, Planificación e Innovación Sanitaria | Jesús Vicente García González | Servicio de Investigación y Gestión del Conocimiento D.G. Planificación, Ordenación e Innovación Sanitarias | Este es un proyecto transversal al desarrollo de las diferentes Estrategias de salud en Asturias |
| Descripción del proyecto | | | |
| <p>La definición de los objetivos de la función de formación en las organizaciones entendida como “las competencias que se deberán adquirir, desarrollar, inhibir y/o activar, a través de las acciones formativas y en unos plazos determinados, para que la organización pueda conseguir sus objetivos en los momentos previstos”, subraya la importancia de que los objetivos de formación continuada se formulen de acuerdo a las necesidades de formación presentes y futuras, en relación a las exigencias que plantea el desempeño correcto de los puestos de trabajo.</p> <p>Una tendencia demográfica evidente, en la sociedad actual, ha sido la desaceleración de la tasa de crecimiento de la población, aproximándose la tasa de nacimientos a la de defunciones y, de modo paralelo, y como consecuencia, una tendencia al descenso de la población joven, que, unido a la mejora de las expectativas de vida, ha provocado un envejecimiento poblacional. Este envejecimiento poblacional, y los cambios en el estilo de vida, están planteando nuevos retos a las organizaciones sanitarias, que se enfrentan a nuevas y mayores demandas condicionadas por el incremento de la incidencia y la prevalencia de las enfermedades crónicas, que plantean nuevas necesidades de formación de los profesionales para que adquieran, desarrollen, activen y/o inhiban determinadas competencias.</p> <p>La introducción de estas necesidades formativas en el Plan de Formación continuada específica para el personal sanitario vinculado a la Consejería de Sanidad y centros sanitarios públicos deberá hacerse en nuestra Comunidad Autónoma en el marco previsto en la Encomienda de Gestión para el desarrollo del Plan con el Instituto Asturiano de Administración Pública.</p> <p>Por otro lado, en cuanto a la Investigación, deberá tenerse en cuenta la constitución de la Fundación de Investigación Biosanitaria (FINBA) como entidad que tiene por objeto impulsar, apoyar, gestionar y difundir la investigación, el desarrollo científico-tecnológico y la innovación biosanitaria como factores de desarrollo regional, dentro de los objetivos de política institucional propuestos por la Administración del Principado de Asturias</p> | | | |
| Objetivos | | | |
| <p>Contribuir a que se contemplen las necesidades formativas derivadas del incremento en la prevalencia de enfermedades/os crónicos. Introducir criterios de priorización relacionados con la estrategia de cronicidad desarrollada en nuestra Comunidad Autónoma.</p> <p>Impulsar las acciones de formación que fomenten el desarrollo de la calidad y eficiencia en el abordaje de la atención a personas con enfermedades crónicas.</p> <p>Efectuar el seguimiento de las actividades formativas, integradas en el Plan de Formación, y relacionadas con las estrategias de salud y atención a la población con enfermedad crónica en Asturias.</p> <p>Evaluar el impacto de la formación en la atención a la población con enfermedad crónica en Asturias.</p> | | | |

Plan de trabajo 2014/15

| Acciones | Metas | | Plazo límite | | Fuentes de información |
|--|-------|------|--------------|---------------------|---|
| | 2014 | 2015 | 2014 | 2015 | |
| 1. Establecer una línea de acción prioritaria para la realización de cursos de formación dirigidos a profesionales con interés en el abordaje de las patologías crónicas | Sí | Sí | Noviembre | Noviembre | Documento con las líneas estratégicas de formación continuada |
| 2. Difundir entre los Coordinadores de Formación las líneas prioritarias en materia de formación continuada específica de los profesionales en relación con el abordaje de las patologías crónicas | Sí | Sí | Septiembre | Septiembre | Acciones de difusión. Memoria anual del Servicio |
| 3. Establecer el marco para la determinación de necesidades de formación en relación con el abordaje de las patologías crónicas | Sí | Sí | Septiembre | Septiembre | IAAP: Resultados encuesta de necesidades de formación |
| 4. Asegurar una adecuada priorización de las acciones formativas relacionadas con el abordaje de las patologías crónicas | Sí | Sí | Noviembre | Noviembre | Propuesta de prioridades |
| 5. Asegurar la implementación de las acciones formativas relacionadas con el abordaje de las patologías crónicas en el Programa de Formación Continuada para 2015, en el marco de la Encomienda de Gestión con el IAAP | Sí | Sí | Diciembre | Diciembre | IAAP: Publicación en BOPA del Plan de Formación Continuada para el personal sanitario |
| 6. Efectuar el seguimiento de las acciones formativas relacionadas con el abordaje de las patologías crónicas implementadas en el Programa de Formación Continuada para 2015 | | Sí | | Junio/ Diciembre | Comisión de Seguimiento Encomienda de gestión IAAP: |
| Bibliografía y/o documentación de apoyo | | | | | |
| Plan de Formación del Personal Sanitario. 2014 | | | | | |
| Encomienda de gestión con el Instituto Asturiano de Administración Pública. | | | | | |
| Estatutos de la Fundación para la Investigación Biosanitaria de Asturias (FINBA). | | | | | |

Línea política 3 Participación de la Comunidad, del Ciudadano/a y Autonomía del paciente

El objetivo principal de esta Línea política es establecer un marco de actuación que permita el desarrollo de mecanismos de participación de la comunidad y la ciudadanía en la atención a pacientes crónicos.

“Tenemos que conseguir pacientes informados, activos, comprometidos y que asuman el control compartido de su enfermedad...”

Profesional de Medicina Familiar y Comunitaria

(Sobre instrucciones previas) “Bien definido y operativo pero poco conocido tanto por pacientes como por médicos. Cualquier esfuerzo en este sentido es favorable”

Profesional de Medicina Interna

“Consideramos importante el empoderamiento, que cada persona conozca sus problemas de salud, lo que conllevará una mayor adherencia a su tratamiento, evitará consultas innecesarias y procurará las actuaciones encaminadas a una óptima adaptación a su situación”

Asociación de pacientes

“Estoy de acuerdo en que es necesario asegurar el protagonismo y el liderazgo de la Atención Primaria como eje de atención al paciente crónico, aunque con la integración de los dos niveles de atención, se ha pasado de dos presupuestos separados -uno para cada nivel de atención-, a un único presupuesto y esto irá en detrimento de este nivel de atención”

Técnica de Salud

“... para mí lo más importante y necesario es potenciar la Atención Primaria, aportando los recursos humanos y materiales necesarios y modificando la organización actual para hacerla más eficiente. Para atender adecuadamente a los pacientes, y en particular a los enfermos crónicos, es necesario disponer de tiempo suficiente y condiciones de trabajo adecuadas, cosas que a día de hoy no se dan”

Técnico de Salud

Proyecto estratégico 10. Participación ciudadana en Salud

| Responsable Institucional | Responsable técnico | Dependencia Institucional | Estrategias en las que se incluye |
|---|-----------------------|---|---|
| Julio Bruno Bárcena. D.G. Salud Pública | Amelia González López | Servicio de Promoción de la Salud y Participación. Dirección General de Salud Pública. Consejería Sanidad | Estrategia de Promoción de la Salud EAPEC |
| Descripción del proyecto | | | |
| <p>La Participación Ciudadana en los servicios públicos es un derecho constitucional y, en el ámbito sanitario supone además, una mejora en la salud de la comunidad, mayor desarrollo de la calidad y buenas prácticas de los profesionales y una gestión más transparente de los servicios sanitarios.</p> <p>La Participación ciudadana es un instrumento útil para establecer formas de responsabilidad individual y colectiva y para articular sistemas de gobernanza que mejoren la administración de los servicios haciéndolos más eficientes.</p> <p>Su implantación requiere articular la intervención de la comunidad y de los individuos en la promoción de la salud, en las intervenciones del sistema sanitario (planes, programas, estrategias...) y en órganos con capacidad de decisión.</p> <p>En la Estrategias de Promoción de la Salud y de Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias, la Participación Ciudadana constituye uno de los núcleos fundamentales, formando parte del propio modelo y de las líneas y proyectos que se proponen en ambas Estrategias.</p> <p>Los criterios utilizados para elaborar este proyecto y para guiar la evaluación de su funcionamiento una vez implantado son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La implicación comunitaria local. - Utilización de los indicadores demográficos y sanitarios del ámbito geográfico definido. - Utilización de recursos múltiples, ubicados en territorio. - Enfoque prioritario a la comunicación de las actividades (incluyendo la propia participación) a la ciudadanía y a la población diana de las intervenciones. - Colaboración en la utilización de los recursos como forma de entender, extender y profundizar la participación ciudadana. - Capacitación personal y colectiva que potencie la autonomía y la autorresponsabilidad personal y comunitaria para la mejora de la salud y la dinamización social. - Funcionamiento de organismos con capacidad de decisión e intervención en la situación de salud y en los servicios asistenciales. | | | |
| Objetivos | | | |
| <p>Establecer la metodología básica para el desarrollo de la Participación Comunitaria en Salud en el marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Participación Comunitaria en Salud, incidiendo en los aspectos relacionados con el establecimiento de políticas públicas generadoras de salud, el fomento de la autonomía y el autocuidado individual y el empoderamiento ciudadano como principios rectores de la Estrategia (Carta de Ottawa).</p> <p>Conseguir la implicación comunitaria en cada una de las áreas de intervención en población con enfermedad crónica que se contemplan en la Estrategia de de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica, con una especial consideración de la lucha contra la estigmatización de los enfermos crónicos y la exclusión social.</p> <p>Constituir los organismos de Participación ciudadana en salud que respondan a los planteamientos en participación ciudadana que plantean las Estrategias considerando las necesidades del conjunto del sistema sanitario y del desarrollo democrático de la sociedad asturiana.</p> | | | |

Proyecto estratégico 11. Escuelas de Pacientes y Pacientes expertos/as

| Responsable Institucional | Responsable técnico | Dependencia Institucional (Sección/Servicio/Consejería) | Estrategias en las que se incluye |
|---|-----------------------|---|--|
| Julio Bruno Bárcena. D.G. Salud Pública | Marta Pisano González | Servicio de Promoción de la Salud y Participación. Dirección General de Salud Pública. Consejería Sanidad | Este es un proyecto transversal al desarrollo de las diferentes Estrategias de salud en Asturias |
| Descripción del proyecto | | | |
| <p>La Escuela de Pacientes de Asturias tiene como misión, impulsar, coordinar y compartir contenidos formativos en salud y de Programas de Autogestión de enfermedad donde se doten de conocimientos y habilidades a las personas afectadas por patologías crónicas y a sus cuidadores para que sean capaces de aumentar el autocuidado y la corresponsabilidad sobre su proceso de enfermedad. Para aumentar su autonomía y lograr una mayor efectividad en los cuidados.</p> <p>La Escuela de Pacientes, es un proyecto integrado en uno mayor: La Escuela de Salud de Asturias, donde además de la formación entre pacientes, se une la Educación para la Salud en la Escuela y en Atención Primaria de Salud.</p> <p>Dentro de la Escuela de Pacientes, se desarrollarán en dos grandes líneas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El Programa Paciente Activo Asturias (PACAS). - Las Escuelas Municipales. <p>Los principios rectores de la Escuela son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - autocuidado: conlleva proveer de información y del estímulo necesario para ayudar a los pacientes a conseguir un mayor control a través de la mejor comprensión de sus patologías, la toma de decisiones adecuada y la búsqueda de ayuda por parte de los profesionales. - empoderamiento del paciente: implica proveerles de las oportunidades y el entorno para desarrollar sus aptitudes, confianza y conocimiento para pasar de ser un receptor pasivo de atención sanitaria a un agente activo en su propio cuidado. - corresponsabilidad en la enfermedad: para que movilicen sus recursos personales y sean capaces de aumentar las acciones encaminadas a los cambios de estilo de vida, a la búsqueda de información válida y a la corresponsabilidad junto con los agentes del sistema de salud - formación entre pares de iguales: los enfermos crónicos están capacitados para interactuar con sus iguales, utilizando la escucha activa y la comunicación no crítica, de tal forma que los ayudan a desarrollar habilidades de autocuidado, proporcionan apoyo social y emocional, cambio de estilo de vida y facilitan la comprensión y el cumplimiento de la medicación - redes de apoyo en la comunidad: Este es un elemento importante, que asegura la perdurabilidad de las acciones formativas. Los pacientes y sus cuidadores son capaces de seguir en contacto para prestarse ayuda mutua y reforzarse de forma positiva tras la finalización de los talleres formativos. - participación comunitaria: la Escuela de Pacientes ha de ser facilitadora y posibilitadora para que los individuos de forma colectiva, actúen con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud, y la calidad de vida de su comunidad. Para que por encima de elevar la alfabetización sanitaria de la comunidad, se promuevan entornos saludables y políticas de promoción de salud comunitaria. | | | |

| Objetivos |
|---|
| <p>Objetivo principal</p> <p>Mejorar la calidad de vida de personas afectadas por patologías crónicas a través de mecanismos de apoyo y formación entre iguales que faciliten una mayor autonomía del paciente y sus familias, y mayor efectividad en los cuidados.</p> <p>Objetivos secundarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introducir herramientas de autogestión de la enfermedad, en personas que padecen procesos crónicos de enfermedad, para su abordaje. • Priorizar la activación del paciente, como proceso de aumento de la autoeficacia, y de autoresponsabilidad en su problema de salud. • Empoderar al paciente y a sus cuidadores, dotarles de formación y recursos para capacitarles como transmisores de conocimientos a sus iguales. • Integrar las Escuelas Municipales existentes e impulsar su creación en todas las Áreas Sanitarias de Asturias. • Crear una plataforma virtual que sea un espacio de encuentro e intercambio de pacientes y cuidadores formados, y que contenga información científicamente válida para el control de patologías crónicas. • Mejorar los indicadores de control de enfermedad, de autoeficacia y de calidad de vida de los pacientes que acuden a la formación de la Escuela de Pacientes • Disminuir los valores de reingresos hospitalarios y aumentar los niveles de adherencia terapéutica en los pacientes formados. |

| Plan de trabajo 2014/15 | | | | | |
|---|--------|--------|---------------------|---------------------|--|
| Acciones | Metas | | Plazo límite | | Fuentes de información |
| | 2014 | 2015 | 2014 | 2015 | |
| 1. Elaboración del Proyecto Escuela de Pacientes del Principado de Asturias | Sí | | Julio | | Servicio Promoción DGSP |
| 2. Identificar dentro del sistema sanitario pacientes expertos en las patologías más prevalentes. | Sí | Sí | Diciembre | Diciembre | Memoria anual Escuelas de Pacientes DGSP |
| 3. Desarrollo de las actividades formativas a sanitarios y pacientes monitores, de forma simultánea en todas las Áreas Sanitarias de Asturias. | 3/año | 6/año | Diciembre | Diciembre | Memoria anual Escuelas de Pacientes DGSP |
| 4. Intervención con grupos de pacientes de las ocho Áreas Sanitarias | 30/año | 60/año | Junio/ Diciembre | Junio/ Diciembre | Subdirección Organización. SESPA |
| 5. Integración de asociaciones de pacientes y activos municipales en el desarrollo de las actividades formativas: presentación del proyecto a los técnicos de salud de los Ayuntamientos, y a las Asociaciones de pacientes más representativas | Sí | Sí | Diciembre | Diciembre | Memoria anual Escuelas de Pacientes DGSP |
| 6. Coordinación con otros proyectos estratégicos en el marco de la estrategia de cronicidad de Asturias | Sí | Sí | Julio | Marzo | OBSA |
| 7. Desarrollo del logo corporativo de la Escuela de Pacientes de Asturias y la cartelería para su difusión. | Sí | | Octubre | | Servicio Promoción DGSP y SESPA |
| 8. Estudio de Intervención en pacientes Diabéticos. | Sí | Sí | | Noviembre | Servicio Promoción DGSP |
| 9. Integración en la Red de Escuelas de Salud del Ministerio de Sanidad | | Sí | | | Astursalud |
| 10. Jornada de encuentro programa PACAS | Sí | Sí | Noviembre | Noviembre | Astursalud |
| 11. Creación de la Plataforma Web de la Escuela de Salud | | Sí | | Primer Trimestre | WEB Escuela Pacientes |
| 12. Producir información accesible para el afrontamiento de la enfermedad | | Sí | | Segundo trimestre | WEB Escuela Pacientes |
| 13. Primera incorporación de Escuelas Municipales | | Sí | | Cuarto Trimestre | WEB Escuela Pacientes |
| 14. Inicio de la formación on-line | | 6/año | | Diciembre | Memoria anual |
| 15. Ampliación de Escuelas Municipales | | Sí | | | WEB Escuela Pacientes |

Bibliografía y/o documentación de apoyo

Chodosh J, Morton SC, Mojica W, Maglione M, Suttrop MJ, Hilton L et al. Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. *Ann Intern Med.* 2005; 143(6):427-38.

Holma H, Lorig K. Patient self-management: a key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease. *Public Health Rep.* 2004 May-Jun; 119(3): p. 239-243.

Stanford School of Medicine. Chronic Disease Self-Management Program (Better Choices, Better Health® Workshop) [Internet]. Palo Alto: Patient Education Research Center; 2013 [citado 20 de enero de 2014]. Recuperado a partir de: <http://patienteducation.stanford.edu/programs/cdsmp.html>

The Health Foundation [sede Web]*. London: Co-creating Health Initiative. Summary annual evaluation report for the National Support Team; 2008. [Internet]. Recuperado a partir de: <http://www.health.org.uk/areas-of-work/programmes/co-creatinghealth>

Flinders University [sede Web]*. Adelaide: The Flinders Program care planning process; 2013. [Internet]. Recuperado a partir de: <http://www.flinders.edu.au/medicine/sites/fhbhru/self-management.cfm>

Health Council of Canada. Self-management support for Canadians with chronic health conditions.

Toronto: Health Council of Canada; 2012. [Internet]. Recuperado a partir de: <http://healthcouncilcanada.ca/tree/HCCSelfManagementReport FA.pdf>

Lorig KR, Ritter PL, Stewart AL, Sober DS, William Brown BJ, Bandura A et al. Chronic Disease

Self-Management Program: 2-Year Health Status and Health Care Utilization Outcomes. *Medical Care.* 2001; 39(11):1217-23

Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1977;84(2):191-215.

Algunas páginas webs de Escuelas de Salud:

- Escola Gallega de Saúde para Cidadáns: <http://www.sergas.es/EscolaSaude/PortadaEscola.aspx?IdPaxina=75000>
- Patient Expert Catalunya: <http://goo.gl/FWHnHe>
- Escuela Cantabra de Salud: <http://www.escuelacantabradesalud.es/>
- Escuela de Pacientes de Andalucía: <http://www.escueladepacientes.es/ui/index.aspx>

Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. [citado 6 de Diciembre de 2013]. Recuperado a partir de: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

Proyecto estratégico 12. Atención a las personas cuidadoras

| Responsable Institucional | Responsable técnico | Dependencia Institucional (Sección/Servicio/Consejería) | Estrategias en las que se incluye |
|---|------------------------|---|--|
| M ^a Begoña de Poo Meré. Subdirección de Org. De Servicios Sanitarios | Marta González Sánchez | Servicio de Coordinación asistencial y cuidados Subdirección de Org. de S. Sanitarios. SESPA | Estrategia de Promoción de la Salud Estrategia de Salud Cardiovascular EAPEC |
| Descripción del proyecto | | | |
| <p>El cuidado familiar de las personas dependientes, en la mayoría de las familias, lo asume una única persona: la persona cuidadora principal. La mayoría son mujeres, ocho de cada diez personas que están cuidando a un familiar mayor son esposas, hijas y nueras, desempeñando su rol de género.</p> <p>El coste que asumen las mujeres en sus vidas por el hecho de ser cuidadoras es elevado en términos de salud, calidad de vida, acceso al empleo y desarrollo profesional, relaciones sociales, disponibilidad de tiempo propio y repercusiones económicas. Por todo esto, ya en el último Plan de Salud para Asturias se contempló la puesta en marcha de actuaciones para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras.</p> <p>El peso del cuidado de la cronicidad recae, también, de forma significativa en el sistema sanitario.</p> <p>El SESPA elaboró una Guía, en colaboración con el Instituto Asturiano de la Mujer, para el desarrollo del Servicio de Educación para la Salud a Personas Cuidadoras, cuya población diana son las personas cuidadoras de familiares dependientes. En ella se propone una intervención grupal, mediante la realización de un taller estructurado en nueve Unidades Didácticas, así como la evaluación de la calidad de vida de las personas participantes antes y después de la realización de los talleres.</p> | | | |
| Objetivos | | | |
| Contribuir al desarrollo personal, satisfacción y bienestar de las personas cuidadoras en la experiencia del cuidado. | | | |

| Plan de trabajo 2014/15 | | | | | |
|--|-------|------|--------------|-----------|---|
| Acciones | Metas | | Plazo límite | | Fuentes de información |
| | 2014 | 2015 | 2014 | 2015 | |
| 1. Formar a profesionales sanitarios en la utilización de la Guía de Atención a las Personas Cuidadoras | Sí | Sí | Julio | Diciembre | Plataforma on line en el IAAP. Documento escrito |
| 2. Desarrollar talleres grupales a personas cuidadoras en cada zona básica | Sí | Sí | Diciembre | Diciembre | SIAP |
| 3. Evaluar los talleres e informar a profesionales los resultados obtenidos | | Sí | | Abril | Gerencia de área |
| 4. Implantación de acciones de difusión, visibilización de la problemática que afecta a la población cuidadora, formada fundamentalmente por mujeres, y fomento de la corresponsabilidad familiar del cuidado, entre las y los profesionales sanitarios. | | Sí | | Diciembre | www.obsaludasturias.com |

Bibliografía y/o documentación de apoyo

Servicio de Salud del Principado de Asturias. Guía de atención a las personas cuidadoras. Oviedo: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2006.

Gobierno del Principado de Asturias. I Plan estratégico para la Igualdad entre mujeres y hombres del Principado de Asturias 2013-2015

Armstrong P. Thinking it through: women, work and caring in the new millennium [Internet]. Washington: Pan American Health Organization; 2004 [citado 15 de enero de 2014].

Disponible en: <http://www.paho.org/English/DPM/GPP/GH/ArmstrongPres.pdf>

García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gac Sanit. 2004;18 (Supl 2):83-92.

García Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gac Sanit. 2004;18(Supl 1):132-139.

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Consecuencias del cuidado en la vida del cuidador.

http://www.segg.es/segg/html/cuidadores/cuidador/consecuencias_cuidado.htm

Grupo de demencias de la Semfyc. El cuidado del cuidador. ¿Qué señales de alerta pueden estar indicando que necesito cuidarme más de mí misma? Demencias. Anexo 25. <http://www.semfyc.es/demencias/Anexos/Anexo25.pdf>

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. El cuidado del cuidador. Cómo cuidarse mejor.

http://www.segg.es/segg/html/cuidadores/cuidador/cuidado_cuidador.htm

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Conocer y hacer uso de sus derechos.

http://www.segg.es/segg/html/cuidadores/cuidador/conocer_derechos.htm

Fernández de Troconiz MI, Montorio Cerrato I, Díaz Veiga P. Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para cuidadores y familiares. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); 1997.

Aprender a sentirse mejor. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

http://www.segg.es/segg/html/cuidadores/cuidador/aprender_sentirse_mejor.htm

Cómo mantener su bienestar. Una clase para cuidadores.

http://med.stanford.edu/fm/?/oac/&african_main.html&www.med.stanford.edu

Proyecto estratégico 13. Instrucciones previas (testamento vital)

| Responsable Institucional | Responsable técnico (equipo de trabajo) | Dependencia Institucional (Sección/Servicio/Consejería) | Estrategias en las que se incluye |
|--|---|---|--|
| Mario Margolles Martins. D. General Ordenación, Planificación e Innovación Sanitaria | Sergio Gallego Riestra | Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios Dirección General de Ordenación, Planificación e Innovación Sanitaria | Este es un proyecto transversal al desarrollo de las diferentes Estrategias de salud en Asturias |
| Objetivos | | | |
| Facilitar información a los ciudadanos para que puedan manifestar anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos. | | | |

| Plan de trabajo 2014/15 | | | | | |
|--|---------------------|----------------------------------|--------------|-----------|------------------------|
| Acciones | Metas | | Plazo límite | | Fuentes de información |
| | 2014 | 2015 | 2014 | 2015 | |
| 1. Normalizar un procedimiento de actuación que permita informar de forma proactiva a los pacientes a través de los diferentes dispositivos tanto del ámbito sanitario, social y asociativo. | Proced. normalizado | Proced. evaluado | Diciembre | Diciembre | Procedimiento escrito |
| 2. Desarrollar una campaña de información proactiva sobre el testamento vital en pacientes crónicos complejos. | | Campaña de información realizada | Diciembre | | Memoria anual |
| 3. Facilitar a los profesionales de enfermería de AP el acceso la información sobre las voluntades anticipadas. | Acceso autorizado | | Octubre | | OMI-AP |

Línea política 4: Continuidad asistencial y Adaptación de las intervenciones sanitarias

El objetivo principal de esta Línea política es normalizar los procesos de atención a los pacientes con enfermedades crónicas facilitando la continuidad de sus cuidados y la adaptación de las intervenciones sanitarias que se lleven a cabo.

“Centralizar la atención en el paciente, su domicilio, su Centro de Salud y acercar el resto de estructuras incluida la atención hospitalaria. Evitar el hospital-centrismo en la atención a la cronicidad con el uso de nuevas herramientas de telemedicina sin crear barreras ni defensas”

Dirección Asistencial y de Salud Pública

“Hoy sabemos que la Historia clínica electrónica ha sido y es, el paso mas importante para la relación entre Atención Primaria y Especializada pero además numerosos estudios publicados recientemente nos enseñan que para avanzar en seguridad del paciente y en mejora de la atención, la historia clínica electrónica es fundamental”.

Profesional de Medicina Interna

“Conciliación de tratamientos en pacientes pluripatológicos y polimedcados con participación del farmacéutico hospitalario antes de las altas de los pacientes y posteriormente del personal de enfermería de Atención Primaria a la semana del alta en su domicilio”

Subdirección Asistencia Sanitaria y Salud Pública

“Considero que las enfermeras de Atención Primaria deben estar todas formadas apropiadamente en Educación Sanitaria porque es una parte constituyente de su actividad; la Educación para la Salud es una actividad transversal de las actividades que realizan estas enfermeras y creo que no en todos los casos se realiza de forma adecuada, persiste mucho paternalismo y dirigismo, que no son precisamente los métodos más apropiados, en muchos casos se actúa de manera intuitiva sin tener la preparación adecuada.”

Enfermera. Atención Primaria

“Se debe promover que las personas salgan de los domicilios y en ese sentido los que puedan acudir al Centro de Salud deben hacerlo, pero habría que tener un sistema por el que no se nos escaparan personas que lo precisen sin atender en domicilio, debiendo en estos casos adelantarnos las enfermeras de AP a prestar el seguimiento; promover también los seguimientos telefónicos. Analizar la atención domiciliaria que se está realizando y buscar áreas de mejora”

Enfermera. Atención Primaria

“Una red de apoyo real a la atención domiciliaria, apostando por dotar de nuevas competencias a los profesionales de enfermería de Atención Primaria”

Dirección de Gestión de Cuidados y Enfermería

“Creo que la mayoría de las enfermeras de Atención Primaria tienen las competencias necesarias para el manejo de pacientes frágiles y complejos con diferentes problemas de salud, así mismo, creo que pueden actuar como gestoras de cuidados en el centro y en el domicilio, valorando de manera integral e individual las necesidades de cada paciente, diseñando los planes de cuidados pertinentes y realizando educación en los autocuidados”

Enfermera. Atención Primaria

“sería preciso mejorar mucho la coordinación actual entre niveles y la continuidad de cuidados tras ingresos o visitas a urgencias, mejorando el sistema de información, los informes al alta y de urgencias. Los pacientes complejos con necesidades especiales de cuidados, previo al alta tras un ingreso hospitalario, se debería preparar su paso al domicilio con la enfermera de AP para asegurar la continuidad de cuidados”

Enfermera. Atención Primaria

“Se trata de hacer habitual lo que normalmente hacemos de forma ocasional , pero además de forma coordinada, visible, mejorando, aprendiendo y formando también a nuestros compañeros con la visión centrada en el Paciente Crónico y pluripatológico, su familia y formando parte del continuum asistencial al que antes me refería, especialmente con Atención Primaria”

Profesional de Medicina Interna

“La continuidad asistencial y la comunicación son elementos claves para garantizar intervenciones efectivas, contingentes en el tiempo y en la forma , evitando duplicidades y yatrogenias muy costosas en términos de seguridad y en términos de recursos”

Dirección Asistencial y de Salud Pública

“En el terreno estrictamente médico hay que implementar medidas de prevención cuaternaria como programas informáticos que adviertan de interacciones o incompatibilidades cuando se realiza una nueva prescripción (tanto por priMaría como por especializada)”

Profesional de Medicina Familiar y Comunitaria

Proyecto estratégico 14. Continuidad asistencial en pacientes crónicos complejos

| Responsable Institucional | Responsable técnico | Dependencia Institucional (Sección/Servicio/Consejería) | Estrategias en las que se incluye |
|--|---------------------|--|---|
| M ^a Begoña de Poo Meré. Subdirección de Org. de Servicios Sanitarios | Carmen Natal Ramos | Servicio de Coordinación Asistencial y Cuidados, Subdirección de Org. de Servicios Sanitarios SESPA | EAPEC Estrategia de Salud Cardiovascular |
| Descripción del proyecto | | | |
| <p>El proceso asistencial de pacientes crónicos complejos requiere de la realización de distintas actividades, que podrían variar según los requerimientos del curso de la enfermedad. Estas actividades las realizan diferentes actores: pacientes, cuidadoras informales, profesionales de la salud (diagnóstico, tratamiento, cuidados y rehabilitación) y profesionales de servicios sociales. Se pueden realizar en diversos ámbitos -domicilio, consultas de Atención Primaria (AP), Hospital,...- así como en diferentes circunstancias (estabilización de la enfermedad, agudizaciones, interurrencias...). Todo ello requiere que el proceso sea eficiente y coordinado.</p> <p>Esta labor de coordinación no puede recaer más que en la Atención Primaria dado el carácter longitudinal de la asistencia que ofrece, su proximidad al entorno más inmediato del paciente y su configuración en equipos multidisciplinares (medicina, enfermería, fisioterapia y trabajo social).</p> <p>Para lograr una atención coordinada se han de elaborar vías clínicas y protocolos, teniendo en cuenta la disponibilidad de la Historia Clínica Resumida de Salud, las nuevas tecnologías de la comunicación entre profesionales, la telemedicina y la utilización de objetivos asistenciales comunes entre la Atención Primaria, la Atención hospitalaria y la Salud Mental plasmados en acuerdos de gestión asistencial.</p> <p>Dada la frecuencia de pluripatología que presentan los pacientes crónicos (asociada al envejecimiento) resulta recomendable la potenciación de los Servicios de Medicina Interna hospitalarios y de Geriátrica, en su caso. Así como la designación clara de especialistas de las diversas patologías como consultores de referencia para los Equipos de Atención Primaria puede ser de utilidad.</p> <p>También las personas ingresadas, dada su complejidad y fragilidad, exigen un abordaje integral que se pierde desde de las perspectiva de las especialidades. Este problema es más notable quizá en las especialidades quirúrgicas, pero existe también en las médicas. La modalidad organizativa más frecuente en nuestro país es la denominada internista consultor permanente en especialidades quirúrgicas.</p> | | | |
| Objetivos | | | |
| Este proyecto pretende garantizar la atención integral, segura y eficiente a pacientes crónicos, en especial aquellos de mayor complejidad y/o pluripatología, en el ámbito mas adecuado y por los profesionales que mejor puedan dar respuesta a sus necesidades | | | |

Plan de trabajo 2014/15

| Acciones | Metas | | Plazo límite | | Fuentes de información |
|--|-------|------|--------------|-----------|------------------------|
| | 2014 | 2015 | 2014 | 2015 | |
| 1. Definir población diana de los circuitos asistenciales para pacientes crónicos complejos | Sí | | Diciembre | | OMI-AP/SELENE/MILENIUM |
| 2. Diseñar circuitos asistenciales para pacientes crónicos complejos | | Sí | | Marzo | Documento |
| 3. Implantar el cribado de retinopatía diabética en todas las áreas sanitarias | Si | | Diciembre | | OMI-AP/SELENE/MILENIUM |
| 4. Establecer protocolos de continuidad asistencial entre Atención Primaria y Salud Mental en el manejo de los trastornos de adaptación a las enfermedades crónicas. | | Si | | Diciembre | OMI-AP/SELENE/MILENIUM |
| 5. Revisar el protocolo de actuación al paciente polimedicado, centralizando en el equipo de Atención Primaria el control de la medicación. | Si | | Diciembre | | Protocolo actualizado |
| 6. Protocolizar la valoración geriátrica para el manejo de pacientes crónicos complejos que acuden a las urgencias hospitalarias. | | Si | | Mayo | Protocolo |
| 7. Implementar sistemas organizativos que permitan consultas y revisiones presenciales y no presenciales coordinadas entre profesionales de AP y especialistas. | Si | | Diciembre | | Documento |
| 8. Desarrollar la gestión de la continuidad de cuidados a través de las figuras de Enfermería de Continuidad de Cuidados de cada área sanitaria. | Si | | Diciembre | | Documento |
| 9. Implementar estrategias de planificación de ingresos y altas hospitalarias. | | Si | | Diciembre | Procedimiento |
| 10. Establecer protocolos de coordinación para la atención continuada de 24 horas entre todos los dispositivos implicados, especialmente para pacientes paliativos y crónicos complejos. | Si | | Diciembre | Mayo | Protocolo |
| 11. Establecer reuniones de coordinación entre el equipo de atención primaria y las unidades de apoyo, como por ejemplo fisioterapeutas y trabajadoras sociales. | | Si | | Junio | Memoria anual SESPA |

Bibliografía y/o documentación de apoyo

- World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies. Assuring the quality of health care in the European Union: a case for action. Legido-Quigley H, editor. Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.
- Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Practice*. 2004;53(12):947-80.
- Mitton CR, Adair CE, McDougall GM, Marcoux G. Continuity of care and health care costs among persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv*. 2005;56(9):1070-6.
- Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med*. 2003;1(3):134-43.
- Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med*. 2004;2(5):445-51.
- Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann Fam Med*. 2005;3(2):159-66.
- Worrall G, Knight J. Continuity of care for older patients in family practice: how important is it? *Can Fam Physician*. 2006;52:754-5
- Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration. *Healthc Q*. Oct 2009;13(Spec No):16-23.
- Freeman G, Hughes J. Continuity of care and the patient experience. London: The King's Fund; 2010.
- Kringos DS, Boerma WG, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A, et al. The european primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Family Practice*. 2010, 11(1):81.
- Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003;327(7425):1219-21.
- Crooks VA, Agarwal G. What are the roles involved in establishing and maintaining informational continuity of care within family practice? A systematic review. *BMC Family Practice* 2008;9(1):65.
- Carrier E, Gourevitch MN, Shah NR. Medical Homes: Challenges in Translating Theory Into Practice. *Med Care*. 2009;47(7):714-22.
- Berta W, Barnsley J, Bloom J, Cockerill R, Davis D, Jaakkimainen L, et al. Enhancing continuity of information: essential components of consultation reports. *Can Fam Physician*. 2009;55(6):624-5.e1-5.
- Agarwal G, Crook VA. The nature of informational continuity of care in general practice. *Br J Gen Pract*. 2008;58(556):e17-24.

Proyecto estratégico 15. Organización de la atención domiciliaria para la atención a pacientes crónicos.

| Responsable Institucional | Responsable técnico | Dependencia Institucional (Sección/Servicio/Consejería) | Estrategias en las que se incluye |
|---|--------------------------|--|--|
| M ^a Begoña de Poo Meré. Subdirección de Org. de Servicios Sanitarios | Emilia Fernández Álvarez | Servicio de Coordinación Asistencial y Cuidados, Subdirección de Org. de Servicios Sanitarios SESPA | EAPEC Estrategia de Salud Cardiovascular Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas |
| Descripción del proyecto | | | |
| <p>Todos los cambios ocurridos en nuestra Comunidad -demográficos, epidemiológicos, sociales y sanitarios- como las previsiones de futuro, indican que son y van a ser demandados socialmente un volumen creciente de servicios domiciliarios, lo que hace inevitable tomar iniciativas que permitan afrontar esta nueva situación.</p> <p>Se han hecho esfuerzos en los últimos años para mejorar cualitativa y cuantitativamente los servicios sanitarios domiciliarios. En nuestra comunidad esta actividad la realizan cinco tipos de recursos (agentes): los Equipos de Atención Primaria incluidos los equipos de cuidados paliativos, las Unidades de hospitalización a domicilio, los Servicios de Urgencias y Emergencias, los Servicios de Salud Mental y Las Unidades de apoyo del equipo de atención primaria.</p> <p>La misión compartida por todo el personal será prestar servicios domiciliarios de calidad, desde una perspectiva bio-psicosocial, capaces de mantener a las personas enfermas en su domicilio o reintegrarlos a él en caso de internamiento y coordinar la atención para que exista continuidad entre profesionales.</p> <p>En los pacientes de mayor complejidad y/o pluripatología es necesaria una gestión integral del caso, con cuidados fundamentalmente profesionales, dirigidos a los pacientes así como a su entorno cuidador.</p> | | | |
| Objetivos | | | |
| Reorientar la atención domiciliaria para mejorar el mantenimiento de las personas en su entorno | | | |

| Plan de trabajo 2014/15 | | | | | |
|---|-------|------|--------------|-----------|------------------------|
| Acciones | Metas | | Plazo límite | | Fuentes de información |
| | 2014 | 2015 | 2014 | 2015 | |
| 1. Organizar la atención domiciliaria planificada de enfermería y medicina de Atención Primaria. | | Sí | | Diciembre | Documento escrito |
| 2. Implementación del PPJ de inmobilizados actualizado | Sí | | Octubre | | OMI-AP |
| 3. Revisar los protocolos de atención domiciliaria de cada uno de los dispositivos asistenciales implicados equipos de paliativos, equipos de hospitalización a domicilio, Salud Mental, servicios sociales, equipos de rehabilitación, fisioterapia y SAMU y establecer mecanismos de coordinación. | | Sí | | Marzo | Documento escrito |
| Bibliografía y/o documentación de apoyo | | | | | |
| <p>Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. <i>JAMA</i> 2002;287(8):1022-8.</p> <p>Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. <i>BMJ</i> 2001;323(7315):719-25.</p> <p>Ploeg J, Feightner J, Hutchison B, Patterson C, Siquoin C, Gauld M. Effectiveness of Preventive Primary Care Outreach Interventions with Older Persons: Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA), McMaster University, Hamilton, Canada; 2003. Report No.: 2003-05.</p> <p>Generalitat Valenciana. Plan para la Mejora de la Atención Domiciliaria en la Comunidad Valenciana, 2004-2007. Valencia: Conselleria de Sanitat; 2004</p> <p>Junta de Extremadura. Protocolo de visita domiciliaria. Consejería de Sanidad y Consumo; 2004.</p> <p>Junta de Andalucía. Guías de actuación clínica: Atención domiciliaria [Internet]. Málaga: Consejería de Salud; 2006 [citado 29 de enero de 2014]. Disponible en: http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0280.pdf</p> <p>Junta de Andalucía. Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía. 2004 http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion1</p> <p>Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). Programa de atención domiciliaria con equipo de soporte (ESAD) [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 1999 [citado 30 de enero de 2014]. Disponible en: http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/pdf/atDomiciliaria.pdf</p> | | | | | |

Proyecto estratégico 16. Desarrollo de hospitales o dispositivos de subagudos y convalecencia

| Responsable Institucional | Responsable técnico | Dependencia Institucional (Sección/Servicio/Consejería) | Estrategias en las que se incluye | | |
|--|------------------------|--|--|-----------|------------------------|
| M ^a Begoña de Poo Meré. Subdirección de Org. de Servicios Sanitarios | Santiago Álvarez Labra | Servicio de Coordinación Asistencial y Cuidados, Subdirección de Org. de Servicios Sanitarios SESPA | EAPEC Estrategia de Salud Cardiovascular Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas | | |
| Descripción del proyecto | | | | | |
| <p>El abordaje de la cronicidad precisa de un nivel intermedio de atención con una intensidad tecnológica y de cuidados menor que un hospital de agudos tradicional.</p> <p>En la red hospitalaria de utilización pública de Asturias existen 4 Hospitales de apoyo que cumplen funciones de Hospitales de Agudos asociados y de convalecencia, H. Monte Naranco, H. Cruz Roja de Gijón y Fundación Hospital de Avilés y Fundación Sanatorio Adaro.</p> <p>Estos hospitales pueden ofrecer servicios relacionados con las agudizaciones de las enfermedades crónicas, la convalecencia y la rehabilitación de enfermos crónicos de forma más adecuada para el paciente y eficiente en términos de sistema sanitario, pero deben estar estrechamente conectados con la comunidad y la Atención Primaria y participar en programas de atención integral a los pacientes crónicos que se lleven a cabo en cada área de salud como un recurso integrado más.</p> | | | | | |
| Objetivos | | | | | |
| Contribuir a la atención integral del paciente crónico en dispositivos consolidados en un nivel intermedio de asistencia entre la atención primaria y la atención hospitalaria. | | | | | |
| Plan de trabajo 2014/15 | | | | | |
| Acciones | Metas | | Plazo límite | | Fuentes de información |
| | 2014 | 2015 | 2014 | 2015 | |
| <p>1. Incluir a los hospitales de subagudos en los programas concretos de atención integral a los pacientes crónicos, definiendo claramente las actividades que realizarán dentro del proceso de atención a pacientes institucionalizados y domiciliarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar la cartera de servicios • Revisar los convenios en los aspectos que conciernen a la coordinación de pacientes crónicos • Establecer los circuitos de coordinación a través de las Comisiones de Cuidados de Área | | Sí | | Octubre | Documento escrito |
| | | Sí | | Noviembre | |
| | | Sí | | Diciembre | |
| <p>2. Extender la cartera de servicios de los hospitales de subagudos al ámbito comunitario, ej.: hospitalización a domicilio, potenciación de la rehabilitación, formación de personal sanitario y de pacientes y cuidadores informales, etc.</p> | | Sí | | Junio | Memoria anual SESPA |
| Bibliografía y/o documentación de apoyo | | | | | |
| <p>Sabartés O, Sánchez D, Cervera AM. Unidades de subagudos. Revista Española de Geriatria y Gerontología. Junio de 2009;44:34-8.</p> <p>Decreto 80/2006, de 29 de junio, de sexta modificación del Decreto 112/1984, de 6 de Septiembre por el que se aprueba el Mapa Sanitario de Asturias y se dictan normas para su puesta en práctica (Boletín Oficial del Principado de Asturias, nº 162, 14 de julio de 2006).</p> <p>Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.</p> <p>Gobierno Vasco. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. 2010</p> | | | | | |

Proyecto estratégico 17. Fomentar iniciativas de Educación y promoción de la salud

| Responsable Institucional | Responsable técnico | Dependencia Institucional (Sección/Servicio/Consejería) | Estrategias en las que se incluye |
|--|------------------------|--|--|
| M ^a Begoña de Poo Meré. Subdirección de Org. de Servicios Sanitarios | Marta González Sánchez | Servicio de Coordinación Asistencial y Cuidados, Subdirección de Org. de Servicios Sanitarios SESPA | EAPEC Estrategia de Salud Cardiovascular Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas |
| Descripción del proyecto | | | |
| <p>La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca, no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos para incrementar el control sobre su salud y mejorarla, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. Muchas de estas acciones se realizan desde los centros de salud en colaboración con otros agentes sociales</p> <p>La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluido el conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de salud individual y de la comunidad. Las actividades de educación para la salud constituyen una parte importante de la cartera de servicios de atención primaria y su desarrollo, mejora de su efectividad y eficiencia redundarán en una mejor calidad de vida.</p> <p>Las enfermedades crónicas más destacadas están relacionadas con determinantes de la salud comunes, sobre los que se puede actuar mediante medidas de promoción de la salud y actividades preventivas. Algunos de estos determinantes son el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, una dieta inadecuada y la inactividad física.</p> <p>Este proyecto visibilizará todas las intervenciones en materia de educación y promoción de la salud que se realizan en los centros sanitarios y promoverá la adaptación de las mismas y la implementación de nuevas intervenciones a la luz de la evidencia científica actual.</p> | | | |
| Objetivos | | | |
| Fortalecer las habilidades individuales y comunitarias con información y educación, para aumentar la capacidad de control sobre su salud. | | | |

| Plan de trabajo 2014/15 | | | | | |
|--|-------|------|--------------|--|---|
| Acciones | Metas | | Plazo límite | | Fuentes de información |
| | 2014 | 2015 | 2014 | 2015 | |
| 1. Elaborar un listado conjunto con todas las recomendaciones de promoción y educación para la salud incluidas en los diferentes PCAIs y realizar un modelo metodológico común para la EPS. | Sí | | Diciembre | | Documento escrito |
| 2. Integrar las actividades de Promoción de la Salud, Educación para la Salud y Actividades Comunitarias en salud en los sistemas de información de Atención Primaria y del hospital | | Sí | | Marzo: Primaria Diciembre: Hospital | OMI AP Selene/Milenium |
| 3. Homogeneizar la cartera de servicios de AP incorporando las actividades de educación grupal en todas las Zonas Básicas de Salud (tabaco, alcohol, personas cuidadoras, diabetes, obesidad y ejercicio físico) | | Sí | | Marzo | Incorporar a la cartera de Servicios de los contratos de gestión de las áreas sanitarias para posteriormente incorporarlo a las ZBs |

Bibliografía y/o documentación de apoyo

Comisión Interinstitucional de Educación y Promoción de la Salud del Principado de Asturias. Educación para la salud, Educación para la vida: Guía para el profesorado y profesionales del ámbito comunitario. Oviedo: Consejería de Educación y Ciencia y Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2006.

Promoción de la salud. Glosario de la OMS. Evidencia de la eficacia de la Promoción de la salud.

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.

Astursalud [sede Web]. Oviedo: Consejería de Sanidad del Principado de Asturias; [acceso, 29 de enero de 2014]. Programas clave de atención interdisciplinar (PCAI). Disponible en: <http://goo.gl/aLm9Qp>

Astursalud [sede Web]. Oviedo: Consejería de Sanidad del Principado de Asturias; [acceso, 29 de enero de 2014]. Materiales Promoción de la salud. Principado de Asturias. Disponible en: <http://goo.gl/6FP13k>

Gobierno de Navarra [sede Web]. Pamplona: Instituto de Salud Pública; 4 de agosto de 2011 [acceso 29 de enero de 2014]. Materiales Estilos de vida. Gobierno de Navarra. Disponible en: <http://goo.gl/YDRcvD>

Gobierno de Navarra [sede Web]. Pamplona: Instituto de Salud Pública; 4 de agosto de 2011 [acceso 29 de enero de 2014]. Materiales Problemas de salud. Gobierno de Navarra. Disponible en: <http://goo.gl/9Yb7XB>

Gobierno de Navarra [sede Web]. Pamplona: Instituto de Salud Pública; 4 de agosto de 2011 [acceso 29 de enero de 2014]. Materiales etapas y crisis de la vida. Gobierno de Navarra. Disponible en: <http://goo.gl/FsGsFD>

Gobierno de Navarra [sede Web]. Pamplona: Instituto de Salud Pública; 4 de agosto de 2011 [acceso 29 de enero de 2014]. Profesionales sociosanitarios. Disponible en: <http://goo.gl/DJbrZo>

Gobierno de Navarra [sede Web]. Pamplona: Instituto de Salud Pública; 25 de Septiembre de 2012 [acceso 29 de enero de 2014]. Equidad y desigualdad en salud. Disponible en: <http://goo.gl/n6UP4z>

Servicio de Salud del Principado de Asturias. Guía de atención a las personas cuidadoras. SESPA.

Gobierno de Navarra. Manual de Educación para la Salud. Gobierno de Navarra; 2006.

INSALUD. Manual Aplicación planes de cuidados en OMI AP. 2001. Disponible en: <http://goo.gl/bqiAUd>

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud [sede Web]. Stacks Consulting e Ingeniería en Software. OMI AP. Módulo historia clínica. Stacks Consulting e Ingeniería en Software; 2006. Disponible en: http://www.ics-aragon.com/cursos/registro-omi/manual_omi_stacks.pdf

Junta de Extremadura: Planes de cuidados en Salud Comunitaria: una guía 2.0 en Extremadura. Mérida: Servicio Extremeño de Salud; 2011.

Junta de Andalucía. Plan de cuidados personas con diabetes tipo 2. Disponible en: <http://goo.gl/vfHhN2>

Egea AF, Romero E. Guía básica de enfermería para personas con diabetes en atención primaria. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, Servicio de Recursos Documentales y Apoyo Institucional; 2009. Disponible en: <http://goo.gl/LBhhPN>

Delgado-Pacheco, J. Plan de cuidados paciente cardiaco. En: Portuondo Maseda MT. Manual de enfermería: prevención y rehabilitación cardiaca. Madrid: Asociación Española de Enfermería en Cardiología; 2009. p.389-410.

Gobierno del Principado de Asturias. I Plan estratégico para la Igualdad entre mujeres y hombres del Principado de Asturias 2013-2014.

Gallardo MA, Grasa I, Beni D, Esteban A. Intervención en tabaquismo desde Atención Primaria de Salud: Guía para profesionales. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias; 2009.

Astursalud [sede Web]. Oviedo: Consejería de Sanidad del Principado de Asturias; 2010 [acceso, 30 de enero de 2014]. Blanco González JM et al? La conquista de la boca sana. Disponible en: <http://goo.gl/Ee8cGY>

Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Programa de educación afectivo-sexual para Asturias. Disponible en: <http://goo.gl/cGNYIt>

Astursalud [sede Web]. Oviedo: Consejería de Sanidad del Principado de Asturias; [acceso, 28 de enero de 2014]. Alimentación saludable y de producción ecológica en los comedores escolares de Asturias. Disponible en: <http://goo.gl/C3zDBQ>

Estrategia NAOS [sede Web]. Madrid: Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición; [acceso, 28 de enero de 2014]. Nutrición y estrategia NAOS. Disponible en: <http://www.naos.aesan.msps.es/>

Proyecto estratégico 18. Continuidad Asistencial de Atención a las Personas con Trastorno Mental Grave/Severo

| Responsable Institucional | Responsable técnico | Dependencia Institucional (Sección/Servicio/Consejería) | Estrategias en las que se incluye |
|--|----------------------|---|---------------------------------------|
| José María Fernández Rodríguez. Dirección de Servicios Sanitarios | Susana García Tardón | Unidad de Coordinación del programa marco de Salud Mental | EAPEC Plan de Salud Mental 2014/20 |
| Descripción del proyecto | | | |
| <p>Dentro del despliegue de las diferentes acciones planificadas se contemplan diferentes líneas de trabajo que se han considerado prioritarias:</p> <p>I. Revisar y completar la implantación del Programa de atención a personas con Trastorno Mental Grave / Severo, en toda la Red de Salud Mental:</p> <ol style="list-style-type: none"> Implantando un modelo organizativo que facilite la atención integral en las Estructuras Intermedias y demás recursos relacionados con la atención a TMG/TMS, que integre en un solo equipo funcional: <ul style="list-style-type: none"> Los distintos recursos existentes en las Áreas. Las diversas modalidades de atención. Asegurando la multiprofesionalidad adecuada a equipos comunitarios compuestos por todos los recursos humanos necesarios para aportar las prestaciones adecuadas a guías clínicas. Asegurando la implantación de responsables de caso y tutorías y continuidad de cuidados del Programa de Atención a TMG/S. Asegurando el acceso a las prestaciones básicas disponibles para todos los ciudadanos que lo requieran, conforme a la evidencia científica disponible. Unificando el funcionamiento y denominación de los diferentes recursos destinados a la asistencia a este tipo de trastornos. <p>II. Procedimiento de Coordinación con AP que defina la actuación compartida en relación con la detección precoz y la continuidad de cuidados en el TMG, impulsando una estrategia de colaboración SM y AP para elaboración e implementación del procedimiento.</p> <ol style="list-style-type: none"> Establecer de forma generalizada un Plan Individualizado de Atención en TMS, Promover la realización sistematizada de planes individualizados de atención resultado de la valoración integral de las necesidades sanitarias, de cuidados, funcionales y sociales de cada individuo que serán las que determinen las intervenciones a llevar a cabo dentro de cada plan individualizado Agenda conjunta de reuniones/sesiones. Protocolos de derivación / Devolución informada. Intervenciones conjuntas. Seguimiento de casos. <p>III. Fomentar la implantación del Programa de terapia intensiva para niños y adolescentes con trastorno mental grave en todas las áreas sanitarias. Asegurando la dotación y la multiprofesionalidad necesaria en los equipos de Atención a estos trastornos</p> <p>IV. Presentación de la evaluación de las necesidades de alojamiento para personas con trastorno mental grave, definiéndolos como recurso de alojamiento, temporal y transitorio, para la recuperación o desarrollo de habilidades y autonomía suficiente que permitan a la persona con TMS/G su mayor nivel de integración social.</p> | | | |
| Objetivos | | | |
| <p>Mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas en Salud mental</p> <p>La provisión de servicios ha de estar orientada a garantizar la atención de las necesidades de pacientes y personas cuidadoras de forma integral, equitativa, continuada, segura y eficiente, haciendo hincapié en la prevención de las complicaciones y en la prevención del deterioro funcional y la dependencia y en la mejora del autocuidado y la calidad de vida de las personas con condiciones crónicas de salud y de las personas de su entorno.</p> | | | |

Plan de trabajo 2014/15

| Acciones | Metas | | Plazo límite | | Fuentes de información |
|---|-------------------------|--|--------------|-----------|--|
| | 2014 | 2015 | 2014 | 2015 | |
| 1. Revisión de la dotación profesional de las áreas sanitarias en relación al programa de trastorno Mental Severo | Revisión plantillas | Reorganización Área IV | Diciembre | Diciembre | Informe de evaluación RRHH SESPA |
| 2. Integración en un solo equipo funcional de los distintos recursos existentes en las Áreas y de las diversas modalidades de atención | | Equipo integrado | | Diciembre | Memorial anual |
| 3. Incorporación de los recursos profesionales con los perfiles adecuados a la atención y con carácter multidisciplinar, incluyendo la reorganización en tutorías y la atención al trastorno mental grave infanto-juvenil | | Implantación de las tutorías de caso | | Diciembre | Memorial anual |
| 4. Elaboración del procedimiento de colaboración con AP | Procedimiento elaborado | | Diciembre | | Procedimiento |
| 5. Elaboración y puesta en común de los documentos de seguimiento con AP | | Si | | Diciembre | Protocolo de Atención |
| 6. Puesta en marcha del grupo de trabajo intersectorial para el abordaje del trastorno mental grave infanto juvenil | Si | | Diciembre | | Procedimiento de coordinación y memorial anual |
| 7. Alargar la asistencia en infanto juvenil hasta el límite de edad de 18 años | Estudio de viabilidad | | Diciembre | | Estudio de viabilidad |
| 8. Presentación de la evaluación realizada sobre las necesidades para la cobertura de alojamiento para personas con trastorno mental severo, con estimación de plazas | Informe | Desarrollote las plazas de 1ª y 2ª fase de supervisión | Diciembre | Diciembre | Informe de evaluación |

Bibliografía y/o documentación de apoyo

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.

Programa de Atención a Personas con Trastorno Mental Severo SESPA 2006.

Propuestas de acciones sociosanitarias. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias; [acceso, 25 de enero de 2014]. Disponible en: <http://goo.gl/h2bxGq>

Proyecto estratégico 19. Desarrollo de tecnologías sanitarias y sistemas de información y comunicación

| Responsable Institucional | Responsable técnico | Dependencia Institucional (Sección/Servicio/Consejería) | Estrategias en las que se incluye |
|---|-----------------------------|---|--|
| Mario Margolles Martins. D. General Ordenación, Planificación e Innovación Sanitaria | José María Alonso Fernández | Servicio de Sistemas. Dirección General de Ordenación, Planificación e Innovación Sanitaria Consejería de Sanidad | Este es un proyecto transversal al desarrollo de las diferentes Estrategias de salud en Asturias |
| Objetivos | | | |
| <p>Objetivo General</p> <p>Mejorar en la calidad del seguimiento y tratamiento a los pacientes crónicos.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Implantar la Historia Clínica Electrónica Integrada en todo el ámbito del Servicio de Salud del Principado de Asturias.</p> <p>Extender en todo el ámbito del Servicio de Salud del Principado de Asturias la Receta Electrónica.</p> <p>Desarrollar de un sistema de información centralizado de Farmacia (REBOTICA).</p> <p>Implantar una comunidad virtual a través de plataforma Web como herramienta de comunicación entre pacientes y profesionales.</p> <p>Difundir los sistemas de información normalizados para el seguimiento de la actividad asistencial (SIAP, ASIS)</p> | | | |

Plan de trabajo 2014/15

| Acciones | Metas | | Plazo límite | | Fuentes de información |
|--|----------|------|------------------------|-----------|------------------------|
| | 2014 | 2015 | 2014 | 2015 | |
| 1. Implantar en todo el ámbito del Servicio de Salud del Principado de Asturias la Historia Clínica Electrónica Integrada. a. Implantación de HCE en HUCA. b. Implantación de estación clínica (Selene) en Cabueñes. | Sí Sí | | Diciembre Diciembre | | Memoria anual |
| 2. Extender en todo el ámbito del Servicio de Salud del Principado de Asturias la Receta Electrónica. a. Extensión de RE en Atención Primaria. b. Extensión de RE en Hospitales. | Sí | Sí | Diciembre | Diciembre | Memoria anual |
| 3. Desarrollo de un sistema de información centralizado de Farmacia (REBOTICA). | Sí | | Abril | | Memoria anual |
| 4. Implantar una comunidad virtual a través de plataforma Web como herramienta de comunicación entre pacientes y profesionales. | Sí | | Diciembre | | Memoria anual |

Proyecto estratégico 20. Calidad y Seguridad en la asistencia sanitaria

| Responsable Institucional | Responsable técnico | Dependencia Institucional (Sección/Servicio/Consejería) | Estrategias en las que se incluye |
|---|---|--|---|
| Julio Bruno Bárcena. D. G. Salud Pública M ^a Begoña de Poo Meré. Subdirección de Org. de Servicios Sanitarios | Manuel Valledor Méndez Carlos Díaz Vázquez | Servicio de Evaluación de la Salud, Calidad y Programas. Dirección General de Salud Pública Consejería de Sanidad Servicio de Calidad y Gestión Clínica. SESPA | EAPEC Estrategia de Seguridad del Paciente |
| Descripción del proyecto | | | |
| <p>La calidad y seguridad en la asistencia sanitaria en el Principado de Asturias viene desarrollándose desde 1997. Inicialmente con acciones promovidas desde el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) y tras el traspaso de sus funciones y servicios, desde la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. En 2003 se publican las “Estrategias de Calidad para la Administración Sanitaria en el Principado de Asturias 2003-2007” y en 2013 se elabora el “Plan Asistencial de calidad y Seguridad del Paciente 2013-2015” que gira alrededor de tres ejes fundamentales:</p> <p>Desarrollo organizativo: Acciones dirigidas a fomentar la cultura de seguridad en los centros de atención sanitaria, a promover el desarrollo de guías y recomendaciones que sirvan de referencia tanto para pacientes como profesionales, y a la implementación de sistemas de gestión de la calidad que permitan certificaciones o acreditaciones externas.</p> <p>Seguridad del paciente: Entendida como una dimensión transversal de la calidad que afecta a todas las demás y conduce a una asistencia sanitaria segura. Incide en los tipos de efectos adversos que se mostraron más prevalentes y con mayor impacto como son los relacionados con la infección nosocomial, el uso seguro de los medicamentos o la realización de un procedimiento.</p> <p>Atención centrada en el paciente: Entendemos que el elemento clave de una asistencia sanitaria es que esté centrada en el paciente, lo que requiere que el sistema sanitario esté diseñado y dirigido a atender las preferencias y necesidades del paciente. Esto redundará en una asistencia más oportuna y consigue mejores resultados en calidad de vida y también en la utilización de recursos. Se abordan aspectos como la autonomía del paciente, la gestión de reclamaciones e información.</p> <p>Este proyecto va dirigido a mantener y mejorar la calidad y seguridad del paciente con especial atención al paciente crónico y orientado a ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.</p> | | | |
| Objetivos | | | |
| <p>Objetivo general: Garantizar una atención sanitaria segura y de calidad en el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) sobre la base del Plan /Estrategia de Calidad y Seguridad del Paciente de la Consejería de Sanidad.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Operativizar en las Áreas Sanitarias el Plan / Estrategia de Calidad y Seguridad del Paciente de la Consejería de Sanidad, promoviendo el uso de herramientas comunes, viables, evaluables y orientadas a la mejora, favoreciendo el uso de sistemas integrales de gestión de la calidad y de la seguridad del paciente. - Orientar la gestión de la calidad y de la seguridad del paciente hacia un enfoque preventivo, que dé una respuesta adecuada, efectiva y eficiente ante las situaciones de riesgo y de no calidad; y que fomente la notificación de incidentes y eventos adversos. - Optimizar las acciones, estructura organizativa y herramientas de la calidad y de la seguridad para una atención sanitaria en clave de proceso asistencial, con especial atención a los pacientes vulnerables y a la cronicidad. <p>Promocionar la investigación en calidad y seguridad del paciente.</p> | | | |

| Plan de trabajo 2014/15 | | | | | |
|--|-------|----------------------|--------------|-----------|---|
| Acciones | Metas | | Plazo límite | | Fuentes de información |
| | 2014 | 2015 | 2014 | 2015 | |
| 1. Revisar / Actualizar el Plan Asistencial de Calidad y Seguridad del Paciente 2013-2015. | Sí | | Diciembre | | Informe de evaluación |
| 2. Definir el/los Sistema/s de Gestión de la Calidad (SGC) a implantar en el ámbito del Área Sanitaria y que mejor se ajuste/n a los siguientes tres perfiles: hospital, salud mental, centro de salud. Estos SGC deben estar orientados hacia: los derechos del paciente, la evaluación del paciente, la continuidad asistencial, la reducción de la variabilidad clínica, la atención al paciente vulnerable, la educación para la salud, los cuidadores, la mejora de la organización y el liderazgo y la mejora del entorno de la asistencia e infraestructura | Sí | | Diciembre | | Informe de evaluación |
| 3. Aplicar el SGC (implantar y evaluar iniciando ciclos de mejora) en hospitales (H), áreas de salud mental (ASM) y centros de salud (CS). | | 3 H 8ASM 12 CS | | Diciembre | Informe de evaluación |
| 4. Desarrollar un Sistema de Gestión de la Seguridad del Paciente (SGSP) con Alcance en el Área Sanitaria y orientado hacia: la mejora de la cultura de seguridad, la creación de un entorno seguro, la realización de prácticas seguras, la eliminación de prácticas no deseadas, la gestión segura de la información, la gestión de riesgos, un liderazgo orientado a la seguridad y el fomento de la participación de los usuarios en su seguridad. | Sí | | Diciembre | | Informe de evaluación |
| 5. Aplicar el SGSP (implantar y evaluar, iniciando ciclos de mejora) en las Áreas Sanitarias. | | 100% | | Diciembre | Informe de evaluación |
| 6. Implantar las recomendaciones basadas en la evidencia, genéricamente denominadas "no hacer", impulsadas por distintas sociedades científicas nacionales en los procesos asistenciales más prevalentes (Proyecto "Compromiso por la calidad de las Sociedades Científicas"). | | 50% | | Diciembre | Informe de evaluación |
| 7. Creación y desarrollo de equipos de gestión de riesgos en las 8 áreas sanitarias. | | 100% | | Junio | Acta de creación de los equipos funcionales |
| 8. Implantar las metas internacionales de seguridad del paciente en atención primaria | 50% | 70% | Diciembre | Diciembre | Informe de evaluación |
| 9. Implantar las metas internacionales de seguridad del paciente en atención hospitalaria. | | 50% | | Diciembre | Informe de evaluación |
| 10. Implementar un sistema de notificación de incidentes relacionados con la atención sanitaria en todas las áreas sanitarias (SiNASP). | Sí | | Diciembre | | Aplicación SiNAPS |
| 11. Desarrollar iniciativas con intervenciones específicas dirigidas a evitar los errores más frecuentes con los medicamentos de alto riesgo. | | Sí | | Diciembre | Informe de evaluación |
| 12. Desarrollar acciones para la conciliación de la medicación y aplicaciones informáticas de ayuda. | Sí | | Diciembre | | PaSQ |

| | | | | | |
|---|----|-----|-----------|-----------|--|
| 13. Desarrollar programas de información y formación a los pacientes sobre el uso seguro de los medicamentos. | | Sí | | Diciembre | Informe de evaluación |
| 14. Autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos según el ISPM. | | Sí | | Diciembre | Informe de evaluación |
| 15. Mantener y mejorar la notificación de errores e incidentes por medicamentos que ocurren en el SNS, a través de los sistemas de notificación existentes incluyendo análisis y evaluación de la información generada y recomendaciones oportunas. | | Sí | | Diciembre | Farmacovigilancia |
| 16. Fomentar acciones y participar en los proyectos existentes para la prevención de la infección relacionada con la asistencia sanitaria (IRAS) y la transmisión de microorganismos multirresistentes, tanto en atención primaria como en hospitalización. | Sí | Sí | Diciembre | Diciembre | Base de datos ENVIN-HELICS / BZ /NZ/RZ |
| 17. Desarrollar planes de cuidados personalizados que incluyan al menos: prevención de caídas, prevención de úlceras por presión, seguridad en las inmobilizaciones terapéuticas, prevención de la malnutrición y deshidratación, prevención de la broncoaspiración, identificación y asistencia al paciente frágil, abordaje integral del dolor, prevención del riesgo de suicidio, prevención de fugas, raptos y abandonos en el ámbito hospitalario, prevención de trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar, prevención de las hemorragias. | | 50% | | Diciembre | SELENE |
| 18. Desarrollar acciones en los centros sanitarios para la implantación, uso adecuado y evaluación del LVQ. | | Sí | | Diciembre | PaSQ/Informe de evaluación |
| 19. Desarrollar un programa de acción para mejorar la implementación de las recomendaciones de Helsinki en anestesia. | | Sí | | Diciembre | Informe de evaluación |
| 20. Desarrollar e implementar acciones para la correcta identificación del paciente (al menos dos identificadores, apellidos y nombre, fecha de nacimiento, número de historia clínica, número de tarjeta sanitaria. Ninguno de ellos deberá ser el número de cama), que además tenga en cuenta situaciones especiales como: a. Paciente correcto, procedimiento correcto y lugar correcto. b. Recomendaciones para identificar pacientes no identificables, diferenciar aquellos con el mismo nombre y evitar que la selección incorrecta de un paciente en la historia clínica informática se perpetúe. c. Identificar de forma inequívoca muestras biológicas y documentos. d. Identificación inequívoca del RN. | | Sí | | Diciembre | Informe de evaluación |
| 21. Desarrollar acciones para la implementación de técnicas de comunicación estructurada (ISOBAR, ETC). | | Sí | | Diciembre | Informe de evaluación |
| 22. Desarrollar acciones específicas que aseguren que los pacientes y familiares reciben información clara y explícita sobre su proceso asistencial, sus derechos y obligaciones y los riesgos que conlleva su asistencia. | | Sí | | Diciembre | Informe de evaluación |

| | | | | | |
|--|----|----|-----------|-----------|-----------------------|
| 23. Facilitar formatos de expresión de la voluntad del paciente en cuanto a la toma de decisiones compartidas sobre el manejo de su problema de salud con el profesional sanitario que le atiende. | | Sí | | Diciembre | Informe de evaluación |
| 24. Estimular la participación de los pacientes y de la familia en actividades relacionadas con la seguridad de pacientes. | | Sí | | Diciembre | Informe de evaluación |
| 25. Fomentar la formación de los profesionales sanitarios en SP. | Sí | Sí | Diciembre | Diciembre | Formación SESPA/ IAAP |
| 26. Identificar soluciones efectivas, coste-efectivas, factibles y sostenibles para lograr una atención más segura y evitar incidentes con daño para los pacientes y difundirlas a través de sesiones, jornadas y actualización periódica de la Web. | | Sí | | Diciembre | Memoria anual DGSP |

Bibliografía y/o documentación de apoyo

Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. Plan Asistencial de Calidad y Seguridad del Paciente 2013-2015.

Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias. Estrategias de Calidad para la Administración Sanitaria Principado de Asturias 2003-2007 [Internet]. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias; 2003 [citado 29 de junio de 2014]. Disponible en: <http://goo.gl/YqIXQv>

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [sede Web]. Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 29 de junio de 2014] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_ssc.htm

Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal SM, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2012. *Crit Care Med*. Febrero de 2013;41(2):580-637.

Australian Council on Healthcare Standards (ACHS). Clinical indicator users' manual 2012. Australian Council on Healthcare Standards (ACHS); 2012.

Esteve N, del Rosario E, Giménez I, Montero F, Baena M, Ferrer A. Analgesia postoperatoria en cirugía mayor: ¿Es hora de cambiar nuestros protocolos? *Rev. Soc. Esp. Dolor*. Mayo de 2009;16(4):239-245.

Valente R, Testi A, Tanfani E, Fato M, Porro I, Santo M, et al. A model to prioritize access to elective surgery on the basis of clinical urgency and waiting time [Internet]. *BMC Health Services Research*. Enero de 2009 [citado 29 de junio de 2014];9(1):1. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/1>.

Palomar M, Rodríguez P, Nieto M, Sancho S. Prevención de la infección nosocomial en pacientes críticos. *Med Intensiva*. 2010;34(8):523-533. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Documento técnico de vigilancia y control de la infección nosocomial. Grupo de Estudio de Infección Hospitalaria de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Septiembre de 1999.

Grupo de Estudio de Infección Hospitalaria de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Documento de consenso sobre recomendaciones y recursos necesarios para un programa de control de la infección nosocomial en los hospitales españoles. Junio de 1999.

Programas "Bacteriemia Zero" y "Neumonía Zero". Ministerio de Sanidad. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias y Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias.

Organización Mundial de la Salud [sede Web]. La Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente. Estrategias de la OMS en Seguridad del Paciente. Organización Mundial de la Salud [acceso 9 de agosto de 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety>

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices [Internet]. 2013 [acceso 9 de agosto de 2013]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetyuptp.html>

World Health Organization [sede Web]. Patient safety. Safe Surgery Saves Lives. The Second Global Patient Safety Challenge. World Health Organization [acceso 9 de agosto de 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/index.htm>

Bibliografía y/o documentación de apoyo

Kwan JL, Lo L, Sampson M, Shojania KG. Medication Reconciliation During Transitions of Care as a Patient Safety Strategy. A Systematic Review [Internet]. *Ann Intern Med*. 2013 [acceso 9 de agosto de 2013]; 158(5_Part_2):397-403. Disponible en: <http://annals.org/article.aspx?articleid=1656444>.

Institute for Safe Medication Practices Canada (ISMP Canada) [sede Web]. Medication Reconciliation in Acute Care Getting Started Kit. Version 3.0. 2011 [acceso 9 de agosto de 2013]. Disponible en: <http://www.ismp-canada.org/medrec/>

Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo [citado el 9 de agosto de 2013]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf.

Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Informe Febrero 2006 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [citado 9 de agosto de 2013]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf.

Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [citado el 9 de agosto de 2013]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2008/APEAS.pdf>.

Morís, J. Estudio de los Efectos Adversos en la atención hospitalaria en el Principado de Asturias. Estudio EAPAS [Internet]. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2007 [citado 9 de agosto de 2013]. http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad%20y%20Sistemas/AS_Calidad/SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE/Estudio%20Efectos%20Adversos%20Principado%20de%20Asturias.pdf.

De Feijter JM, de Grave WS, Muijtjens AM, Scherpbier AJJA, Koopmans RP. A Comprehensive Overview of Medical Error in Hospitals Using Incident-Reporting Systems, Patient Complaints and Chart Review of Inpatient Deaths. *PLoS One* [Internet]. 2012 [citado 13 de agosto de 2013]; 7(2). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3281055/pdf/pone.0031125.pdf>

Joint Commission International. Accreditation Standards for Primary Care Centers, first edition [Internet]. Effective. July 2008 [citado 13 de agosto de 2013]. Disponible en: <http://es.jointcommissioninternational.org/enes/Primary-Care/>

Resolución de 23 de febrero de 2011, de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, por la que se regula el funcionamiento de la Comisión Asesora de Bioética del Principado de Asturias (Boletín Oficial del Principado de Asturias, núm. 63, 17 de marzo de 2011. Disponible en: <https://www.asturias.es/bopa/2011/03/17/2011-04743.pdf>

Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Boletín Oficial del Estado, núm. 274, 15 de Noviembre de 2002). Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-22188>.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (Boletín Oficial del Estado, núm. 128, 29 de mayo de 2003). Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-10715>.

Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (Boletín Oficial del Estado, núm. 178, 27 de julio de 2006). Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-13554>.

Curtis AJ, Russell COH, Stoelwinder JU, McNeil JJ. Waiting lists and elective surgery: ordering the queue. *Med J Aust* [Internet]. 2010 [citado 13 de agosto de 2013]; 192(4): 217-220. Disponible en: <https://www.mja.com.au/journal/2010/192/4/waiting-lists-and-elective-surgery-ordering-queue>.

Pham JC, Girard T, Pronovost PJ. What to do With Healthcare Incident Reporting Systems. *Journal of Public Health Research*. 2013; volume 2(3):e27.

Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AS, Dellinger EP, et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *N Engl J Med*. 2009;360:491-9.

Neily J, Mills PD, Young-Xu Y, Carney BT, West P, Berger DH, et al. Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality. *JAMA*, Octubre de 2010;304(15):1693-700.

Servicio de Salud del Principado de Asturias. Sistema de información Normalizado para los Objetivos de calidad (SINOC). Servicio de Salud del Principado de Asturias, 2009-2013. ; [acceso, 1 de Julio de 2014]. Disponible en: <http://www.gestionclinica.info/sinoc.php>

Proyecto estratégico 21. Comunidad virtual de aprendizaje sobre cronicidad y buenas prácticas

| Responsable Institucional | Responsable técnico | Dependencia Institucional (Sección/Servicio/Consejería) | Estrategias en las que se incluye |
|---|----------------------|---|-----------------------------------|
| Julio Bruno Bárcena D. G. Salud Pública | Óscar Suárez Álvarez | Servicio de Evaluación de la Salud, Calidad y Programas. Dirección General de Salud Pública Consejería de Sanidad | EAPEC |
| Descripción del proyecto | | | |
| <p>Las comunidades virtuales de aprendizaje (CVA) son herramientas que plantean la construcción de conocimiento desde una perspectiva horizontal y colaborativa con ayuda del soporte de las tecnologías de la información y comunicación (TIC).</p> <p>El desarrollo de las CVA trata de promover acciones de reflexión conjuntas sobre diferentes temas de interés, así como el intercambio de información y la construcción de conocimiento a través del desarrollo de estructuras más participativas y menos verticales.</p> <p>Actualmente la Consejería de Sanidad cuenta con una herramienta de trabajo en fase de pilotaje a la que se podrá acceder a través de Astursalud y que pretende fomentar la creación de diferentes comunidades virtuales.</p> <p>Dentro de este espacio virtual se creará una comunidad dedicada a recopilar y difundir información en relación al abordaje de las enfermedades crónicas desde una perspectiva de buenas prácticas dentro de los diferentes dispositivos sanitarios y no sanitarios.</p> <p>Para llevar a cabo la identificación de aquellas acciones que sean consideradas como buenas prácticas se abordará desde el grupo de coordinación de la EAPEC la adaptación de un instrumento de trabajo a partir de la metodología desarrollada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) dentro del proyecto de Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud.</p> | | | |
| Objetivos | | | |
| <p>Promover el desarrollo de estructuras horizontales de intercambio de información en relación al manejo de enfermedades crónicas</p> <p>Adaptar un herramienta a partir de la propuesta de trabajo planteada desde el MSSSI para la identificación de buenas prácticas</p> <p>Identificar buenas prácticas en relación a las diferentes actuaciones que se están llevando dentro de nuestro territorio en el abordaje de la cronicidad</p> <p>Generar conocimiento entre profesionales y usuarios a través del intercambio de información sobre buenas prácticas en relación al manejo de enfermedades crónicas.</p> | | | |

Plan de trabajo 2014/15

| Acciones | Metas | | Plazo límite | | Fuentes de información |
|--|-------|------|--------------|-----------|---------------------------------|
| | 2014 | 2015 | 2014 | 2015 | |
| 1. Creación y pilotaje de una Comunidad Virtual de Aprendizaje dentro de la EAPEC | Sí | | Diciembre | | AsturSalud |
| 2. Desarrollo de una herramienta de evaluación para la identificación de actuaciones consideradas como Buenas Prácticas. | | Sí | | Febrero | Herramienta adaptada y validada |
| 3. Dinamización y difusión de la Comunidad Virtual entre profesionales sanitarios y no sanitarios. | | Sí | | Diciembre | Memoria anual |
| 4. Evaluación del impacto obtenido a través de la Comunidad Virtual: participación de la población diana y buenas prácticas identificadas. | | Sí | | Diciembre | Memoria anual |

Bibliografía y/o documentación de apoyo

Gairín Sallán, J. Las comunidades virtuales de aprendizaje. *Educar*. 2006; 37:41-64.

Alfageme, M. B. El trabajo colaborativo en situaciones no presenciales. *Revista de Medios y Educación*. 2005; 26 (julio): 5-16.

Subdirección General de Calidad y Cohesión. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. . [Internet]. Madrid; 2012 [acceso 9 de Agosto de 2014]. Disponible en: <http://goo.gl/cPZt05>

opimec.org, Observatorio de Prácticas Innovadoras en le Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas [sede Web]. Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía: opimec.org; [acceso 8 de Agosto de 2014]. Disponible en: <http://www.opimec.org/>

4.5 Coherencia de la Estrategia

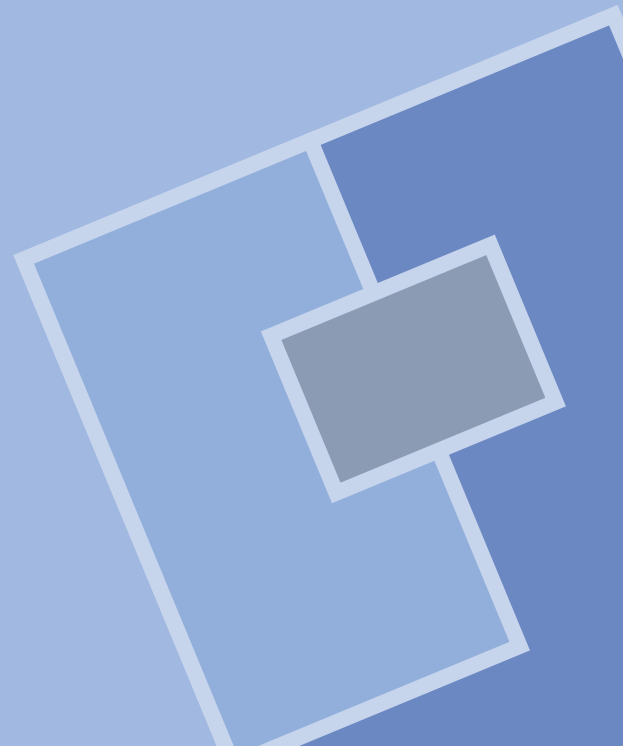
La Estrategia plantea mantener una coherencia entre los marcos teóricos referenciados, las actuaciones entre los sectores de la población y el equilibrio entre las actuaciones promotoras de la salud - en verde en las figuras- y aquellas centradas expresamente en población con enfermedad crónica - en naranja.

Figura 23. Visualización de las líneas políticas de actuación.



Fuente: elaboración propia

**5.
Despliegue de Personas Sanas, Poblaciones
Sanas. Despliegue de la Estrategia de Atención
a la Población con Enfermedad Crónica en
Asturias**



5. Despliegue de Personas Sanas, Poblaciones Sanas. Despliegue de la Estrategia de Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias

Uno de los elementos claves que garantizarán el éxito de las Estrategias de Salud y específicamente de la Estrategia de Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias es su correcto despliegue en el territorio y su impacto real sobre los dos objetivos generales presentados: mejorar la salud de la población asturiana y sus determinantes y ser una nueva forma de organizar la prestación de la atención sanitaria.

Ya se ha señalado a lo largo del documento y en el apartado sobre el contexto histórico, que en Asturias partimos de un proceso de trabajo de varios años. Esta trayectoria está llena de aprendizajes y oportunidades siendo el momento actual, por el contexto de análisis señalado, un momento decisivo para la ordenación de actuaciones en escenarios locales.

Dentro de los marcos teóricos señalados como guía en Personas Sanas, Poblaciones Sanas está el Modelo ampliado de Cuidados Crónicos de la OMS y el modelo de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) de la OPS. La conexión de ambos modelos proporciona herramientas interesantes para esta implementación. En particular, para el despliegue de la Estrategia, existe una serie de elementos clave como son:

- Sistemas de gobernanza únicos para toda la red.
- Participación social amplia.
- Participación profesional
- Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.
- Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.
- Sistemas de información.
- Gestión basada en resultados y mejora continua de calidad.

De forma concreta y siguiendo la trayectoria de experiencias de otros lugares - Escocia, Irlanda del Norte, Dinamarca, País Vasco - de recomendaciones de agencias internacionales para el trabajo intersectorial con una perspectiva de salud pública (King's Fund, 2014) y partiendo de las diferentes estructuras disponibles en Asturias a nivel macro, meso y micro, se plantea la conceptualización del despliegue local a través de sistemas locales integrados de salud que denominaremos Sistemas de Gobernanza Local de Salud.

¿Por qué trabajar con Sistemas de Gobernanza Local de Salud?

Los presupuestos para trabajar con esta orientación son los siguientes:

1. Perspectiva poblacional. Como ya se señala en la primera de las líneas políticas es necesario orientar las actuaciones en un espacio definido de tiempo y espacio.
2. Planificación integrada. Es necesario concretar en dicho espacio local las conexiones entre todos los agentes sanitarios, sociales o comunitarios relevantes para la salud poblacional y definir, junto con todos ellos, objetivos de salud comunes. Se conseguirá de esta forma la alianza entre sistema sanitario, salud pública y salud comunitaria en el territorio.
3. Intervenciones integradas. Aportar a la población cuidados planificados, definiendo de forma conjunta sus rutas asistenciales, incluyendo la atención social en estos procesos.
4. Evaluaciones integradas. Las evaluaciones han de servir para definir objetivos relevantes de salud y para mejorar las intervenciones que se desarrollen.

¿Con qué herramientas se desarrollarán los Sistemas de Gobernanza Local de Salud?

Las herramientas con las que se cuenta o que se desarrollarán para poner en marcha Sistemas de Gobernanza Local en Salud son los siguientes:

1. A nivel de la macrogestión, la elaboración de una nueva Ordenación de los servicios sanitarios en Asturias que sustituya la vigente de 1992. La actualización territorial y funcional de la ley 1/1992 ordenará un nuevo espacio territorial sanitario más lógico y eficiente para prestar atención sanitaria a la población asturiana. El impacto de esta ordenación se ha de apreciar en términos de mejora de la eficiencia en dos grandes capítulos: la adecuación poblacional de las áreas sanitarias y el desarrollo del trabajo en red de los hospitales de distinto nivel.

Para dar continuidad al desarrollo de las Estrategias de Salud y de la Estrategia de Atención a Población con Enfermedad Crónica en Asturias, operativizando los niveles de planificación, ejecución y evaluación entre los servicios centrales de las Consejería de Sanidad y el SESPA se establecerá una estructura de seguimiento sobre la base de la configuración de la estructura del Grupo de coordinación .

2. A nivel de la meso-gestión, el Decreto 14/2014, de 28 de enero, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio de Salud del Principado de Asturias y con el papel relevante de dos Direcciones que funcionan a nivel de área sanitaria: la Dirección de Atención Sanitaria y Salud Pública como órgano responsable de la planificación, dirección y control de las actividades asistenciales y de salud pública, constituyendo su función la coordinación entre los recursos asistenciales del área sanitaria y los asignados a Salud Pública y la Dirección de Gestión de Cuidados y Enfermería con sus funciones en la organización del personal de enfermería del Área Sanitaria, el impulso y coordinación de la implantación de la estrategia de cuidados en el Área Sanitaria, la planificación, organización, seguimiento y evaluación de las actividades en materia de cuidados de enfermería y el diseño e implantación de actuaciones en materia de continuidad de la atención.

La estructura organizativa de Gerencia y direcciones de Área posibilita así un enfoque netamente poblacional, pues las funciones de estas estructuras directivas van dirigidas a la planificación, organización, gestión y evaluación de los programas en los que participa la población, y del conjunto de dispositivos y niveles de atención.

3. A nivel micro, el desarrollo del Decreto 66/2009, de 14 de julio, por el que se regula la estructura y funcionamiento de las áreas y unidades de gestión clínica del Servicio de Salud del Principado de Asturias , permite el desarrollo de iniciativas de gestión a través de las Áreas de Gestión Clínica y su relación otras estructuras sociosanitarias implantadas en el territorio.
4. El documento marco “Propuestas para la Participación Ciudadana en Salud en Asturias” elaborado desde la Dirección General de Salud Pública y Participación en febrero del 2011, y actualizado desde la Estrategia de Promoción de la Salud, recoge las principales recomendaciones y actividades para impulsar la participación social en salud en el ámbito local . Las disposiciones existentes para impulsar la participación social, en el ámbito regional con la composición y funcionamiento del Consejo de Salud que se regula en la Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias como en el ámbito local los Consejos de Salud de zona a través del Decreto 2/2006, de 12 de enero , tienen continuidad a través de las asociaciones de la red “ Asturias Actúa en Salud” y de los servicios de promoción de la salud en los municipios.

¿Qué funciones tendrá el Sistema de Gobernanza Local de Salud (SGLS)?

Se define como Sistemas de Gobernanza Local de Salud (SGLS) a aquellos sistemas Integrados de Salud que se establecen a nivel de Área, o en su caso a nivel local (microsistemas) como la acción coordinada de un conjunto de organizaciones sanitarias (atención primaria, salud pública, atención hospitalaria, atención a subagudos y salud mental) y otros agentes (ayuntamientos, agentes socio-sanitarios, sector asociativo, asociaciones que trabajan en salud comunitaria, agentes locales de salud laboral) de una determinada zona geográfica que operan en el continuo de la promoción de la salud, la prevención y la asistencia sobre su población de referencia compartiendo responsabilidad sobre los determinantes y resultados en salud de dicha población, buscando eficiencias y evitando las desigualdades.

Por tanto los SGLS serían unidades básicas intersectoriales integradas tanto por estructuras del Servicio de Salud como por otros sectores no pertenecientes al Sistema de Salud pero que tienen igual competencia y responsabilidad sobre la salud de la población de referencia.

El proceso de elaboración y publicación de la nueva Ordenación y Atención Sanitaria servirá para definir las nuevas Áreas Sanitarias de Asturias y también los Sistemas de Gobernanza Local de Salud desde donde establecer este trabajo intersectorial en salud en el ámbito local. A modo de ejemplo el País Vasco ha definido 11 Sistemas Locales Integrados de Salud.

Las funciones de dichos SGLS estarían orientadas a ejecutar en el ámbito local muchos de los proyectos que se han definido en esta Estrategia:

1. Determinar entre todas las organizaciones que componen el microsistema los objetivos comunes en determinantes y resultados de salud que marca el documento Personas Sanas, Poblaciones Sanas y definirlos a nivel local. Estos objetivos serán definidos de forma periódica por la Comisión de Seguimiento de la Estrategia y visibilizados a nivel del territorio a través de la herramienta del Contrato Programa.
2. Establecer un espacio de coordinación entre las diferentes organizaciones sanitarias y no sanitarias del territorio.
3. Asegurar que los sistemas de información para alcanzar los objetivos de salud son comunes y está basado en un sistema de monitorización de indicadores único, coherente, transparente, accesible y sencillo para establecer procesos de evaluación y mejora continua anuales.
4. Garantizar que los microsistemas establecen procesos para la participación de la ciudadanía en salud y la participación de los/las pacientes en su proceso de enfermedad.
5. Establecer localmente rutas asistenciales adaptadas a las peculiaridades del Microsistema donde se incluyan la incorporación de la coordinación sociosanitaria.
6. Garantizar la redistribución de los recursos estructurales, económicos y humanos del microsistema en función de las necesidades.

¿Cómo sería la organización del Sistema de Gobernanza Local de Salud?

La coordinación entre los agentes sanitarios y no sanitarios del territorio es un elemento determinante para el correcto funcionamiento de los Sistemas de Gobernanza Local. Otro elemento clave es que exista una correcta alineación entre los servicios centrales y las estructuras que trabajan a nivel periférico.

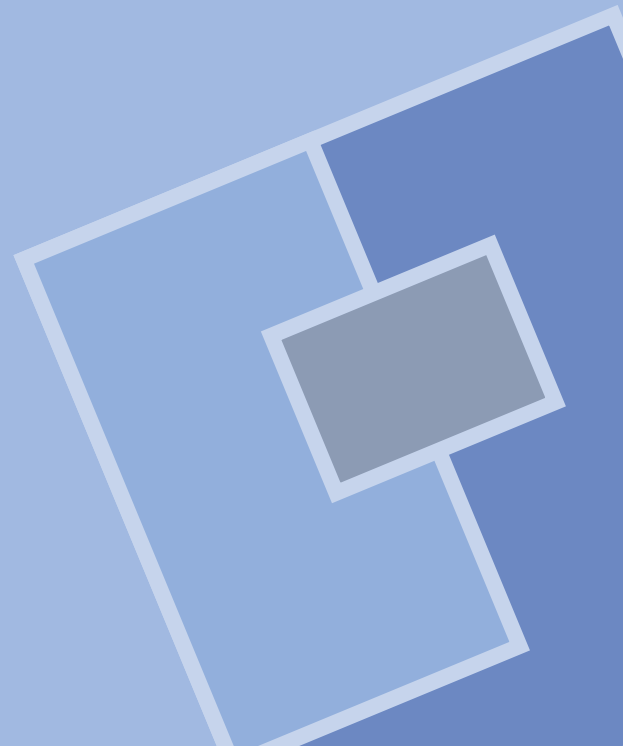
La propuesta inicial de composición del órgano de SGLS sería:

- Dirección de Atención Sanitaria y de Salud Pública.
- Dirección de Gestión de Cuidados y Enfermería.
- Técnico/a de Salud Pública del SGLS.
- Coordinador/a de Salud Mental.
- Directores/as de las Unidades o Áreas de Gestión Clínica. En ausencia de Áreas y Unidades de Gestión Clínica, personas coordinadoras de los Centros de Salud.
- Representación de los Hospitales de Subagudos o de Convalecencia del Microsistema.
- Representación de los ámbitos municipales.
- Representación de la ciudadanía y asociaciones vecinales.
- Representación de pacientes con enfermedad crónica.

Cómo expresa el Artículo 26 del Decreto 14/2014 de 28 de Enero, a la Dirección de Asistencia Sanitaria y de Salud Pública se le adscriben una serie de Servicios y Unidades en el territorio. Las Direcciones de Asistencia nombrarán qué personal técnico de dichas servicios, con competencias y formación en salud pública, será el encargado de dinamizar los Órganos de Gobernanza y dar seguimiento a las funciones de los mismos.

Así mismo, esta persona designada conectará las funciones de los Órganos de Gobernanza con el desarrollo y funciones de otros órganos de participación en salud que se estén desarrollando en el territorio: Consejos de Salud de Área, Consejos de Salud de Zona y otros movimientos ciudadanos que con impacto en salud y con peculiaridad territorial pudieran estar funcionando en la zona y tengan trascendencia para la salud de la población.

6. Implantación, seguimiento y evaluación de la estrategia



6. Implantación, seguimiento y evaluación de la estrategia

6.1 Definición de roles y responsabilidades de cada organismo participante

Un elemento clave para la correcta implantación de la Estrategia será definir los mecanismos de coordinación y seguimiento. Corresponderán estas funciones a la Comisión de Seguimiento de la Estrategia de Atención a Población con Enfermedad Crónica. Para llevar a cabo la estrategia es fundamental una correcta articulación entre las diferentes Direcciones Generales y el Servicio de Salud del Principado de Asturias.

La organización de la Comisión de Seguimiento será la siguiente:

- Estará presidida por la Dirección General de Salud Pública.
- La coordinación de la Comisión corresponde al Jefe/a del Servicio de Evaluación de la Salud, Calidad y Programas.
- Formarán parte de ella dos personas designadas para cada una de las Direcciones Generales y del Servicio de Salud del Principado.
- Las personas responsables de cada uno de los Proyectos Estratégicos que no están incluidos en algunos de los puntos anteriores.

Las funciones de dicha Comisión serán:

- Revisión anual de los Proyectos Estratégicos de acuerdo a los objetivos y actividades marcadas en cada uno de ellos y actualización de las mismas según desarrollo e indicadores de evaluación.
- Elaborar la evaluación anual de la Estrategia y garantizar su difusión entre profesionales y población general.
- Monitorizar el desarrollo de la implantación de los Sistemas Locales de Gobernanza de Salud propuestos como elementos claves para el despliegue de la Estrategia en el ámbito local.
- Ejercer una labor de coordinación entre la estructura política y la técnica para garantizar una correcta implementación de la Estrategia.
- Proponer todas aquellas medidas correctoras o de mejora que se consideren necesarias teniendo en cuenta los puntos anteriores.

6.2. Sistemática de planificación, seguimiento y evaluación de la estrategia

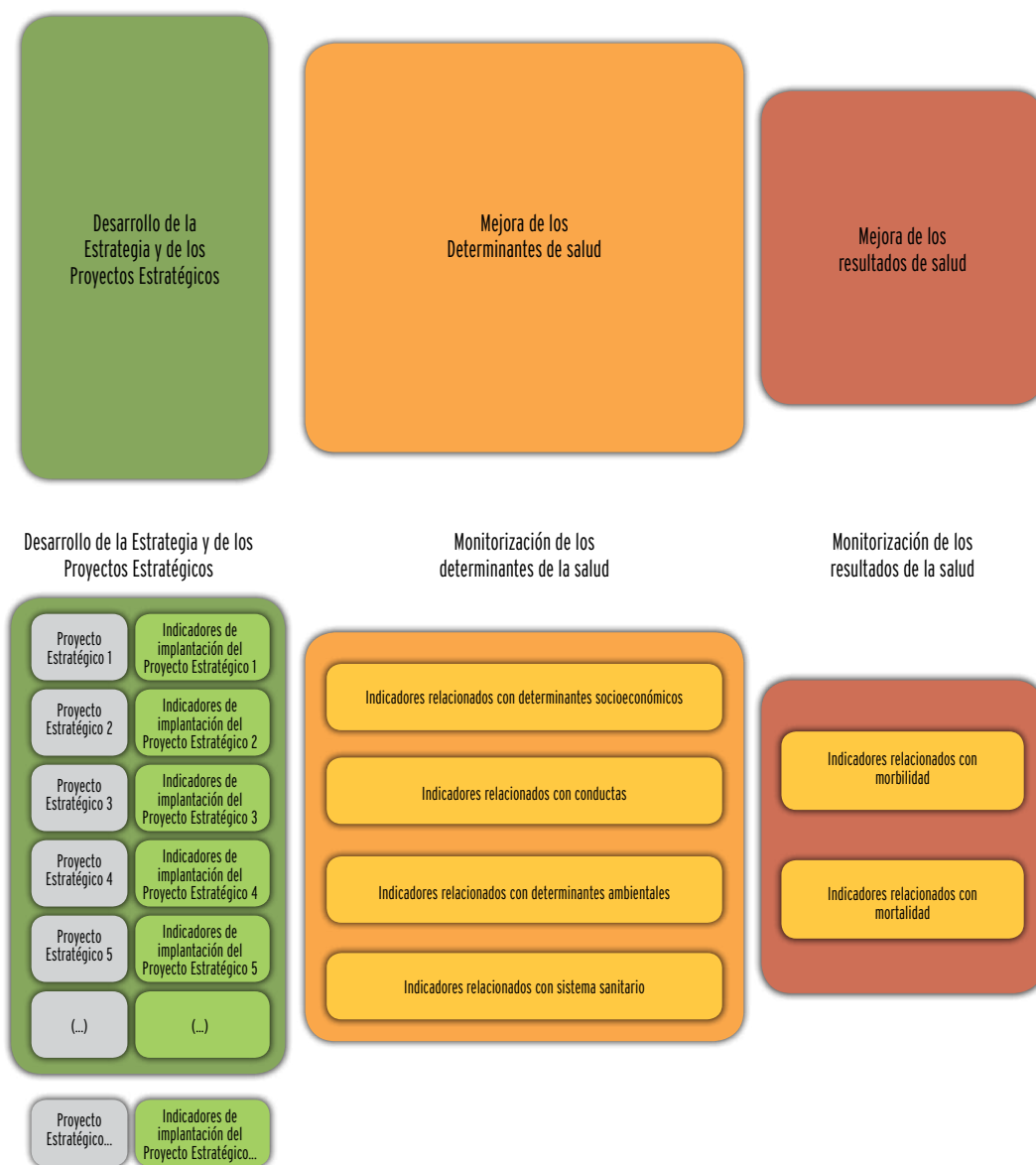
La sistemática de planificación de los proyectos y su seguimiento y evaluación se realizarán anualmente.

Para llevar a cabo la implementación de las diferentes acciones la Estrategia contará con diferentes herramientas de ayuda:

- La Comisión de Seguimiento
- Los Sistemas de Gobernanza Local de Salud, así como de los diferentes órganos de participación social (Consejos de Salud de Área, Zona,...)
- Los acuerdos de gestión, pactos de objetivos o contratos programa suscritos entre las partes implicadas
- Planes de salud municipales y regional

La evaluación del desarrollo de la estrategia tendrá un carácter anual y se llevará a cabo a través del siguiente modelo.

Figuras 24 y 25. Marco evaluativo de la evaluación de la Estrategia de Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias



Como se puede observar en el modelo evaluativo propuesto se plantean dos grandes áreas de evaluación:

1. Evaluación del desarrollo de la Estrategia y de los Proyectos

Los indicadores de este apartado se realizarán teniendo en cuenta los objetivos específicos de cada uno de los Proyectos Estratégicos. La persona responsable de cada Proyecto será la encargada de definir objetivos e indicadores.

La monitorización de esta parte es fundamental para conocer el grado de implementación y despliegue de cada uno de los Proyectos.

2. Monitorización de determinantes y resultados de la salud

En este apartado se seleccionarán una batería de indicadores que se agruparán siguiendo un esquema similar al de otras estrategias actualmente en desarrollo (Salud Oral, Cardiovascular) y que sean significativos para la Estrategia.

La información que proviene de la estrategia se agrupará en dos bloques de información - determinantes y resultados - que a su vez contienen apartados con indicadores específicos para determinantes (medio ambiente, socioeconómico, , estilos de vida, sistema sanitario) y resultados en salud.

Las dimensiones propuestas a evaluar en este apartado serían las siguientes ^{32 33 34}

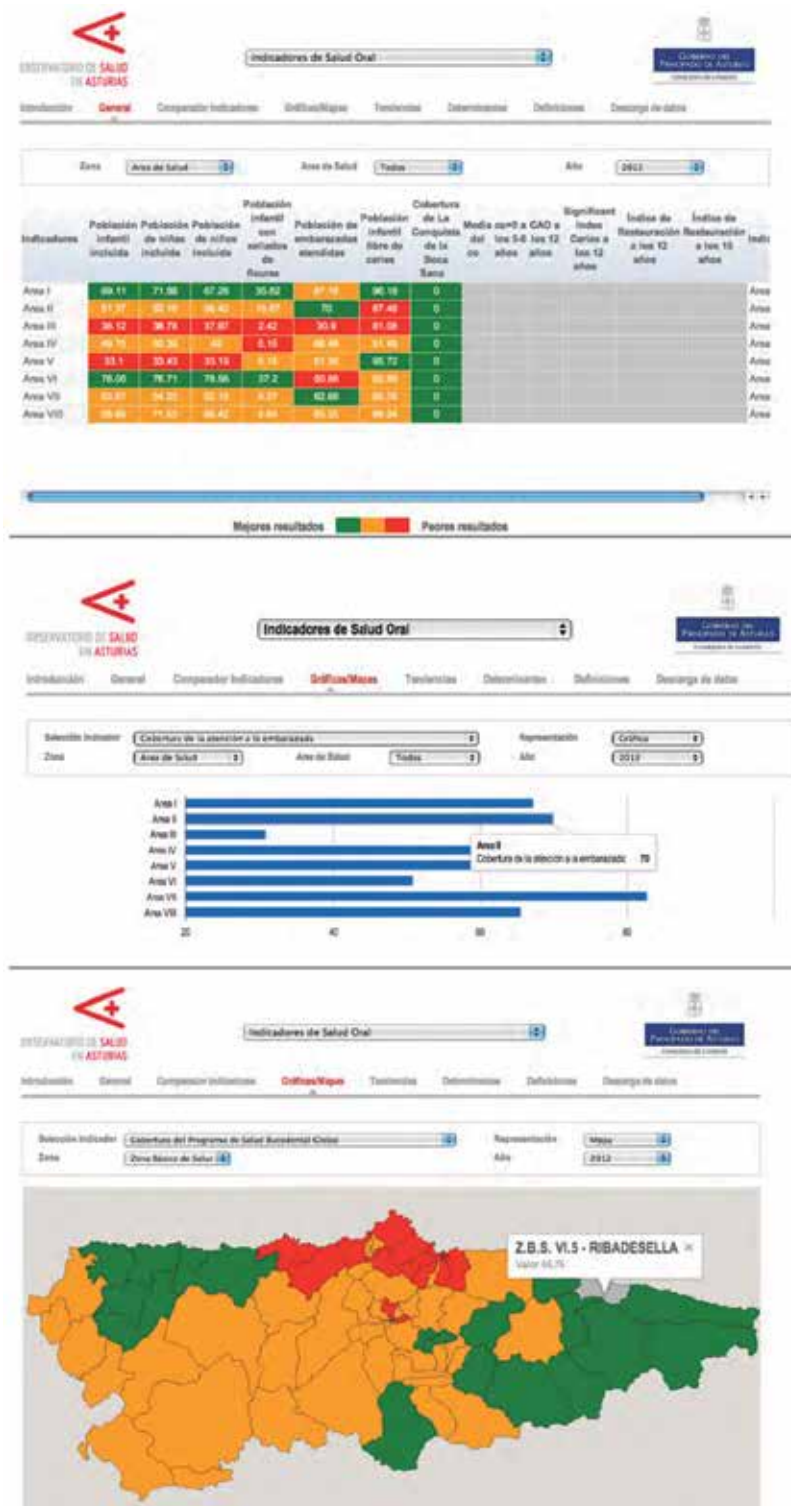
| Indicadores de resultados | |
|---|--|
| Mortalidad | Morbilidad |
| Esperanza de vida al nacer Esperanza de vida en buena salud Mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable | Diabetes tipo 2 Hipertensión Ansiedad/depresión EPOC Cáncer potencialmente prevenible Calidad de vida relacionada con la salud Necesidad de ayuda para las actividades de la vida diaria |
| Indicadores de determinantes | |
| Determinantes socioeconómicos | Determinantes relacionados con sistema sanitario |
| Nivel de estudios bajos Desempleo Personas en clase social IV y V Salario Social Básico Personas adultas sin soporte social Familias monoparentales Exclusión social | Reingresos de pacientes hospitalizados Pacientes crónicos polimedicados Días de hospitalización acumulados al año por paciente Frecuentación de urgencias por pacientes crónicos Pacientes crónicos con fármacos de eficacia probada Frecuentación de atención primaria por pacientes crónicos Estancia media de atención hospitalaria de pacientes crónicos |
| Determinantes de conductas y estilos de vida | Determinantes relacionados con medio ambiente |
| Sobrepeso y obesidad infantil Sobrepeso y obesidad en adultos Consumo de tabaco Bajo peso al nacer Alimentación inadecuada Lactancia Consumo de riesgo de alcohol Sedentarismo | Calidad ambiental residencial mala Nivel de contaminación del aire |

6.3 Visualización de resultados

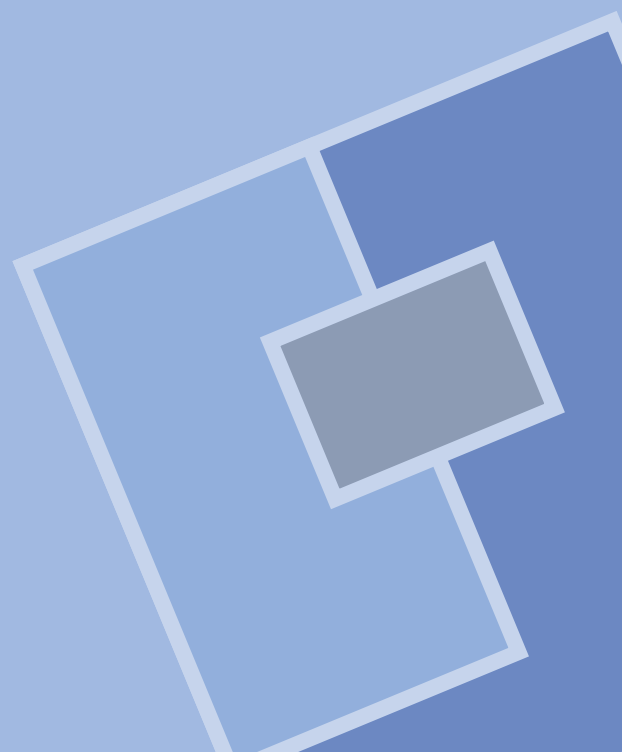
Toda la información relativa a la planificación, seguimiento y evaluación de la estrategia se podrá visualizar a través de la Web del Observatorio de Salud para Asturias (OBSA).

La evaluación de los indicadores de seguimiento de los Proyectos Estratégicos se presentará como un informe anual de evaluación mientras que la monitorización de los indicadores de determinantes y resultados se presentarán con un informe dinámico que podrá ser consultado con indicadores de comparación para el total de Asturias, el Área sanitaria y Municipio.

Figura 26. Ejemplos de visualización de indicadores de la estrategia.



7. Consultas



7. Consultas / aportaciones

Para facilitar la actuación y mejora de este documento, se pueden enviar comentarios, aportaciones y/o consultas, a la siguiente dirección:

Servicio de Evaluación de la Salud y Programas

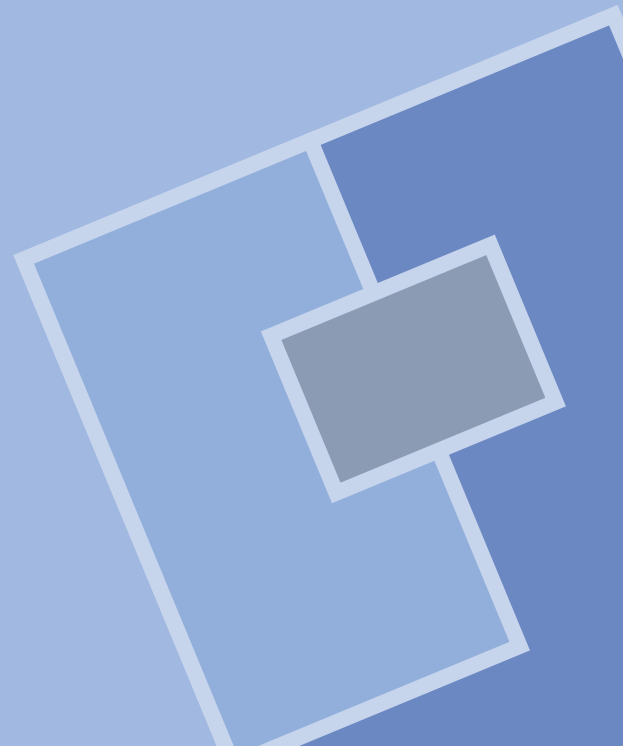
Dirección General de Salud Pública

Consejería de Sanidad. Gobierno del Principado de Asturias

Tel: 985.10.64.31 (ext.16431)

Salud.poblacional@asturias.org

8. Bibliografía



8. Bibliografía seleccionada

- ¹ Estadísticas Mundiales Sanitarias 2012, OMS [Internet]. [citado 5 de Diciembre de 2013]. Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf
- ² Consejo Económico y Social de Asturias. ¿Quién vive aquí? Envejecimiento, territorio y salud [Internet]. Boletín de Inform_Acciones 1 del Observatorio de Salud en Asturias. Dirección General de Salud Pública; 2012 [citado 5 de Diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/OBSA1m.pdf>
- ³ Wilkinson R, Marmot M. Los Determinantes Sociales de la Salud. Los Hechos Probados. 2ª ed. OMS 2003. Edición española, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006..
- ⁴ Cohen S, Janicki-Deverts D, Miller GE. Psychological stress and disease. JAMA. 2007 Oct 10; 298(14): 1685-1687.
- ⁵ Montaner I, Foz G, Pasarín MI. La salud: ¿un asunto individual?. AMF 2012; 8(7):374-382.
- ⁶ Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) 2002. Chronic diseases and associated risk factors in Australia, 2001. Cat. No. PHE 33. Canberra: AIHW.
- ⁷ Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) 2006. Chronic diseases and associated risk factors in Australia, 2006. Cat. No. PHE 81. Canberra: AIHW.
- ⁸ Astursalud. III Encuesta de Salud para Asturias, año 2012. [Internet]. Oviedo: Dirección General de Salud Pública. [citado 6 de Diciembre de 2013]. Disponible en: <http://goo.gl/d8r4lr>
- ⁹ Atlas de Hospitalizaciones Potencialmente Evitables, Asturias. Grupo de Variaciones en la Práctica Médica del SNS.
- ¹⁰ Cofiño R, Pasarín M. I, Segura A. ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas?. In: informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria [Internet] 2012 [citado 26 de junio de 2013];26,1:88-93. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911111003669>
- ¹¹ Vos T, Carter R, Barendregt J, Mihalopoulos C, Veerman JL, Magnus A et al, ACE-Prevention Team (2010). Assessing Cost-Effectiveness in Prevention (ACE-Prevention): Final Report. University of Queensland, Brisbane and Deakin University, Melbourne.
- ¹² Consejo Económico y Social del Principado de Asturias. La Sanidad Pública en Asturias. Oviedo: Consejo Económico y Social del Principado de Asturias; 2003.
- ¹³ Elola Somoza FJ. Futuro del sistema sanitario público del Principado de Asturias. Oviedo: Consejo Económico y Social del Principado de Asturias; 2010.

- ¹⁴ Gobierno Vasco. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi [Internet]. 2012 [citado 6 de Diciembre de 2013]. Recuperado a partir de: <http://cronicidad.blog.euskadi.net/descargas/plan/EstrategiaCronicidad.pdf>
- ¹⁵ Junta de Andalucía. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012/2016 [Internet]. 2012 [citado 6 de Diciembre de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.junta-deandalucia.es/export/drupaljda/PlanAtencEECC.pdf>
- ¹⁶ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. [citado 6 de Diciembre de 2013]. Recuperado a partir de: <http://goo.gl/Fij5AQ>
- ¹⁷ Living Well with Chronic Illness: A Call for Public Health Action - Institute of Medicine [Internet]. [citado 12 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.iom.edu/Reports/2012/Living-Well-with-Chronic-Illness.aspx>
- ¹⁸ Integrating Primary Care and Public Health - Institute of Medicine [Internet]. [citado 12 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.iom.edu/Activities/PublicHealth/PrimaryCarePublicHealth.aspx>
- ¹⁹ Solar O, Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health [Internet]. WHO; 2007 [citado 6 de Diciembre de 2013]. Recuperado a partir de: <http://goo.gl/M1aUXr>
- ²⁰ Navarro V, editor. The Political and Social Contexts of Health. Amityville, N.Y: Baywood Publishing Company, Inc.; 2004.
- ²¹ Wagner EH, Austin BT, Korff MV. Organizing Care for Patients with Chronic Illness. The Milbank Quarterly [Internet]. 1996 [citado 8 de Diciembre de 2013];74(4):511. Recuperado a partir de: <http://goo.gl/M1aUXr>
- ²² Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. Health Aff [Internet]. 11 de enero de 2001 [citado 8 de Diciembre de 2013];20(6):64-78. Recuperado a partir de: <http://content.healthaffairs.org/content/20/6/64>
- ²³ Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: The chronic care model, part 2. JAMA [Internet]. 16 de octubre de 2002 [citado 8 de Diciembre de 2013];288(15):1909-14. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.288.15.1909>
- ²⁴ Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium. Health Aff [Internet]. 1 de enero de 2009 [citado 8 de Diciembre de 2013];28(1):75-85. Recuperado a partir de: <http://content.healthaffairs.org/content/28/1/75>
- ²⁵ Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, et al. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. Hosp Q. 2003;7(1):73-82.

- ²⁶ Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Nuevo modelo de provisión de Euskadi: Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas y su gobernanza [Internet]. 1ª ed. Vitoria-Gasteiz: Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2012 [citado 8 de Diciembre de 2013]. Disponible en: <http://goo.gl/YpM3cs>
- ²⁷ Buck D. Improving the public's health: a resource for local authorities. [S.l.] London: The King's Fund; 2013.
- ²⁸ Decreto 14/2014, de 28 de enero, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio de Salud del Principado de Asturias (Boletín Oficial del Principado de Asturias, nº 25, 31 de enero de 2014). Disponible en: <https://sede.asturias.es/bopa/2014/01/31/2014-01585.pdf>
- ²⁹ Decreto 66/2009, de 14 de julio, por el que se regula la estructura y funcionamiento de las áreas y unidades de gestión clínica del Servicio de Salud del Principado de Asturias (Boletín Oficial del Principado de Asturias, nº 170, 23 de julio de 2009). Disponible en: <https://sede.asturias.es/bopa/2009/07/23/2009-17706.pdf>
- ³⁰ Gobierno del Principado de Asturias. Documento marco: Propuestas para la Participación Ciudadana en Salud en Asturias. Disponible en: <http://goo.gl/Nrtnky>
- ³¹ Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias (Boletín Oficial del Principado de Asturias, nº 162, 13 de julio de 1992). Disponible en: <http://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1992-20655>
- ³² Decreto 2/2006, de 12 de enero, por el que se regula la constitución de los consejos de salud de Área y de zona (Boletín Oficial del Principado de Asturias, nº 20, 26 de enero de 2006). Disponible en: <https://sede.asturias.es/bopa/2006/01/26/20060126.pdf>
- ³³ Observatorio de Salud en Asturias. Informes de Evaluación sobre Determinantes y Resultados de Salud [Internet]. [citado 16 de Diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/>
- ³⁴ Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) [Internet]. Key indicators for chronic disease and associated determinants. [citado 16 de Diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.aihw.gov.au/chronic-diseases/key-indicators/>
- ³⁵ Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Consenso y selección de indicadores para la evaluación de la atención a la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Documento preliminar, 2013.
- ³⁶ Health Indicators. Series annual reports 2007-2013. [Internet]. Canadian Institute for Health Information. [acceso 18 de Junio de 2013]. Disponible en: <http://goo.gl/7GnRG3>
- ³⁷ NHS. CCG Outcomes. Indicator Set 2013/14: Technical Guidance. [Internet]. NHS; 2012 [acceso 16 de Junio de 2013]. Disponible en: <http://goo.gl/2ARu4Q>

Personas sanas, poblaciones sanas:
ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y
Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias



GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS
CONSEJERÍA DE SANIDAD



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS