

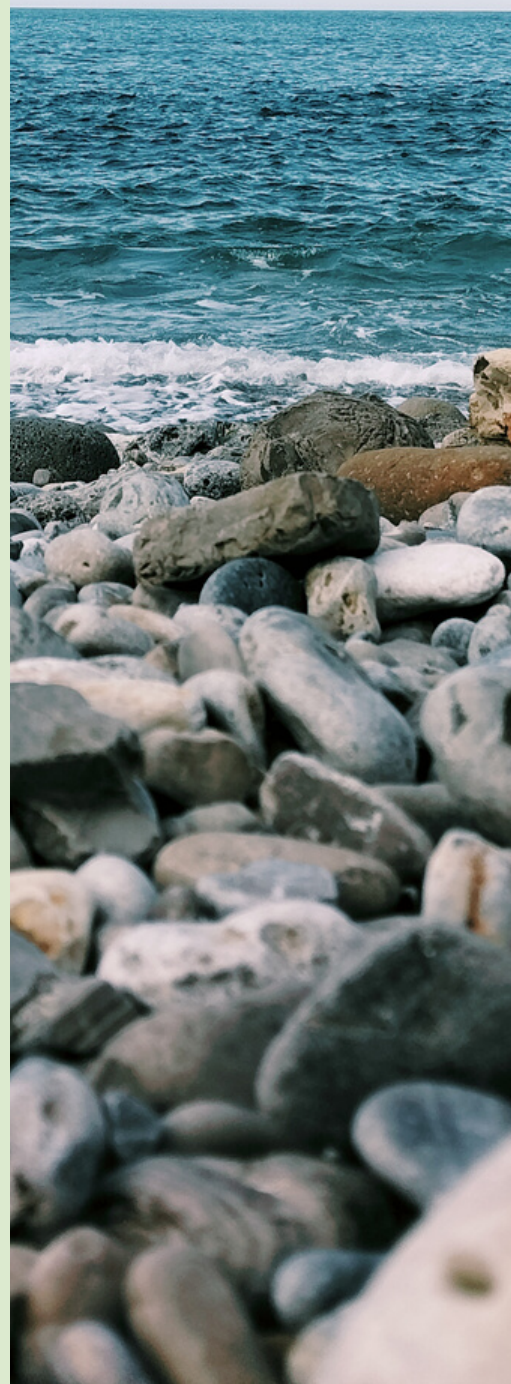
CALIDAD ASISTENCIAL

OBJETIVO 8. Fomentar la calidad asistencial y la práctica clínica basada en la evidencia.

Acción 8.1. Implementación de las recomendaciones de "no hacer" en Atención Primaria pertenecientes al proyecto "Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España" según la actual metodología establecida entre Guía Salud y el Ministerio de Sanidad.

Acción 8.2. Implementación íntegra de las recomendaciones recogidas en las Estrategias de Salud del SNS que se refieran a este ámbito asistencial dedicando los recursos necesarios para tal fin.

Acción 8.3. Impulso a la mejora continua de la interoperabilidad de las historias de salud digitales autonómicas como principal elemento de intercambio de información entre profesionales de distintos ámbitos asistenciales, al menos entre Atención Primaria y atención hospitalaria.





Acción 8.1 Implementación de las recomendaciones de "no hacer" en AP pertenecientes al proyecto "Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España" según la actual metodología establecida entre Guía y el Ministerio de Sanidad.

Responsable: Dirección de Atención y Evaluación Sanitaria del SESPA.

Justificación del proyecto: La calidad de la atención sanitaria está directamente relacionada con la efectividad y la eficiencia de los servicios sanitarios prestados para conseguir el máximo valor posible de los recursos empleados. Está demostrado que, al lado de prácticas de efectividad contrastada, hay otras de escaso valor y algunas en las que la evidencia constata que no lo aportan: las Recomendaciones No Hacer (RNH). En Asturias se comenzó el proceso de implementación de las RNH en noviembre de 2016 desde la Oficina de Evaluación de Tecnológicas Sanitarias del Principado de Asturias (OETSPA) con la colaboración de las sociedades científicas al igual que a nivel nacional. La gran dificultad de todas estas recomendaciones es su efectiva implementación y evaluación, por ello, se estima necesario la creación de recursos que favorezcan la implementación de las RNH en la práctica diaria de los profesionales.

Localización: Principado de Asturias.

Población diana: Profesionales de AP del SESPA.

Objetivo general: Promover un cambio real y efectivo de la práctica clínica evitando las intervenciones que aportan poco valor (RNH) y fomentando aquellas eficientes mediante la creación de un aulario colaborativo virtual.

Objetivos específicos:

1. Formar a profesionales de AP en el uso de prácticas clínicas de efectividad probada facilitando el acceso autónomo al aprendizaje.
2. Homogeneizar los conocimientos y habilidades de los profesionales de AP, mediante la utilización de materiales, documentos, etc. compartidos.
3. Crear un espacio para compartir las experiencias en relación con las RNH, en el que cada equipo de AP pueda publicar sus acciones de implementación.

4. Fomentar la interacción de los profesionales sanitarios promoviendo un foro de consultas y discusión en relación con la práctica clínica basada en la evidencia.
5. Detectar necesidades formativas de los profesionales de AP.
6. Informar a la comunidad profesional y a la ciudadanía sobre procedimientos que, según la evidencia científica y el consenso de expertos, no aportan beneficios para la salud.
7. Evaluar el impacto de las RNH en el sistema sanitario, tanto desde el punto de vista de proceso como de resultados finales, estos últimos en la medida de lo posible.

Metodología y Plan de Trabajo:

1. Creación de un grupo de trabajo cuyo objetivo será definir el diseño del aulario colaborativo y la metodología de la formación a implantar.
2. Diseño y desarrollo de las herramientas digitales que soporten el proyecto formativo y colaborativo.
3. Diseño y desarrollo de las herramientas para la autoevaluación las acciones formativas y de los procesos de inscripción y certificación.
4. Identificación de líderes y de responsables de áreas: personas que promuevan en sus equipos la aplicación de las RNH o identifiquen nuevas.
5. Priorización de las RNH publicadas por el Ministerio por parte del personal sanitario de los equipos de AP para su abordaje y diseño de los itinerarios formativos y sus respectivas acciones con la adaptación de cursos ya realizados y creación de nuevos cursos adecuados para este formato de aprendizaje.
6. Carga de documentación y materiales en diversos formatos, considerando los más adecuados a cada temario.
7. Pilotaje de las herramientas desarrolladas.
8. Difusión y puesta en marcha entre los profesionales.
9. Evaluación del impacto del aulario colaborativo y las acciones de formación realizadas.

Cronograma de trabajo:

	2022										2023	
	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	1º sem	2º sem
Creación GdT	■	■										
Diseño y desarrollo de las herramientas digitales			■	■	■	■	■					
Identificación de líderes			■	■								
Priorización				■	■							
Carga documentación								■	■			
Pilotaje										■	■	
Difusión e implantación											■	
Evaluación de la implantación												■

Propuesta de indicadores:

1. Número de itinerarios y acciones formativas incluidos en el aulario.
2. Porcentaje de profesionales del total de profesionales de AP que han realizado alguna acción formativa.
3. Número de encuestas de satisfacción realizadas respecto al total de cursos incluidos en el aulario formativo.
4. Número de evaluaciones de impacto realizadas con respecto al total de cursos incluidos en el aulario donde sea factible su realización.
5. Número de acciones de implementación propuestas por los equipos de AP incluidas en el aulario.
6. Número de descargas de las herramientas ligadas a cada RNH.
7. Número de personas que participan en el foro de debate y consulta del aulario.

Recursos necesarios:

1. Un usuario Moodle.
2. Contratación del diseño y desarrollo del aulario virtual y de la herramienta web que permita sostener los contenidos y las interacciones que se requieren.
3. Curso de utilización de la plataforma para las personas encargadas de este proyecto (OETSPA) impartido por la empresa encargada del diseño de la plataforma.
4. Personal de la OETSPA.



Acción 8.2 Implementación íntegra de las recomendaciones recogidas en las estrategias de Salud del SNS que se refieran a este nivel asistencial dedicando los recursos necesarios para tal fin.

Justificación del proyecto: Las Estrategias del SNS se desarrollan sobre aquellos ámbitos, temas o patologías que se consideran como de especial relevancia en nuestro SNS y cuyo abordaje debe de ir coordinado para garantizar la equidad, la eficacia y la actualidad en el desarrollo de las acciones implementadas.

En el territorio asturiano estas estrategias tienen una implantación variable, por ello para el desarrollo de esta acción hemos solicitado a los responsables de cada una de las estrategias la programación de actividades, enmarcadas dentro del ámbito de la AP, para implementar algunas de las líneas propuestas en el territorio asturiano.

- La Estrategia del Cáncer del SNS promueve como una de las líneas de trabajo el desarrollo del programa de detección precoz del cáncer de cuello de útero en población femenina entre los 25 y los 65 años, además, es importante el registro de las actividades desarrolladas ya que son empleadas como datos para el resultado de indicadores.
- En la Estrategia de Cuidados Paliativos del Principado de Asturias se basa un modelo de atención basado en la complejidad, centrado en el paciente bajo la responsabilidad de la unidad básica asistencial de atención primaria (medicina, enfermería, trabajo social) asesorada por las unidades de apoyo. En una encuesta realizada a los profesionales de AP sobre la implantación de esta Estrategia se plantearon como amenazas y debilidades para su implantación las necesidades formativas ya que destacaban una falta de formación específica.
- La Estrategia de Abordaje de la Cronicidad es actualmente una prioridad a nivel autonómico, por lo que se propone retomar el Proyecto de Atención al Paciente Crónico Complejo como prioridad, desarrollando un plan de acción multidisciplinar que coloque en el centro del mismo al paciente y a los profesionales directamente relacionados con su asistencia: los profesionales de Enfermería y de Trabajo Social, y sirva como hoja de ruta para la planificación de la atención sanitaria buscando el mantenimiento y la mejora de su estado de salud integral.
- La Estrategia de Seguridad del Paciente promueve el desarrollo, adaptación y mejora de medidas dirigidas a la gestión óptima e innovadora de la prestación

farmacéutica, promoviendo proyectos de mejora en e-salud dirigidos a la gestión óptima de la prestación farmacéutica en todos sus ámbitos y en todas sus etapas.

- La Estrategia de Promoción y Prevención de la Salud aborda un amplio abanico de actuaciones y líneas estratégicas con el objetivo común de fomentar la salud y el bienestar de la población promoviendo entornos y estilos de vida saludables y potenciando la seguridad frente a las lesiones. Se desarrolla ampliamente el concepto de bienestar emocional con el abordaje de los determinantes de salud mental en un concepto no solo individual sino también factores sociales, culturales y ambientales. Los trastornos mentales en conjunto constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer. Resulta imprescindible mejorar la organización de los servicios con vistas a optimizar la agilidad y la calidad de la respuesta a los trastornos en salud mental más prevalentes

En esta acción se desarrollarán de manera individual la metodología de trabajo, el cronograma, los indicadores y los recursos necesarios para el desarrollo de cada una de las acciones determinadas en el marco de una estrategia.

Localización: Comunidad Autónoma del Principado de Asturias.

Población diana: Población SNS del Principado de Asturias.

Estrategia en cáncer del SNS

Responsable: DG de Salud Pública de la Consejería de Salud

Objetivo general: Asegurar y mejorar la accesibilidad, la coordinación, la integralidad y seguimiento de la atención al cáncer que facilita AP del SESPA.

Objetivos específicos:

1. Mejorar el uso por parte de los profesionales de AP de las herramientas de registro en historia clínica de los cribados poblacionales.
2. Implantar el cribado de cáncer de cérvix partiendo de AP y estableciendo un sistema de información adecuado y completo para el conjunto del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
3. Establecer programas de diagnóstico de sospecha de cáncer, mediante circuitos colaborativos entre AP y AH.
4. Desarrollar modelos integrados y formación continuada dirigidos a mejorar el seguimiento, la continuidad asistencial y los cuidados paliativos de las personas que presentan un cáncer.

Metodología y Plan de Trabajo:

- A. Mejorar el uso por parte de los profesionales de AP de las herramientas de registro en historia clínica de los cribados poblacionales.
 - Revisión y actualización de la información disponible para el conjunto del Sespa sobre los diferentes registros de cribado de cáncer.
 - Designación de un responsable técnico en cada una de las Áreas encargado de la gestión y seguimiento de los cribados de cáncer en AP y AH.
 - Diseño por parte de los responsables designados en cada Área de una sesión formativa tipo destinada al EAP de cualquier centro de Asturias.
 - Definir un calendario de sesiones por Área Sanitaria.
- B. Implantar el cribado de cáncer de cérvix partiendo de AP y estableciendo un sistema de información adecuado y completo.
 - Diseñar el documento del cribado poblacional autonómico, estableciendo las condiciones necesarias para su implantación.
 - Pilotar el cribado en el Área Sanitaria V, de acuerdo con las especificaciones recogidas en el documento de partida.
 - Diseñar una aplicación informática integrada con los sistemas de información que se precisen, capaz de gestionar el cribado en toda la comunidad autónoma.
 - Extensión progresiva al conjunto de las Áreas Sanitarias del cribado poblacional de cérvix tras la evaluación del pilotaje realizado en el Área V.
- C. Establecer programas de diagnóstico de sospecha de cáncer, incluyendo circuitos colaborativos entre AP y AH.
 - Creación de un grupo de trabajo capaz de desarrollar un documento que defina los criterios de diagnóstico rápido destinados a los tipos tumorales más prevalentes y que describa los circuitos compartidos por AP y AH para su atención.

- Diseñar formación dirigida al EAP sobre el diagnóstico de sospecha de cáncer, incluyendo el uso adecuado de los circuitos compartidos para el diagnóstico rápido.
- D. Desarrollar modelos integrados y formación continuada dirigidos a mejorar el seguimiento, la continuidad asistencial y los cuidados paliativos alrededor de las personas que presentan un cáncer desde AP.
- Creación de un grupo de trabajo capaz de diseñar modelos integrados dirigidos a mejorar el seguimiento, la continuidad asistencial y los cuidados paliativos de la persona que presenta un cáncer.
 - Planificar formación destinada a la AP para la mejora de la atención integral a la persona que presenta un cáncer, integrada en las previsiones formativas de las Áreas Sanitarias.

Cronograma:

	2022		2023	
	1º Sem	2º Sem	1º Sem	2º Sem
Revisión y actualización de la información sobre los diferentes registros de cribado de cáncer en HCE.	■			
Designación de un responsable técnico en cada una de las Áreas encargado de la gestión y seguimiento de los cribados de cáncer.	■			
Diseño por parte de los responsables designados en cada Área de una sesión formativa tipo destinada al EAP sobre los diferentes registros de cribado de cáncer en HCE.	■			
Creación de un GdT capaz de desarrollar un documento que defina los criterios de diagnóstico rápido destinados a los tipos tumorales más prevalentes y que describa los circuitos compartidos por AP y AH para su atención.	■			
GdT capaz de diseñar modelos integrados dirigidos a mejorar el seguimiento, la continuidad asistencial y los cuidados paliativos de la persona que presenta un cáncer.	■			
Iniciar el pilotaje del cribado en un área sanitaria.	■			
Calendario de formación en el registro de cribados.		■		
Documento del cribado poblacional autonómico de cáncer de cérvix, estableciendo su implantación.		■		
Documento que defina los criterios de diagnóstico rápido.		■		
Disponer de una aplicación integrada con los sistemas de información capaz de gestionar el cribado de cérvix.			■	
Formación dirigida al EAP sobre el diagnóstico de sospecha de cáncer y uso adecuado de los circuitos de diagnóstico rápido.			■	
Evaluación del pilotaje realizado.			■	
Disponer del documento que diseñe modelos integrados en la atención al cáncer.			■	
Planificar formación destinada a la AP para la mejora de la atención a la persona que presenta un cáncer, integrada en las previsiones formativas de las Áreas Sanitarias.				■
Extensión al conjunto de las Áreas Sanitarias del cribado poblacional de cérvix.				■

Propuesta de indicadores:

1. Número de sesiones impartidas en los centros de AP dirigidas a mejorar el registro en el PPJ de los cribados de cáncer en el período de medición, por Área Sanitaria.
2. El cribado de cáncer de cérvix se ha implantado en una de las Áreas Sanitarias. (Si/No)
3. Se ha desarrollado un sistema de información del cribado de cáncer de cérvix, con capacidad para informar y gestionar las invitaciones, las exclusiones, el registro de la prueba de cribado realizada en AP, el resultado obtenido, la derivación a Ginecología y en general resolver las necesidades de información, registro, integración de sistemas y codificación asociados al cribado. (Si/No)
4. Se ha desarrollado un programa específico de diagnóstico rápido de los cánceres más prevalentes, en los que se establecen circuitos compartidos por AP y AH. (Si/No)
5. El intervalo de derivación desde AP a AH es igual o inferior a 7 días naturales: (N/D)
(N) nº de pacientes con cáncer cuyo intervalo entre la sospecha en AP y la primera visita en AH es ≤ 7 días, contados desde el día de derivación hasta el día en que es atendido en AH x 100. (D) nº total de pacientes con diagnóstico de sospecha de cáncer registrado en el programa específico.
6. Número de cursos dirigidos al EAP sobre el diagnóstico de sospecha de cáncer, que superen las 35 horas lectivas, en el período de medición.
7. Se ha desarrollado documento con modelos integrados para mejorar el seguimiento, continuidad asistencial y cuidados paliativos del paciente con cáncer. (Si/No)
8. Número de cursos dirigidos al EAP para la mejora de la atención integral al paciente, que superen las 35 horas lectivas, en el período de medición.

Recursos necesarios:

1. Responsable técnico en cada área para gestión y seguimiento de cribados de cáncer.
2. Organización de la agenda en los centros abierta a desarrollar las sesiones formativas.
3. Formación destinada a matronas y enfermería de AP para el desarrollo del cribado
4. Campaña de difusión e información del cribado autonómico.
5. Sistemas de Información, Oficina de Mantenimiento de Aplicaciones, responsabilizados del desarrollo de la aplicación.
6. Participación de los Servicios de Anatomía Patológica y de Microbiología del HUCA, como centros de referencia del cribado, y de los Servicios de Ginecología de la red de hospitales públicos.
7. Establecimiento de circuitos de invitación, de envío de muestras de AP al HUCA y dentro del propio HUCA, de devolución de la información a las mujeres y a AP, de atención preferente a los casos positivos, etc.
8. Sistema informático de gestión del cribado en el Área V, capaz de soportar los requerimientos del pilotaje del cribado de cérvix.
9. Profesionales de AP y AH que desarrollen el documento que defina los criterios de diagnóstico rápido y modelos integrados para la atención a la persona que presenta un cáncer.
10. Organización por parte del IAAP o de las Gerencias de Área de la formación dirigida al EAP sobre el diagnóstico de sospecha de cáncer y para la atención integral a la persona que presenta un cáncer.
11. Agendas en los servicios de referencia abiertas para estos circuitos.

Estrategia de cuidados paliativos

Responsable: DG de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria de la Consejería de Salud.

Objetivo general: Mejorar la calidad de la atención prestada a las personas en situación avanzada y terminal de enfermedad y sus familiares, aumentando el nivel de competencias en cuidados paliativos de los profesionales que les atienden en el final de vida en los EAP y Unidades de Apoyo en Cuidados Paliativos proponiendo un modelo de atención basado en la complejidad centrado en el paciente y bajo la responsabilidad de la unidad básica asistencial de AP asesorada por las unidades de apoyo.

Objetivos específicos:

1. Establecer un Plan de Formación Continuada en Cuidados Paliativos para los profesionales del ámbito de AP del sistema sanitario público, a fin de que puedan atender adecuadamente las necesidades de las personas con enfermedad en fase avanzada y terminal y su familia.
2. Asegurar la calidad y la accesibilidad de las actividades formativas que se lleven a cabo, facilitando las condiciones que permitan su aplicación en la práctica cotidiana.
3. Disponer de una red de formadores acreditados procedentes de distintas disciplinas, capaces de asumir las necesidades de formación continuada en Cuidados Paliativos.

Metodología y Plan de Trabajo:

1. Designación de un Coordinador Autonómico, del Proyecto de Formación en Cuidados Paliativos.
2. Creación de un equipo multidisciplinar de formadores en cuidados paliativos, con el propósito de sostener el plan autonómico de formación de manera estructurada y en red, facilitando la posibilidad de formación en cascada.
3. Elaboración de un plan de formación anual impartido a través del IAAP estableciendo dos niveles formativos: nivel básico, orientado a la adquisición de conocimientos esenciales y nivel intermedio, orientado a adquirir mayor destreza en la atención paliativa.
4. Definición de un Plan de Formación en Cuidados Paliativos, acreditado, en el marco de la programación formativa anual, de los EAP.
5. Impartición del plan de formación, nivel básico en IAAP.
6. Impartición del plan de formación, nivel intermedio.
7. Implantación progresiva del Plan de Formación en el seno del programa formativo anual de los EAP.
8. Financiación de formación avanzada en Cuidados Paliativos para las Unidades de Apoyo a los EAP (Master o estancias formativas en dispositivos especializados).

Cronograma:

	2022											2023
	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
Designación de un coordinador autonómico	■	■										
Creación de un equipo multidisciplinar de formadores		■	■	■								
Elaboración de un plan de formación anual (IAAP)			■	■	■	■	■					
Programación formativa anual (CS)			■	■	■	■	■					
Impartición del plan de formación, nivel básico IAAP									■	■	■	■
Impartición del plan de formación, nivel intermedio												■
Implantación progresiva del Plan de formación local EAP				■	■	■	■	■	■	■	■	■

Propuesta de indicadores:

1. Se ha designado a un Coordinador Autonómico. (Si/No)
2. Constitución de Grupo de formadores. (Si/No)
3. Número de actividades formativas realizadas en nivel básico e intermedio anualmente.
4. Número de horas de actividades formativas de nivel básico e intermedio anualmente.
5. Porcentaje de profesionales que asisten a la actividad formativa desagregado por categorías profesionales.
6. Porcentaje de profesionales de las Unidades de Apoyo que han realizado formación avanzada en Cuidados Paliativos.

Recursos necesarios:

1. Coordinador del Proyecto de Formación (con posibilidad de contratación ad hoc).
2. Grupo multiprofesional para la elaboración de materiales, construcción de los cursos e impartición de los mismos, con la consiguiente liberación laboral o remuneración pertinente (ante la posibilidad de que el equipo formador perteneciera a las Unidades de Apoyo en Cuidados Paliativos, se podría contemplar la posibilidad de reforzar dichos equipos durante un tiempo determinado).
3. Remuneración a los docentes, así como pago de desplazamientos, alojamiento y dietas en caso de contratación de docentes de fuera de la Comunidad Autónoma.
4. Liberar tiempo de docencia en la actividad asistencial ordinaria de los Equipos de Atención Primaria, para poder asistir a la Formación Planificada en Cuidados Paliativos en el marco de su Programa formativo local.
5. Financiación de la formación avanzada en formato Master o estancias en dispositivos especializados en cuidados paliativos.

Estrategia de Abordaje de la Cronicidad

Responsable: Dirección de Atención y Evaluación Sanitaria (SESPA)

Objetivo general: Reestructurar el abordaje del Paciente Crónico Complejo por medio de la atención multidisciplinar y protocolizada.

Objetivos específicos:

1. Conocer el estado funcional de nuestra población crónica compleja
2. Realizar una estratificación por niveles que permita planificar
3. Implementar actividades, intervenciones y cuidados coordinados entre todos los agentes implicados
4. Promover la toma de decisiones compartidas junto con la persona, su familia y/o cuidadores, y tener en cuenta las expectativas individuales y el mantenimiento y/o la mejora de su calidad de vida.

Metodología y Plan de Trabajo:

1. Agrupar a la población asturiana según un índice de agrupación de morbilidad ajustada, acción que se realizará Servicios Centrales del SESPA.
2. Desarrollo aplicativo de la población diana.
3. Elaboración de los listados de las personas con procesos de enfermedad crónicos.
4. Sobre el listado de personas con procesos de enfermedad crónicos se realizará un cruce con la base de datos REBOTICA para obtener inicialmente a aquellas personas con polimedicación (más de 10 fármacos). Sobre este listado el FAP realizará una revisión y emitirá un informe para optimización terapéutica que se usará para adecuar la prescripción.
5. El FAP realizará un análisis de la actuación realizada detectando necesidades formativas para los EAP.
6. Clasificación de las personas con procesos de enfermedad crónica en tres niveles de necesidad de cuidados denominados Perfil de Usuario que valoran sus necesidades y adecuan la intervención a su nivel.
7. Difusión a EAP para validación de PCC e intervención conjunta de enfermería y trabajo social según perfil de usuario.

Cronograma:

	2022			
	1-15 mar	15-31 mar	Abr	May
Implantación de la herramienta GMA				
Desarrollo aplicativo de la población diana				
Difusión de la herramienta				
Formación al personal de áreas sanitarias				
Obtención de los listados de población estratificada				
Definición del perfil de usuario para la priorización				
Difusión de listados de PCC a las gerencias y EAP				
Pilotaje en un área sanitaria				
Evaluación del pilotaje				

Tras la evaluación del pilotaje y en función de los resultados obtenidos desde el punto de vista de las personas usuarias y de los profesionales se decidirá la implantación progresiva en el resto de áreas sanitarias.

Propuesta de indicadores:

1. Número de personas identificados como pacientes con procesos de enfermedades crónicas complejos/ total de personas usuarias.
2. Número de personas con procesos de enfermedad crónica con perfil de usuario realizado
3. Número de personas con procesos de enfermedad crónica con nivel de intervención-cuidados asignado/total de identificados
4. Número de informe emitidos por el FAP respecto al total de personas incluidas en los listados de polimedición.

Recursos necesarios:

1. Herramienta de estratificación GMA
2. Personal de Informática para explotación de datos y actualización permanente.
3. Trabajadores sociales para intervenciones junto con enfermería

Estrategia de Seguridad del Paciente

Responsable: DG de Política y Planificación Sanitarias

Objetivo general: Mejorar la adecuación en la prescripción y la conciliación terapéutica en el paciente crónico.

Objetivos específicos:

1. Dotar de mayor capacidad a la AP para realizar intervenciones y programas incluidos en la cartera de servicios
2. Potenciar el uso racional del medicamento a través de una estrecha colaboración de distintos profesionales.
3. Mejorar el manejo de la polifarmacia en la persona con enfermedad crónica.
4. Disminuir los eventos adversos en relación con los fármacos y aumentar la seguridad y adecuación de la prescripción y fomentar su notificación

Metodología y Plan de Trabajo:

1. Mejorar el uso por parte de los profesionales de AP de las herramientas de ayuda en la prescripción que se puedan ir desarrollando en el marco de la estrategia digital.
2. Creación de un grupo de trabajo para la elaboración de la propuesta y definir el papel del farmacéutico/a de AP(FAP), como unidad de apoyo en los EAP
3. Designación de una figura de coordinación de FAP que se encargue, entre otras funciones de implantar una agenda o canal de comunicación ágil y bidireccional con los EAP.
4. Formación de los FAP a través del IAAP.
5. Diseño por parte de los y las responsables designados en cada área de una sesión formativa estándar destinada a los EAP y definir un calendario de sesiones por Área Sanitaria.
6. Establecer programas revisión de pacientes polimedicados y/o frágiles tanto en domicilio como en residencias sociosanitarias
7. Desarrollar modelos integrados y formación continuada.
8. Diseñar formación dirigida a los EAP sobre uso racional del medicamento y adecuación de prescripción.
9. Diseñar formación dirigida a pacientes y cuidadores para fomentar el uso responsable y “desmedicalización de la vida” y participar activamente en el empoderamiento del paciente crónico y de la comunidad a través de la formación en asociaciones o escuelas de pacientes.

Cronograma:

	2022				
	Mar	Abr	May	Jun	Jul
Creación del grupo de trabajo y elaboración del documento	■				
Contratación y formación de FAP		■	■	■	
Habilitar espacios y herramientas informáticas:		■	■	■	
Implementación					■

Propuesta de indicadores:

1. Número de sesiones impartidas en los centros de AP por parte de FAP, por Área Sanitaria.
2. Número de intervenciones educativas en el ámbito comunitario relacionadas con la adecuación y conciliación terapéutica.
3. Revisión de actividad en las agendas o canales habilitados para la comunicación CVC
4. Porcentaje de historias de paciente con polimedicación o frágiles revisadas y con informe de evaluación y propuesta de mejora

Recursos necesarios:

1. Refuerzo de la plantilla de los profesionales de FAP en el SESPA.
2. Herramientas informáticas para coordinación, consultas e informes

Estrategia de Promoción y Prevención

Responsable: Dirección de Atención y Evaluación Sanitaria (SESPA) y DG de Salud Pública.

Objetivo general: Capacitar a la población infanto-juvenil y a sus tutores en promoción del bienestar emocional y prevención de problemas psicosociales.

Objetivos específicos:

1. Mejorar la capacitación de las familias en lo referente a comportamientos como emociones y cogniciones de los hijos e hijas.
2. Desarrollar programas de promoción de la salud mental en situaciones de mayor riesgo.
3. Dotar a los niños y las niñas de herramientas para gestionar sus emociones huyendo de la medicalización de la vida
4. Mejorar el manejo de los problemas de la esfera emocional en infancia y adolescencia realizando una intervención con el objetivo de disminuir en consumo de BZD en infancia y adolescencia
5. Mejorar la comunicación entre AP y SM haciendo uso de la CVC.

Metodología y Plan de Trabajo:

1. Estudio de actividades de promoción y prevención de la salud que se están desarrollando en entornos similares.
2. Capacitación de profesionales para abordaje estrategias de promoción, prevención y detección precoz.
3. Implantar programas de parentalidad positiva, apoyo a la crianza y mejora del bienestar emocional en embarazo, nacimiento y puerperio.
4. Designar responsables en las áreas sanitarias para el seguimiento de estas estrategias y programas.
5. Desarrollar una estrategia de colaboración entre AP, SM, ámbito educativo y municipal.
6. Formalización de los planes de hábitos de vida saludables como eje en la actividad del Pediatra de AP en su dimensión de atención comunitaria tanto a la infancia y adolescencia como a sus cuidadores o entornos escolares
7. Desarrollo de programas de hábitos de vida saludables por grupos de edad , en escuelas e institutos
8. Creación de planes y estrategias para reducir y prevenir la depresión, el suicidio o los trastornos del comportamiento alimentario en los adolescentes
9. Desarrollo de capacitación en inteligencia emocional a los menores en riesgo psicosocial

Cronograma:

	2022			2023			
	2º Trim	3º Trim	4º Trim	1º Trim	2º Trim	3º Trim	4º Trim
Estudio y diseño de estrategias	■	■					
Desarrollo de herramientas de colaboración AP-SM	■	■					
Capacitación de profesionales		■	■				
Implementación de programas en centros de AP				■	■	■	
Evaluación continua				■	■	■	
Evaluación final							■

Propuesta de indicadores:

1. Número de actividades de promoción, prevención y detección precoz que se han desarrollado en la CCAA.
2. Número de profesionales que ponen en marcha estrategias o programas de promoción, prevención y detección precoz.
3. Número de programas implantados de parentalidad positiva, apoyo a la crianza y mejora del bienestar emocional en cada área sanitaria.
4. Se ha desarrollado una estrategia de colaboración entre AP, SM, ámbito educativo y municipal. (Si/no)
5. Número de CVC que se han realizado entre AP y SM en las áreas sanitarias.
6. Número de centros de Atención primaria cuyos Equipos de Pediatría han desarrollado actividades comunitarias para reducir y prevenir la depresión, el suicidio o los trastornos del comportamiento alimentario en los adolescentes

Recursos necesarios:

1. Personal de la Dirección de Atención y Evaluación Sanitaria
2. Personal de la Consejería de Salud.
3. Personal de las áreas sanitarias que realicen el seguimiento de los programas a implantar.



Acción 8.3 Impulso a la mejora continua de la interoperabilidad de las historias de salud digitales autonómicas como principal elemento de intercambio de información entre profesiones de distintos ámbitos asistenciales al menos entre AP y AH.

Responsable: DG de Calidad, Transformación y Gestión del Conocimiento de la Consejería de Salud.

Justificación del proyecto: La asistencia sanitaria se ha visto modificada en los últimos tiempos con la implementación de diferentes herramientas que deben de facilitar la atención sanitaria desde el EAP. Por un lado, los y las profesionales de AP han visto aumentada su capacidad de resolución ya que el trabajo en red ha permitido la modificación del concepto de interconsulta permitiendo la evolución de éstas y dotando a la red del Principado de Asturias de un sistema de interoperabilidad entre la HCE de AP y AH que se sustenta en la Historia Unificada de Paciente (HUP) y en la receta interoperable (Receta Electrónica, RE).

Localización: Principado de Asturias

Población diana: Población SNS del Principado de Asturias.

Objetivo general: Mejorar la interoperabilidad de la HCE entre AP y AH .

Objetivo específico

1. Dotar a la AH de la capacidad de hacer recetas electrónicas de tratamientos crónicos y a demanda desde todos los hospitales de la red pública.
2. Implantar mejoras en el sistema de CVC que permita a los y las profesionales de AP tener un contacto con los distintos servicios de AH. Se promueve que, utilizando su estación clínica, en contexto de paciente y a través de la integración e interoperabilidad, se consiguen resolver dudas clínicas sin necesidad de desplazamiento del paciente, y establecer pautas de diagnóstico, tratamiento o seguimiento del paciente favoreciendo la continuidad de cuidados y el apoyo entre profesionales.
3. Implementar protocolos consensuados de actuación en relación con la Consulta Virtual Colaborativa (CVC)
4. Establecer en todas las Áreas sanitarias el proceso de CVC
5. Disminuir el número de consultas presenciales innecesarias de los distintos servicios hospitalarios que implanten la CVC
6. Disminuir los tiempos de demora para consultas de estos servicios

7. Facilitar a la AP resolver, en este primer nivel, los procesos más prevalentes y que pueda gestionar de forma más pertinente la derivación de otros casos con mayor complejidad.
8. Desarrollar e implantar en todos los hospitales SESPA la funcionalidad de emitir receta electrónica crónica/a demanda interoperable con Receta Electrónica de Atención Primaria, en el marco de Receta Electrónica del SNS.
9. Disminuir el número de visitas a Atención Primaria por cuestiones burocráticas relacionadas con la Receta Electrónica.

Metodología y Plan de Trabajo:

1. Solicitar al proveedor del módulo prescriptor de AH el desarrollo de la funcionalidad para prescribir tratamientos crónicos/a demanda en RE.
2. Envío de especificaciones al proveedor.
3. Revisión de la propuesta del proveedor.
4. Desarrollo de la funcionalidad por parte del proveedor.
5. Implantación en el entorno de integración de la funcionalidad.
6. Realización de pruebas en el entorno de integración.
7. Formación en la nueva funcionalidad a los y las profesionales.
8. Despliegue de la solución propuesta en todos los centros.

Cronograma de trabajo:

1. Solicitar al proveedor del módulo prescriptor de atención especializada el desarrollo de la funcionalidad para prescribir tratamientos crónicos/a demanda en RE: 1 semana.
2. Envío de especificaciones al proveedor: 2 semanas.
3. Revisión de la propuesta del proveedor: 2 semanas.
4. Desarrollo de la funcionalidad por parte del proveedor: 2 meses.
5. Implantación en el entorno de integración de la funcionalidad: 1 semana.
6. Realización de pruebas en el entorno de integración: 2 semanas.
7. Formación en la nueva funcionalidad a los profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada: 1 mes.
8. Despliegue de la solución propuesta en todos los centros: 4 meses.

Propuesta de indicadores:

1. Numero de áreas sanitarias con implantación de CVC desde AP con AH de referencia (100x100)
2. Numero de petición de interconsultas CVC/total de interconsultas solicitadas por personal y por servicio
3. Encuesta de satisfacción dirigida a profesionales con periodicidad anual con informe y propuesta de mejora
4. Numero de hospitales con Receta electrónica para crónicos/número de hospitales con RE
5. Numero de e-Recetas crónicas procedentes de hospital * 100/número total de e-recetas crónicas por hospital

6. Numero de e-Recetas crónicas procedentes de hospital en cada área sanitaria *
100/número total de e-recetas crónicas por Área Sanitaria
7. Número de Prescripciones Agudas de más de 90 días, por Hospital.

Recursos necesarios:

1. Adecuación de agendas y herramientas informáticas para petición y informe de AH.
2. Tiempo de solicitar desde AP y de contestar desde AH las CVC.
3. Análisis y revisión de especificaciones: 2 técnicos funcionales (de RE y de HCE).
4. Desarrollo de la funcionalidad por parte del proveedor: 1 analista programador y 1 técnico de sistemas.
5. Implantación del nuevo Service Pack conteniendo la funcionalidad: técnicos del SESPA y del Centro de Gestión de Servicios Informáticos.