



<b>SERVICIO RIOJANO DE SALUD</b>
----------------------------------

15.01	COMPLEJO HOSPITALARIO Y 061
-------	-----------------------------

PROGRAMAS DE GASTO	
4122	ATENCIÓN ESPECIALIZADA
4123	FORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO



**PRINCIPALES LINEAS DE ACTUACIÓN EN EL AÑO 2016 DEL COMPLEJO  
HOSPITALARIO Y 061**



<b>PROGRAMA</b>	<b>4122</b>	<b>ATENCIÓN ESPECIALIZADA</b>
-----------------	-------------	-------------------------------

<b>ORGANO GESTOR RESPONSABLE</b>	
----------------------------------	--

<b>A. Descripción y Fines</b>	
	<p>Desarrollo y mejora de la actividad asistencial de Fundación Hospital Calahorra, Fundación Rioja Salud y Hospital San Pedro.</p> <p>Creación de nuevas de comisiones asistenciales y potenciación de las ya existentes.</p> <p>Potenciar la motivación del personal sanitario promoviendo su participación a través de Pactos de gestión clínica descentralizada en los diferentes servicios y unidades de los centros de asistencia especializada del Servicio Riojano de Salud.</p> <p>Plan de Contingencia ante situaciones de congestión del Servicio de Urgencias Hospitalarias. Este plan pretende disminuir la presión asistencial sobre el Servicio de Urgencia Hospitalaria desde una visión global, con actuaciones de forma que se utilicen de manera eficiente y flexible todos los medios humanos y materiales del Servicio Público de Salud de La Rioja.</p>



## B. Objetivos

Potenciar a FHC como centro de referencia hospitalario de prestigio en La Rioja Baja.

Avanzar hacia la mejora de la estabilidad laboral del personal de asistencia especializada del Servicio Riojano de Salud.

Para el Plan de contingencia ante situaciones de saturación de la Urgencia Hospitalaria.

Conseguir adaptar de forma flexible y eficiente las estructuras sanitarias del sistema Público de Salud de La Rioja a las necesidades asistenciales de nuestra población.

Potenciar la colaboración del Sistema Público de Salud de La Rioja con los centros Sociosanitarios de nuestra Comunidad Autónoma.

Potenciar las alternativas a la Hospitalización convencional ya existentes en nuestro sistema sanitario público

Desarrollo de la gestión clínica descentralizada en los diferentes servicios hospitalarios, y conseguir avanzar hacia la asunción de responsabilidades en gestión clínica por servicios y unidades en los centros hospitalarios del Servicio Riojano de Salud.

## C. Actividades

### **LINEAS DE ACTIVIDAD RELACIONADAS CON EL III PLAN DE SALUD**

Recomendar a las mujeres actividad física dirigida a su autocuidado y adaptada a su ciclo vital.

Desarrollo de acciones para que, en aquellas consultas de AP y AE, que tienen especial vinculación con la salud de las mujeres, se promocióne los beneficios de la actividad física en la población femenina, adaptada a su ciclo de vida.

- Formación e implicación de los profesionales cuya profesión está especialmente vinculada con las diferentes etapas evolutivas de las mujeres (medicina familiar y enfermería de atención primaria, ginecología...)
- Difusión, a través del personal sanitario (matronas, enfermería,..) de recomendaciones sobre autocuidado del suelo pélvico.
- Incluir recomendaciones sobre actividad física durante el embarazo en la actualización de la Guía de Lactancia Materna.

Impulsar la formación de los agentes de salud sobre la prescripción de actividad física.



<p>Realización de cursos, con metodología on-line (según la oferta anual del MSSSI dentro de la Estrategia de PSyP):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Formación a los profesionales de la salud sobre Metodología del consejo breve de salud sobre estilo de vida: 30 horas lectivas</li><li>- Formación a los profesionales de la salud sobre Educación para la Salud Individual sobre Estilo de Vida Saludable: 50 horas lectivas</li><li>- Formación a los profesionales sobre recomendaciones de actividad física: "Actívate, Aconseja Salud"</li></ul> <p>Mantener las recomendaciones del Código Europeo Contra el Cáncer en lugar visible y con acceso directo para los ciudadanos y profesionales en la web de Rioja salud.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. -creación grupo de trabajo</li><li>2. -definición del contenido del folleto</li><li>3. -redacción del folleto</li><li>4. -sometimiento a valoración idoneidad</li><li>5. -aceptación</li><li>6. -búsqueda financiación</li><li>7. -impresión</li><li>8. -estrategia difusión</li></ol> <p>Valorar y facilitar el acceso de los niños y adolescentes con cáncer a unidades de oncología pediátrica de referencia de forma que se les garantice una adecuada atención y en coordinación con las unidades de referencia.</p> <p>1-Crear un Grupo de Trabajo transitorio integrado por Pediatría, Hematología y el Departamento de Oncología para:</p> <p>2-Identificar las Unidades de Oncología Pediátrica de Referencia, geográficamente más cercanas</p> <p>3-Coordinar con los responsables de las mismas los criterios y metodología para la remisión de pacientes</p> <p>4-Comunicar a la Autoridad Sanitaria los Protocolos a seguir para la derivación de pacientes a dichos Centros</p> <p>Difundir a los profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada que tratan a los pacientes con cáncer colorrectal o de mama o de ovario, los protocolos y los criterios de derivación a la consulta de consejo genético en cáncer.</p> <p>Creación de un Comité de Consejo Genético.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1-solicitar a los responsables de los Servicio y Unidades implicadas de acuerdo al III Plan de Salud, para que designen un representante titular y uno suplente a para constituir el Comité de Consejo Genético</li><li>2-Proponer a la Autoridad Sanitaria la designación de dichos representantes como integrantes del Comité de Consejo Genético</li><li>3-Informar al Comité de Ética la composición de dicho Comité</li><li>4-Incorporar su constitución en integrantes en el Selene</li><li>5-arbitrar los mecanismos para la inclusión de las decisiones del Comité de Consejo Genético en la H.C. del paciente</li></ol>
---



<p>Evaluación del riesgo familiar de cáncer de mama.</p> <p>1-identificar a las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que puedan estar asociados a una alteración genética (en el estudio de su neoplasia maligna está protocolizada la realización de las determinación de las alteraciones genéticas asociadas a su cáncer)</p> <p>2-remitir a la Unidad de Consejo Genético dicha información para su evaluación y si procede, citación en la Consulta de Consejo Genético</p> <p>66. Evaluación del riesgo familiar de cáncer de colon: determinación de gen MSH-2, MLH-1, e inestabilidad microsatélite en pacientes recién diagnosticados.</p> <p>1-identificar a los pacientes diagnosticados de cáncer de colon que puedan estar asociados a una alteración genética (en el estudio de su neoplasia maligna o de su enfermedad genética está protocolizado la realización de las determinaciones genéticas correspondientes)</p> <p>2-remitir a la Unidad de Consejo Genético dicha información para su evaluación y si procede, citación en la Consulta de Consejo Genético</p> <p>Impulsar medidas que favorezcan la adopción de una dieta saludable adaptada a las características del paciente.</p> <p>Inclusión HCE- Gestor de crónicos: Dietas saludables.</p> <p>Desarrollar programas de prescripción de actividad física adaptado al nivel de riesgo de cada persona.</p> <p>Grupo de expertos en Cronicidad con inclusión en HCE y Gestor de cronicidad</p> <p>Formar a los profesionales sanitarios sobre recomendaciones de hábitos saludables y salud diferencial en el paciente crónico.</p> <p>Posibilitar cursos y sesiones clínicas de formación para profesionales: elaboradas entre AP – AE + a través de la unidad de formación en coordinación con DG Salud Publica. Indicador: nº de profesionales formados en hábitos saludables</p> <p>Realizar actividades de promoción de la salud en el entorno comunitario</p> <p>Campañas de difusión en los C.S.</p> <p>Agrupar pacientes en segmentos y definir las intervenciones específicas para cada grupo de pacientes.</p> <p>Gestor de cronicidad HCE. Definir protocolo AP – AH.</p> <p>Desarrollo de canales de consulta rápida entre profesionales de atención primaria y atención especializada.</p> <p>Propiciar la participación activa del equipo de AP en la promoción de la salud informando a los pacientes y cuidadores de los recursos comunitarios y programar actuaciones sanitarias comunitarias.</p> <p>Establecer circuitos de Interconsulta sincronizada y circuitos de Consulta no presencial. Medición en HCE.</p> <p>Potenciar la educación individual y colectiva del paciente.</p> <p>Planificar una educación individualizada de calidad en la administración de medicación y la utilización de diferentes mecanismos: inhaladores, parches transdérmicos, inyecciones subcutáneas.</p> <p>Realización de sesiones individual o grupal en los C.S. de educación y corresponsabilización, ajustadas a su patología.</p> <p>Entrega de instrucciones de Educación sanitaria incluidas en HCE – Gestor de cronicidad</p> <p>Favorecer la formación del cuidador del paciente.</p> <p>Promover la enseñanza, formación y capacitación de la persona cuidadora</p>
--



<p>Sesiones de Educación Sanitaria en C.S para cuidadores según patología. Extensión a asociaciones.</p> <p>Establecer un programa de prescripción y utilización adecuada de medicamentos para profesionales y usuarios que participan en los procesos de atención integrada al paciente crónico a fin de conseguir un uso racional, seguro y mejorar la adherencia a los medicamentos de los pacientes crónicos.</p> <p>Desarrollar programas de información y sensibilización de los profesionales sanitarios, especialmente en atención primaria (por su especial repercusión como puerta de entrada al sistema sanitario) para la detección precoz de los signos y síntomas de la demencia.</p> <p>Tener acceso a técnicas que permitan diagnosticar la demencia (EA) en fases prodrómicas y preclínicas; poder determinar las proteínas beta-amiloide y Tau en LCR; disponibilidad de PET de amiloide, para aquellos pacientes que cumplan con los requisitos recogidos en el correspondiente protocolo aprobado.</p> <p>Utilizar el PET de amiloide según los criterios consensuados con Medicina Nuclear.</p> <p>Establecer programas para ofrecer consejo genético y análisis genético si procede. Ponerse de acuerdo con genética del laboratorio del Hospital San Pedro.</p> <p>. Establecer mecanismos de comunicación permanente entre profesionales de atención especializada con los equipos de Atención Primaria y con los profesionales de servicios sociales y de las residencias de personas mayores, para la resolución de incidencias relacionadas con la medicación, trastornos de conducta, etc. Habilitar procedimientos adecuados para el acceso a una consulta urgente especializada para periodos de desestabilización.</p> <p>Impulsar la creación de un grupo interdisciplinar (Comisión Asesora) de Diabetes en nuestra Comunidad, que lleve a cabo recomendaciones actualizadas basadas en la evidencia disponible y con un seguimiento de los objetivos acordados, en la que participen profesionales sanitarios (facultativos y enfermería) de ambos niveles asistenciales (AP y AE), Administración, Salud Pública, Asociaciones de Pacientes y principales Sociedades Científicas.</p> <p>1) Creación grupo de trabajo 2) definición del objetivo 3) definición acciones a implementar para conseguir objetivo 4) mecanismo de implantación 5) implantación 6) evaluación indicadores</p> <p>Ampliar los contenidos web sobre diabetes del portal de Riojasalud tanto para profesionales como para población general y personas con diabetes. Ampliación contenidos web diabetes</p> <p>Elaborar un formulario propio de discapacidad.</p> <p>1) Creación de grupo de trabajo. 2) Establecer los datos que se precisan recoger en el formulario.</p> <p>3) Creación junto a informática del formulario. 4) Aceptación del mismo. 5) Inclusión del formulario en el sistema informático. 6) Difusión del formulario.</p> <p>Indicador: 132</p> <p>Seguimiento con intervención precoz de niños con riesgo biológico y/o social, mediante su incorporación en programas de Atención Temprana.</p> <p>1) Creación de grupo de trabajo. 2) Adaptación de los criterios de</p>
---



	<p>Discapacidad al ámbito de atención del discapacitado infantil en nuestro medio. 3) Redacción de los criterios. 4) Aceptación de los mismos. 5) Desarrollo de un formulario a partir de los criterios aceptados. 6) Creación junto a informática del formulario. 7) Aceptación del mismo. 8) Inclusión del formulario en el sistema informático. 9) Difusión del formulario entre los profesionales implicados en la discapacidad infantil.</p> <p>Divulgación del calendario del desarrollo infantil a profesionales y padres.</p> <p>1) Creación grupo de trabajo 2) definición del contenido a divulgar. 3) Elección del formato de divulgación. 4) redacción 5) sometimiento a valoración idoneidad 6) aceptación 7) búsqueda financiación 8) impresión (si fuera preciso) 9) estrategia difusión.</p> <p>Potenciar el trabajo multidisciplinar en los equipos de atención primaria, mejorar la comunicación y la relación profesional entre medicina y enfermería y entre los dos niveles asistenciales.</p> <p>1) Creación grupo de trabajo 2) definición del objetivo 3) definición acciones a implementar para conseguir objetivo 4) mecanismo de implantación 5) implantación 6) evaluación indicadores.</p> <p>Diseñar mecanismos de información rápida a los médicos de atención primaria en los casos de hospitalización y alta de los pacientes hipertensos adscritos a su cupo.</p> <p>1) Creación grupo de trabajo 2) definición del objetivo 3) definición acciones a implementar para conseguir objetivo 4) mecanismo de implantación 5) implantación 6) evaluación indicadores.</p> <p>Actualizar y difundir guías clínicas y protocolos de actuación y otros materiales de apoyo en las consultas de Atención Primaria y a través de la Historia Clínica Electrónica.</p> <p>1) Creación grupo de trabajo 2) definición del objetivo 3) definición acciones a implementar para conseguir objetivo 4) mecanismo de implantación 5) implantación 6) evaluación indicadores.</p> <p>Fomentar la inclusión en la Historia Clínica de todos los pacientes diagnosticados una estimación de riesgo cardiovascular asociado según factores de riesgo, presencia de lesiones subclínicas o de enfermedad establecida, mediante las tablas SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) o de las Sociedades Europeas de Cardiología e Hipertensión (ESC-ESH)</p> <p>1) Creación grupo de trabajo 2) definición del objetivo 3) definición acciones a implementar para conseguir objetivo 4) mecanismo de implantación 5) implantación 6) evaluación indicadores</p>
--	--





## **OTRAS LINEAS DE ACTIVIDAD**

### **.- Potenciación Asistencial de FHC**

Prestación del Servicio de Oncología a través de consultas de Oncología Médica y administración de tratamientos oncológicos en el Hospital de día Médico de FHC ya construido y que puede dar servicio a toda la población de Rioja Baja, evitando desplazarse a estos pacientes hasta Logroño

Valorar el apoyo del Laboratorio de HSP para la realización de analíticas no urgentes de FHC y coordinación de la urgencia de laboratorio de microbiología entre los dos centros

.- Creación dentro de la Sección de Neumología de una **Unidad de Monitorización Respiratoria** que debe actuar como un área específicamente orientada al tratamiento de la Insuficiencia Respiratoria crónica agudizada y, también, como una unidad de hospitalización para los enfermos respiratorios que requieran monitorización.

### **.- Establecimiento en el Hospital San Pedro de un Programa de Optimización del uso de Antimicrobianos (PROA).**

Su objetivo será mejorar los resultados clínicos de los pacientes con infecciones, minimizar los efectos adversos asociados a la utilización de antimicrobianos, incluyendo las resistencias, y garantizar la utilización de tratamientos coste-eficaces)

### **.- PROYECTO DE UNIDAD DE SUEÑO**

Los trastornos del sueño son un problema de importancia tanto sanitaria como social de primer orden, ya que afectan a un número muy elevado de personas; así, por ejemplo, se calcula que el insomnio crónico afecta a un 10% de la población, mientras que entre el 5 y el 8% padece el síndrome de piernas inquietas, un 4% el síndrome de apnea del sueño (paradas respiratorias durante el sueño), y el 14.3% de la población consume medicamentos del grupo de tranquilizantes y pastillas para dormir.

La falta de un descanso de calidad puede provocar efectos indeseables como el deterioro de la alerta, de la memoria y del estado de ánimo, lo que puede llegar a provocar accidentes laborales, domésticos y de tráfico y a reducir de manera significativa el rendimiento laboral. Asimismo, los trastornos del sueño se han relacionado con un aumento del riesgo cardiovascular y diabetes.

La vídeo-polisomnografía es una técnica de estudio que permite diagnosticar alteraciones que sólo se producen durante el sueño, como las apneas, y otras que pueden verse facilitadas por el sueño, como la epilepsia. En la actualidad, la vídeo-polisomnografía es la técnica más fiable y segura para estudiar los fenómenos fisiológicos que se producen durante el sueño y las enfermedades relacionadas.

Esta prueba permite registrar una serie de señales fisiológicas como la actividad cerebral, el ritmo cardíaco, la respiración, la actividad muscular, movimientos corporales, posición del paciente, la cantidad de oxígeno en sangre, los movimientos de los ojos y los ronquidos.

Para ello, se colocan al paciente una serie de electrodos superficiales en el



<p>cuero cabelludo, cara y cuerpo, y unas bandas ajustables en el tórax y el abdomen. La información registrada es almacenada y analizada posteriormente por el médico neurofisiólogo.</p> <p>.- Incorporación de <b>nuevos fármacos</b> de probada eficacia terapéutica.</p> <p>.- Prevención del desarrollo de microorganismos multirresistentes en pacientes críticos "<b>PROYECTO RESISTENCIA ZERO</b>"(RZ)</p> <p>En el ámbito hospitalario los pacientes ingresados en <b>UCI</b> presentan una vulnerabilidad aumentada para desarrollar infecciones nosocomiales (20-30%) y son especialmente susceptibles de ser colonizados y/o infectados por microorganismos multirresistentes (MMR).</p> <p>La Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC) en colaboración con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) han liderado dos proyectos dirigidos a disminuir las bacteriemias relacionadas con catéteres venosos centrales (Proyecto BZ) y las neumonías relacionadas con ventilación mecánica (Proyecto NZ) en las unidades de pacientes críticos que han permitido disminuir dichas infecciones a la mitad y que ha contribuido a disminuir el consumo de antimicrobianos para el tratamiento de infecciones adquiridas en UCI. El proyecto actual es continuidad de los anteriores y utiliza la estructura creada para su desarrollo.</p> <p>Objetivo del programa Resistencia 0, Reducir en un 20% los pacientes en los que se identifica uno o más MMR en las 48 horas siguientes a su ingreso en UCI</p> <p><b>PACTOS DE GESTION CON LAS UNIDADES ASISTENCIALES DEL SERVICIO RIOJANO DE SALUD EN 2016</b></p> <p>La experiencia piloto de autonomía de gestión se llevará a cabo en tres servicios de Especializada y en tres Zonas Básicas de Salud</p> <p>El seguimiento cuatrimestral así como la evaluación final anual se realizará por parte de las direcciones de Especializada y Primaria de manera conjunta y en cada ámbito con el Servicio de Planificación, Evaluación y Calidad dependiente de la Secretaría General Técnica.</p> <p><b>PLAN DE CONTINGENCIA ANTE SITUACIONES DE SATURACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIA HOSPITALARIA</b></p> <p>I.- COLABORACION CON SISTEMA SOCIOSANITARIO.</p> <p>II.- POTENCIACIÓN DE LA ATENCIÓN CONTINUADA DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA (CARPA)</p> <p>III.- REORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE ALTAS HOSPITALARIAS</p> <p>IV.- REVISION DE TODOS LOS INGRESOS HOSPITALARIOS URGENTES POR MEDICO VETERANO.</p> <p>NIVEL I APERTURA DE CONTROL DE HAD</p>
---



	<p>NIVEL II</p> <p>APERTURA DE PLANTA 4 C</p> <p>NIVEL III</p> <p>APERTURA DEL HOSPITAL DE DIA CON CAMAS DE OBSERVACIÓN</p> <p>NIVEL IV</p> <p>APERTURA DE PLANTA 2º IZDA HOSPITAL DE LA RIOJA.</p>

#### D. Indicadores

	<p>Los correspondientes al III Plan de Salud de La Rioja en su priorización de actividades de 2016.</p> <p><b>INDICADORES DEL PACTO DE GESTION CON LAS UNIDADES ASISTENCIALES</b></p> <p>Se estructuran en los siguientes apartados:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>1 – Accesibilidad:</li><li>2 – No desprogramación:</li><li>3 – Sostenibilidad:</li><li>4 – Calidad y satisfacción:</li><li>5 – Trabajo colaborativo entre niveles asistenciales.</li></ul>

#### E. Impacto de Género

	<p>No valorable.</p>
--	----------------------



<b>15.02</b>	<b>ATENCIÓN PRIMARIA</b>
--------------	--------------------------

<b>PROGRAMAS DE GASTO</b>	
<b>4121</b>	<b>ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD</b>
<b>4123</b>	<b>FORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO</b>



## **PRINCIPALES LINEAS DE ACTUACION EN EL AÑO 2016 DE ATENCIÓN PRIMARIA**

- 1- Desarrollo del III Plan de Salud.
- 2- Desarrollo de la Estrategia de Cronicidad.
- 3- Control del paciente polimedicado.
- 4- Pactos de gestión.
- 5- Movilidad del personal sanitario.
- 6- Cobertura Sanitaria a extranjeros sin autorización administrativa.



<b>PROGRAMA</b>	<b>4121</b>	<b>ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD</b>
-----------------	-------------	-----------------------------------

<b>ORGANO GESTOR RESPONSABLE</b>	
----------------------------------	--

### A. Descripción y Fines

	<p><b>1- Desarrollo del III Plan de Salud.</b></p> <p><b>2-</b> Implementación en el 2016 de las líneas estratégicas determinadas por los distintos grupos de trabajo y que se realicen o tengan repercusión en AP.</p> <p>Evaluación de las acciones llevadas a cabo durante el 2015.</p> <p><b>3- Desarrollo de la Estrategia de Cronicidad.</b></p> <p>-Creación de <b>grupos de expertos</b>: Realización de Planes Integrados de cuidados en las patologías crónicas más prevalentes: DM, IRC, EPOC, IC, Demencias.</p> <p>-<b>Interacción rápida AP-AE</b> mediante consultas no presenciales y sincronizadas. Establecer circuito e integración en HCE.</p> <p>-<b>Escuelas de pacientes</b> que promuevan el autocuidado y empoderamiento del paciente.</p> <p>-Formación de cuidadores a nivel individual y grupal.</p> <p>-Formación de Profesionales en hábitos saludables a través de la U. de Formación.</p> <p>- Formularios actualizados en HCE: dietas saludables, ejercicio según patología.</p> <p>- Promover <b>adherencia al tratamiento</b>. Test y formularios en HCE. Difundir acciones facilitadoras de adherencia a pacientes y cuidadores en charlas formativas y web.</p> <p>-<b>Desarrollo continuado del programa Gestor de Pacientes:</b></p> <p><b>Foro sanitario</b> para resolución de dudas on line entre profesionales AP-AH;</p> <p><b>Foro de pacientes</b> para resolución de dudas on line sobre cuidados o hábitos saludables de los pacientes a los profesionales de AP a través de web, apps,...</p>
--	--



**3- Control del paciente polimedificado.**

-Línea estratégica de Farmacia y AP :

\*Puesta en marcha de programas de Adherencia al tratamiento,

\* uso racional del medicamento y

\*conciliación de la medicación.

**4. Pactos de Gestión.**

Pactos de objetivos sanitarios de carácter anual con incentivos de carácter general.

**5- Movilidad del personal sanitario.**

Concurso de traslados para médicos y enfermeras con plaza en propiedad.

**6. Cobertura Sanitaria a extranjeros sin autorización administrativa.**

Estos usuarios tendrán acceso a la cartera común básica de servicios y a la prestación farmacéutica que de ella se derive, en las mismas condiciones que el resto de los usuarios del Sistema Nacional de Salud. Se les entregará documento acreditativo de la prestación sanitaria.



## B. Objetivos

- Ofrecer a todos los ciudadanos una Atención Sanitaria de calidad con profesionales formados y actualizados en los avances de la medicina que tengan a su disposición las herramientas necesarias para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.
- Promover la prevención de enfermedades y los hábitos vida saludable.
- Implicación del paciente crónico en su autocuidado.
- Impulsar la estabilidad laboral de los profesionales de AP y garantizar la cobertura de las jubilaciones.

## C. Actividades

- Puesta en común con los profesionales de AP de los protocolos y trabajo elaborado en el Desarrollo de la Estrategia de cronicidad.
- Colaboración en la formación de pacientes y cuidadores por los profesionales AP-AH.
- Implicación de AP en las actividades que se desarrollen por el III Plan de Salud.
- Elaboración de **objetivos generales** en coordinación con los profesionales de AP.





## D. Indicadores

- Frecuentación a urgencias y Consultas externas.
- Reingresos hospitalarios e intervalos entre reingresos.
- Número de protocolos y guías clínicas sobre las patologías priorizadas.
- Número de actividades contempladas en el III Plan de Salud implementadas en éste período.
- Numero de derivaciones de AP a AH.
- Uso del gestor de pacientes por los profesionales AP.
- Número de pacientes en los que se ha estratificado su riesgo de enfermedad
- Número de pacientes a los que se les ha aplicado el protocolo de paciente polimedicado.
- Objetivos generales indicadores:**
- \* Accesibilidad:
  - Atención en el día de la consulta a demanda.
  - Atención en el día de los avisos domiciliarios.
  - Consejo Sanitario
  - Programa de crónicos.
- \* Sostenibilidad: Objetivo centinela. Ej. Gasto farmacia-no incremento o reducción.
- \*Calidad y Satisfacción: Encuesta de satisfacción. Fijar índices y objetivos.
- \*Trabajo colaborativo entre niveles asistenciales.
  - o Puesta en marcha de nuevas modalidades asistenciales entre Primaria y Especializada como la interconsulta y consulta no presencial y la consulta sincronizada.
  - o Puesta en marcha de protocolos de manejo de patologías más prevalentes y susceptibles de mejora a través del trabajo colaborativo entre niveles asistenciales: puesta en marcha anualmente de dos nuevos protocolos de manejo coordinado entre niveles.
  - o perfiles de patologías identificadas como prioritarias (insuficiencia cardiaca, EPOC, etc.)



	<p><b>PONDERACION Y EVALUACION</b></p> <p>Para cada unidad asistencial se establecerán en el último trimestre de 2016 los pactos correspondientes tanto en el modelo estándar como en los de la experiencia piloto para que entren en vigor desde el 1 de enero de 2016 y con vigencia hasta el 31 de diciembre de 2016.</p> <p>Se realizará un seguimiento cuatrimestral de los mismos realizándose la evaluación final dentro del primer trimestres del ejercicio siguiente.</p> <p>La ponderación de cada uno de los apartados será la siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Accesibilidad: 40%</li><li>- No desprogramación: 10%</li><li>- Sostenibilidad: 15%</li><li>- Calidad y satisfacción: 20%</li><li>- Trabajo colaborativo: 15%</li></ul> <p>Será necesario para superar la evaluación que se alcance al menos el 50% del objetivo en cada uno de los apartados y, en su conjunto, el 70% del global.</p> <p><b>INCENTIVOS</b></p> <p>La propia carrera profesional siendo empleado en la evaluación del cumplimiento de objetivos asistenciales de la misma y, además la aplicación de las dotaciones que puedan existir en el presupuesto como productividad variable.</p>
--	--

<b>E. Impacto de Género</b>	
	No valorable



<b>PROGRAMA</b>	<b>4123</b>	<b>FORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO</b>
-----------------	-------------	---

<b>ORGANO GESTOR RESPONSABLE</b>	
----------------------------------	--

### **A. Descripción y Fines**

	<p>-Sesiones clínicas y cursos de formación en los Centros de Salud: se desarrollan diversas actividades dirigidas a los profesionales en aspectos específicos que influyen en la atención sanitaria.</p> <p>-A través de la Unidad de Formación de temas de interés principalmente para el manejo integrado del paciente crónico.</p>
--	--

### **B. Objetivos**

	<p>-Mejorar y actualizar al personal sanitario los conocimientos y métodos diagnósticos necesarios para la práctica clínica habitual.</p>
--	---

### **C. Actividades**

--	--



<b>D. Indicadores</b>

<b>E. Impacto de Género</b>

	No valorable
--	--------------



<b>15.03</b>	<b>CENTRO ASISTENCIAL DE ALBELDA</b>
--------------	--------------------------------------

<b>PROGRAMA DE GASTO</b>	
<b>4122</b>	<b>ATENCION ESPECIALIZADA</b>



## **PRINCIPALES LINEAS DE ACTUACION EN EL AÑO 2016 DEL CENTRO ASISTENCIAL DE ALBELDA**

- Desarrollar programas de rehabilitación en la Unidad de Larga Estancia.
- Potenciar el desarrollo de programas socio-sanitarios de gran importancia dentro de la asistencia en Salud Mental, en el Servicio Riojano de Salud.
- Potenciar la Unidad Geronto-psiquiátrica como un dispositivo específico para pacientes con patología mental en edad avanzada con programas diferenciados para este tipo de pacientes.
- Mantener la Unidad residencial de enfermos mentales dentro de un programa socio-sanitario.
- Aumento de la actividad de Terapia Ocupacional.



<b>PROGRAMA</b>	<b>4122</b>	<b>ATENCION ESPECIALIZADA</b>
-----------------	-------------	-------------------------------

<b>ORGANO GESTOR RESPONSABLE</b>	
----------------------------------	--

<b>A. Descripción y Fines</b>	
	<p><b>CENTRO ASISTENCIAL DE ALBELDA</b></p> <p>Dispositivo sanitario dotado de los recursos sanitarios para llevar a cabo programas terapéuticos y rehabilitadores.</p> <p>1.- Unidad de Larga Estancia Desarrollar programas de alternativa a la hospitalización, diferenciando programas de alta contención y programas de transición a la Comunidad.</p> <p>2.- Desarrollar Programas Intensivos de Rehabilitación.</p> <p>3.- Desarrollar programas asistenciales para pacientes de La Rioja con patología mental, que en la actualidad están ingresados en otros centros de fuera de nuestra Comunidad; con objeto de evitar el desarraigo y el distanciamiento de su familia, así como facilitar la vuelta a su medio.</p> <p>4.- Aumento de actividad de Terapia Ocupacional.</p> <p><b>UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE HOSPITAL SAN PEDRO</b></p> <p>Unidad de diagnóstico y tratamiento principalmente psicofarmacológico de procesos agudos de pacientes con trastorno mental.</p> <p>Desarrollar dentro del programa de atención a las conductas adictivas los procesos específicos de desintoxicación hospitalaria de alcohol, cocaína, opiáceos y otras sustancias adictivas.</p> <p>Dar soporte asistencial de atención en Salud Mental al resto de Servicios de Hospitalización del Hospital San Pedro mediante el programa de Psiquiatría de enlace e Interconsulta.</p> <p>Desarrollar programas específicos de Atención a la Hospitalización Psiquiátrica de los menores de 18 años en camas específicas y diferenciadas que esta Unidad posee para los menores de edad.</p> <p>Atención a las Urgencias Psiquiátricas de toda el Área de Salud de La Rioja durante las 24 h.</p> <p>Desarrollar un protocolo de Prevención del Suicidio en los Servicios de Urgencias.</p>



**UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA Y REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL DE LA RIOJA.**

Dispositivo asistencial de hospitalización de Media Estancia de pacientes psiquiátricos que necesitan continuidad de atención y la necesidad de desarrollar programas asistenciales, principalmente de Rehabilitación. Desarrollar protocolos de ingreso en esta Unidad que mejoren la eficiencia asistencial promoviendo el acceso directo a esta Unidad a través de las Unidades de Salud Mental, evitando el pasar por la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital San Pedro.

**Desarrollar un proceso asistencial de implantación de una Hospitalización parcial (Hospital de Día):**

- programas alternativos al internamiento,
- programas intensivos de asistencia que sobrepasen a los programas de Atención en las Unidades de Salud Mental comunitaria;
- programas de atención específica a los procesos psicóticos incipientes
- programas de atención a los trastornos de personalidad grave, principalmente el trastorno límite de personalidad.

**Implantar el programa de Atención integral individual que facilite la continuidad de cuidados en la Comunidad:**

- Implementar la figura del coordinador de cuidados de Atención Comunitaria, recayendo la labor principal en una D.U.E. especialista en Salud Mental.

**UNIDADES DE SALUD MENTAL COMUNITARIA.**

- Desarrollar y pone en marcha proceso asistencial de Psiquiatría menor con la vinculación que conlleva para la asistencia en salud mental por parte de A.P., y evitar la variabilidad clínica en la asistencia de las diferentes Unidades de Salud Mental del Área.
- Desarrollar los Programas asistenciales de Atención a las conductas adictivas.
- Desarrollar el Programa de Atención Integral para la continuidad de cuidados en colaboración con otros dispositivos implicados

**UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL.**

- Desarrollo de programas de atención a la infancia y a la adolescencia con programas específicos con Trastornos de Déficit de Atención(TDH), Trastorno Conducta Alimentaria (TCA),
- Implantar programas y guías terapéuticas con Pediatría.
- Dar soporte asistencial a dispositivos específicos en trastornos del desarrollo (Autismo).
- Implantar programas de intervención con familias
- Implantar programas de intervención con educación.
- Implantar una consulta ambulatoria de alta intensidad, equivalente a un Hospital de día Infantil.





## B. Objetivos

- Dar asistencia al paciente con patología mental en cada dispositivo de una manera más eficiente.
- Evitar la institucionalización de personas, en la manera que sea posible
- Favorecer la asistencia del paciente psiquiátrico en la Comunidad.
- Conseguir que la atención al paciente psiquiátrico esté realmente orientada a los pacientes y a sus familiares, potenciando un modelo de intervención activo.
- Reducir los tiempos de hospitalización en Unidad de Corta Estancia infanto juvenil.

## C. Actividades

- Atención psiquiátrica continuada: valoración psicopatológica y repercusión en su funcionamiento psicosocial. Tratamientos farmacológicos, valoración de efectos terapéuticos y secundarios.
- Atención psicológica: evaluación de capacidades y funcionamiento neuropsicológico. Tratamientos psicológicos individuales y grupales.
- Atención médica: supervisión del estado de salud general del paciente y tratamiento de la patología orgánica.
- Atención social: evaluación de la situación sociofamiliar. Movilización de los recursos necesarios para la reinserción social. Coordinación con los servicios sociales.
- Atención a los familiares:
  - Información continuada sobre la situación evolutiva del paciente
  - Conseguir acuerdos y participación de la toma de decisiones
- Atención de enfermería:
  - Participación en actividades terapéuticas
  - Atención permanente a las necesidades del paciente en el ámbito de su responsabilidad.
  - Contribuir con un plan de cuidados de enfermería específico en el plan terapéutico individual de cada paciente



#### D. Indicadores

	<p>Tasas de incidencia y prevalencia de enfermedades mentales según diagnóstico.</p> <p>Razón de pacientes con plante terapéutico individual.</p> <p>Número de Programas de Rehabilitación instaurados en los diferentes procesos asistenciales.</p>
--	--

#### E. Impacto de Género

	<p>No valorable</p>
--	---------------------