



**SERVICIO RIOJANO DE SALUD**

<b>15.01</b>	<b>COMPLEJO HOSPITALARIO Y 061</b>
--------------	------------------------------------

<b>PROGRAMAS DE GASTO</b>	
---------------------------	--

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

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



**PRINCIPALES LINEAS DE ACTUACIÓN EN EL AÑO 2015 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>Identificación de los FEA capaces de liderar grupos de trabajo independientemente de que tengan o no responsabilidad en el Servicio. Formación de comisiones interdisciplinarias de procesos clínicos. En base a la evidencia científica, establecer los valores (standard) de mayor relevancia conceptual y metodológica. Elaboración y puesta en funcionamiento de Guías de Práctica Clínica. Normas técnicas sanitarias de aplicación en Hospital. Protocolos de referencia. Identificar las acciones, recursos materiales y humanos de idéntico propósito y finalidad entre los diferentes centros pertenecientes al Sistema Público de Salud de la Rioja.</p>

<b>B. Objetivos</b>	
	<p>Optimizar los recursos humanos y materiales en la gestión de los diferentes procesos nosológicos a fin lograr una mayor eficiencia y eficacia en la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población.</p> <p>Eliminar duplicidades y promover sinergias en acciones, recursos humanos y materiales de idéntico fin y propósito entre los diferentes centros pertenecientes al Sistema Público de Salud de la Rioja.</p>



### C. Actividades

	<p>Guías Clínicas elaboradas, seguidas y revisadas periódicamente.</p> <p>-Disminución del número de hospitalizaciones evitables potenciando el Servicio de Hospitalización a Domicilio.</p> <p>- Participación de Especialistas del Hospital San Pedro en la unificación de los protocolos en la atención a las patologías definidas en la Estrategia de Crónicos de La Rioja.</p> <p>- Actividades de mejora en la coordinación entre niveles asistenciales y personal sanitario de Residencias de Tercera Edad.</p> <p>-Radiología: Incremento de las exploraciones en torno a un 15% de media, con un mayor incremento en TAC y RM.</p> <p>-Medicina Nuclear: Incremento de las exploraciones en torno a un 15% de media, con un mayor incremento en PET-TAC. Puesta En funcionamiento para ello de estaciones de trabajo multimodalidad para PET-TAC.</p> <p>- Unidad especializada de atención Hospitalaria al paciente respiratorio. Unidad de monitorización respiratoria orientada al tratamiento de la insuficiencia respiratoria crónica agudizada</p>
--	---

### D. Indicadores

	<p>Guías Clínicas elaboradas, seguidas y revisadas periódicamente.</p> <p>Índice de frecuentación por patología.</p> <p>Estancia media por Servicio.</p> <p>Evolución del gasto farmacéutico.</p> <p>Estadísticas de incidencia (según CIE) prevalencia y supervivencia</p>
--	---

### E. Impacto de Género

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



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

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

<b>A. Descripción y Fines</b>	
	<p>Continuar con los programas de formación de Médicos Internos Residentes en las Especialidades Médicas ya existentes.</p> <p>Propiciar los cursos de formación.</p> <p>Incentivar la formación complementaria de los FEAs en centros de referencia.</p> <p>Fomentar la Investigación Clínica y la realización de Tesis Doctorales en el ámbito del SERIS.</p>

<b>B. Objetivos</b>	
	<p>Capacitar al FEA en los procedimientos o técnicas que desconozca o no domine.</p> <p>Formación de Médicos Especialistas.</p> <p>Regular la Investigación Clínica.</p> <p>Incrementar el número de FEAs con Título de Doctor.</p>



--	--

### C. Actividades

	Cursos, seminarios, clases, conferencias, tutorías, etc.
--	--

### D. Indicadores

	Los correspondientes según actividad y elaborados en colaboración con las Unidades de Docencia y de Formación.
--	--

### E. Impacto de Género

	No valorable.
--	---------------



<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 2015 DE ATENCIÓN PRIMARIA**

- 1- Elaboración y desarrollo del III Plan de Salud.
- 2- Elaboración y desarrollo de la Estrategia de .Atención al paciente Crónico
- 3- Potenciación del control del paciente polimedicado.





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

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

<b>A. Descripción y Fines</b>	
	<p><b>1- Elaboración y desarrollo del III Plan de Salud.</b></p> <p>Elaboración del III Plan de Salud mediante la participación del mayor número de profesionales de Atención Primaria y con la actualización de Documentos de Práctica clínica diaria.</p> <p>Se priorizan aquellas patologías especialmente prevalentes y con mayor trascendencia en la población, como son las enfermedades cardiovasculares, EPOC y Diabetes mellitus.</p> <p>Los documentos se incorporarán a la plataforma Selene para su perfecta integración como herramienta de trabajo en la Historia Clínica electrónica.</p> <p><b>2- Elaboración y desarrollo de la Estrategia de Atención al paciente Crónico.</b></p> <p>Elaboración y puesta en marcha de un programa que integra la Atención al paciente Crónico. Se elaboran protocolos consensuados entre atención primaria y atención especializada para el manejo y derivación de pacientes crónicos con las patologías más frecuentes: HTA, EPOC, IRC- Insuficiencia Renal Crónica, DM-Diabetes Mellitus.</p> <p>Estratificación de la Pirámide Poblacional. Se implementan herramientas en la Historia Clínica electrónica tanto de sistemas ágiles de interconsultas que facilitan la atención el Centro de Salud de estos pacientes como del Programa Gestor de Cupos que proporciona una información diaria, y actualizada de los pacientes crónicos en cuanto a múltiples variables determinadas por los profesionales que ayuda a su manejo e intervención precoz.</p> <p><b>3- Potenciación del control del paciente polimedcado</b></p> <p>En el ámbito de control del Paciente Crónico, pero más allá de este, el paciente polimedcado es un problema clínico como de gestión, Se cuenta con la colaboración del Servicio de Farmacia y el despliegue de Receta clínica electrónica tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada que ayuda a realizar un control más exhaustivo de estos pacientes.</p>



### B. Objetivos

Mejorar el nivel de salud de la población de la Rioja de una manera más eficiente resolviendo sus problemas sanitarios mediante la adecuada integración de los dispositivos asistenciales existentes en el Área, con especial énfasis en el control del gasto y centrando toda la actividad en el usuario del sistema.

### C. Actividades

- Realización y puesta en conocimiento de los profesionales de los documentos que sustentan el trabajo diario en aquellas patologías priorizadas en el Plan de Salud
- Identificación de líderes en los distintos ámbitos y creación de grupos de trabajo para la creación y posterior implantación de guías de práctica clínica.
- Poner en marcha las medidas contenidas en el documento sobre control adecuado de los pacientes crónicos, con la estratificación de riesgos que permita diferenciar los pacientes más sensibles de cada grupo

### D. Indicadores

- Número de protocolos y guías clínicas sobre las patologías priorizadas.
- Número de actividades contempladas en el III Plan de Salud implementadas en éste período.
- Existencia de documento sobre gestión de pacientes crónicos en 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



<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>	
----------------------------------	--

<b>A. Descripción y Fines</b>	
	A través de la realización de sesiones clínicas y de 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.

<b>B. Objetivos</b>	
	Mejorar y actualizar al personal de la sanitario los conocimientos y métodos diagnósticos necesarios en la práctica clínica habitual

<b>C. Actividades</b>	



<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 2015 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.



<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 diferenciado 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, y evitar el desarraigo, el distanciamiento de su familia y facilitar la vuelta a su medio.</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>



**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, - 16 - 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.





## 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.

## 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. Razón de pacientes con plante terapéutico individual. Número de Programas de Rehabilitación instaurados en los diferentes procesos asistenciales.</p>
--	--

#### **E. Impacto de Género**

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