

Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2013 Extremadura



ESTRATEGIAS Y MEDIDAS LLEVADAS A CABO
POR LA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN 2013
PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD, LA
EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y EN TÉRMINOS
GLOBALES LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA
SANITARIO

Índice

Demografía y entorno económico	3
Resumen	4
Estrategias y medidas llevadas a cabo en el año 2013.....	5
1 Programa de Atención Sanitaria de seguimiento en la Comunidad Autónoma de Extremadura (PASCAEX)	5
1.1 Finalidad del PASCAEX.....	5
1.2 Normativa del PASCAEX	5
1.3 Requisitos para la inclusión en el PASCAEX	5
1.4 Documento acreditativo del PASCAEX	6
1.5 Elaboración y desarrollo del PASCAEX en Extremadura.....	6
2 Implantación de un programa para detectar el cumplimiento del tratamiento farmacológico por parte del paciente	7
2.1 Objetivos.....	8
3 Implantación de un sistema de topes automáticos del porcentaje de aportación en tratamientos crónicos.....	12
4 Plan de renovación tecnológica del SES 2013-2020	13
4.1 Análisis de la situación actual.....	14
4.2 Estimación de la vida útil real	14
4.3 Ajuste de precios por evolución de mercado	14
4.4 Contratos de mantenimiento existentes.....	14
4.5 Negociación con las empresas de los contratos en vigor	14
4.6 Resultados	15
5 Actividad de educación para la salud frente a la obesidad infantil y juvenil	15
5.1 Objetivos.....	15
5.2 Metodología.....	15
5.3 Evaluación y resultados.....	16
6 Procedimiento de control oficial de equipos de enfriamiento evaporativo	17
6.1 Metodología del Procedimiento.....	17
6.2 Resultados	18
7 Protocolo de atención al niño/a y al adolescente con diabetes en la escuela ⁽⁸⁾	19
7.1 Objetivos.....	19

7.2	Metodología.....	19
7.3	Evaluación y resultados.....	20
8	Proyecto operación salud	21
8.1	Objetivos.....	21
8.2	Metodología.....	22
8.3	Evaluación y resultados del año 2013	22
9	Programa ciudades saludables y sostenibles	22
9.1	Objetivos.....	23
9.2	Metodología.....	23
9.3	Evaluación y resultados del año 2013	23
10	Bibliografía.....	29
	Índice de tablas.....	25
	Índice de gráficos	26
	Abreviaturas, acrónimos y siglas	27

Demografía y entorno económico

	Extremadura	España	Fuente
Población	1.098.248	46.593.236	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Hombres	49,7	49,2	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Mujeres	50,2	50,8	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Población de 14 años y menos	14,3	15,2	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 15 a 64 años	66,2	66,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 65 años y más	19,4	17,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
Tasa bruta de natalidad por 1.000 hab.	8,1	9,1	INE- Estadísticas Movimiento Natural de la población Nacimientos. 2013
Gasto sanitario público como % del PIB	9,5	5,8	MSSI- Estadística Gasto Sanitario Público 2012 (el 7,9% no se recoge territorializado)

*Elaborado por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*

Resumen

La necesidad de consolidar una reforma estructural del SNS, dotándolo de solvencia y viabilidad, ha marcado las principales líneas de actuación en Extremadura, todo ello condicionado por cuestiones tan importantes como el envejecimiento poblacional, la enfermedad crónica o el desarrollo de las Tecnologías sanitarias y las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC).

Desde Extremadura estamos convencidos que las TIC conformarán el núcleo más importante sobre el que se vertebrará el sistema, por lo que esta Comunidad ha contribuido de manera muy importante en el desarrollo de medidas como la receta electrónica, la historia clínica electrónica interoperable o la base de datos común para la tarjeta sanitaria en el SNS, y sobre las que ha podido implementar otras como el Programa para detectar el cumplimiento del tratamiento farmacológico o la implantación del Sistema de topes automáticos de aportación en tratamientos crónicos. También es importante el Plan de Renovación Tecnológica del SES iniciado en 2013.

Además, Comunidad Autónoma de Extremadura (CAE) ha facilitado el desarrollo de actuaciones con incidencia directa en la prevención, asistencia, conocimiento y responsabilidad de los ciudadanos con su salud y con el sistema, como el PASCAEX, el Protocolo de atención al niño y al adolescente con diabetes en la escuela y otras medidas descritas, con las que se pretende apuntalar las bases para futuros logros, encaminados a la mejora del sistema y de la salud de las personas.

Finalmente nos gustaría destacar una serie de medidas normativas, desarrolladas durante 2013 y que darán fruto en próximos ejercicios, como la Ley 3/2013, de 21 de mayo, de renta básica extremeña de inserción, o los Decretos: 24/2013, que actualiza el calendario de vacunaciones; 34/2013, que regula la Comisión Permanente para la erradicación de la Violencia de Género en Extremadura; 52/2013, que regula el Consejo Asesor para la Diabetes; y 83/2013, que crea la Oficina Extremeña de Seguridad Alimentaria.

1. Programa de Atención Sanitaria de seguimiento en la Comunidad Autónoma de Extremadura (PASCAEX)

El Programa de Atención Sanitaria de Seguimiento en la Comunidad Autónoma de Extremadura (PASCAEX), es un programa social de Salud Pública que incluye una serie de prestaciones sanitarias equiparables a las de la población extremeña, dirigido a aquellas personas, específicamente extranjeros en situación irregular, que son excluidas del ámbito de aplicación de la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos a través del Sistema Nacional de Salud (SNS) por no tener la condición de asegurados ni de beneficiarios del mismo, y que no tengan acceso a un sistema de protección sanitaria pública en España, ni puedan exportar el derecho desde el país de procedencia, si fuera el caso, ni puedan suscribir un convenio especial.

1.1. Finalidad del PASCAEX

La finalidad de este Programa en Extremadura es doble:

- Por un lado pretende poner remedio a la falta de cobertura sanitaria continuada de carácter público que afecta a los extranjeros en situación irregular.
- Además, intenta prevenir la aparición de enfermedades en este grupo de personas, así como la propagación de aquéllas entre la población residente, promoviendo de esta manera la Salud Pública en la Comunidad Autónoma.

1.2. Normativa del PASCAEX

El PASCAEX es regulado y procedimentado a través de la Instrucción Conjunta nº 1 de 15 de julio de 2013, de la Dirección Gerencia del SES y de la Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la Consejería de Salud y Política Social, sobre creación y aplicación del PASCAEX [\(1\)](#).

Esta Instrucción constituye la respuesta normativa a la Resolución 72/VIII del Pleno de la Asamblea de Extremadura, en sesión celebrada el día 25 de octubre de 2012, en la que insta al Gobierno de Extremadura a facilitar algún tipo de tarjeta provisional u otro documento identificativo, temporal y renovable que garantice la cobertura sanitaria a la población inmigrante de Extremadura.

1.3. Requisitos para la inclusión en el PASCAEX

Los requisitos para la inclusión en el PASCAEX son los siguientes:

- Ser mayor de edad.
- Estar empadronado en un ayuntamiento de Extremadura, con una antigüedad igual o mayor a 6 meses, de forma continua o discontinua.

- No disponer de ingresos, en España o en su país de origen o procedencia, superiores, en cómputo anual, al indicador público de renta de efectos múltiples (IPREM).
- No tener derecho a la condición de asegurado ni de beneficiario reconocido por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) o, en su caso, por el Instituto Social de la Marina (ISM), de acuerdo a lo recogido en el Real Decreto-ley (RDL) 16/2012^(a2) y el Real Decreto (RD) 1192/2012^(a3).
- No tener suscrito un convenio especial para recibir asistencia sanitaria, de acuerdo a lo recogido en el RDL 16/2012 y el RD 1192/2012, ni poder exportar el derecho a la asistencia sanitaria desde el país de origen o procedencia.

1.4. Documento acreditativo del PASCAEX

La inclusión de una persona en el PASCAEX conlleva la emisión, por parte de la Consejería de Salud y Política Sociosanitaria, de un documento acreditativo, personal e intransferible, cuya presentación es necesaria para acceder a prestaciones sanitarias de carácter público equiparables a las de la población residente.

Este documento tiene una validez máxima de un año, y es renovable mientras se mantengan las circunstancias personales que dieron lugar a la inclusión en el PASCAEX.

1.5. Elaboración y desarrollo del PASCAEX en Extremadura

Para la elaboración de este Programa, la Consejería de Salud y Política Sociosanitaria mantuvo diferentes reuniones con los representantes de las distintas asociaciones y entidades que trabajan de forma directa con los colectivos de inmigrantes, para escuchar sus propuestas y poder así desarrollar un Programa consensuado.

Asimismo, la Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo informó del Programa que se iba a poner en marcha a las dos Subdelegadas del Gobierno en Extremadura.

Finalmente, la puesta en marcha del PASCAEX se produjo el 15 de julio de 2013. A partir de esta fecha, un total de 36 ciudadanos presentaron sus solicitudes para ser incluidos en el Programa durante el resto del año 2013.

Tabla 1.1. Solicitudes de inclusión en el PASCAEX. Del 15 de julio al 31 de diciembre de 2013

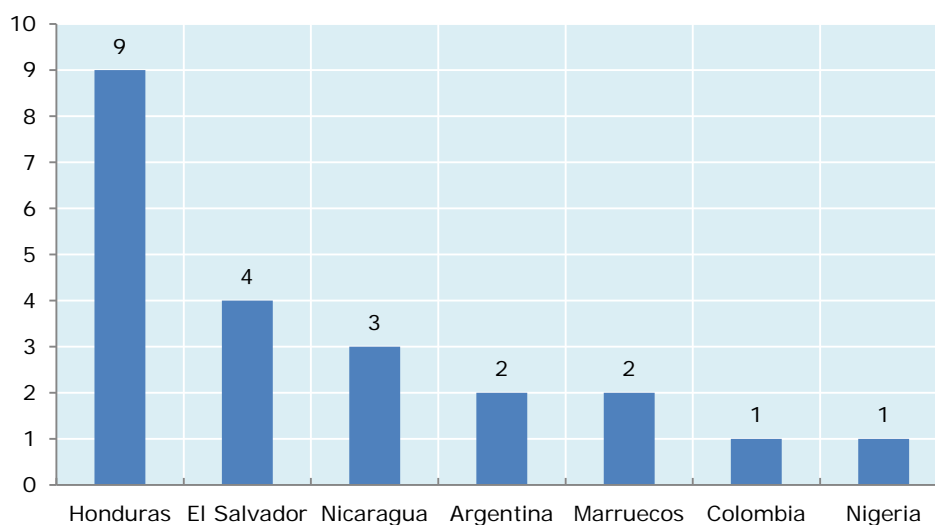
Tramitación final de las solicitudes presentadas	Número de solicitudes
Solicitudes dadas de alta en el PASCAEX	22
Solicitudes excluidas ^(*)	7
Solicitudes pendientes de recibir documentación ^(**)	7
Total de solicitudes presentadas	36

Observaciones: ^(*) Excluidas por no cumplir los requisitos o tener derecho a la asistencia sanitaria por otra vía. ^(**) No continuaron con la tramitación del expediente.
 Fuente: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo. Consejería de Salud y Política Sociosanitaria del Gobierno de Extremadura. Año 2013.

Como se puede observar, el número total de solicitudes en 2013 fue relativamente bajo, debido a lo reciente de la puesta en marcha del Programa y a que no se cumplió el ejercicio completo. Por estos motivos, se espera un incremento significativo de las solicitudes de inclusión para 2014.

La mayoría de solicitudes (61%) fueron tramitadas adecuadamente y fueron dadas de alta en el PASCAEX. El resto de ellas (39%) no fueron dadas de alta: la mitad fueron excluidas y la otra mitad no completaron la tramitación de la solicitud.

Gráfico 1.1. Países de origen de los ciudadanos inmigrantes dados de alta en el PASCAEX. Del 15 de julio al 31 de diciembre de 2013



Fuente: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo. Consejería de Salud y Política Sociosanitaria del Gobierno de Extremadura. Año 2013.

Se aprecia una mayoría de ciudadanos procedentes de países hispanoamericanos (19 en total), con una pequeña presencia de inmigrantes originarios de naciones africanas (3 en total).

2. Implantación de un programa para detectar el cumplimiento del tratamiento farmacológico por parte del paciente

Los avances en las TIC han permitido nuevas oportunidades en el manejo de herramientas estandarizadas e interoperables, que permiten mejorar la accesibilidad al tratamiento a los sanitarios y la gestión global del mismo.

Dentro de este ámbito, la Comunidad Autónoma de Extremadura destaca en la implantación de los proyectos técnicos de tarjeta sanitaria e Historia Clínica Digital (HCD) en el SNS, así como en el pilotaje de la interoperabilidad de la receta electrónica.

En Extremadura se ha desarrollado un programa de detección de pacientes con falta de adherencia al tratamiento con el objetivo de identificar el grado de cumplimiento que el usuario hace de las instrucciones del médico a la hora de tomar la medicación que le ha sido prescrita, garantizando así su seguridad y fomentando un buen uso de los medicamentos.

Esta línea de trabajo permite comprobar el nivel de adherencia del paciente a su tratamiento farmacológico, detectando aquellos que no han sido dispensados en las oficinas de farmacia, quedando registrado en la historia clínica electrónica del mismo, lo que facilita que el facultativo pueda actuar de una manera más eficiente en favor del usuario.

La puesta en marcha de este programa ha permitido identificar un número total superior a las 700.000 recetas electrónicas que no habían sido dispensadas por las oficinas de farmacia.

2.1. Objetivos

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) viene trabajando en múltiples campañas, planes y estrategias dirigidas a la seguridad del paciente que abogan por el uso racional del medicamento.

La aplicación de las TIC al mundo sanitario, con la implantación de la Historia Clínica Electrónica única con un módulo farmacoterapéutico interoperable, han permitido importantes avances en la disponibilidad inmediata de información fiable que posibilita conocer, medir y analizar el alcance de las medidas de gestión con respecto al uso racional del medicamento, a la seguridad del paciente y a todas aquellas actuaciones dirigidas a la eficiencia.

El objetivo general de este Programa debe ser que todos los ciudadanos continúen teniendo acceso a los medicamentos que necesiten, cuándo y dónde precisen, en condiciones de efectividad y seguridad.

Como objetivos específicos del Programa destacan los siguientes:

2.1.1. Seguridad al paciente

La prestación farmacéutica comprende los medicamentos y productos sanitarios, así como el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban y utilicen de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales y durante el período de tiempo adecuado; todo ello, con la información para su uso correcto y al menor coste posible.

Con el uso de este programa informático se consigue:

- Potenciar la eficacia y eficiencia del tratamiento farmacológico, mejorando la adherencia al mismo y fortaleciendo los mecanismos de autocontrol de los pacientes para, de este modo, conseguir maximizar los logros terapéuticos.
- Concienciar a los pacientes sobre la importancia de tomar los medicamentos que les prescribe su médico, fomentando el uso responsable de la medicación y evitando el abandono prematuro del tratamiento y su uso incorrecto.
- Comprometer al paciente con su tratamiento, no sólo en el aspecto del cumplimiento, sino también que adopten una actitud proactiva y positiva frente a él.

2.1.2. Historia Clínica Electrónica única e interoperable

La aplicación permite que todos los pacientes del SES posean una Historia Clínica Farmacológica única, accesible y compartida por todos los profesionales sanitarios.

Dentro de la Historia Clínica Electrónica, el área farmacológica incorpora todas las prescripciones realizadas al paciente por cualquier facultativo independientemente del ámbito; es decir, ya se realicen desde Atención Primaria o desde Atención Especializada.

La Historia Clínica Electrónica permite que los profesionales sanitarios puedan realizar un mejor seguimiento del tratamiento y de las dispensaciones de los mismos (recetas que el paciente ha retirado de la oficina de farmacia o programadas para una dispensación futura).

2.1.3. Implicación de todos los colectivos

Este programa es multidisciplinar, implicando a profesionales de distintos niveles asistenciales y al personal de las oficinas de farmacia. Todo ello redundará en una mayor implicación en el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes, que aporta una mayor calidad de la atención farmacéutica, más seguridad del paciente y una mayor adherencia a los tratamientos. La implantación de este sistema facilita que los pacientes con falta de adherencia al tratamiento sean informados en la farmacia acerca de la necesidad de acudir a su médico para revisar los medicamentos que tiene prescritos, para que éste determine si debe darles continuidad o, por el contrario, debe modificar la prescripción.

2.1.4. Seguimiento integral del tratamiento

Cuando el profesional sanitario accede al módulo de prescripción de un paciente, el sistema automáticamente visualiza en pantalla todos los tratamientos que tiene dicho paciente, tanto los que ha retirado de la oficina de farmacia como los que están pendientes de dispensación. Esta información le permite conocer y controlar cuál es la adherencia del paciente a sus tratamientos, permitiéndole interactuar con él de una manera más adecuada en función del grado de adherencia detectado.

Igualmente esta información ayudará a determinar si la evolución negativa de la patología del paciente puede ser debida a una falta de cumplimiento o bien puede haber otros factores asociados.

2.1.5. Evaluación periódica

Las actuaciones seguidas en los últimos años en este ámbito han permitido importantes avances, aunque suelen adolecer de limitaciones derivadas de las dificultades para medir los resultados de las mismas.

Para garantizar el adecuado seguimiento del tratamiento farmacoterapéutico y la mejora progresiva del servicio, es necesario evaluar la práctica realizada con herramientas que permitan la explotación sencilla de los datos.

Además de detectar la falta de adherencia al tratamiento, esta herramienta permite llevar a cabo una evaluación completa y continua por parte de los gestores sanitarios, ya que reporta información acerca de:

- Número de tratamientos identificados como falta de adherencia.
- Grupos de medicamentos en los que hay mayor abandono del tratamiento.
- Patologías asociadas a los pacientes.
- Zonas geográficas de mayor incidencia.
- Información de niveles de adherencia por facultativo.
- Meses o periodos estacionales con menor grado de adherencia a los tratamientos.
- Características de los pacientes (sexo, tramos de edad, tipo de aportación, ...).
- Derivaciones hospitalarias.
- Solicitud de pruebas diagnósticas.
- Atenciones en urgencias.
- Hospitalizaciones.

2.1.6. Ahorro de costes sanitarios

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que cerca del 50% de los medicamentos no se toman correctamente, bien porque se prescriben o dispensan de forma inapropiada, o bien porque los pacientes los toman incorrectamente o no reciben el fármaco correcto o en sus dosis establecidas ⁽⁴⁾.

Todas estas circunstancias ejemplifican el hecho de que los medicamentos no siempre se utilizan de una forma óptima, lo que resulta en una significativa pérdida de salud y en un incremento de los gastos en asistencia sanitaria.

El incumplimiento terapéutico no sólo representa un importante riesgo para la salud, sino que también tiene un elevado impacto económico para el sistema sanitario hasta el punto de suponer un tercio de los gastos hospitalarios motivado por más ingresos hospitalarios, mayor utilización de los servicios de urgencia, necesidad de nuevas visitas médicas para reajustar los tratamientos, pruebas complementarias y afectar de manera sensible a la calidad de vida del paciente.

2.1.7. Método

Extremadura es una de las primeras Comunidades Autónomas que desarrolló la receta electrónica, finalizando su implantación en abril de 2009. La implantación de la receta electrónica en los 16 centros hospitalarios y los 415 consultorios de Atención Primaria de las 112 Zonas de Salud en funcionamiento, junto a la integración en tiempo real con las 676 oficinas de farmacia, han permitido desarrollar sistemas de control de las recetas dispensadas y que éstas queden reflejadas en la historia clínica del paciente.

El proceso se inicia con una prescripción en formato electrónico; es decir, el facultativo establece un tratamiento al paciente y el sistema, en función del tamaño del envase, la duración y la posología pautaada, genera las recetas necesarias para el cumplimiento del mismo.

Cuando el paciente acude a la oficina de farmacia para retirar una receta, el sistema le muestra al farmacéutico la receta programada que está disponible en esa fecha, permitiéndole su dispensación. Esta dispensación electrónica se refleja en la historia clínica del paciente, donde se van actualizando las recetas entregadas al paciente y las próximas recetas programadas.

Con la programación de recetas y registro electrónico de dispensaciones de las mismas, se han marcado unas reglas que permiten la clasificación de los tratamientos que no se han dispensado correctamente en los últimos seis meses o que no se han iniciado por parte de los usuarios.

Estos tratamientos se identifican de manera específica en la historia clínica del paciente, indicando el motivo de falta de adherencia o tratamiento no iniciado, lo que permite a los profesionales sanitarios detectarlos fácilmente y llevar a cabo las medidas oportunas, como ajustes de posología, cambio de fármaco o simplemente asesorar al paciente.

El sistema no sólo impide que a un paciente se le dispensen recetas antes de la fecha programada de las mismas, sino que además informa al personal de farmacia cuando un tratamiento no se está dispensando de forma correcta, para que interactúe con el paciente informándole que debe acudir a su médico de cabecera para revisar el tratamiento.

Todos los tratamientos identificados con falta de adherencia o que no han sido iniciados, una vez transcurrido un periodo de tiempo, si el facultativo no ha considerado necesario llevar a cabo sobre ellos ninguna actuación, pasarán al histórico de tratamientos del paciente, ya que estos tratamientos no están siendo dispensados, por lo que no existe continuidad de los mismo. Esto favorece que la historia clínica farmacológica del paciente se encuentre actualizada con los tratamientos activos que el paciente esté tomando en la realidad.

2.1.8. Resultados

Tras la implantación de la funcionalidad, se notifica a los facultativos la detección del incumplimiento terapéutico del paciente, permitiendo abordar la situación con las medidas correspondientes para mantener la continuidad del tratamiento, así como ajustes en la

posología o cambio de fármaco de 130.000 tratamientos, lo que supone un 5,65% respecto a los 2.300.000 tratamientos activos que existen en el sistema.

2.1.9. Conclusiones

Este tipo de herramientas son de vital importancia para que la integración de los diferentes Sistemas de Información de las Comunidades Autónomas en la Historia Clínica Digital del SNS, proporcione información fiable y actualizada sobre la historia clínica farmacológica de los pacientes.

Los avances de las TIC y, en concreto, la implantación de la receta electrónica, han permitido desarrollar herramientas que posibilitan la integración y comunicación en tiempo real de las oficinas de farmacia con los profesionales sanitarios, con el fin de mejorar la información disponible y la organización interna, favoreciendo la calidad de la asistencia, la satisfacción del paciente y el ahorro de costes sanitarios.

3. Implantación de un sistema de topes automáticos del porcentaje de aportación en tratamientos crónicos

La Consejería de Salud y Política Sociosanitaria de Extremadura consideró necesario en noviembre de 2013 la implantación de un sistema de topes automáticos, para que los pensionistas no tuvieran que adelantar dinero al adquirir sus medicinas, en relación con la implantación del RD 16/2012; en éste se establece que, con el fin de garantizar la continuidad de los tratamientos de carácter crónico y asegurar un alto nivel de equidad a los pacientes pensionistas con tratamientos de larga duración, los porcentajes generales estarán sujetos a topes máximos de aportación.

Se trata de la elaboración de un contador mensual de la aportación realizada por los ciudadanos al retirar sus medicamentos en las Oficinas de Farmacia de Extremadura.

En lugar de que los pensionistas tengan que adelantar el dinero por sus medicamentos, cuando llegan al tope establecido, automáticamente se pone a cero el importe de los medicamentos que tienen que adquirir hasta el primer día del mes siguiente, que se vuelve a establecer el tope que tengan designado.

Para llevar a cabo este proyecto, no sólo hace falta implementar el módulo informático antes mencionado, también es necesario un acuerdo de colaboración entre la Consejería de Salud y Política Sociosanitaria y los Colegios Oficiales de Farmacia de Extremadura. Unos acuerdos que no han resultado difíciles, por la buena disposición e implicación de los farmacéuticos en ayudar a garantizar la sostenibilidad del SNS.

Las farmacias deben adecuar sus Sistemas de Información y tratar las recetas manuscritas como recetas electrónicas; para ello, las farmacias deben solicitar siempre la tarjeta sanitaria al ciudadano y grabar las recetas en papel en el momento, para que cada dispensación vaya restando la aportación del usuario, hasta que ésta llegue a cero y deje de pagar por sus medicamentos hasta el mes siguiente.

Con esta medida, el Gobierno de Extremadura cumple su compromiso adquirido con la ciudadanía de buscar un modelo complementario al que se está utilizando de adelantar el pago por los medicamentos, al igual que con el compromiso de este Gobierno Autonómico por contribuir a una sociedad más justa que proteja a los pensionistas.

4. Plan de renovación tecnológica del SES 2013-2020

El Plan de Renovación Tecnológica del SES 2013-2030, es una iniciativa de la Consejería de Salud y Política Sociosanitaria que tiene como principal objetivo la renovación integral de la tecnología sanitaria de los hospitales extremeños en todas las Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

La elevada obsolescencia de los actuales equipos, que en su mayoría ya han cumplido su vida útil o se encuentran cerca de hacerlo a corto o a medio plazo, es decir, dentro de cinco a diez años, respectivamente, obliga al SES a emprender este plan, que surge bajo la fórmula de contrato de mantenimiento con renovación tecnológica.

Esta fórmula contractual permitirá al SES acometer este ambicioso plan con importantes ventajas económicas para las arcas públicas, pues reduce considerablemente el coste de los equipos, con ahorros que superan el 20% del precio inicial.

Este plan se estructura en cuatro etapas de cuatro años cada una. En concreto, se desarrollará en periodos que se reparten entre 2013-2017, 2018-2021, 2022-2025 y una última etapa, desde 2026 hasta 2030; y supondrá una inversión total de 68,8 millones de euros, de los cuales, 17,4 millones de euros provienen de los ahorros generados por la negociación de los actuales contratos de mantenimiento.

Tabla 4.1. Inversión necesaria para el Plan de Renovación Tecnológica del SES. Años 2013-2030

Periodos	Inversión necesaria €
2013-2017	13.036.000
2018-2021	22.204.000
2022-2025	27.500.000
2026-2030	6.064.000
Total:	68.804.000

Fuente: Subdirección de Sistemas de Información. Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Salud. Año 2013.

4.1. Análisis de la situación actual

Se realiza un estudio del parque instalado en todos los hospitales de la Comunidad. El resultado refleja una situación de obsolescencia elevada, con equipos que ya han cumplido su vida útil o próximos a cumplirla a corto (5 años) y medio plazo (10 años). Planteada la necesidad inminente de renovación de equipos debido al alto número de equipos afectados y su elevada repercusión económica, se denominó este avatar como Renovación Tecnológica del SES.

4.2. Estimación de la vida útil real

Del estudio se extrajeron datos de la intensidad de uso y vida útil real. La principal conclusión fue que la vida media estimada de estos aparatos es superior a los diez años que fijan los fabricantes.

4.3. Ajuste de precios por evolución de mercado

La estimación inicial suponía una inversión mayor, pero los precios se han ajustado a los obtenidos en las últimas adquisiciones y a la evolución del mercado en estos momentos. Como la proyección es a 17 años, la evolución de precios podrían hacer variar la cifra total de inversión necesaria.

4.4. Contratos de mantenimiento existentes

Partimos de una peculiaridad en la contratación: el contrato es por exclusividad debido a la tecnología de estos aparatos, lo que impide la libre competencia.

El mayor volumen de contratación está repartido entre cuatro marcas. El precio de los mismos es susceptible de ser rebajado, aunque el procedimiento de exclusividad impide la concurrencia y la pugna por un precio más bajo.

4.5. Negociación con las empresas de los contratos en vigor

Se han mantenido reuniones con las empresas para conseguir una reducción del precio del contrato y este importe aplicarlo a la renovación de equipos.

Se realiza a través del denominado Contrato de Mantenimiento con Renovación Tecnológica.

4.6. Resultados

A resultas de estas negociaciones se han obtenido acuerdos para reducir en los próximos 4 años (que es la duración del contrato) un total de 4.926.810 €, lo que supone un 23% sobre el importe de los contratos. De los cuales se destinan 4.360.000 € a la compra de equipos, mientras que el resto se dedica a la financiación y mantenimiento de estos equipos nuevos.

5. Actividad de educación para la salud frente a la obesidad infantil y juvenil

La obesidad se ha convertido en un problema de salud pública importante. Es especialmente preocupante en España la obesidad en edad infantil y juvenil, ya que los niños y niñas obesos/as de hoy, serán los adultos del mañana con obesidad, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, cáncer y otras enfermedades.

Esta Actividad surgió en el marco de la Estrategia NAOS^(a5).

5.1. Objetivos

Su objetivo fundamental es disminuir los índices de obesidad infantil y juvenil en Extremadura, a través de la utilización de la educación para la salud, promocionando el ejercicio físico y la alimentación saludable.

Otros objetivos son:

- Disminuir la obesidad y el sobrepeso en personas adultas.
- Promover el ejercicio físico y la alimentación saludable como hábitos de vida muy saludables, para luchar contra todos los problemas de salud crónicos de nuestra población, incluidos algunos problemas de salud mental.
- Incentivar el consumo de alimentos saludables, en especial de frutas y verduras.
- Promover la realización de un mínimo de 30 minutos de ejercicio físico diario en todas las personas adultas y de 60 minutos en niños/as.

5.2. Metodología

La población diana son las/os alumnas/os de 2º y 5º curso de Educación Primaria, y 3º de Educación Secundaria Obligatoria de todos los centros educativos de Extremadura; así como al alumnado de Enseñanza Básica de los Centros de Educación Especial.

La actividad incluye:

- Formación: para el alumnado y la familia, mediante presentaciones para que los profesores las pudieran utilizar como material de apoyo en la formación y promoción del ejercicio físico y de la alimentación saludable.

- Concurso “Correo a una amiga o amigo. Asunto: ¡Mueve tu cuerpo!”. Tras la realización de ejercicio físico, se redacta un correo electrónico para invitar a otros chicos/as a hacer ejercicio físico, contando su experiencia.
- Compra y degustación de alimentos. Es necesaria la participación del centro y/o la asociación de madres y padres de alumnos/as, que financia dicha compra. Otra opción es que los estudiantes lleven alimentos para compartir.
- En todo momento existe un/a coordinador/a, que cuenta con colaboradores que actúan de mediadores, facilitando y guiando a los alumnos/as en todas las actividades.
- Memoria. Se redacta tras la realización de las actividades. Debe realizarse una crítica constructiva. Sus resultados sirven para mejorar la siguiente edición.

5.3. Evaluación y resultados

En 2013 se realizó la IX edición de esta Actividad de educación para la salud (EpS) frente a la obesidad infantil y juvenil. En ella se incluyó una novedad: el concurso “Correo a una amiga o amigo. Asunto: ¡Mueve tu cuerpo!”, dirigido a los alumnos/as de los centros que participan en la “Actividad 2013” de 5º de Educación Primaria, 3º E.S.O. y de Educación Especial. Las redacciones debían ser originales e inéditas, no pudiendo haber sido publicadas en ningún formato.

Tabla 5.1. Número total de centros y de alumnos que participaron en la Actividad de EpS frente a la obesidad infantil y juvenil

Tipología de los centros participantes	Número total
Centros de Educación Especial	5
Centros de Educación Primaria	43
Centros de Educación Secundaria	55
Total de centros participantes	103
Alumnos/as participantes por tipo de centro y curso	Número total
Alumnos/as de Centros de Educación Especial	242
Alumnos/as de 2º de Educación Primaria	1.143
Alumnos/as de 5º de Educación Primaria	872
Alumnos/as de 3º de Educación Secundaria	2.805
Total de alumnos participantes	5.062

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Servicio Extremeño de Salud. Año 2013.

Como se puede observar, los datos, tanto de centros como de alumnos participantes, han sido muy elevados durante el año 2013.

6. Procedimiento de control oficial de equipos de enfriamiento evaporativo

Este Procedimiento se elaboró al considerar que durante los últimos años se habían empezado a instalar y utilizar equipos para el enfriamiento del aire ambiente interior y exterior, así como para la conservación o refrigeración de ciertos productos alimentarios (microclimas y/o ventiladores con nebulización).

Si bien éstos eran considerados como de bajo riesgo, dado su uso específico podían suponer un riesgo importante en cuanto a la transmisión de Legionella (pues la distancia entre las personas y el punto de emisión del agua pulverizada es muy escasa y, además, el tamaño de las gotas es muy pequeño, lo que facilitaría en alto grado la inhalación de Legionella y, por tanto, la aparición de legionelosis).

Por ello se estimó oportuno incluir en el ámbito de aplicación del Programa Anual 2013 de Vigilancia y Control de Legionella, un procedimiento específico para el censado y control oficial de todos los "equipos de enfriamiento evaporativo" instalados en establecimientos o lugares públicos, como terrazas, cafeterías, calles comerciales o establecimientos alimentarios.

Para la elaboración del Procedimiento para el Control Oficial de Equipos de Enfriamiento Evaporativo se recurrió a la "Guía Técnica para la Prevención y Control de la Legionelosis en Instalaciones" [\(26\)](#), publicada por el MSSSI, y a la propia experiencia en control oficial de otras instalaciones de riesgo de proliferación y dispersión de Legionella, con el objetivo de poder realizar una primera estimación de las condiciones de uso y el riesgo real que pudiera suponer el empleo de estos equipos, así como paliar nuestras sospechas de la existencia de cierto desconocimiento de los riesgos de estas instalaciones por parte de los titulares.

6.1. Metodología del Procedimiento

El Procedimiento se diseñó de modo que se estandariza la inspección y la auditoría mediante protocolos (ambas sustentadas por un documento de apoyo), para llegar por último a la valoración del riesgo de cada equipo o instalación; de forma que, dando respuesta a cada ítem del protocolo, se obtiene una valoración del riesgo del requisito o característica a la que el ítem corresponde, como de bajo, medio y alto riesgo.

De este modo, se pueden calcular los índices de riesgo estructural, de mantenimiento y operacional, en base a los valores numéricos que se asignan a cada nivel de riesgo; y con ellos se puede establecer el riesgo que implican las características estructurales, de mantenimiento y operacionales, respectivamente.

Una vez obtenidos estos valores, podemos valorar el riesgo global de la instalación mediante el cálculo del índice global de riesgo, e iniciar, si resulta necesario en base al resultado, la aplicación de las oportunas medidas correctoras.

Tabla 6.1. Cálculo del índice global en base al Procedimiento de Control Oficial de Equipos de Enfriamiento Evaporativo. Acciones correctoras a aplicar en base a su resultado

Cálculo del índice global de riesgo	Resultado
(0,3 x índice estructural) + (0,6 x índice de mantenimiento) + (0,1 x índice operacional)	
Equivalencia	Acciones correctoras a aplicar en base al resultado
≤60: bajo	Aplicar los criterios del RD 865/2003 (17)
>60 y ≤80: medio	Adoptar medidas correctoras necesarias para disminuir el índice por debajo de 60 y aumentar la frecuencia de revisión de la instalación.
>80: alto	Adoptar medidas correctoras urgentes e inmediatas, que incluirán, en caso de ser necesario, la parada de la instalación hasta conseguir rebajar el índice.

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Servicio Extremeño de Salud. Año 2013.

6.2. Resultados

En base a la metodología del Procedimiento, si bien hay que considerar que dicha campaña de control se perfiló como herramienta inicial de estimación de censado y de análisis de situación, se realizaron durante 2013 un total de 26 evaluaciones.

Tabla 6.2. Resultados de las evaluaciones realizadas en base al Procedimiento de Control Oficial de Equipos de Enfriamiento Evaporativo.

Tipo de índice de riesgo	Valoración del riesgo		
	Bajo riesgo	Riesgo medio	Alto riesgo
Estructural	25	1	0
De mantenimiento	21	1	4
Operacional	24	1	1
Evaluación global del riesgo	24	1	1

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Servicio Extremeño de Salud. Año 2013.

La gran mayoría de las evaluaciones realizadas concluyeron con una valoración de bajo riesgo, aunque hubo casos puntuales considerados como de riesgo medio y alto riesgo.

7. Protocolo de atención al niño/a y al adolescente con diabetes en la escuela ^(m8)

La diabetes mellitus constituye una enfermedad que debe ser controlada en todo momento lo más estrictamente posible, para lograr que el niño/a pueda desarrollarse de forma completa intelectual y físicamente, y gozar de una buena calidad de vida, tanto él/ella como su familia.

A nivel estatal, la Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud promueve la implantación en las Comunidades Autónomas de protocolos de actuación específicos para el tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus en situaciones especiales, entre ellas, los casos en niños/as; así como el desarrollo de medidas de atención especial a niños/as con diabetes en circunstancias externas a su ámbito familiar.

7.1. Objetivos

El objetivo general de este protocolo será establecer y promover medidas de atención específica al niño/a y adolescente con diabetes mellitus dentro del ámbito educativo, velando por su control, seguridad e igualdad de oportunidades; y de apoyo a toda la comunidad educativa para favorecer su adaptación física, social y emocional a la enfermedad.

Entre los objetivos específicos podemos citar:

- Optimizar la atención integral al niño/a y adolescente con diabetes en los centros educativos, en colaboración con el Sistema Sanitario.
- Proporcionar un marco común de actuación que permita igualar las condiciones en que se presta la atención al niño/adolescente en los centros educativos de la CAE.
- Identificar y asignar el papel de cada uno de los profesionales implicados en la atención al niño/adolescente con diabetes en el ámbito educativo.
- Favorecer la coordinación en la atención al niño/a y adolescente con diabetes entre educadores, padres y personal sanitario.
- Capacitar a las personas del entorno educativo para que puedan atender óptimamente a los estudiantes con diabetes, favoreciendo su integración, y haciendo efectivo el principio de que todo alumnado escolarizado debe recibir una educación de calidad adaptada a sus necesidades independientemente de sus condiciones físicas, sociales, personales, etc.

7.2. Metodología

Este Protocolo establece las actuaciones necesarias para que los niños/as y adolescentes con diabetes mellitus se encuentren en el centro educativo como en sus propias casas. Persigue obtener un control óptimo de la glucemia en todo momento, y para ello fija los mecanismos de coordinación entre las administraciones educativa y sanitaria, las asociaciones y las familias, así como una serie de tareas para las administraciones sanitaria y educativa, asociaciones de afectados y familiares, comunidad educativa y equipos de atención primaria. Es decir, la metodología de su funcionamiento se basa en un trabajo intersectorial, donde

cada agente citado tiene unas funciones claramente establecidas, y en una coordinación efectiva entre todos ellos.

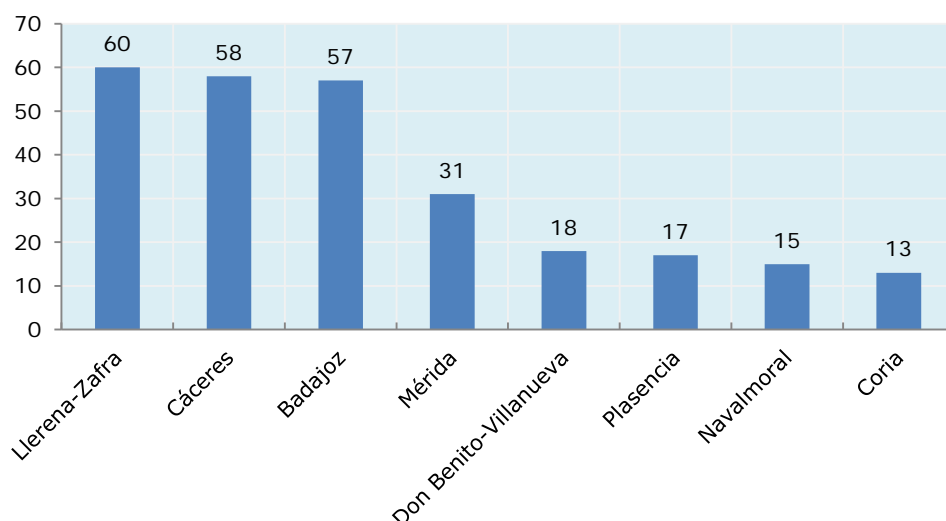
7.3. Evaluación y resultados

Durante el año 2013 se ha llevado a cabo una coordinación estrecha entre los Servicios Centrales del SES, los centros educativos, los centros de salud, las unidades de programas educativos y los Servicios Centrales de la Consejería de Educación y Cultura.

Además se ha apoyado a los centros educativos, asesorándoles telefónicamente y enviándoles materiales en soporte papel y frigoríficos.

El Protocolo, a fecha de finalización del curso académico 2012/2013, se estaba aplicando sobre 269 estudiantes con diabetes mellitus de 150 centros educativos.

Gráfico 7.1. Estudiantes escolarizados con diabetes mellitus distribuidos por Áreas de Salud. Curso académico 2012/2013



Fuente: Dirección General de Salud Pública. Servicio Extremeño de Salud. Año 2013.

Existen tres Áreas de Salud que cuentan con más de 50 estudiantes cada una: Badajoz, Llerena-Zafra y Cáceres. Mientras que cuatro de ellas disponen de menos de 20 estudiantes (Don Benito-Villanueva, Coria, Plasencia y Navalmoral).

Tabla 7.1. Número de estudiantes escolarizados con diabetes mellitus según nivel educativo y tipo de centro. Curso académico 2012/2013 (datos a 30/06/2013)

Tipo de centro	Núm. centros	Núm. estudiantes	Promedio de estudiantes con diabetes por centro
Centros Educación Infantil y Primaria (públicos)	86	122	1,42
Centros Educación Secundaria Obligatoria exclusivos (públicos)	6	10	1,67
Centros Educación Secundaria (ESO+Bachillerato) (públicos)	41	101	2,46
Centros concertados y privados no universitarios	15	34	2,27
Centros Educación Especial	2	2	1,00
Evaluación global del riesgo	150	269	1,79

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Servicio Extremeño de Salud. Año 2013.

Desde 2011 no se ha objetivado ninguna crisis hipoglucémica grave en ninguno de los centros educativos, lo que es un indicador de su buen funcionamiento.

Podemos concluir que el Protocolo tiene un alto nivel de adherencia y que se está aplicando óptimamente en toda Extremadura.

8. Proyecto operación salud

La Ley de Salud Pública de Extremadura establece, como uno de los órganos de participación ciudadana promotores de salud, a los agentes de salud comunitarios.

La escuela representa el marco idóneo para llegar a la población infantil y juvenil, y trabajar en la adquisición de hábitos saludables desde las primeras etapas de la vida.

Durante la adolescencia, a menudo las relaciones entre iguales toman una posición dominante. El proyecto trata de emplear esta influencia entre iguales de manera positiva, formando en diferentes temas de salud a un grupo de jóvenes voluntarios con un interés común y con valores como el respeto, la responsabilidad y el compromiso, para que desarrollen conocimientos y competencias adecuadas que después compartirán con sus iguales, informando y ayudando a otros jóvenes a que desarrollen conocimientos y competencias similares.

8.1. Objetivos

El objetivo general es promover la adquisición de hábitos saludables y prevenir enfermedades en la población de 14 a 16 años (alumnos de 3º y 4º de Educación Secundaria Obligatoria).

Como objetivos específicos podemos citar:

- Capacitar a jóvenes como agentes de salud comunitarios.
- Formar y entrenar a los agentes de salud en habilidades de comunicación.
- Fomentar estilos de vida saludable entre la población joven y, en su caso, cambios de conducta.
- Proporcionar a los jóvenes alternativas de ocio saludable, especialmente el deporte.

8.2. Metodología

Este proyecto sigue la metodología de formador de formadores y educación entre iguales, actuando sobre adolescentes y abordando múltiples temas prioritarios en salud pública.

Se trata de formar como agentes de salud comunitarios a un grupo de jóvenes líderes voluntarios de 14 a 16 años (alumnos de 3º y 4º de ESO). Son los Jóvenes Agentes de Salud (JAS). Esta primera etapa se ha denominado Programa JAS.

Posteriormente estos JAS ya formados, transmitirán los conocimientos adquiridos a sus iguales, sus compañeros. Es el Programa Iguales.

8.3. Evaluación y resultados del año 2013

Durante 2013 se ha desarrollado la primera etapa del proyecto, el Programa JAS, consistente en la formación de los Jóvenes Agentes de Salud en diferentes temas prioritarios de salud pública.

Los principales datos del Programa JAS en 2013 han sido los siguientes:

- Número de alumnos participantes: 28 alumnos de 14 a 16 años.
- Número de sesiones formativas celebradas:
 - 10 sesiones teóricas online.
 - 10 talleres teórico-prácticos presenciales.
- Coste total del Programa JAS: 5.110,12 €

Los alumnos han manifestado un alto grado de satisfacción con las actividades formativas, mostrando en todo momento un elevado interés por los temas tratados y una actitud participativa y activa, especialmente en el desarrollo de los talleres.

9. Programa ciudades saludables y sostenibles

Ciudades Saludables y Sostenibles es un movimiento municipal promovido por la Organización Mundial de la Salud en Europa desde 1986, en el marco de la Estrategia “Salud para Todos en el siglo XXI”. Su objetivo fundamental es mejorar la salud de los ciudadanos, potenciando estilos de vida saludables y un medio ambiente sostenible.

En el año 2002, la Junta de Extremadura puso en marcha el Programa “Ciudades Saludables y Sostenibles”. Desde entonces se han ido adhiriendo distintos municipios y mancomunidades al mismo, hasta constituirse la actual Red Extremeña de Ciudades

Saludables y Sostenibles, que conecta en la actualidad a 13 ayuntamientos y 6 mancomunidades.

Utiliza como pilares básicos la cooperación de todos los sectores de la comunidad (medio ambiente, sanidad, educación, servicios sociales, etc.) y la participación ciudadana.

9.1. Objetivos

El objetivo general de este Programa es fortalecer la capacidad local para impulsar actuaciones dirigidas a incrementar el nivel de salud de la población, mediante la promoción de estilos de vida saludables y el desarrollo sostenible en los municipios que integran la Red Extremeña de Ciudades Saludables y Sostenibles (RECSS).

Como objetivos específicos del mismo destacan:

- Aumentar la implicación de la comunidad en el cuidado de su propia salud.
- Desarrollar estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, encaminadas a la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos.
- Fomentar la adquisición de estilos de vida saludables.
- Mejorar la calidad ambiental de los municipios, dirigida a alcanzar un modelo de desarrollo sostenible.
- Contribuir a reducir las desigualdades en salud.
- Fomentar la coordinación y la colaboración intersectorial a nivel municipal, para aunar las acciones dirigidas a la promoción y protección de la salud.

9.2. Metodología

El Programa de Ciudades Saludables y Sostenibles desarrolla las actividades de promoción y protección de la salud contenidas en la Cartera de Servicios del mismo, que se dirigen a la población de los ayuntamientos y mancomunidades pertenecientes a la Red Extremeña de Ciudades Saludables y Sostenibles.

El Programa se articula mediante una subvención anual otorgada por el Servicio Extremeño de Salud a diferentes ayuntamientos y mancomunidades, para la contratación de un técnico responsable de la planificación, desarrollo y evaluación del mismo.

9.3. Evaluación y resultados del año 2013

Durante el año 2013 han formado parte de la RECSS un total de 19 entidades: 13 ayuntamientos y 6 mancomunidades de la Comunidad Autónoma de Extremadura; llegando a un total de 113 municipios y a más de 300.000 ciudadanos.

El presupuesto destinado al Programa Ciudades Saludables y Sostenibles por parte del Servicio Extremeño de Salud en 2013 ha sido de 400.000 €.

Tabla 9.1. Número total de actividades desarrolladas en los municipios pertenecientes a la Red Extremeña de Ciudades Saludables y Sostenibles, en el marco de las líneas de actuación contenidas en la Cartera de Servicios del Programa

	Núm. actividades	Núm. participantes
Promoción de alimentación saludable en la población general y, específicamente, en la población escolar (3-18 años), y en padres y madres	238	31.197
Promoción de la actividad física en la población general y, específicamente, en la población infantil y adolescente, y en padres y madres	169	21.705
Prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas	53	13.446
Educación afectivo-sexual. Prevención de enfermedades de transmisión sexual y de embarazos no deseados	38	11.758
Prevención del cáncer	88	15.206
Promoción de la lactancia materna	11	565
Seguridad vial y prevención de accidentes de tráfico	81	4.362
Envejecimiento activo	79	4.596
Promoción de una salud mental positiva y prevención del estrés	60	3.102
Consumo responsable de agua y energía	159	5.117
Aumento y mantenimiento de zonas verdes	167	3.659
Contaminación atmosférica	142	4.323
Gestión de residuos	333	11.869
Consumo responsable	95	7.426

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Servicio Extremeño de Salud. Año 2013.

Índice de tablas

Tabla 1.1. Solicitudes de inclusión en el PASCAEX. Del 15 de julio al 31 de diciembre de 2013	6
Tabla 4.1. Inversión necesaria para el Plan de Renovación Tecnológica del SES. Años 2013-2030	14
Tabla 5.1. Número total de centros y de alumnos que participaron en la Actividad de EpS frente a la obesidad infantil y juvenil. Año 2013	16
Tabla 6.1. Cálculo del índice global en base al Procedimiento de Control Oficial de Equipos de Enfriamiento Evaporativo. Acciones correctoras a aplicar en base a su resultado	18
Tabla 6.2. Resultados de las evaluaciones realizadas en base al Procedimiento de Control Oficial de Equipos de Enfriamiento Evaporativo. Año 2013	18
Tabla 7.1. Número de estudiantes escolarizados con diabetes mellitus según nivel educativo y tipo de centro. Curso académico 2012/2013 (datos a 30/06/2013)	21
Tabla 9.1. Número total de actividades desarrolladas en los municipios pertenecientes a la Red Extremeña de Ciudades Saludables y Sostenibles, en el marco de las líneas de actuación contenidas en la Cartera de Servicios del Programa	24

Índice de gráficos

Gráfico 1.1. Países de origen de los ciudadanos inmigrantes dados de alta en el PASCAEX. Del 15 de julio al 31 de diciembre de 2013 7

Gráfico 7.1. Estudiantes escolarizados con diabetes mellitus distribuidos por Áreas de Salud. Curso académico 2012/2013 20

Abreviaturas, acrónimos y siglas

C

CAE: Comunidad Autónoma de Extremadura

E

EpS: Educación para la salud

ESO: Educación Secundaria Obligatoria

H

HCD: Historia Clínica Digital

I

INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social

IPREM: Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples

ISM: Instituto Social de la Marina

J

JAS: Jóvenes Agentes de Salud

M

MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

N

NAOS: Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad

O

OMS: Organización Mundial de la Salud

P

PASCAEX: Programa de Atención Sanitaria de Seguimiento en la Comunidad Autónoma de Extremadura

R

RD: Real Decreto

RDL: Real Decreto-ley

RECSS: Red Extremeña de Ciudades Saludables y Sostenibles

S

SES: Servicio Extremeño de Salud

SNS: Sistema Nacional de Salud

T

TIC: Tecnologías de la Información y la Comunicación

Bibliografía

- (1) Gobierno de Extremadura. Instrucción Conjunta nº 1 de 15 de julio de 2013, de la Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Salud y de la Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la Consejería de Salud y Política Social, sobre creación y aplicación del Programa de Atención Sanitaria de Seguimiento en la Comunidad Autónoma de Extremadura (PASCAEX). Disponible en web:
<https://saludextremadura.gobex.es/web/portalsalud/listadoNovedadesMovil/-/portletGenericoContenido/9pjE/content/instruccion-sobre-creacion-y-aplicacion-del-programa-pascaex?redirect=/movil>
- (2) Jefatura del Estado. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE No. 98. 2012 abril 24: 31278-312. Disponible en web:
www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf
- (3) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. BOE No. 1868. 2012 agosto 4: 55775-86. Disponible en web:
http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-10477
- (4) Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2004. 202 p. Disponible en web:
<http://amro.who.int/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.htm>
- (5) Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Madrid: Agencia Española de Seguridad Alimentaria; 2005. 38 p. Disponible en web:
www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/ficheros/estrategia/estrategianaos.pdf
- (6) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Guía técnica para la Prevención y Control de la Legionelosis en instalaciones [citado el 14 de octubre de 2014]. Disponible en web:
<https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/agenBiologicos/guia.htm>
- (7) Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 865/2003, de 4 de julio, por el que se establecen los criterios higiénico-sanitarios para la prevención y control de la legionelosis. BOE No. 171. 2003 julio 18: 28055-69. Disponible en web:

www.boe.es/boe/dias/2003/07/18/pdfs/A28055-28069.pdf

- (8) Junta de Extremadura. Protocolo de Atención al Niño/a y al Adolescente con Diabetes en la Escuela. Jaraíz de la Vera: Consejería de Sanidad y Dependencia. Consejería de Educación; 2010. 100 p. Disponible en web:

<http://www.saludextremadura.com/web/portalsalud/profesionales/listadoDestacados/-/destacados/GqM8/content/protocolo-de-atencion-al-nino-a-y-adolescente-con-diabetes-en-la-escuela?redirect=/profesionales>