

# PROGRAMA PARA PACIENTES CON NECESIDADES ASISTENCIALES ESPECIALES



**Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales**  
**Dirección General de Asistencia Sanitaria**  
**Servicio Extremeño de Salud**

# HUMANIZACIÓN





# ORIGEN DEL PPNAE

- Dificultades para identificar/ expresar síntomas
- Enmascaramiento por cambios conductuales
- Dificultad para entender o seguir instrucciones
- Modelo Tarjetas Acompañante
- Necesidad de ampliar población diana
- Atención centrada en la persona
- Preservando la intimidad y la confidencialidad

# CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Demencias con nivel de afectación cognitivo moderado (GDS $\geq$  5)
2. Discapacidad intelectual con alteraciones de conducta graves
3. Trastorno mental grave con alteraciones de conducta significativas
4. Trastornos del espectro autista
5. Daño cerebral grave en situación no reversible
6. Déficit sensorial grave que precise apoyo para su asistencia sanitaria
7. Pronóstico de vida limitado. *(Oncológicos fase III- IV de la TNM o criterios de enfermedad avanzada que requieren medidas paliativas basada en los criterios de la herramienta NECPAL)*

# OBJETIVOS DEL PPNAE

1. Identificar a los pacientes con especiales necesidades de cuidado al acudir a los servicios del Sistema Sanitario Público de Extremadura. *Identificación*
2. Adaptar el sistema sanitario a las necesidades específicas de estos pacientes para proveerles de una mejor asistencia. *Adaptación del sistema*
3. Implementar medidas de discriminación positiva en la atención y la accesibilidad al sistema sanitario de las personas que cumplan los criterios de inclusión. *Facilitar*
4. Contribuir a una comunicación más fluida y precisa entre los pacientes y sus familiares o cuidadores y los profesionales sanitarios. *Comunicación*

# PRESTACIONES DEL PPNAE

1. Prioridad en la accesibilidad al sistema.
2. Facilidad para el acompañamiento:
  - ✓ consultas
  - ✓ pruebas diagnósticas
  - ✓ ingresos hospitalarios
3. Flexibilidad:
  - ✓ en el tiempo dedicado a la consulta.
  - ✓ en las citas y en los trámites para recetas.
4. Atención especial en el transporte sanitario y acompañamiento.



# ACCESO AL PPNAE

Médico MFyC/Pediatra de Atención Primaria: valoración



Solicitud en el modelo (Anexo a la Instrucción)



Información (en colaboración con T. Social)



Remisión a la DGAS del SES (Unidad Administrativa del C. Salud)



DGAS: valoración inclusión




Respuesta: al solicitante y a la Unidad Administrativa derivante por correo postal



Visualización con un distintivo (alerta) en el sistema JARA por los profesionales del SSPE

# MODELO SOLICITUD INCLUSIÓN PPNAE



**Datos del Paciente**

Nombre	Apellido 1	Apellido 2
Sexo	Fecha de Nacimiento	Nacionalidad
NIF/ NIE	Nº TARIETA SANITARIA	Nº INSS

Domicilio a efectos de notificaciones

C/ Avda / Plaza	Nº	Portal	Esc.	Piso	Letra	C.P.	LOCALIDAD
-----------------	----	--------	------	------	-------	------	-----------

**Datos del Solicitante (Cumplimentar cuando el solicitante no sea el paciente)**

NIF/ NIE	Nombre	Apellido 1	Apellido 2
----------	--------	------------	------------

Domicilio a efectos de notificaciones

C/ Avda / Plaza	Nº	Portal	Esc.	Piso	Letra	C.P.	LOCALIDAD
-----------------	----	--------	------	------	-------	------	-----------

**VINCULACIÓN ENTRE EL SOLICITANTE Y EL PACIENTE**

Familiar/ persona vinculada  
(Adjuntar documento que acredite la relación familiar)

Representante legal  
(Adjuntar documento que acredite la representación legal)

Considera que, en virtud de lo establecido en la Instrucción Nº 01/2017 de Marzo de 2017 de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Sistema Extremeño de Salud, me encuentro en una situación sanitaria susceptible de reunir los criterios recogidos en la misma para acceder al Programa para Pacientes con Necesidades Asistenciales Especiales en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.:

**DOCUMENTACIÓN ADJUNTA**

- DNI/NIF/CIF del paciente.
- Informe clínico referido a la patología susceptible de incluirse en el Programa para Pacientes con Necesidades Asistenciales Especiales en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Si lo solicita una persona vinculada al paciente (representante legal o familiar), se deberá acreditar además:

- DNI/NIF/CIF del solicitante.
- Documento que acredite la relación familiar o representación legal del paciente.

**A CUMPLIMENTAR POR LA UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL DEL CENTRO DE SALUD**

D/Dña. \_\_\_\_\_ Trabajador/a Social del centro de Salud \_\_\_\_\_

ha informado a D/Dña. \_\_\_\_\_ de los requisitos y de la Instrucción que regula la inclusión de pacientes en el Programa para Pacientes con Necesidades Asistenciales Especiales en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Firma del profesional \_\_\_\_\_

**A CUMPLIMENTAR POR EL PROFESIONAL DE MEDICINA DE FAMILIA / PEDIATRÍA DEL CENTRO DE SALUD**

Dr /Dra. \_\_\_\_\_

Informa:

Favorable por (señalar una de las siguientes)

- Demencias con nivel de afectación cognitivo moderado (GDS≥ 5).
- Discapacidad intelectual con alteraciones de conducta graves.
- Trastorno mental grave con alteraciones de conducta significativas.
- Trastornos del espectro autista.
- Daño cerebral grave en situación no reversible.
- Déficit sensorial grave que precise apoyo para su asistencia sanitaria.
- Enfermos con pronóstico de vida limitado. (Oncológicos fase III- IV de la TNM o criterios de enfermedad avanzada que requieran medidas paliativas Basado en los criterios de la herramienta NECPAL).

Desfavorable

A que D/Dña. \_\_\_\_\_, por la patología que padece, sea susceptible de acceder al Programa para Pacientes con Necesidades Asistenciales Especiales en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Firma del profesional \_\_\_\_\_ Sello del centro \_\_\_\_\_

**Declaración responsable.** Son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud y, en su caso, en la documentación adjunta y esta última es fiel copia de los originales. Asimismo y excepto que la Administración Pública pueda comprobar, en cualquier momento, la veracidad de todos los documentos, datos y cumplimiento de los requisitos por cualquier medio admitido en Derecho. En el supuesto de que la Administración compruebe la inexactitud de los datos declarados, el órgano gestor estará facultado para realizar las actuaciones procedentes sin perjuicio de las responsabilidades que pudieran corresponder en virtud de la legislación aplicable.

# VISUALIZACIÓN EN JARA

UA TR. SOCIAL VVA. DE LA SERENA - Trabajo Social

Formularios Parametrización básica

como trabajo

- Trab. Social (Cons. en curso)
- Trab. Social (Cons. concluidas)
- Órdenes Clínicas del Paciente
- OC Gestión dirigidas a mí
- OC Gestión

UA TR. SOCIAL ORELLANA - Traba

- Trab. Social (Cons. en curso)
- Trab. Social (Cons. concluidas)
- Órdenes Clínicas del Paciente

Agenda de paciente MED Historial del Paciente HC Digitalizada Evolutivo TRSO Planificar citación Citación Citación Citación

Citación Múltiple

Consulta Consulta Consulta Deshacer captura Consultas concluidas Nº de Historia Datos del paciente Crear OC Visualizar Orden Clínic

SOAP Asignar EC Prestaciones Día anterior Día siguiente

(1 Registro) LU 18.12.17 [REDACTED]

Status	SC	EC	Hor	Par. esp.	Nombre paciente/edad/sexo	CC	Tp.plan.	Motivo	Nº Historia Clínica	SVS
	TR		14	28	[REDACTED]	DE		01		

# **P**ROGRAMA PARA PACIENTES CON NECESIDADES ASISTENCIALES ESPECIALES

- Prioridad en la accesibilidad al sistema con reducción de los tiempos de espera.
- Facilidades para el acompañamiento al paciente.
- Flexibilidad en el tiempo dedicado a la consulta, en las citas y trámites (recetas,...).



Más Información en su Centro de Salud, Servicios de Atención al Usuario (SAU) y páginas web de la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales de la Junta de Extremadura

Consejería de  
Sanidad y Políticas Sociales

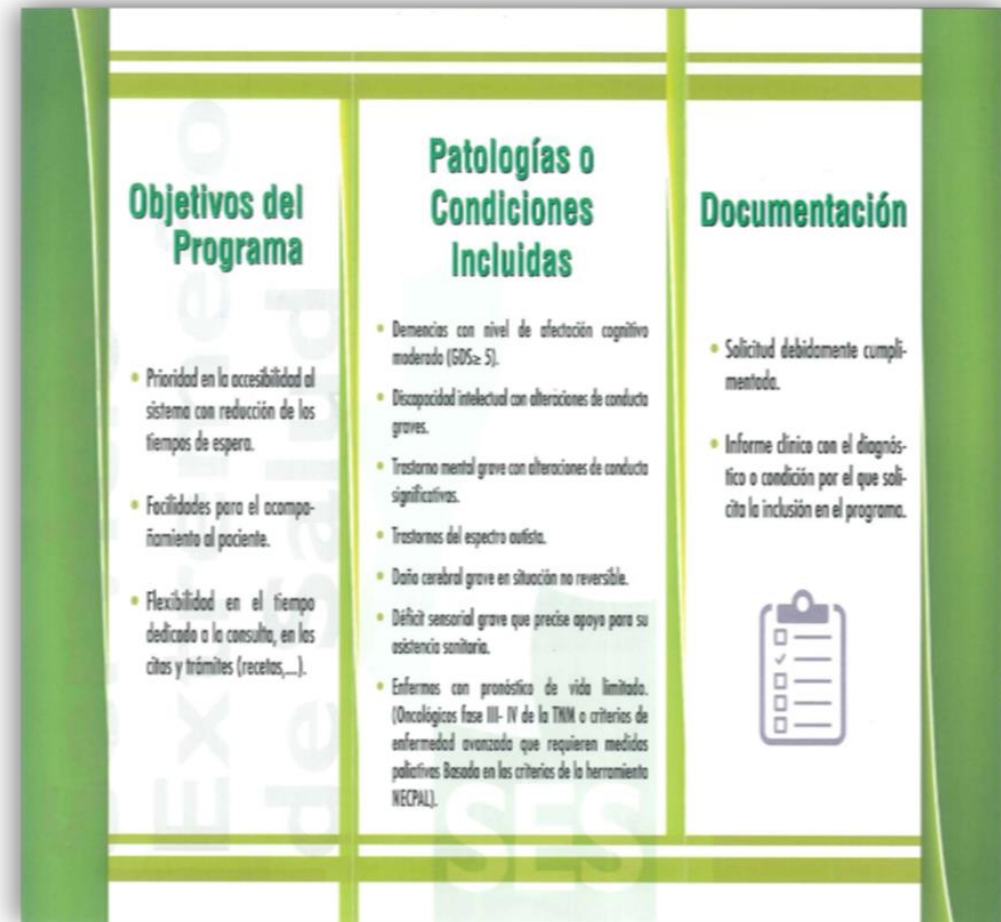
JUNTA DE EXTREMADURA

## DIFUSIÓN: CARTEL INFORMATIVO





# DIFUSIÓN: TRÍPTICO INFORMATIVO



# DIFUSIÓN:GESTOR DOCUMENTAL PORTAL SES

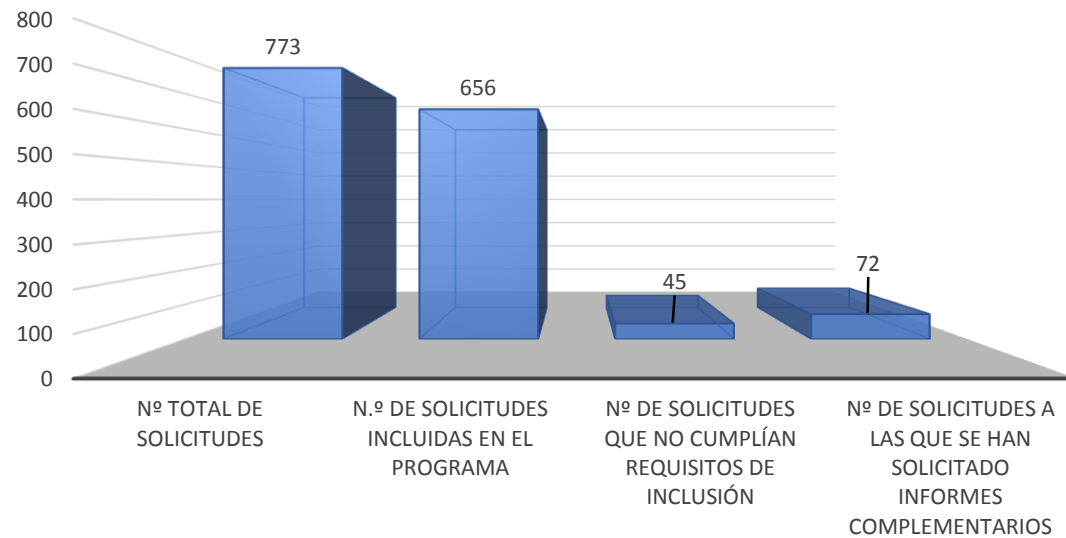
The screenshot shows the 'GESTOR DOCUMENTAL' section of the SES portal. At the top left is the SES logo and 'Servicio Extremeño de Salud'. At the top right is the user profile for 'BEATRIZ MARTIN MORGADO' with email 'beatriz.martin@salud-juntaex.es' and title 'Subd. Salud Mental y Rec.Sociosan. SSCC'. The navigation bar includes 'INICIO', 'ACTUALIDAD', 'APLICACIONES', 'CORREO', 'ASISTENCIA', 'GESTOR DOCUMENTAL', and 'ENLACES'. The main content area is titled 'DOCUMENTOS Y MULTIMEDIA' and features a sidebar with a tree view of folders under '02- PROGRAMAS'. The main area has a search bar, a breadcrumb trail 'Inicio > 02- Programas, Protocolos y Guías Clínicas > 02- Programas / \_ Programa de atención al paciente con necesidades especiales', and a 'Suscribirse' button. Below this is a table of documents:

Título	Fecha de modificación	Tamaño	
Instrucción de Dirección Gerencia del SES	hace 1 Año	202k	-
Manual para visualización en Jara del PPAE	hace 1 Año	493k	-
Programa de pacientes con necesidades especiales	hace 1 Año	543k	-
Solicitud de inclusión en el programa	hace 1 Año	91k	-

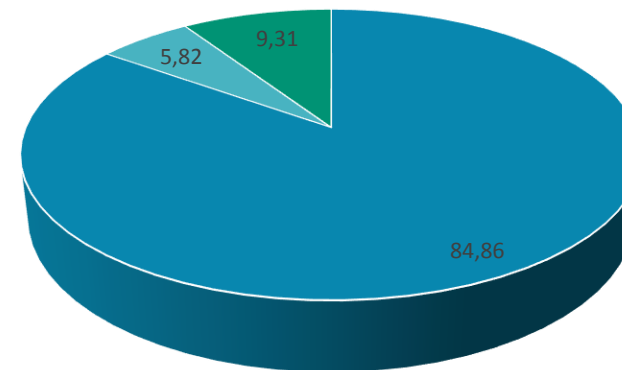
At the bottom of the page, there are two columns of contact information: 'JUNTA DE EXTREMADURA' (Consejería de Sanidad y Políticas Sociales, Avda. de las Américas, 2, 06800, Mérida) and 'Instituciones' (Instituto de Consumo de Extremadura, Fundación para la Formación e Investigación de los Profesionales de la Salud de Extremadura, SEPAD - Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia).

# EVALUACIÓN PPNAE

## Resumen de Datos



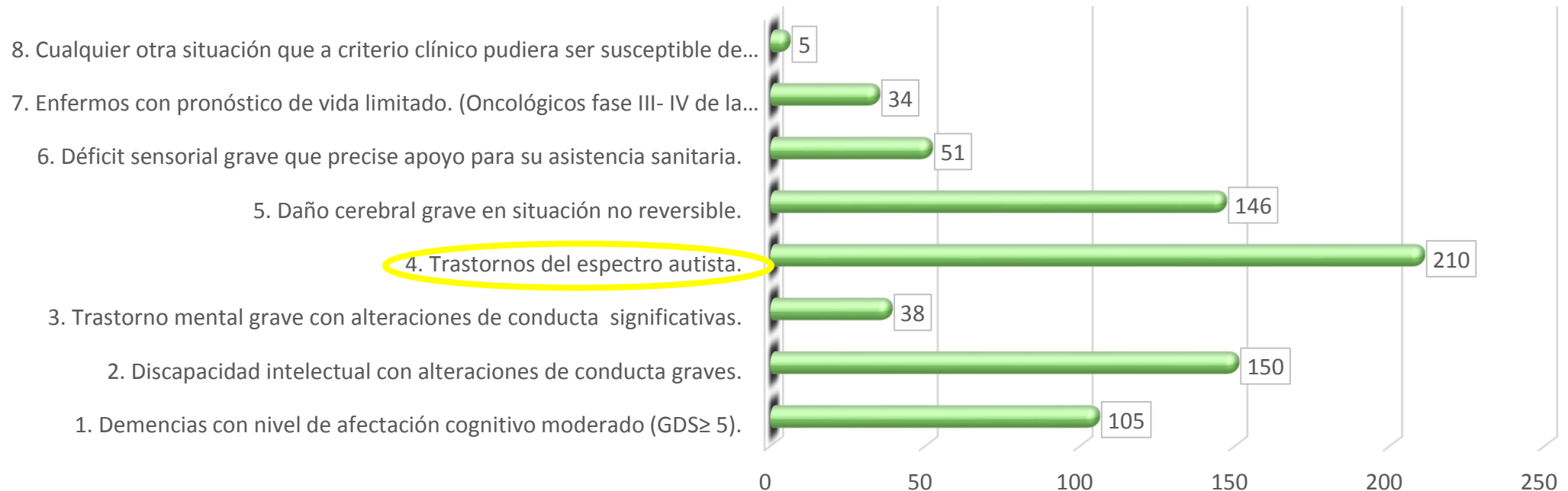
## Resumen de Datos. Porcentajes



- N.º de solicitudes incluidas en el Programa
- N.º de solicitudes que no cumplían requisitos de inclusión
- N.º de solicitudes a las que se han solicitado informes complementarios

# EVALUACIÓN PPNAE

## Patologías más demandadas como criterios de inclusión

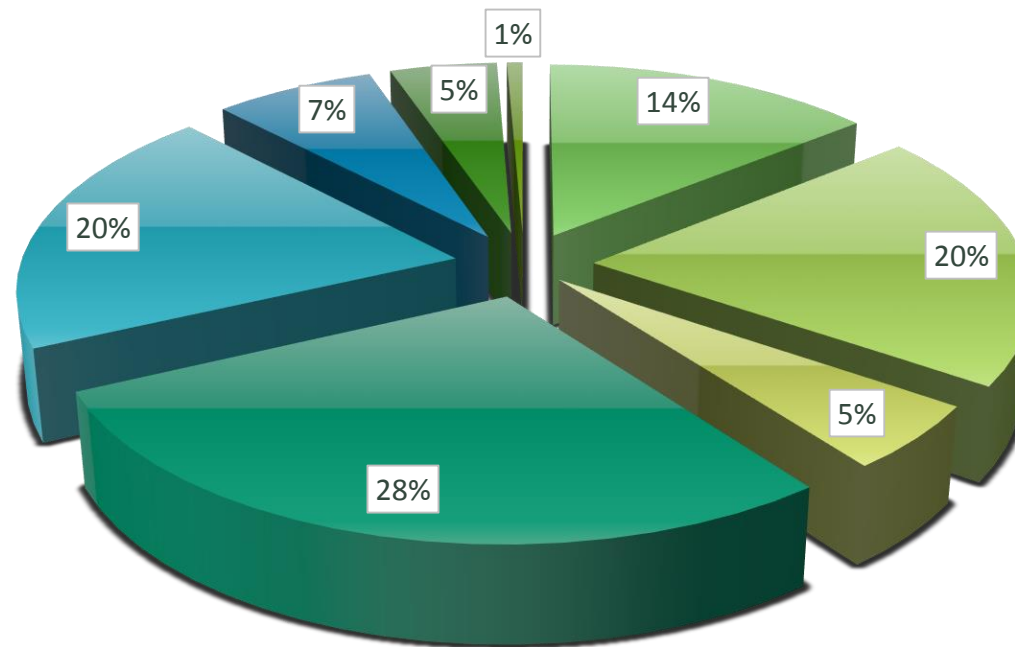




# EVALUACIÓN PPNAE

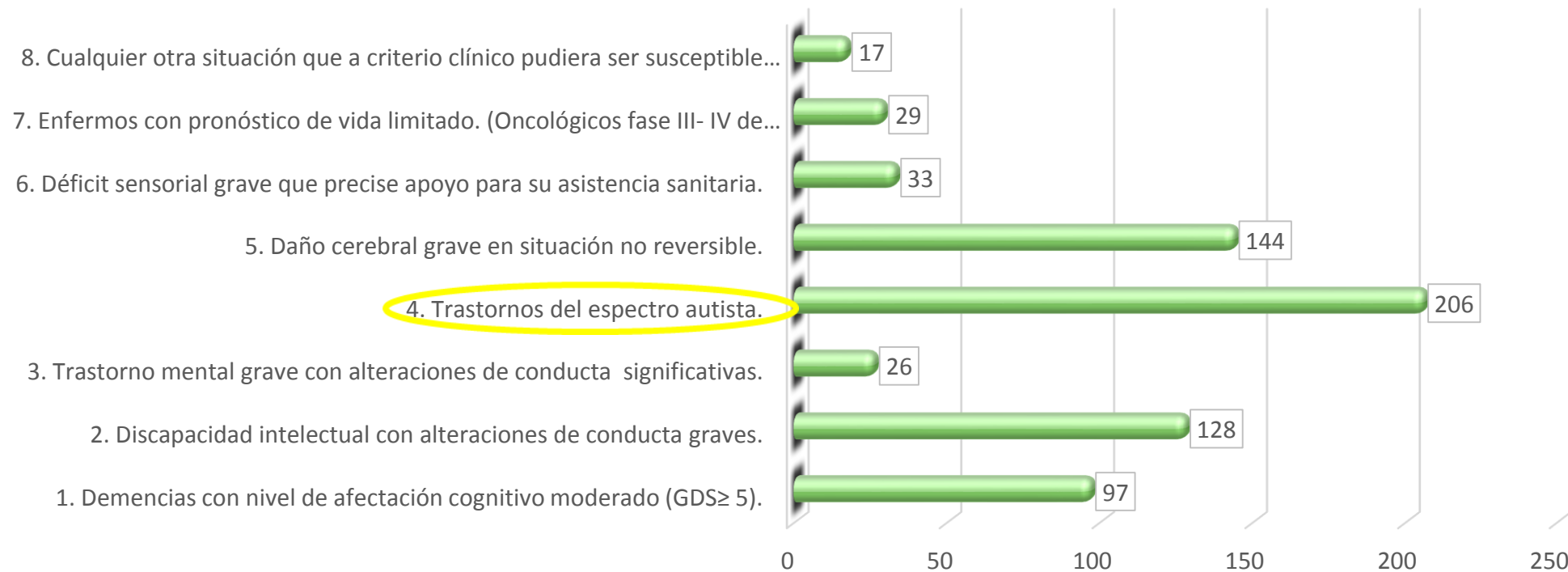
## Patologías más demandadas como criterios de inclusión. Porcentajes

- 1. Demencias con nivel de afectación cognitivo moderado (GDS  $\geq$  5).
- 2. Discapacidad intelectual con alteraciones de conducta graves.
- 3. Trastorno mental grave con alteraciones de conducta significativas.
- 4. Trastornos del espectro autista.
- 5. Daño cerebral grave en situación no reversible.
- 6. Déficit sensorial grave que precise apoyo para su asistencia sanitaria.
- 7. Enfermos con pronóstico de vida limitado. (Oncológicos fase III- IV de la TNM o criterios NECPAL).
- 8. Cualquier otra situación que a criterio clínico pudiera ser susceptible de inclusión en Programa



# EVALUACIÓN PPNAE

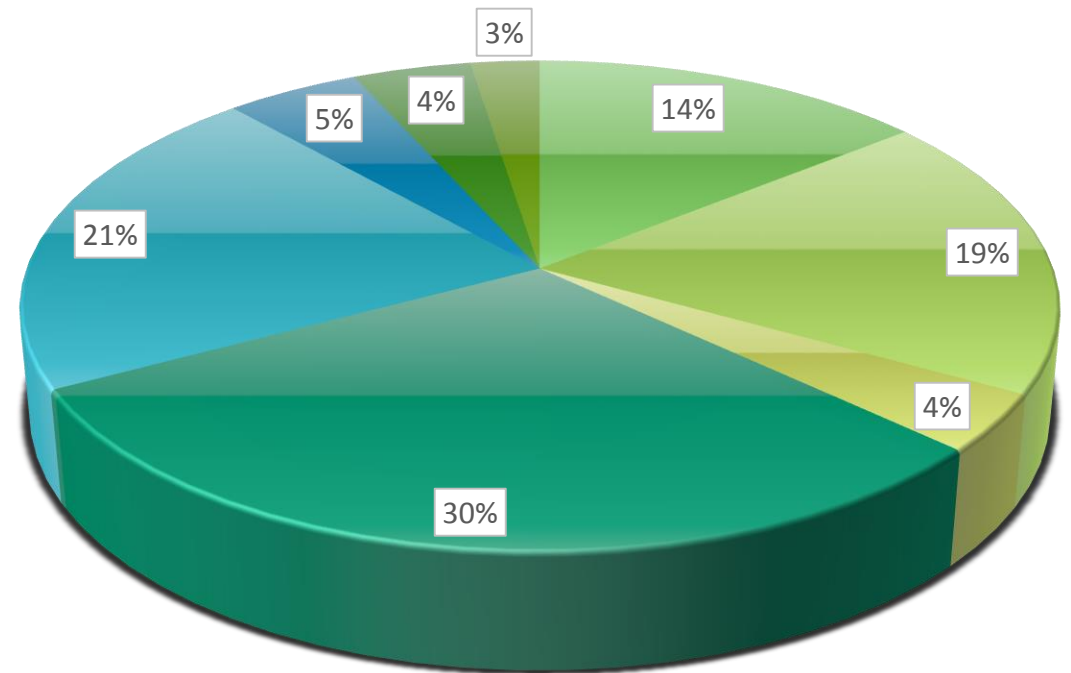
## Solicitudes admitidas por diagnóstico



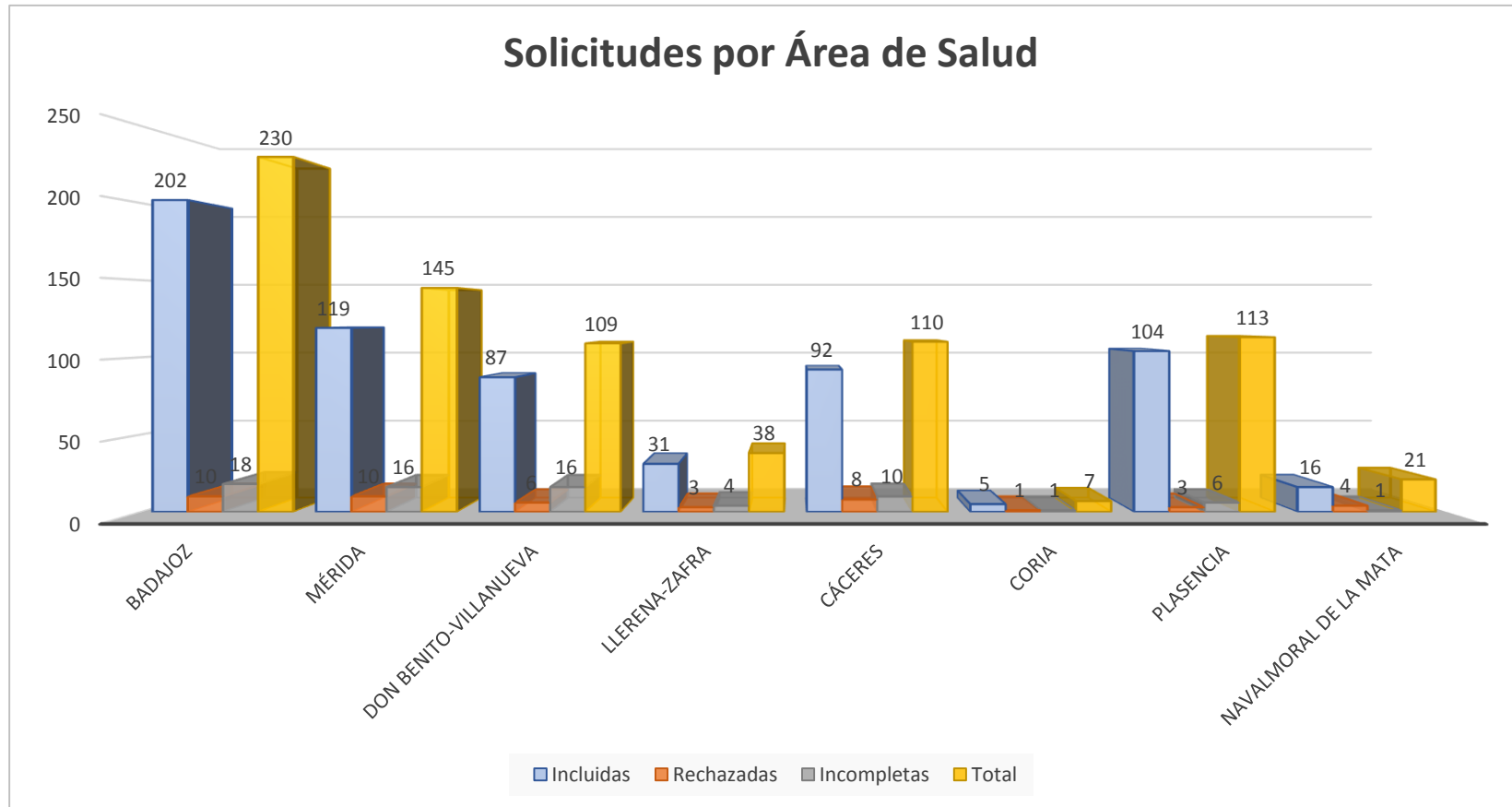
# EVALUACIÓN PPNAE

## Solicitudes admitidas por diagnóstico. Porcentajes

- 1. Demencias con nivel de afectación cognitivo moderado (GDS $\geq$  5).
- 2. Discapacidad intelectual con alteraciones de conducta graves.
- 3. Trastorno mental grave con alteraciones de conducta significativas.
- 4. Trastornos del espectro autista.
- 5. Daño cerebral grave en situación no reversible.
- 6. Déficit sensorial grave que precise apoyo para su asistencia sanitaria.
- 7. Enfermos con pronóstico de vida limitado. (Oncológicos fase III- IV de la TNM o criterios NECPAL).
- 8. Cualquier otra situación que a criterio clínico pudiera ser susceptible de inclusión en Programa



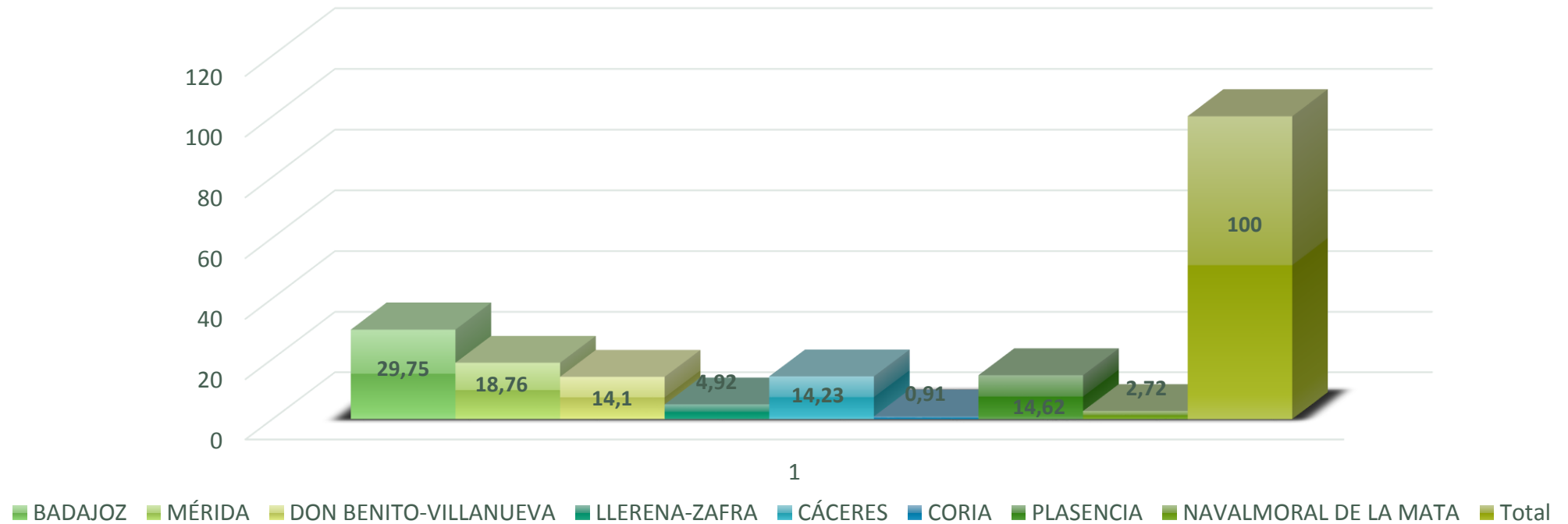
# EVALUACIÓN PPNAE





# EVALUACIÓN PPNAE

## Solicitudes por Área de Salud. Porcentajes

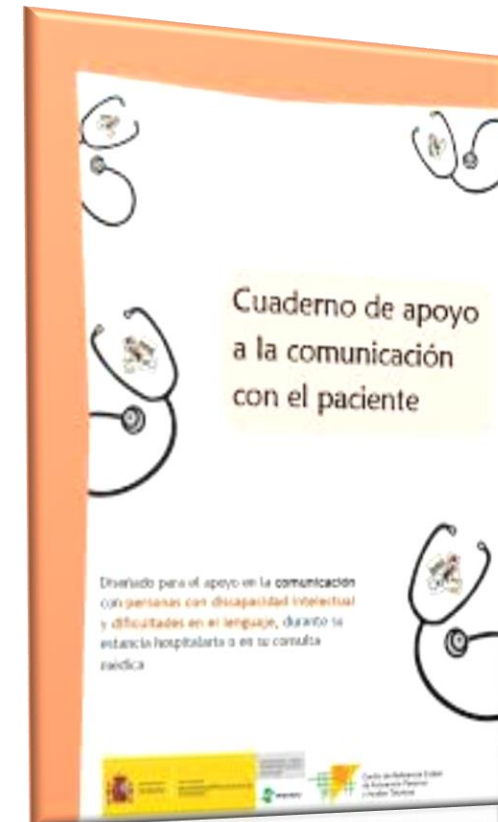
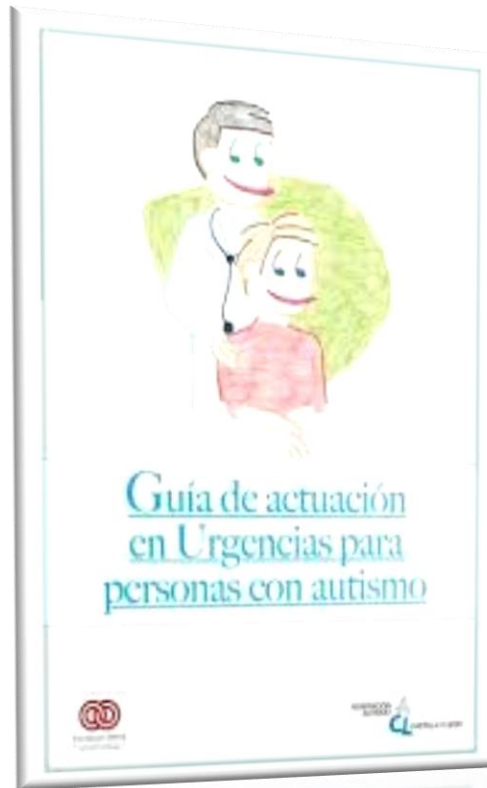


# SEGUNDA FASE DEL PROGRAMA: PPNAE 2

Y ahora... ¿qué?

- Recordar el PPNAE
- Asegurar su cumplimiento
- Revisar criterios de inclusión
- Adaptarnos a las necesidades específicas
- Facilitar material de apoyo
- Medir la satisfacción

# DOCUMENTOS DE APOYO



# MATERIAL DE APOYO: FOTOGRAFÍAS Y PICTOGRAMAS



# SEGUNDA FASE DEL PROGRAMA: PPNAE 2

Y ahora... ¿qué?

- Recordar el PPNAE
- Asegurar su cumplimiento
- Revisar criterios de inclusión
- Adaptarnos a las necesidades específicas
- Facilitar material de apoyo
- Medir la satisfacción

# ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

**JUNTA DE EXTREMADURA** ESTUDIOS DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA  
Consejo de Sanidad y Políticas Sociales

**DATOS DEL PACIENTE**

1. Área de salud : Cáceres  Badajoz  Mérida  D.Benito-Vva  Navalmoral  Plasencia

2. Centro de Salud :

3. Sexo del paciente: Masculino:  Femenino:  4. Edad del paciente:

5. Fecha de la consulta :  /  /  6. ¿Es la primera vez que visita?

7. Persona que cumplimenta el cuestionario: Paciente  Padre/Madre/Tutor  Familiar

8. Estado civil : Soltero/a  Casado/a  Conviniencia  Divorciado/a / Separado/a

9. Nivel de estudios : Sin estudios  Primarios  Secundarios  Superiores

10. Situación laboral : Trabajando  Pensionista  Desempleado  Estudiando

11. Nacionalidad : Española  Otra :

**CITA PREVIA Opinión sobre la gestión de la cita**

12. ¿Cómo solicitó la cita? Teléfono  Internet  Centro salud o consulta

	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Normal
13. Si llamó por teléfono, tiempo de espera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Facilidad para conseguir cita en la fecha solicitada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Valoración del trato del personal que le facilitó la cita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**MEDICO DE FAMILIA / PEDIATRA Opinión sobre el personal médico que le atendió**

	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Normal
16. Puntualidad a la hora de ser atendido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Amabilidad y trato del personal médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Confianza, seguridad y conocimiento en relación a su problema de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Claridad en las explicaciones proporcionadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. El personal médico ha interrumpido la atención en algún momento ? (fno, visita)

21. ¿Recomendaría su médico a amigos o familiares?

22. ¿Conoce el nombre del personal médico que le atendió?

**JUNTA DE EXTREMADURA** ESTUDIOS DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA  
Consejo de Sanidad y Políticas Sociales

## ESTUDIO DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA

### INSTRUCCIONES

- Por favor, señale con una **x** la calificación que mejor describa su experiencia con el centro de salud.
- En las casillas a rellenar, deberá utilizar **letras mayúsculas** y poner en cada casilla una letra.
- Una vez cumplimentado el cuestionario, por favor, envíelo por correo en el sobre que se acompaña. **NO es necesario sello.**
- La encuesta es **anónima**.
- La cumplimentación de este cuestionario sólo les llevará unos minutos.
- La información obtenida será de gran ayuda para conseguir una mayor calidad en la atención sanitaria prestada.

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**



# Muchas gracias



[beatriz.martin@salud-juntaex.es](mailto:beatriz.martin@salud-juntaex.es)  
[saludmental.ses@salud-juntaex.es](mailto:saludmental.ses@salud-juntaex.es)  
<https://saludextremadura.ses.es/smex/>



