



Departamento  
de Salud

# PLAN DE SALUD 2014-2020



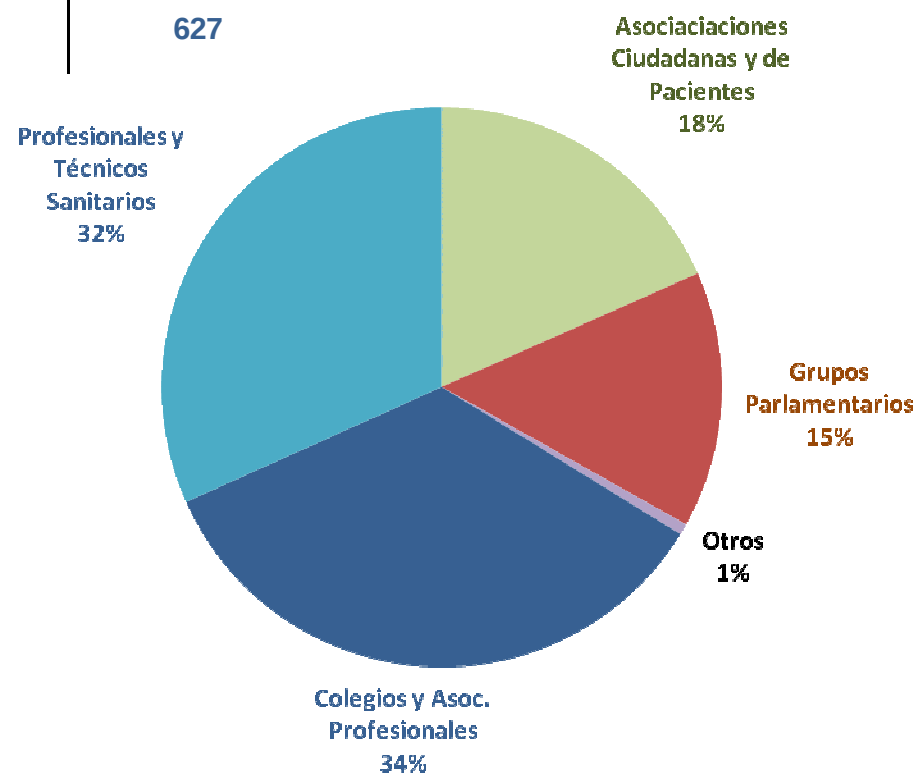
RESUMEN DE APORTACIONES AL PLAN

**Aportaciones recibidas**



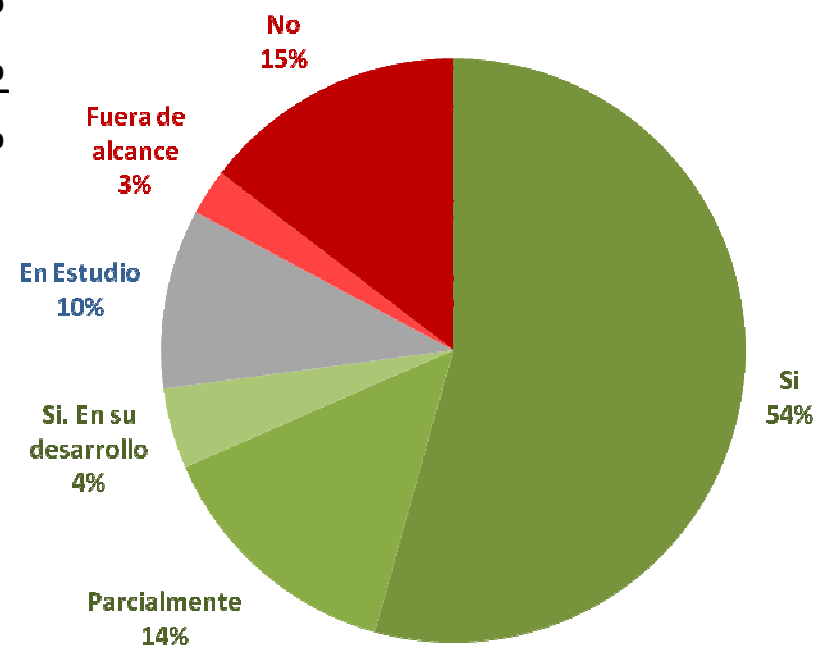
## Distribución del N° de Aportaciones por Tipo de Proponente

|                                        | Entidades | Aportaciones |
|----------------------------------------|-----------|--------------|
| Asociaciones ciudadanas y de pacientes | 12        | 115          |
| Colegios y Asoc. Profesionales         | 8         | 216          |
| Otros                                  | 1         | 4            |
| Grupo parlamentario                    | 3         | 93           |
| Profesionales y Técnicos Sanitarios    | 10        | 199          |
| <b>TOTAL</b>                           | <b>34</b> | <b>627</b>   |



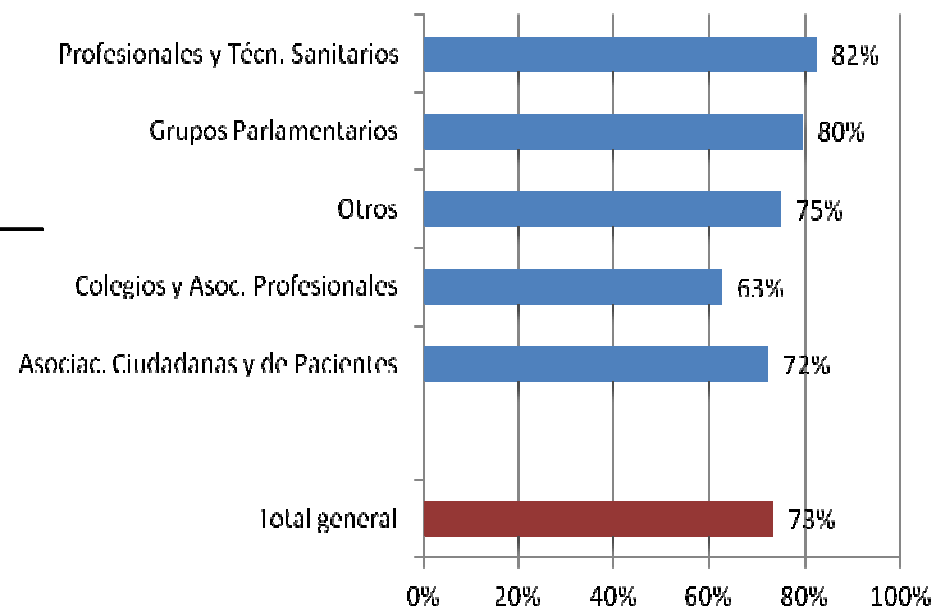
## Aceptación de las Aportaciones

|                                |             |
|--------------------------------|-------------|
| Si                             | 55%         |
| Parcialmente                   | 14%         |
| Si. En su desarrollo           | 4%          |
| Aceptadas total o parcialmente | <b>73%</b>  |
| En Estudio                     | <b>10%</b>  |
| Fuera de alcance               | <b>3%</b>   |
| No                             | <b>15%</b>  |
| <hr/>                          |             |
| <b>Total general</b>           | <b>100%</b> |



## Aportaciones Aceptadas por Capítulos y Proponentes

|                           | Nº         | Aceptadas<br>Tot o Parc |
|---------------------------|------------|-------------------------|
| General                   | 16         | 56%                     |
| Diagnóstico               | 61         | 92%                     |
| Metodología               | 4          | 100%                    |
| Principios                | 13         | 77%                     |
| Objetivos                 | 45         | 69%                     |
| Plan de acción            | 325        | 74%                     |
| Tranformación del modelo  | 6          | 83%                     |
| Instrumentos estratégicos | 106        | 70%                     |
| Despliegue del Plan       | 21         | 52%                     |
| Impacto económico         | 10         | 60%                     |
| Seguimiento y evaluación  | 20         | 60%                     |
| <b>Total general</b>      | <b>627</b> | <b>73%</b>              |



# Resumen de las Principales Aportaciones

- **Metodología**
  - Aceptadas todas las aportaciones
  - Revisión sistemática desde la perspectiva de género.
- **Diagnóstico**
  - Se han aceptado total o parcialmente 54 de las 61 aportaciones y/o correcciones propuestas
  - Más alusión al contexto sanitario y social actual y al riesgo de impacto de la crisis.
- **Principios de Intervención**
  - Se ha incorporado el principio de Universalidad y se han reformulado otros 3
- **Objetivos de Resultados**
  - Nueva denominación de 1 Objetivo General
  - 23 nuevos Objetivos de Resultados y se han eliminado 6
  - Se ha concretado la Meta a alcanzar en el 78 %
- **Plan de Acción**
  - Cambio de la denominación de 1 Estrategia
  - 4 Nuevos Programas y otros 5 Programas amplían su alcance
  - 84 nuevas Acciones Clave
- **Instrumentos Estratégicos**
  - Nuevos roles y perfiles profesionales
  - Características de los Pacto de Gestión
  - Central de Resultados y Observatorio de Salud
  - Se concretan las Alianzas con Colegios y Asociaciones Profesionales
  - Se formulan la Formación en competencias transversales
  - Participación Ciudadana
  - Se incluye un Capítulo de Investigación y se concretan las Prioridades
- **Despliegue y Responsables**
  - Se concretan las Funciones de los Responsables
- **Impacto Económico**
  - Se ha concretado el impacto económico
- **Indicadores**
  - Se prevé incorporar 40 o reformular nuevos indicadores

# Diagnóstico de situación



# DIAGNÓSTICO

## Principales incorporaciones

- Aceptadas total o parcialmente el 92% de las aportaciones y/o correcciones propuestas
- Actualizados los datos disponibles.
- Incorporado un apartado específico dedicado a las Desigualdades en Salud
- Remarcada la importancia de los Determinantes Sociales como factores condicionantes
- Se ha hecho referencia al alto impacto familiar de la demencia
- Se han incluido la Fatiga Crónica y el Síndrome químico múltiple como problemas de salud emergentes
- Se ha hecho alusión al principio de precaución sobre radiaciones de telefonía móvil ya que no existen datos definitivos
- Se han incorporado los datos del resultado del proceso de exposición pública
- Etc.

Nota: No hemos podido desagregar los datos referentes al grupo de mayores de 65 en grupos de edad más pequeños porque en la mayoría de los registros disponibles no están desglosados. Se ha tomado nota de la demanda.

# **Principios y metodología**

**Nuevo Plan de Salud 2014-2020**



## Principios de Intervención

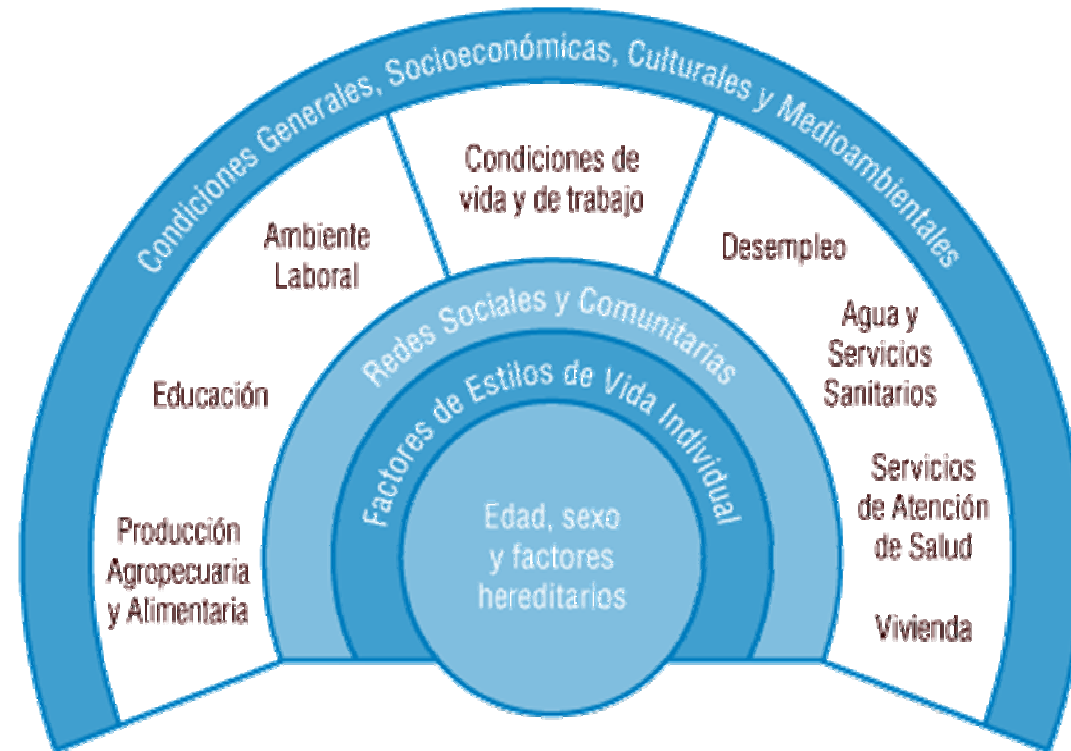
- Continuar garantizando Accesibilidad Universal.
- Orientación a los resultados en salud.
- Enfoque poblacional y priorización.
- Estrategias integrales de intervención.
- Salud en todas las políticas. Determinantes de Salud
- Intervención comunitaria intersectorial. Desigualdades
- Orientación socio-sanitaria.
- Corresponsabilidad, empoderamiento, y participación.
- Coherencia entre prioridades e instrumentos.

## Accesibilidad Universal

- Continuar garantizando la **Universalización** de la asistencia.
  - Requisito básico esencial para lograr buenos resultados en Salud
  - Conquista social profundamente arraigada en Navarra
- La **Accesibilidad Universal** como compromiso de eliminar todo tipo de barreras:
  - Arquitectónicas, sociales, geográficas, lingüísticas, culturales o intelectuales
- El **Diseño Universal** como condición que de cualquier entorno o servicio para ser utilizable por todas las personas, teniendo en cuenta:
  - Las variables de edad, género, nivel y origen cultural
  - La diversidad funcional física, psíquica, intelectual o sensorial.

## Salud en todas las Políticas

Determinantes en Salud de Dahlgren y Whitehead



## Intervención Comunitaria Intersectorial

MEJORA DE LOS  
RESULTADOS EN SALUD

REDUCIR LAS  
DESIGUALDADES

# Objetivos del Plan de Salud



## Objetivos Generales

- I. Disminuir la **mortalidad** prematura y evitable aumentando la esperanza de vida.
- II. Disminuir la **morbilidad** y reducir la severidad de las patologías priorizadas.
- III. Disminuir la **discapacidad** y promover la autonomía personal.
- IV. Mejorar la salud percibida y la **calidad de vida** relacionada con la salud.
- V. Promover **estilos de vida saludables** y reducir riesgos para la salud.
- VI. Fomentar el empoderamiento y el **autocuidado** de la salud.
- VII. Reducir las desigualdades** en los resultados de salud.
- VIII. Contribuir a la **sostenibilidad** del Sistema Sanitario

## Objetivos Específicos

|                                                 | Nº de Objetivos Específicos |            | % Objetivos con Meta |
|-------------------------------------------------|-----------------------------|------------|----------------------|
|                                                 | Borrador                    | Nuevo      |                      |
| Disminuir la mortalidad prematura y evitable    | 7                           | 7          | 86%                  |
| Disminuir la morbilidad y severidad             | 15                          | 16         | 56%                  |
| Disminuir discapacidad y promover autonomía     | 14                          | 19         | 84%                  |
| Mejorar la salud percibida y la calidad de vida | 7                           | 7          | 86%                  |
| Estilos de vida saludables y reducir riesgos    | 16                          | 16         | 75%                  |
| Fomentar empoderamiento y el autocuidado        | 13                          | 12         | 100%                 |
| Reducir desigualdades en resultados de salud    | 8                           | 14         | 57%                  |
| Contribuir a la sostenibilidad                  | 7                           | 13         | 92%                  |
| <b>Total</b>                                    | <b>87</b>                   | <b>104</b> | <b>78%</b>           |

# Nuevos Objetivos Específicos

## Morbilidad y severidad

- Tiempo de los politraumatismos
- Periodicidad de las revisiones en cáncer.

## Discapacidad y Autonomía

- Detección enfermedades hereditarias
- Zonas con Progr de At, Sociosanitaria Dom.
- Prescribir Ejercicio terapéutico
- Zonas con Progr de Ejercicio Terap. y Reh. Func.
- Reevaluación funcional al mes y a los 3 meses
- Sobrecarga de las personas cuidadoras
- Evaluación integral de la fragilidad >75 años

## Estilos de vida y riegos

- Valoración normalizada riesgo psicosocial < 5 años
- Registro de riesgo cardiovascular en HªClª

## Empoderamiento y autocuidado

- Nº de sesiones y % de comités con participación en los que participan ciudadanos o pacientes.
- Nº de sugerencias formuladas por los ciudadanos
- % de pacientes empoderados

## Desigualdades en resultados de salud

- Zonas con Progr y Comité de intervención integral en desigualdad y riesgo psicosocial infantil
- % de población infantil en riesgo psicosocial con una Plan Integral y Responsable Gestión de Caso
- Garantizar nutrición suficiente y adecuada menores
- Registro de variables sociales en Hª Clínica
- Tiempo de diagnóstico enfermedades raras.
- Detección de maltrato y violencia en Atención Primaria y en Urgencias
- Detección la violencia de género de maltrato y violencia en Atención Primaria y en Urgencias
- Duplicar la detección de la violencia psíquica

## Contribuir a la sostenibilidad

- Tasa de ambulatorización quirúrgica.
- Variabilidad en Amigdalectomía e Histerectomías
- Conciliación de la medicación
- Reducir el uso de estatinas en pacientes sin otros factores de riesgo cardiovascular.
- Desmedicalizar procesos adaptativos, emocionales y relacionales / Reducir consumo de ansiolíticos



## **Plan de Acción**

## Estrategias de Salud

|                                               |                                                            |                                                           |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Prevención y Promoción Infantil y Adolescente | Promoción de la Salud y Autocuidados en Adultos            | Atención a la Discapacidad y Prevención de la Dependencia |
| Prevención y Atención al Cáncer               | Prevención y Atención en Salud Mental                      | Atención a la Demencia y otras Neurodegenerativas         |
| Atención a las Urgencias Tiempo Dependientes  | Prevención y Atención a Enfermedades Vasculares y Diabetes | Prevención y Atención a Enferm. Respiratorias             |
| Atención a Pacientes Pluripatológicos         | Cuidados Paliativos y Dolor                                | Seguridad del Paciente                                    |

# Nuevos Programas de Salud

## Nuevos Programas

---

- Programa de intervención integral en desigualdad y riesgo psicosocial infantil.
- Programas de prevención y atención a la discapacidad sensorial.
- Programa de prevención y atención de la neumonía
- Programa de atención a dolor agudo y postquirúrgico

## Ampliar Alcance de Otros

---

- Programa de prevención selectiva en colectivos vulnerables.
- Programa de atención a la fragilidad y prevención de complicaciones en los cuidados del mayor.
- Programa de atención y rehabilitación de la insuficiencia cardiaca.
- Programa de Ejercicio Terapéutico y Rehabilitación Funcional en el nivel primario.
- Programa de Atención al Trastorno Mental

## Estrategia de Promoción y Prevención Adultos

- Perspectiva de **género y gradiente social** en todos los programas de promoción de salud
- Ampliar notablemente el alcance del **“Programa de prevención selectiva en colectivos vulnerables”**.
  - **Observatorio de Salud** para analizar las desigualdades en salud y promover acciones
  - Extender a **más colectivos**: Discapacidad Intelectual, Minorías Étnicas, Colectivos en Exclusión Social, Trastorno Mental Grave, , Etc.
  - **Disminuir las barreras** físicas, sensoriales, geográficas, sociales, culturales o de género en el acceso al Sistema Sanitario
  - Extender los **Programas Específicos de autocuidados** y hábitos saludables a la Discapacidad Intelectual, Minorías Étnicas, Colectivos en Exclusión Social, etc.
  - Etc
- Completar despliegue protocolo de detección e intervención frente a la **Violencia de Género**. Concretar indicadores y registrar variables.
- Variables sociales, de riesgo psicosocial y de **maltrato** en Hª Clínica y en todos los registros sanitarios considerando la protección de datos
- Cribado y consejo personalizado en **bebedores de riesgo** en Atención Primaria
- Evaluación e intervención multifactorial y del entorno para la **prevención de caídas**
- Información a la población sobre los riesgos de la **sobremedicación**
- Continuar desarrollando la Estrategia de prevención de **Accidentes Laborales** y promover actividades sinérgicas entre la Atención Primaria

## Estrategia de Promoción y Prevención Infantil

- Considerar el **gradiente social** en todos los programas de promoción de estilos de vida en la infancia y la adolescencia.
- Promoción de la **lactancia materna**
- Consejo sistemático e intervención para la prevención de **accidentes** y lesiones
- **Programa de intervención integral en desigualdad y riesgo psicosocial infantil.**
  - Diagnóstico y **Plan integral** de intervención específico para cada niño o adolescente incluido en el Programa.
  - Asegurar una **nutrición suficiente** y adecuada.
  - Programa de promoción de la salud infantil en **minorías** y en menores con discapacidad intelectual
  - Etc
- Incorporar las perspectivas **culturales** y de riesgo **psicosocial** al Plan de mejora de control del **embarazo**
- Extender el Programa de Atención Temprana hasta los 6 años
- Programa específico de **apoyo a las madres y padres de niños/as con discapacidad** física, psíquica, sensorial o intelectual. Atención especial en las enfermedades raras al período desde la sospecha hasta el diagnóstico
- Concretar indicadores y registrar variables de riesgo psicosocial en el Protocolo sistemático de detección de riesgo psicosocial.
- Educación **afectivo- sexual no limitada a la prevención de riesgos**

# Discapacidad y Prevención de la Dependencia

- Ampliar el alcance del Programa de Ejercicio Terapéutico y Rehabilitación Funcional en el nivel primario.
  - Prescripción desde Atención Primaria de Ejercicio Terapéutico y Reh. Funcional
  - Grupo Multidisciplinar e Interdepartamental para definir la Cartera de Servicios
  - Planificación Territorial conjunta y por Zonas
  - Promover la adaptación del hogar y el uso de servicios y productos de apoyo
- Programas de prevención y atención a la discapacidad sensorial.
  - Prevención de la retinopatía diabética y de otras causas de ceguera
  - Continuar desarrollando el programa de prevención de la hipoacusia
  - Disminuir las barreras sensoriales en el acceso a los servicios sanitarios.
  - Etc
- Programa de atención a la fragilidad y prev. complicaciones en Cuidados del Mayor
  - Valoración sistemática en las personas mayores de la fragilidad, capacidad funcional, presencia de síndromes geriátricos, etc. como predictores de dependencia e internamiento
  - Protocolo trabajo social en el seguimiento del anciano frágil
  - Desarrollo progresivo de servicios de rehabilitación funcional domiciliaria para evitar el encamamiento.
  - Etc
- Disposición de plazas de respiro y apoyo a la Persona Cuidadora
- Perspectiva de género en el cuidado
- Historia Socio-Sanitaria delimitando niveles de acceso y responsabilidad.

## Prev. Atención al Cáncer

- Monitorizar tiempos desde la sospecha hasta el establecimiento del tratamiento.
- Coordinar las vistas y asegurar la periodicidad de las revisiones
- Divulgación de signos y síntomas y promoción de la autoexploración.
- Colaboración con la Unidades de Bioética en la toma de decisiones
- Coordinar Registros de Cáncer
- Desarrollar un trabajo complementario entre AP y AE en el seguimiento de las personas supervivientes de cáncer
- Reforzar el apoyo psicosocial en coordinación con las Asociaciones de Pacientes con especial atención al población infantil y juvenil

## Salud Mental

- Trastorno Mental Menos Grave.
  - Apoyo a Atención Primaria para aumentar su capacidad resolutive
  - Definir el modelo de atención adecuado para problemas vitales, adaptativos, emocionales y relacionales para reducir la medicalización y prevenir su cronificación.
- Incrementar y mejorar el consentimiento informado en Salud Mental
- Coordinación AP - Salud Mental en protocolo de intervención en red en menores con alto riesgo psicosocial
- Colaboración con las Unidades de Bioética en los procesos de incapacitación
- Erradicación del estigma con perspectiva de género.
- Disposición de plazas de respiro y apoyo a la Persona Cuidadora

## Vasculares y Diabetes

- Prevención **Insuficiencia Renal** de origen vascular y cribado en población riesgo.
- Programa de Atención y **Rehabilitación** de la Insuficiencia Cardíaca
  - **Rehabilitación** de la Insuficiencia Cardíaca
  - Prescripción de **ejercicio físico terapéutico y adaptación al esfuerzo**
  - Herramienta común en Hª CIª
  - Hospital de Día, Hosp a Domicilio, etc.
  - Inclusión de estos pacientes en los Programas de Cuidadores de Paliativos.
- Prevención Primaria de riesgo vascular.
  - Programas de control y tratamiento efectivo de la HTA y Diabetes

## Respiratorias

- Además de Rehabilitación incluir también prescripción de **ejercicio físico terapéutico y adaptación al esfuerzo**
- **Programa de prevención y atención a las neumonías**
  - Vacunación antigripal y antineumocócica en pacientes de riesgo.
  - Protocolos de las neumonías por perfiles de riesgo de pacientes
  - Revisión sistemática y periódica de pautas de antibioterapia en la neumonía
  - Análisis de la mortalidad por neumonía.
  - Etc

## Pluripatológicos

- Médico de Familia responsable principal
- No limitar la Conciliación al pluripatológico
- Valoración integral socio-sanitaria con perspectiva de género

## Paliativos

- **Divulgar** a la población los servicios
- Intervención a la **unidad familiar**
- Programa de Atención al **Duelo** en AP.
- Promover el **voluntariado**

## Dolor

- Determinar **en qué procesos** hay que hacer **evaluación sistemática**
- Perspectiva de **género**
- Estrategia de **autocuidados**
- **Programa de atención al dolor en el ámbito hospitalario**
  - Todos los Servicios Quirúrgicos con protocolos de dolor
  - Protocolo de dolor en paciente politraumatizado
  - Recomendaciones a pacientes ingresados de pautas de actuación en caso de dolor
  - Etc

## Demencia y Neurodeg.

- Protocolo informatizado compartido
- **Evaluación previa** de la implementación de la Guía de demencia en Primaria.
- Valoración e intervención integral **socio-sanitaria coordinada con Política Social**
- Disposición de **plazas de respiro** y apoyo a la Persona Cuidadora

## Urgencias Vitales

- Regulación del **Código de Parada Cardiorrespiratoria**
- Desarrollo progresivo de otros códigos Sepsis, Hemorragia Digestiva, etc
- Definidas la **Funciones de la Dirección Técnica** única
- Garantizada la participación de Cardiología



## Instrumentos Estratégicos

## EXTENSIÓN DE LA ESTRATEGIA DE CÓNICOS AL RESTO DE CRÓNICOS

### PACIENTES SEVEROS.

#### Nuevos Perfiles Prioritarios:

- ✓ Pacientes dependientes con independencia de su patología.
- ✓ Pacientes institucionalizados con independencia de su patología.
- ✓ Enfermedades crónicas que precisen un alto nivel de atención especializada:
  - Niños con Enfermedades Crónicas
  - Enfermedades Raras
  - Pacientes con Dolor Crónico severo, incluida la fibromialgia..

### PACIENTES LEVES Y MODERADOS.

Si hay casuística suficiente se definirá un Patrón Integral de Atención, incluidos criterios de clasificación de severidad.

Los pacientes severos serán identificados en H<sup>a</sup> Cl<sup>a</sup>.

En ausencia de criterios predefinidos el nivel de severidad de cada paciente se establecerá por criterio facultativo.

**A los pacientes Severos se les aplicará el modelo de Gestión de Casos.**

**En general en enfermedades infrecuentes que precisen un alto nivel de atención especializada la responsabilidad principal de Casos de corresponderá al ámbito hospitalario.**

Se beneficiarán de las medidas estructurales generales establecidas

De forma progresiva se les aplicará el modelo general de atención.

## Nuevos roles y perfiles en rehabilitación

- **Objetivos:**
  - Generalizar, desmedicalizar y acercar al entorno
  - Promover el Ejercicio Físico Terapéutico y la Rehabilitación Funcional para quienes lo requieran como elemento esencial de su Plan Terapéutico,
- **Características:**
  - Ámbito ambulatorio, domiciliario, e institucional.
  - Prescripción desde Atención Primaria.
  - **Fisioterapeuta en Atención Primaria**
    - Rol activo en la prescripción del ejercicio terapéutico
    - Prescripción de Técnicas de fisioterapia según protocolos predefinidos.
  - Colaboración de **Terapeutas Ocupacionales, Monitores** y otros perfiles profesionales
  - Recomendación de adaptación del hogar y del uso de **productos de apoyo**
  - Despliegue será progresivo
  - Fomentar al máximo las actividades grupales

## Nuevos roles Trabajo Social Sanitario

- **Objetivos:**
  - Promover la orientación **biopsicosocial** del nuevo Plan de Salud
  - Valoración de los determinantes sociales
  - Intervención en **riesgo psicosocial** y en **desigualdades**
  - Complementar las funciones ya asignadas en el Programa de Crónicos
- **Nuevas Funciones:**
  - Atención preferente a la población infantil en riesgo.
  - Referente principal del Equipo en:
    - Intervención en **riesgo psicosocial**, y en **colectivos vulnerables**
    - Intervención **sociosanitaria** en coordinación con Política Social en discapacidad, salud mental, demencia, ictus, pluripatológico.
    - **Red social de apoyo** y de otros recursos comunitarios necesarios para una atención integral
  - **Gestora de Casos** en determinados pacientes vulnerables
  - Participar en los programa de Capacitación y Apoyo a la **Persona Cuidadora**

# Otros perfiles y estructuras

## Servicios de apoyo psicosocial

- Reforzar los servicios de Apoyo Psicosocial
- Tanto al paciente como al cuidador
- En especial en las estrategias de cáncer, paliativos, discapacidad en población infantojuvenil, etc.

## Liderazgo y dirección facilitadora

- Profesionalismo sanitario.
- Profesionalización de los gestores.
- Procedimientos de elección que refuercen la autoridad moral
- Reconocer y exigir resultados a ambos

## Hospitalización a domicilio

- Extensión de la Hospitalización a Domicilio al menos al 90% de la población
- Diversas modalidades, niveles, y perfiles de pacientes en función de la isócrona

# Pacto de Gestión

## Características Básicas

- Autogestión progresiva de las Unidades Clínicas
- En el marco del Sistema Sanitario Público
- De carácter voluntario
- Permita identificar y reconocer Centros de Excelencia o Alto Rendimiento, según niveles de responsabilidad asumidos y resultados alcanzados

## Consejo de Gestión Clínica. Funciones:

- Acordar
  - Las características del Modelo.
  - Los sistemas de evaluación y su ponderación.
  - El modelo y los criterios generales de Incentivación.
- Informar
  - Las propuestas de los Objetivos Específicos a incluir en los Pactos
  - Las propuestas de Indicadores de Evaluación de los Objetivos periódicos.
  - Las propuestas de Incentivación a aplicar en cada evaluación

## Metodología

- Tanto para la fijación de objetivos como la ponderación de la evaluación se basará en los modelos de calidad orientados a la excelencia tipo EFQM

## Sistemas de Información

- Historia Clínica 2.0. vinculada a la **Historia Sociosanitaria**.
- Que el paciente pueda incorporar datos de sus autocontroles al Portal de Salud
- Que el sanitario pueda acceder a los mismos mediante algoritmos **de alarmas** etc.
- Vincular a la H<sup>a</sup> Cl<sup>a</sup> **Panel de Control de Casos**.

### Gestores

Directivos, Jefes de Servicio Administrativo, y Responsable de Estrategia

Cuadros de Mandos específicos e interactivos

Ámbito de Gestión y Estrategia de Salud

Contar con Técnicos con capacidades de análisis avanzadas.

Todos los Técnicos de Gestión Sanitaria deben tener acceso y ser capaces de manejar los ubos Olap de su ámbito con facilidades de análisis avanzadas.

### Clínicos

Jefes de Servicio, Sección, Equipo o Unidad de atención sanitaria

**Cuadros de Mandos de Gestión Clínica** con capacidades básicas de análisis.

Profesionales Sanitarios

**Cuadros de Mandos Clínicos** con capacidades básicas de análisis, que le permitan navegar hasta la H<sup>a</sup> Clínica del Paciente .

contar con herramientas y servicios para la extracción de datos.

# Observatorio y Central de Resultados

## Central de Resultados

- Espacio web en el Portal de Salud
- Rendir cuentas a los ciudadanos del uso de los recursos públicos
- Evaluar de manera transparente los resultados
- Compartir las mejores prácticas
- Promover el benchmarking entre los centros y servicios que integran el sistema sanitario

## Observatorio de Salud de Navarra

- **Identificar desigualdades**
- Definir **ejes** de desigualdad
- Promover la inclusión de variables de **estratificación social**
- Estratificar a la población para identificar grupos sociales vulnerables.
- **Definir nuevos indicadores** para medir la verdadera dimensión del impacto de ...
  - Los determinantes sociales estructurales y coyunturales.
  - El riesgo psicosocial
  - El maltrato a niños y ancianos
  - La violencia de género etc., como problema de salud pública.
- Realizar estudios /estadísticas longitudinales, e **informes periódicos**
- Sensibilizar a la sociedad

# Alianzas con Colegios y Asociaciones Profesionales

## Colegios de Médicos y de Enfermería

- Planificación y desarrollo de la **Gestión Clínica**
- Desarrollo de los sistemas de autoevaluación y **acreditación de calidad** en el desarrollo profesional.
- Participación en su aprobación y colaboración activa en el desarrollo del Plan Plurianual de **Formación**.
- Impulso y divulgación de los Objetivos del Plan de Salud.

## Otros Colegios Profesionales

- Desarrollo de los **nuevos roles profesionales**.
- Colaboración activa en el desarrollo del Plan Plurianual de **Formación**.
- Impulso y divulgación de los Objetivos del Plan de Salud.

## Oficinas de Farmacia

- Promover estilos de vida saludables
- **Autocuidados** en crónicos
- Colaboración en el control y autocontrol del paciente crónico.
- Autocuidados en Procesos Agudos Autorresolubles
- Información, recomendación y colaboración en la **detección precoz** selectiva de determinados procesos.
- Información y recomendación de otros programas comunitarios
- Identificación de situaciones de **fragilidad**
- **Cumplimiento terapéutico**
- **Conciliación** periódica de medicación
- Prevención de **errores** en medicación

# Formación

## Competencias Transversales

- Comunicación con paciente/ciudadano
- Bioética
- Desigualdades en Salud
- Riesgo psicosocial y maltrato
- Gestión de Casos
- Comunicación y trabajo en equipo
- Gestión Clínica
- Calidad Integral
- Seguridad del paciente
- Evidencia científica y uso racional
- Innovación
- Liderazgo, motivación
- Metodología de investigación sanitaria
- Metodología para la docencia

## Competencias Técnicas

- Cáncer.
- Salud Mental.
- Urgencia Vital.
- Seguridad.
- Enfermedades Crónicas.
- Diagnóstico multidimensional.
- Promoción de la salud y autocuidado.
- Atención sociosanitaria
- Simulación y otras metodologías innovadoras de formación
- Colaboración del Personal Sanitario Jubilado

## Participación Ciudadana

- Norma de Participación Ciudadana
- Diagnóstico de la Participación en el Sistema Sanitario
- Ciudadanos en los Comités Técnicos.
- Consejos de Salud
- ForoSalud.
- Registro de Participación y colaboración ciudadanas
- Encuestas a Ciudadanos y Pacientes
- Portal de Salud y nuevos Canales de Participación
- Innovación desde la Experiencia del Usuario
- Promoción del voluntariado
- Estrategia de relación con asociaciones de pacientes
- Informe anual de participación

# Prioridades de Investigación

- Estrategias de Salud Priorizadas

- Prevención y promoción infantil y adolescente
- Promoción y autocuidados en adultos
- Dependencia y discapacidad.
- Cáncer
- Salud Mental
- Demencia y Otras Neurodegenerativas
- Urgencias Tiempo-dependientes
- Vasculares y Diabetes
- Enfermedades Respiratorias
- Pluripatológicos
- Paliativos y Dolor
- Seguridad del Paciente

- Transformación Modelos de Atención

- Estrategia de Crónicos
- Atención Sociosanitaria
- Etc

- Genética y Biotecnología

- Genética y Ómicas
- Tecnología biomédica
- Nuevos métodos diagnósticos incluyendo diagnóstico por imagen

- Prioridades de Salud con Evidencia o Capacidad de Intervención Limitada

- Desigualdades en salud
- Intervención integral en riesgo psicosocial infantil
- Salud y género en pacientes y cuidadores.
- Accidentes en el hogar. Infantiles, etc.
- Enfermedades raras
- Impacto en salud de nuevos contaminantes del entorno, emisiones...
- Evaluación de nuevas actividades preventivas y prevención cuaternaria
- Empoderamiento y participación del paciente
- Adherencia al tratamiento

- Gestión de Servicios Sanitarios

- Listas de espera
- Uso racional del medicamento
- Evaluación de tecnologías
- Gestión clínica

## Despliegue y Responsabilidades

- **Concretar Funciones.** Se ejemplifican las funciones:
  - De los Comités Directores
  - Del Responsable de una Estrategia
  - De los Coordinadores Técnicos de Programas
- Representante de la ciudadanía en el Comité Técnico del Plan de Salud
- Asignar **nuevas Responsabilidades de Programas**
- **Difusión del Plan**
  - Edición Divulgativo del Plan de Salud de un máximo de 8 páginas.
  - Resumen Ejecutivo del Plan de Salud de un máximo de 50 páginas.
  - Realizar un Vídeo Divulgativo con una duración máxima de 5 minutos y.
  - Utilizar la tecnología de webcasting para realizar emisión simultánea.

| PROGRAMA                                                                                                                | NUEVO RESPONSABLE                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Progr. de intervención en desigualdad y riesgo psicosocial infantil<br>Ejercicio terapéutico y rehabilitación funcional | Serv de S° Planificación y Gestión Clínica AP <sup>a</sup>          |
| Programa de Envejecimiento saludable                                                                                    | Sección de Promoción de la Salud del ISPLN<br>Servicio de Geriatría |

# Impacto Económico Global

## Incluidas las acciones de la Estrategia de Crónicos

Seis de las doce Estrategias del Plan de Salud se despliegan desde la Estrategia de Crónicos , que es su principal herramienta estratégica y por ello se realiza un análisis integrado de su impacto económico.

|                            | 2014      | 2015      | 2016      | 2017      | 2018      | 2019      | 2020      |
|----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Promoción y prevención     | 687.659   | 1.417.493 | 1.722.493 | 1.777.493 | 1.857.493 | 1.917.493 | 1.937.493 |
| Asistencia Sanitaria       | 1.000.000 | 1.510.000 | 2.065.000 | 2.870.000 | 2.925.000 | 2.950.000 | 2.950.000 |
| Rehabilitación             | 0         | 160.000   | 290.000   | 420.000   | 550.000   | 580.000   | 600.000   |
| Atención Sociosanitaria    | 75.000    | 150.000   | 280.000   | 375.000   | 575.000   | 850.000   | 1.125.000 |
| Sistemas de Información    | 1.241.378 | 1.807.405 | 1.599.468 | 1.484.125 | 1.434.125 | 1.434.125 | 1.434.125 |
| Formación                  | 160.000   | 450.000   | 580.000   | 660.000   | 660.000   | 660.000   | 660.000   |
| Investigación e Innovación | 545.000   | 619.000   | 795.500   | 893.000   | 893.000   | 893.000   | 893.000   |
| TOTAL                      | 3.709.037 | 6.113.898 | 7.332.461 | 8.479.618 | 8.894.618 | 9.284.618 | 9.599.618 |

3.864.125 ya previstos en la Estrategia de Crónicos

# **Evaluación de Resultados**



# Nuevos Indicadores

## MORTALIDAD Y ESPERANZA DE VIDA.

### MORBILIDAD Y SEVERIDAD

% de revisiones de pacientes oncológicos en el tiempo recomendado

### DISCAPACIDAD Y AUTONOMÍA PERSONAL.

% de Menores de 5 años en cuya Hª Clínica consta el nivel de riesgo psicosocial.

% de ZB de Salud con Progr de Atención Sociosanitaria Domiciliaria

% de ZB de Salud con programa de Ejercicio Terapéutico y Rehabilitación Funcional.

Número de niños y adolescentes que reciben rehabilitación funcional

% de niños en Atención Temprana en los que consta Evaluación Integral y Multidisciplinar

% pacientes crónicos identificados como moderados o severos a los que se les ha pautado un plan de ejercicio terapéutico y de tolerancia al esfuerzo

% de pacientes con Fractura de cadera, IAM e Ictus de los que consta su situación funcional al mes y a los 3 meses

### SALUD PERCIBIDA Y CALIDAD DE VIDA

% de pacientes con cáncer a los que se ha valorado su nivel de afrontamiento

% de pacientes de la patologías predefinidas en las que consta evaluación de dolor crónico y nivel de severidad

% pacientes mayores de 75 años en los que consta que se ha evaluado la fragilidad

% de pacientes incluidos en el programa de cuidados paliativos sobre el total de fallecidos que cumplen criterios de inclusión

### ESTILOS DE VIDA Y RIESGOS PARA LA SALUD

% de los pacientes que cumplen criterios de valoración de riesgo cardiovascular de los que conste su nivel de riesgo

% de diabéticos con riesgo cardiovascular adecuadamente controlado.

Tasa de incidencia de infecciones nosocomiales

Tasa de incidencia de tromboembolismos pulmonares en pacientes ingresados

Tasa de notificaciones de reacciones adversas a medicamentos por 100.000 habitantes

% de menores de 5 años a los que consta una valoración del de riesgo psicosocial

Nº de ancianos frágiles en los que consta una valoración del riesgo psicosocial

## EMPODERAMIENTO Y AUTOCUIDADO

% de la población satisfechos con la información recibida por los profesionales del Sistema Sanitario

% de pacientes de cáncer, pacientes en fase terminal que consideran que los profesionales del sistema sanitario toma en consideración sus opiniones y valores a la hora de adoptar decisiones sobre su proceso.

Número de sesiones realizadas de órganos y espacios de participación ciudadana establecidos

Número de comités y grupos de mejora que cuentan con la participación de ciudadanos o pacientes.

### EQUIDAD EN LOS RESULTADOS DE SALUD

% de Z Básicas que cuentan con un Programa de intervención en desigualdades y riesgo psicosocial infantil

% de la población infantil en riesgo psicosocial con Valoración Integral y con un Plan Personalizado y responsable de Gestión del Caso

% de la población infantil en riesgo psicosocial con valoración detallada de su nutrición

% de Hª Clínica en las que consten las variables sociales recomendadas por grupos de edad

Tasas de riesgos y hábitos de vida por edad, sexo y clase social (Ver Estilos de Vida)

% de cuidadores de pacientes dependientes con TMG y DI con formación en autocuidados y estilos de vida

% de pacientes autónomos afectados de TMG y DI con formación en autocuidados y estilos de vida

Tiempo medio desde la sospecha hasta el diagnóstico confirmatorio de las enfermedades raras seleccionadas

Tasas de maltrato/violencia física y psíquica detectadas en niños, mayores y mujeres

Número de intervenciones preventivas realizadas en colectivos más vulnerables al inicio y abuso del consumo de drogas y otras adicciones

Número de estudios realizados para la identificación de desigualdades en Salud e identificación de colectivos vulnerables

### CONTRIBUCIÓN A LA SOSTENIBILIDAD

Tasa de ambulatorización de los procedimientos quirúrgicos

Nº de estancias de los ingresos que superan el mes de duración en Hospitales de Agudos

Nº de estancias de los ingresos de más de tres meses de duración en Hospitales de Media Estancia.

Tasa estandarizada de amigdalectomías

Tasa estandarizada de Histerectomías en condiciones no oncológicas

% de pacientes con conciliación hospitalaria de la medicación en pacientes pluripatológicos.

% de variación del consumo de ansiolíticos en el último quinquenio