

**BASES DE LA ESTRATEGIA DE  
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD  
DE NAVARRA 2017-2019**

**Gerencia de Atención Primaria**

**Enero 2018**

***Sin una Atención Primaria fuerte y empoderada ningún Sistema Sanitario es sostenible a largo plazo.***

***(Kings Found)***

PROPUESTA

## I. Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su 69ª conferencia mundial resalta la necesidad de fortalecer los servicios integrados y centrados en la persona, teniendo en cuenta sus necesidades e insta a los países asociados a:

- Garantizar la Cobertura sanitaria universal.
- Invertir en los sistemas de salud y fortalecer en particular la Atención Primaria de Salud (APS).
- Corresponsabilidad de las persona reconociendo al mismo tiempo sus derechos y responsabilidades respecto de su propia salud.
- Coordinación de los servicios de salud.
- Enfoque holístico y asignación de recursos equilibrada de los servicios de promoción de la salud, prevención, asistencia, rehabilitación y cuidados paliativos.
- Colaboración intersectorial para abordar los determinantes sociales más amplios de la salud.
- Gestión del conocimiento con un enfoque integral para garantizar la seguridad, la calidad y la eficacia de los servicios de salud.

Para que la APS asuma el timón de un Sistema Sanitario integrado y orientado a la persona el dinero solo no es suficiente. La Administración ha de comprometerse a trabajar en:

- Empoderar a la APS otorgándole el poder y las atribuciones precisas para ejercer dicha función. Empoderamiento.
- Reducir a un término razonable las expectativas y demandas de los ciudadanos en materia de salud (aspecto clave en la responsabilidad de los políticos). Gestión de expectativas.
- Promover la relevancia social que merece este destino profesional (donde llegar y quedarse). Visibilidad pública.
- Promover el trabajo multiprofesional, (redistribuir de forma sustancial el trabajo, evitando la dependencia absoluta de los médicos). Perfiles profesionales idóneos.
- Financiación proporcional al rol asignado. Coherencia financiera.
- Los profesionales de APS tienen que estar dispuestos a: asumir la responsabilidad que ello comporta. Profesionalismo.
- Salir de la zona de confort cuando la misma entra en contradicción con los principios y atributos de accesibilidad y longitudinalidad del modelo integrado y de orientación a la persona que proclamamos defender. Coherencia profesional.

### **Atención Primaria en Navarra. Ante una nueva realidad.**

Solo una comunidad con un sistema sanitario dotado de una APS fuerte y que en verdad apueste por ella será capaz de afrontar los retos asistenciales y sociales a los que se enfrenta.

A pesar de los logros conseguidos en los últimos 30 años por la APS en Navarra y la ampliación de su cartera de servicios, es necesario proseguir el avance y adaptarse a las nuevas circunstancias a las que se enfrenta hoy en día, con una perspectiva de futuro.

A esta nueva realidad han contribuido:

- El **envejecimiento poblacional**, especialmente en el medio rural, con despoblación.
- El **aumento de problemas crónicos de salud**, las enfermedades degenerativas, la pluripatología y la polifarmacia.
- La mayor relevancia de la **morbimortalidad asociada a estilos de vida** no saludable.
- El aumento de situaciones de **dependencia**.
- El aumento de **problemas psicosociales**.
- Los **cambios en la estructura familiar**.
- Las nuevas **necesidades y expectativas** por parte de los ciudadanos, más informados.
- Mayor exigencia respecto a la **calidad** de la atención por parte de los ciudadanos.
- Mayor preocupación por la **seguridad** de los pacientes.
- Avance exponencial en **tecnologías de la información y comunicación** con **desigual implantación** en el medio rural, pero también entre capas de la población.
- **Limitación de los recursos** económicos para la financiación de los servicios de salud.
- **Avances en tecnología médica y farmacológica** con importantes incrementos en los costes.
- **Menor disponibilidad de profesionales médicos**.

Los **profesionales que desarrollan su trabajo en los equipos de APS**, se encuentran en una situación privilegiada, cercana a los ciudadanos y autoridades locales, ideal para ejercer el **liderazgo transformador** que se requiere para lograr los cambios necesarios para transformar el sistema sanitario, en aras de lograr su sostenibilidad y los objetivos que se proponen en este Plan.

Es preciso reordenar nuestros recursos para obtener el máximo de los disponibles, incrementándolos donde sea preciso y orientando su acción hacia proyectos que aporten valor en términos de salud.

### **Definición de Atención Primaria**

La OMS define a la APS como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La APS forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad”.

### **Rol de la Atención Primaria**

La APS es el primer nivel de acceso al sistema sanitario, el más cercano al ciudadano y responsable del seguimiento de la evolución de los problemas de salud de cada paciente en su entorno. Es el:

- Agente del paciente ante el Sistema Sanitario y responsable principal de prestar y promover una atención de calidad, continuada, integral y longitudinal verdaderamente centrada en la persona.

- Agente clave en el impulso de las estrategias de promoción de la salud e intervención comunitaria en el ámbito local.
- Responsable principal en la prevención individual y en la detección precoz.
- Garante de una atención sanitaria accesible y agente clave en la priorización clínica.
- Responsable principal de proveer cuidados sanitarios, promover la autonomía funcional de las personas y prevenir la dependencia.
- Responsable principal de promover el empoderamiento del paciente y la capacitación e implicación activa en su autocuidado.
- Responsable principal de la integración, ordenación y clasificación de la información en la Hª Clínica del paciente.
- Agente clave en la evaluación de resultados con visión poblacional.
- Agente clave en la eficiencia global de las actuaciones mediante una práctica asistencial basada en la evidencia, un uso racional de los recursos y una adecuada gestión de la incertidumbre.
- Responsable de ofertar, recabar y registrar las voluntades anticipadas del paciente y de actuar si fuera necesario como agente del paciente ante el Sistema Sanitario para asegurar su cumplimiento.

### Principios conceptuales que caracterizan a la Atención Primaria:

- **Integral:** abordando los problemas y necesidades de salud de la persona desde una perspectiva biopsicosocial, considerando siempre sus componentes biológicos, psicológicos y sociales como partes indisolubles de los procesos de salud-enfermedad.
- **Integrada:** asumiendo que los procesos de atención sanitaria deben contemplar de forma constante y coordinada actuaciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y análisis del entorno social.
- **Continuada y longitudinal:** desarrollando sus actividades a lo largo de toda la vida de las personas, en los diferentes lugares en que vive y trabaja y en el seno de los distintos recursos, centros y servicios del sistema sanitario (centro de salud, hospital, urgencias...).
- **Activa:** realizada por unos profesionales que no se limitan a actuar como receptores pasivos de los problemas y demandas, sino que trabajan de forma activa y anticipatoria detectándolos en sus fases más precoces.
- **Accesible:** sin existencia de barreras que dificulten la utilización de sus recursos por las personas que los necesiten o que las discriminen en función de su raza, creencias o situación económica.
- **Desarrollada por equipos:** formados por profesionales sanitarios (medicina, enfermería...) y no sanitarios (trabajo social, administración...).
- **Comunitaria y participativa:** enfocando la atención de las necesidades y problemas de salud tanto desde una perspectiva personal como colectiva o comunitaria, y contando con la participación activa y constante de los actores implicados.
- **Programada y evaluable:** a partir del desarrollo de actuaciones que respondan a objetivos y métodos predeterminados y con herramientas de evaluación adecuadas.
- **Docente e investigadora:** con capacidad y reconocimiento docente e investigador en los ámbitos que le son propios.

## Objetivos estratégicos de la Atención Primaria

Los objetivos estratégicos de la APS:

- Han de alinearse con los definidos para el conjunto del Sistema Sanitario del que forma parte.
- Han de ser coherentes con la Estrategia AP XXI
- Han de orientarse a la mejora de la agilidad, efectividad, seguridad y eficiencia global del Sistema Sanitario.
- Han de conjugar una atención personalizada a cada paciente y familia con la intervención comunitaria sobre los factores determinantes de la salud.
- Han de potenciar su rol como garante de una atención sanitaria accesible, integral, integrada y longitudinal a la persona
- Han de reforzar su papel como agente clave en la priorización clínica.
- Han de promover la implicación activa en la mejora continua de procesos clínicos específicos para garantizar la continuidad de la atención.
- Han de desarrollar actividades de promoción de la salud, prevención, curación, cuidado y rehabilitación.
- Han de incorporar una visión sociosanitaria.
- Han de impulsar el desarrollo de una actividad tanto asistencial como docente e investigadora.

## II. Sistema Sanitario. Estructura y organización

### Marco jurídico

La Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud, constituye el marco jurídico en el que se desenvuelven las competencias, funciones y actividades en materia de sanidad interior, higiene y asistencia sanitaria de la Comunidad Foral, recoge las funciones del Departamento de Salud y crea el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

El Decreto Foral 57/2015, de 12 de agosto determina la estructura básica del Departamento de Salud y el Decreto Foral 132/2015, de 28 de agosto establece la estructura orgánica del Departamento de Salud.

Por su parte la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra regula y promueve los derechos y deberes de los ciudadanos, las obligaciones de los profesionales y los criterios de gestión del Departamento de Salud en esta materia.

El Decreto Foral 171/2015 de 3 de septiembre aprueba los Estatutos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por el que las Direcciones de APS, del Complejo Hospitalario de Navarra y de Salud Mental pasan a ser auténticas Gerencias Asistenciales con el carácter de órganos periféricos recuperando las competencias de gestión económica y de personal que habían perdido.

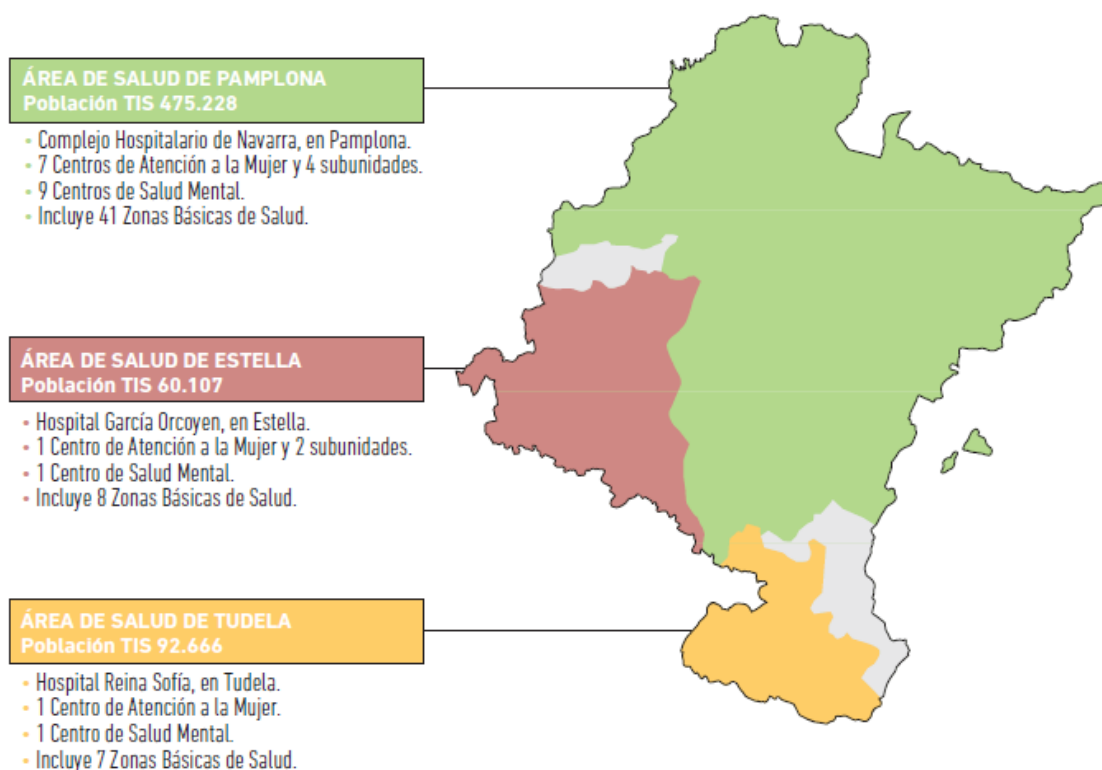
La Ley Foral de Salud, modificada en 2002, encomienda al Gobierno de Navarra elaborar el Plan de Salud y remitirlo al Parlamento Foral de Navarra, que es a quien en última instancia corresponde su aprobación, lo que da prueba de la importancia que el legislativo ha otorgado a este instrumento de planificación en razón de su trascendencia y vigencia temporal. En la actualidad el Plan de Salud de 2014-2020 fue aprobado por la Comisión de Salud del Parlamento de Navarra el 19 de septiembre de 2014.

### Organización

La organización del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O) descansa sobre las dos referencias organizativas para la prestación de la asistencia sanitaria, la de carácter territorial basada en la Zonificación Sanitaria, que se desarrolla mediante la Ley Foral 22/1985, y la de carácter funcional que diferencia la APS y la Asistencia Especializada.

Actualmente en Navarra hay 56 zonas básicas de salud que se agrupan en tres áreas de salud: Pamplona, Estella y Tudela.

## DISTRIBUCIÓN DE INFRAESTRUCTURAS Y POBLACIÓN TIS POR ÁREAS DE SALUD 2016



Junto a ello, 234 consultorios, 47 puntos de atención continuada y urgente, Servicios Normales de Urgencia (Estella, Tafalla, Tudela), Servicio de Urgencias Extrahospitalarias (San Martín + 3 puntos periféricos en Pamplona).

### Líneas generales de actuación

El Departamento de Salud está inmerso en la implantación de la Estrategia para el desarrollo del Modelo de Atención Sanitaria de Navarra que quiere convertirse en eje y núcleo de la estrategia de intervención con la intención de garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público.

En el ámbito de Atención Especializada destacan la creación del Complejo Hospitalario de Navarra (Decreto Foral 19/2010, de 12 de abril) que engloba los recursos de Asistencia Especializada del Área de Pamplona, de manera paulatina se está llevando a cabo el proceso de unificación de los servicios de los antiguos hospitales de Navarra y Virgen del Camino. También se ha procedido a la creación de la nueva estructura de la Red de Salud Mental (Ley Foral de Salud Mental 21/2010) y a la desagregación del Banco de Sangre y Tejidos de Navarra (Ley Foral 1/2013, de 30 de enero).

En el ámbito de **APS** existe desde 1998 un Plan de Gestión Clínica, cuyos objetivos son mejorar la calidad de la atención en los Centros de Salud en términos de calidad científico-técnica, efectividad, eficiencia, y aceptabilidad del ciudadano. **En 2007 comenzó el pilotaje del “Proyecto de Mejora de la Organización del Proceso Asistencial” y en 2009 la implantación del Plan de Mejora de Calidad** que contempla tres fases de desarrollo y cuyas dos primeras fases ya están implantadas en todos los centros de salud.

La atención a la urgencia extrahospitalaria rural se rige por el Acuerdo sindical de 13 de marzo de 2008 a raíz del que se crearon los **Servicios de Urgencias Rurales (SUR)** para cubrir la atención continuada y urgente en los Puntos de Atención Continuada. Este acuerdo ha sido actualizado por la Resolución 56E/2014, de 15 de abril, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por la que se establece el calendario y el régimen de distribución de la jornada del



personal de los Equipos de APS y de los Servicios de Urgencias Rurales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

**La Ley Foral 2/2013, de 14 de febrero**, de Atención continuada y urgente de Navarra contempla la realización de una **evaluación de las necesidades de la población de las zonas rurales de Navarra** en relación con la atención sanitaria y de las ineficiencias del modelo de atención continuada y urgente y la elaboración de un Plan de Funcionamiento que será debatido y aprobado por el Parlamento de Navarra (enmienda aprobada por el Parlamento Foral).

### **La Estrategia “Caminando por la Salud” de SNS-O**

La Estrategia “Caminando por la Salud” está formada por un número exhaustivo de intervenciones que en mayor o menor medida debe abordar el SNS-O, tanto para la transformación como para asegurar la rigurosidad y eficiencia de su sistema de gestión en el día a día.

Como resultado de un proceso de priorización se han seleccionado las 12 líneas estratégicas más representativas que precisan un impulso especial en su desarrollo. Esta priorización ha servido para focalizar, de un modo especial, los esfuerzos coordinados del equipo directivo del SNS-O, sin menoscabo de seguir desarrollando el resto de intervenciones relevantes definidas en el CMI.

Las intervenciones priorizadas son las siguientes:

1. **Personas activas en un sistema de salud proactivo** (Promoción de la salud y autocuidados).
2. **Mejor prevenir que curar** (Prevención y detección precoz).
3. **Priorizar la atención a las personas más vulnerables** (Prevención de la discapacidad y promoción de la autonomía, Salud en todas las políticas y equidad).
4. **Integrar la atención para ofrecer mayor valor y seguridad para cada paciente** (Atención integrada, efectiva y segura).
5. **Atención a pacientes en el lugar y momento adecuado** (Agilidad y tiempos de espera).
6. **Trabajando conjuntamente el espacio sociosanitario para mejorar la calidad de vida de pacientes y sus familias** (Atención sociosanitaria).
7. **Innovando en calidad** (Innovación y mejora continua).
8. **Avanzando hacia la evolución digital de profesionales, pacientes y ciudadanía** (Sistemas de información y evaluación).
9. **Empleando de forma óptima los recursos para garantizar una sanidad universal** (Eficiencia en las actuaciones).
10. **Profesionales con formación para mejorar la calidad de la atención** (Desarrollo profesional y del conocimiento).
11. **Equipos profesionales implicados con sus pacientes** (Implicación y satisfacción profesional).
12. **Participación de profesionales en la gestión para mejorar la atención** (Gobernanza clínica).

Como se puede observar las áreas de mejora detectadas se encuentran alineadas con las intervenciones priorizadas por el SNS-O que se enmarcan en el concepto de triple meta ampliada, que consiste en la búsqueda de la mejor salud posible para la población, ofreciendo la mejor experiencia de cuidados para el paciente, con un uso eficiente de los recursos y con la satisfacción de los profesionales.



### III. Análisis de situación

#### Posicionamiento estratégico. Análisis DAFO

##### Fortalezas

- Alto concepto de la población respecto a la atención sanitaria.
- Plan de Salud
- Estructura de APS consolidada.
- Profesionales expertos.
- Acciones de mejora del modelo asistencial en marcha (crónicos, etc.)
- Buenos indicadores de salud
- Abundante existencia de estudios previos.
- Buena red de transporte sanitario.
- Buena red viaria.
- Red de recursos sociales extensa.
- Cobertura territorial de la atención a urgencias.
- Amplia red de farmacias.
- Informatización generalizada de la Hª Clínica y receta electrónica
- Red de centros de Atención a la Mujer y Salud Mental.

##### Debilidades

- Escasa orientación a los aspectos comunitarios.
- Escaso atractivo de la Especialidad y de la valoración social de la At. Primaria.
- Escasez de profesionales médicos.
- Escasas atribuciones para ejercer su rol.
- Fragmentación de la atención sanitaria.
- Escasa coordinación Sociosanitaria.
- Modelo inadecuado de atención a urgencias.
- Dificultad para cubrir vacantes (pediatras y médicos de familia).
- Alta dispersión red de consultorios y PAC's.
- Insatisfacción con la formación y pérdida de competencia en situaciones de baja casuística.
- Alto nivel de derivaciones a Especializada Hospitalaria.
- Recursos financieros limitados.
- Dificultad para incorporar la actividad docente e investigadora.
- Escasa tecnología médica resolutive.
- Trabajo en equipo dificultoso en ZB rurales.
- Dificultad para integrar al personal SUR en los objetivos del EAP

## Amenazas

- Envejecimiento de la población.
- Despoblación progresiva del medio rural.
- Aumento de la patología crónica y pluripatología.
- Incremento de los costes en tecnología y nuevos fármacos.
- Impacto sobre la población de la crisis económica.
- Dificultad para consensuar modificaciones en la reorganización de la atención continuada y urgente rural.
- Redes de telecomunicaciones insuficientes.

## Oportunidades

- Parlamento motivado con la mejora del Sistema Sanitario
- Concienciación ciudadana de necesidad de austeridad.
- Momento de participación.
- Capacitación profesional superior al de atribuciones ejercidas.
- Desarrollo de redes viarias, medios de locomoción.
- Nuevas tecnologías en sistemas de información y comunicación
- Nuevas tecnologías asistenciales adaptables a APS.

El análisis DAFO se elaboró por parte de personal de Gerencia tras múltiples entrevistas con profesionales.

Del análisis DAFO podemos concluir que nuestro posicionamiento estratégico debe consistir en emprender acciones expansivas que generen ILUSIÓN de profesionales y ciudadanos. **Invertir** para corregir nuestros puntos débiles.

## Áreas de mejora detectadas

- Necesidad de una mayor promoción de la salud e intervención comunitaria.
- Modelo asistencial mejorable.
- Capacidad resolutoria y agilidad limitada.
- Necesidad de adecuación del modelo de atención rural y de urgencias.
- Problemas de coordinación y continuidad de servicios.
- Rol y atribuciones de los perfiles profesionales.
- Demanda de mayor participación y autonomía de gestión.
- Desarrollo limitado en Formación e Investigación.
- Escaso aprovechamiento de las nuevas tecnologías.

## IV. Misión, visión y valores del Departamento de Salud

### Necesidad de construir un relato ilusionador

Debemos ser capaces de construir un “Relato” que ilusione a profesionales, ciudadanos, autoridades municipales, gestores públicos y políticos, llevando a cabo una labor pedagógica que haga entender que en el siglo XXI los conceptos y valores que deben sustentar la planificación y asignación de recursos, así como la organización del sistema de salud, son distintos a los que eran hace apenas cuatro décadas, debido sobre todo a los grandes cambios poblacionales, sociales y tecnológicos en los que estamos inmersos en el mundo volátil, incierto y complejo que nos toca vivir.

Debemos ser capaces de convencer a los ciudadanos, profesionales, gestores públicos y autoridades municipales de que este es el modelo deseable.

**Responder a las necesidades de salud de los ciudadanos y evaluar los resultados en salud de nuestras intervenciones, deben ser los principales objetivos que movilicen tanto a la organización como a los profesionales y dirijan las actuaciones a llevar a cabo.**

Para ser capaces de lograr la necesaria transformación del sistema sanitario, es preciso que los profesionales estén **alineados con la misión, visión y valores de la organización** y recuperen la **ilusión**.

### Misión

La misión del Departamento de Salud es hacer ejecutivo el derecho a la salud de los ciudadanos de Navarra a través de las medidas de formación y de las prestaciones y servicios sanitarios.

### Visión

Aspiramos a lograr un sistema sanitario centrado en el paciente, sostenible, resolutivo, innovador, y abierto a la sociedad a la que da servicio.

- Que desarrolle un modelo de atención orientado al ciudadano, respete plenamente su autonomía y amplíe sus posibilidades de elección informada.
- Que optimice sus procesos, procedimientos y circuitos.
- Que preste una atención de calidad, integral e integrada.
- Que esté abierto a cuantas innovaciones tecnológicas y cambios organizativos aporten valor añadido a los pacientes y demuestren su eficiencia social.
- Que promueva la responsabilidad personal y la autonomía organizativa y exija y reconozca resultados coherentes con los medios asignados
- Que promueva la implicación activa de los profesionales en la mejora continua de la calidad total y se ocupe de incrementar su satisfacción.
- Que rinda cuentas públicas de sus resultados y rentabilice al máximo los recursos públicos asignados.

## Valores

Los valores que aspiramos a promover y compartir en el seno de la organización son los siguientes:

- Orientación al paciente y compromiso con su autonomía.
- Compromiso ético y social.
- Corresponsabilidad en el cuidado de la salud.
- Compromiso con la sostenibilidad del Sistema.
- Concepción integral de calidad (Calidad técnica + calidad percibida + eficiencia social).
- Orientación a resultados. Práctica clínica basada en datos.
- Compromiso e implicación profesional en la mejora continua.
- Compromiso de desarrollo profesional.

Es necesario el compromiso de los profesionales que son los que día a día, con sus decisiones, disponen de la utilización de los recursos. Para lograr este compromiso es necesario ejercer un liderazgo compartido transformador y sin duda, la relación entre gestores y clínicos debe estar sustentada en una confianza mutua.

En la comunidad existen agentes que pueden aportar valor añadido al logro de los objetivos de este Plan. Es preciso activar esta capacidad existente, aunando esfuerzos de una manera coordinada y con objetivos comunes, de forma que puedan participar y aportar a las acciones emprendidas, conformando un tejido comunitario.

Ayuntamientos, concejos, mancomunidades, ONGs, voluntariado, asociaciones de pacientes, asociaciones culturales, deportivas o de otra índole, farmacias, ópticas, comercios, escuelas e institutos, polideportivos, empresas de telecomunicaciones, tienen un protagonismo relevante en la salud de los ciudadanos.

Cuando hablamos de salud, no debemos centrar el foco únicamente en la atención sanitaria tradicional de la enfermedad en la consulta, sino que debemos ser capaces de ampliarlo a otros aspectos; promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de la discapacidad y conseguir un sistema sanitario más proactivo en la atención de las necesidades de salud de los ciudadanos.

Es imprescindible dar un salto conceptual e introducir en el lenguaje de los ciudadanos y sus representantes, el concepto de “aporte de valor”, como elemento principal a tener en cuenta a la hora de planificar y asignar recursos y lograr un sistema de Salud que de repuesta a los objetivos, ya mencionados, de este Plan.

En conclusión, el Plan que ahora presentamos, debe conseguir posicionar a su favor a profesionales, ciudadanos e instituciones, debe hacerles sentirse protagonistas activos y debe devolverles la ilusión de creer que es posible una APS con un alto nivel de calidad, que asuma el protagonismo del sistema de Salud.

## V. Líneas estratégicas

### Planificar y actuar en base poblacional. Modelo Territorial

Es necesario pensar y planificar en base poblacional. Es preciso, por tanto, conocer cuáles son las necesidades de salud de la población y cuáles son los recursos existentes en cada comunidad y sus subgrupos, que pueden ser activados con el fin de darles respuesta.

No planteamos un modelo único de atención en el ámbito sanitario para toda Navarra. Al contrario, es necesario adecuar los recursos y la organización a las necesidades de cada población.

Entendemos que la “Comarca” debe ser el ámbito geográfico y poblacional con identidad cultural y comercial propia, que sirva de referencia para la planificación, la asignación y la ordenación de los recursos y la organización del sistema de salud.

Una comarca engloba a varias Zonas Básicas de Salud. En cada Zona Básica, e incluso dentro de cada una de ellas existen necesidades y recursos diferenciados, que pueden interactuar, a su vez, de manera diversa.

En el siglo XXI, en el que disponemos de redes viales y medios de locomoción rápidos y telecomunicaciones que permiten el acceso inmediato a la información y la interrelación entre profesionales, y entre estos y los ciudadanos.

Ante este cambio de paradigma es importante clarificar que el hecho de disponer de recursos cercanos no es lo más relevante, sino que lo verdaderamente importante es disponer de una organización sanitaria que dé respuesta a las necesidades de salud de los ciudadanos y logre resultados en salud, a la vez que la satisfacción de la población y de los profesionales.

Procediendo a la asignación de recursos y poniendo en marcha acciones, teniendo como referencia la comarca, nos adecuaremos a las necesidades de salud de cada una de las poblaciones y nos permitirá tomar decisiones incluso de organización diferenciada de las estructuras de gestión según el tamaño, la población y la complejidad de los distintos distritos.

Es necesario llevar a cabo una reflexión que acabe materializándose en un nuevo modelo de estructura de SNS-O que dé respuesta al modelo territorial y poblacional planteado en este documento.

### Ejes estratégicos

Dentro del Plan de Salud de Navarra, se ha concretado un Plan de Acción para 2016-2019 con unos objetivos y metas estratégicas a conseguir durante la legislatura. En este marco, una de estas metas es la de la mejora de la APS, Continuada y urgente. A este objeto se elabora este documento donde se abordan las líneas estratégicas y acciones a desarrollar para la consecución de este modelo.

Los ejes sobre los que se basa este modelo no son otros que los del propio Plan de Salud:

- **Promover la salud de la comunidad y reducir las desigualdades en salud**
- **Garantizar un Sistema Sanitario Público sostenible y de calidad**

El Plan de Salud pretende lograr que todo el Sistema Sanitario de Navarra se oriente al logro de resultados de salud en la población y desde una óptica que incluya la salud física, mental y social. por lo que se plantean objetivos estratégicos para cada eje en este sentido, para este modelo en concreto.

## Rol de la APS en los Objetivos estratégicos del Departamento de Salud

Responsable principal

Agente clave

Copartícipe

### EJE 1. Promover la salud de la comunidad y reducir las desigualdades en salud

Desarrollar Políticas Intersectoriales de Salud en todas las Políticas y Equidad	Intervención Comunitaria en todas las políticas a nivel local	Prevención de la discapacidad y promoción de la autonomía	Intervención Integral en la Infancia. Trabajo en Red
Priorizar la Prevención y la Promoción de la Salud	Promoción de la salud y autocuidados poblacional	Prevención y detección precoz	Protección de la Salud

### EJE 2. Garantizar un sistema sanitario sostenible y de calidad que de respuesta a las necesidades de la población

Orientar los servicios al Ciudadano y Promover su Autonomía	Resolutividad y agilidad	Empoderamiento y autocuidado de paciente	Humanización
Prestar una Atención en Salud Integral, Efectiva, Segura y Orientada a Resultados	Atención integrada	Logro de objetivos del Plan de Salud	Atención efectiva y segura
Innovación, Evaluación y Mejora Continua	Innovación y Mejora Continua. Políticas de Calidad	Sistemas de Información y Evaluación de Resultados	I+D+i con visión poblacional
Eficiencia - Sostenibilidad	Eficiencia en las actuaciones	Cumplimiento presupuestario	Planificación y Ordenación
Implicación y Desarrollo Profesional	Gobernanza clínica, y reconocimiento	Desarrollo profesional y del conocimiento	Política de personal y participación
Responsabilidad Social	Participación y Comunicación social	Alianzas	Gestión Medioambiental

## Objetivos estratégicos

- Mejorar la equidad territorial para afianzar el asentamiento de la población en el medio rural.
- Priorizar la atención a las urgencias rurales.
- Incrementar la agilidad y capacidad resolutiva de la APS dotándola de los medios precisos.
- Impulsar las estrategias de prevención y promoción de la salud y la participación e intervención comunitaria a nivel local.
- Adecuar los modelos asistenciales y reforzar las estrategias de intervención y atención integrada orientadas a la persona: Estrategia de Crónicos, Agudos, Sociosanitarios, Capacidad Funcional, Plan de Mejora, Atención Integral a la Infancia, etc.

## Objetivos instrumentales:

- Definir y reforzar el rol de la APS como agente principal del paciente ante el Sistema Sanitario.
- Regular y ampliar las competencias y atribuciones de los distintos perfiles profesionales.
- Impulsar la innovación y la autonomía profesional y organizativa.
- Reforzar la formación e impulsar la investigación
- Aprovechar las oportunidades que brindan las nuevas tecnologías para mejorar la accesibilidad, la continuidad de la atención y la formación.
- Desarrollar sistemas de información de apoyo al clínico y de evaluación de resultados

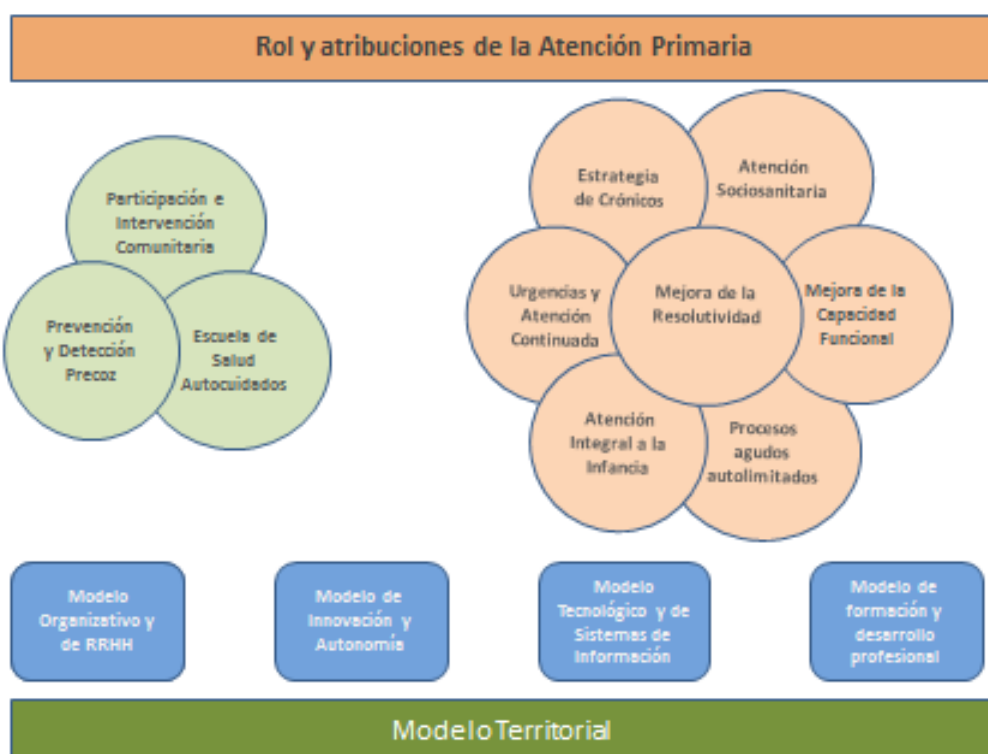


## Proyectos estratégicos

De los análisis realizados anteriormente y dentro de cada uno de los objetivos estratégicos del Plan de Salud para el Modelo de APS se desprenden los siguientes proyectos estratégicos en base a los cuales se desarrollará la Estrategia:

- Rol de la AP. Atribuciones y perfiles profesionales.
- Modelo Territorial y Modelo de Urgencias Rurales.
- Plan de Mejora de la Capacidad Resolutiva.
- Refuerzo y desarrollo de los Nuevos Modelos Asistenciales
  - Modelo de Atención a Procesos Agudos autolimitados
  - Modelo de Atención de Crónicos
  - Modelo de Atención Sociosanitaria. (Proyecto específico)
  - Plan de Atención Integral a la Infancia. (Proyecto específico en elaboración)
- Modelo de Participación e Intervención Comunitaria.
- Modelo Organizativo y de RRHH de la AP.
- Modelo de Autonomía y Gestión Clínica. (Proyecto específico)
- Modelo Tecnológico y de Sistemas de Información
- Modelo de Formación y Desarrollo Profesional

## Desarrollo de la Estrategia



## VI. Desarrollo de los programas estratégicos. Líneas de acción.

### Acciones a desarrollar

Para alcanzar los objetivos de la Estrategia de APS, se plantean las siguientes acciones, que se detallan en el anexo y que requieren de un desarrollo individualizado.

Con el fin de proporcionar una idea más global de la interrelación de los modelos, acciones se proponen en un código de colores de encabezamiento para cada uno de ellos similar al de la figura. Debido a que acciones encuadradas en cada modelo a su vez pueden tener relevancia para otros, se han añadido y coloreado con los tonos de los modelos en los que se encuentran incluidos, en los que se detallará el contenido.

Las acciones propuestas, como es lógico dentro de un sistema sanitario muy interrelacionado e interdependiente no implican solo a una de sus partes sino que en muchas ocasiones requieren de la participación varias o de todas ellas.

### Rol y Atribuciones de APS

- Redefinición del Rol y Atribuciones de APS

### Participación e intervención Comunitaria

- Integración de la salud en todas las acciones
- Reactivación de los Consejos de Salud
- Potenciar la actuación a nivel comunitario y favorecer la proactividad.
- Puesta en marcha del Observatorio de Salud Comunitaria y cuadro de mando de cupo integrado en la historia clínica.
- Apoyo a las acciones de salud dentro de la Agenda 21.
- Contactos permanentes con la Federación Navarra de Municipios y Concejos.
- Valoración continuada de la satisfacción del ciudadano.
- Integración de las asociaciones de pacientes en el proceso de salud
- Garantizar el derecho a la atención en euskera

### Prevención y Detección Precoz

- Participación activa en las acciones de promoción y prevención a nivel poblacional

### Escuela de Salud y Autocuidados

- Promoción y difusión de las escuelas de pacientes, paciente/persona experta

### Mejora de la Capacidad Resolutiva

- Incorporación de la ecografía clínica a la práctica asistencial en APS
- Extensión territorial de la radiología simple
- Mejora de la visualización de la imagen radiológica.

- Potenciar la coordinación de la atención al paciente entre APS y Especializada.
- Potenciar la interconsulta no presencial.
- Extensión del servicio de cirugía menor a todos los EAP de Navarra.

#### **Estrategia de atención a los pacientes crónicos y pluripatológicos**

- Extensión y afianzamiento de la estrategia de atención al paciente crónico y pluripatológico.
- Extensión de la Hospitalización a Domicilio
- Dotación de retinógrafos.
- Control domiciliario de INR en pacientes tratados con acenocumarol o warfarina
- Dotación de medidores portátiles de hemoglobina glucosilada.
- Extensión Programa de Planificación al alta desde el Trabajo Social Sanitario.
- Mejora en la seguridad del material para pacientes y profesionales.
- Creación de la Comisión de Seguridad del Paciente en AP.
- Sistema de notificación de incidentes y eventos de AP.
- Gestión adecuada de la atención al paciente y a los profesionales tras la ocurrencia de un efecto adverso

#### **Atención Sociosanitaria**

- Comisión del Plan Sociosanitario
- Coordinación sociosanitaria
- Espacio de información sociosanitaria
- Desarrollo del servicio de teleasistencia
- Acuerdos con centros residenciales

#### **Mejora de la Capacidad Funcional**

- Plan de mejora de la capacidad funcional

#### **Atención a procesos agudos autolimitados**

- Acuerdo de colaboración con las oficinas de farmacia.

#### **Urgencias y atención continuada**

- Reorganización de la atención continuada y urgente en el medio rural.
- Mejora y reordenación del transporte sanitario.
- Disponibilidad química seca y test de diagnóstico rápido.
- ECG con conexión a unidad coronaria para su consulta telemática en caso de urgencia.
- Dotación de vehículos en los PAC y dotación de vestuario.

### **Atención Integral a la Infancia**

- Plan de atención integral a la infancia.
- Plan de Salud infantojuvenil
- Garantizar el derecho prestación del Programa de Atención Dental Infantil (PADI)

### **Modelo Organizativo y de profesionales**

- Modelo de autogestión y evaluación clínica
- Pactos de Gestión alineados con el Plan de Salud
- Ajuste de plantillas para conseguir implementar las acciones no asistenciales y asistenciales con el nivel de calidad requerido.
- Estudio de nuevos perfiles profesionales.
- Desburocratización
- Mejora de la accesibilidad de la ciudadanía a la citación de los Centros de Salud.

### **Modelo de Innovación y Autonomía**

- Creación del Comité de Ética Asistencial de APS.
- Incentivación de la investigación e innovación en APS.

### **Modelo tecnológico y de sistemas de información.**

- Creación de la Carpeta Personal de Salud
- Dotación de banda ancha de alta capacidad.
- Posibilitar el empleo de la videoconferencia para las reuniones de grupo.
- Portabilidad de la historia clínica para dispositivos móviles.
- Digitalización de las historias clínicas.
- Envío de consejos de salud vía mail y sms.

### **Modelo de formación y desarrollo profesional**

- Plan de formación continuada
- Creación de un portal de conocimiento de APS.
- Favorecer y estimular la presencia de profesionales de APS en grupos de trabajo y comités técnicos

### **Modelo territorial**

- Plan de Comarcalización de los Servicios de Salud.
- Adecuación y reordenación de los consultorios periféricos.

## VII. Cronograma

Acción	2016		2017		2018	2019
	1 <sup>er</sup> sem.	2 <sup>o</sup> sem.	1 <sup>er</sup> sem.	2 <sup>o</sup> sem.	2018	
Dotación de ecógrafos		X		X	X	X
Extensión territorial de la radiología simple			X		X	X
Disponibilidad de test de diagnóstico rápido				X	X	
Dotación de retinógrafo				X	X	X
ECG conexión coronaria					X	
Creación de la Carpeta Personal de Salud		X	X			
Desarrollo del servicio de teleasistencia					X	
Control domiciliario de INR				X		
Dotación de medidores portátiles de HbA1c				X		
Acuerdos con centros residenciales					X	
Dotación de banda ancha de alta capacidad en la zona rural				X	X	X
Mejora de la visualización de la imagen radiológica			X			
Potenciar coordinación AP-AE	X	X	X	X	X	X
Extensión del volante electrónico con imagen		X	X			
Potenciación de la interconsulta no presencial		X	X	X	X	X
Posibilitar el uso de la videoconferencia para las reuniones				X		
Portabilidad de la historia clínica					X	
Dotación de vehículos en los PAC				X	X	
Creación de un portal del conocimiento de AP			X			
Digitalización de las historias clínicas				X	X	X
Puesta en marcha del Observatorio de Salud Comunitaria			X			
Extensión del servicio de cirugía menor a todos los EAP de Navarra			X	X		
Mejora de la seguridad del material		X	X	X	X	X
Ajuste de plantillas	X	X	X	X	X	X
Creación de la Comisión de Seguridad del Paciente en AP						
Sistema de notificación de AP			X	X	X	X
Gestión adecuada tras la ocurrencia de un efecto adverso			X	X	X	X
Incentivación de la Investigación e innovación en AP			X	X	X	X
Creación del Comité de Ética Asistencial de AP			X	X		
Plan de salud infantojuvenil				X	X	
Extensión de la estrategia paciente crónico y pluripatológico	X	X	X			
Desplazamiento de especialistas. Especialista de referencia.				X		
Plan de Mejora del acceso a la fisioterapia			X	X		

Mejora y reordenación del transporte sanitario			X	X	X	
Adecuación y reorganización de los consultorios periféricos				X	X	X
Reorganización de los atención continuada urgente			X	X	X	
Extensión de la Hospitalización a Domicilio	X		X	X		
Impulso de acciones de salud dentro de la Agenda 21				X		
Garantizar el derecho a la utilización del euskera	X		X	X	X	X
Garantizar el acceso a prestación PADI			X	X	X	X
Mejora de la accesibilidad a la citación de los C. de Salud			X	X	X	
Modelo de autogestión y evaluación clínica			X	X	X	X
Plan de formación				X	X	
Participación en grupos de trabajo y comités técnicos	X		X	X	X	X
Envío de consejos de salud vía mail y sms				X		
Pactos de Gestión alineados con el Plan de Salud			X		X	X

Acción	2016		2017		2018	2019
	1 <sup>er</sup> sem.	2 <sup>o</sup> sem.	1 <sup>er</sup> sem.	2 <sup>o</sup> sem.		
Integración de la salud en todas las acciones			X			
Coordinación sociosanitaria			X	X	X	
Reactivación de los Consejos de Salud			X	X	X	
Colaboración con Farmacias			X	X		
Comisión del Plan Sociosanitario			X	X		
Espacio de información sociosanitaria				X	X	
Contactos con la F Navarra de Municipios y Concejos			X	X	X	X
Valoración continuada de la satisfacción del ciudadano		X	X		X	
Promoción y difusión de las escuelas de pacientes	X	X	X	X	X	X
Integración de las asociaciones de pacientes			X	X		

## VII. Presupuestos

Ha de tenerse en cuenta que en muchos casos las necesidades se podrán cubrir mediante recursos internos y no se generará un sobrecoste adicional, como ya se ha descrito, ya que su dotación ya está contemplada en los presupuestos. En otros casos no ha sido posible establecer un presupuesto hasta definir el alcance total de la acción.

Por otra parte, en el medio plazo, el desarrollo de la Estrategia de Crónicos y la Hospitalización a Domicilio puedan implicar notables ahorros en el ámbito de la hospitalización ya que promueven alternativas mucho más eficientes y técnicamente más idóneas, propias de un sistema sanitario moderno.

Acción	Presupuesto		
	2017	2018	2019
Dotación de ecógrafos, formación y mantenimiento	440.000	275.000	125.000
Extensión territorial de la radiología simple	700.000	170.000	370.000
Disponibilidad química seca SUC	Estudio viabilidad	-	-
Dotación de retinógrafo	69.300	46.200	46.200
ECG conexión coronaria	-	-	-
Creación de la Carpeta Personal de Salud	-	-	-
Desarrollo del servicio de teleasistencia	Estudio viabilidad	-	-
Control domiciliario de INR	Estudio viabilidad	-	-
Dotación de medidores portátiles de HbA1c	Estudio viabilidad	-	-
Acuerdos con centros residenciales	-	-	-
Dotación de banda ancha de alta capacidad en la zona rural	Plan telecomunicaciones	-	-
Mejora de la visualización de la imagen radiológica	40.000	-	-
Potenciar coordinación AP-AE	-	-	-
Potenciación de la interconsulta no presencial	15.000	-	-
Posibilitar el uso de la videoconferencia para las reuniones	10.000	-	-
Portabilidad de la historia clínica	-	-	-
Dotación de vehículos en los PAC (compra)+ vestuario	800.000	23.500	22.500
Creación de un portal del conocimiento de AP	-	-	-
Digitalización de las historias clínicas	490.000	570.000	350.000
Salud comunitaria. Observatorio S. Comunitaria/ panel cupo	400.000	100.000	100.000
Extensión de cirugía menor a todos los EAP de Navarra	10.000	10.000	10.000
Mejora de la seguridad del material	110.000	110.000	110.000
Ajuste de plantillas	1.700.000	1.700.000-	1.700.000-
Creación de la Comisión de Seguridad del Paciente en AP	-	-	-
Sistema de notificación de AP	-	-	-
Gestión adecuada tras la ocurrencia de un efecto adverso	-	-	-
Incentivación de la Investigación e innovación en AP	-	-	-
Estudio sobre creación del Comité de Ética Asistencial de AP	-	-	-

Acción	Presupuesto		
	2017	2018	2019
Plan de salud infantojuvenil	-	-	-
Extensión de la estrategia paciente crónico y pluripatológico	1.932.063	1.932.000	-
Desplazamiento de especialistas y especialista referencia	100.000	100.000	100.000
Plan de Mejora de la capacidad funcional	700.000	700.000	700.000
Mejora y reordenación del transporte sanitario	Mesa transporte	-	-
Adecuación y reorganización de los consultorios periféricos	500.000	500.000	500.000
Reorganización atención continuada y urgente	Definición modelo	-	-
Extensión de la Hospitalización a Domicilio	293.709	293.709	293.709
Impulso de acciones de salud dentro de la Agenda 21	-	-	-
Garantizar el derecho a la utilización del euskera	16.000	-	-
Garantizar el acceso a prestación PADI	-	-	-
Mejora de la accesibilidad a la citación de los C. de Salud	-	-	-
Reorganización atención continuada y urgente C. Pamplona	335.000		
Modelo de autogestión y evaluación clínica	-	-	-
Plan de formación	70.000	70.000	70.000
Participación en grupos de trabajo y comités técnicos	10.000	10.000	10.000
Envío de consejos de salud vía mail y sms	Contratos GN	-	-
Pactos de Gestión alineados con el Plan de Salud	-	-	-
Integración de la salud en todas las acciones	-	-	-
Coordinación sociosanitaria	-	-	-
Reactivación de los Consejos de Salud	-	-	-
Colaboración con Farmacias	-	-	-
Comisión del Plan Sociosanitario	-	-	-
Espacio de información sociosanitaria	-	-	-
Contactos con la F Navarra de Municipios y Concejos	-	-	-
Valoración continuada de la satisfacción del ciudadano	10.000	10.000	-
Promoción y difusión de las escuelas de pacientes	-	-	-
Integración de las asociaciones de pacientes	-	-	-



## **Anexo I**

# **Aportaciones a la ciudadanía y a los profesionales de la Estrategia de APS de Navarra 2017-2019**

## Documento para construir un relato ilusionador

Debemos ser capaces de construir un “Relato” que ilusione a ciudadanos, profesionales, autoridades municipales, gestores públicos y políticos, llevando a cabo una labor pedagógica que haga entender que en el siglo XXI los conceptos y valores que deben sustentar la planificación y asignación de recursos, así como la organización del sistema de salud, son distintos a los que eran hace apenas cuatro décadas, debido sobre todo a los grandes cambios poblacionales, sociales y tecnológicos en los que estamos inmersos en el mundo volátil, incierto y complejo que nos toca vivir.

Debemos ser capaces de convencer a los ciudadanos, profesionales, gestores públicos y autoridades municipales de que este plan que presentamos es el modelo deseable a desarrollar en los próximos años en Navarra.

Para ser capaces de lograr la necesaria transformación del sistema sanitario, es preciso que los profesionales estén **alineados con la misión, visión y valores de la organización** y recuperen la **ilusión**.

## ¿Qué aporta la propuesta a la ciudadanía?

Esta Estrategia **aporta** a la ciudadanía:

- **Ser el centro del sistema sanitario.**
  - El ciudadano y el cuidado de su salud son la razón de ser del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea
- **Mayor resolución de sus necesidades de salud.**
  - Atención por el **profesional de salud más adecuado** para resolver su problema.
  - Dedicación del **tiempo necesario**.
  - **Mejor accesibilidad**, física, telefónica, telemática,..
    - Revisar la adecuación de las plantillas de profesionales.
    - Mejorar los procedimientos de cita.
    - Potenciar las consultas no presenciales.
    - Circuitos rápidos para diagnóstico de cáncer.
  - **Radiología** en Alsasua, Santesteban, y Sangüesa, ampliación del horario en Tafalla, estudio de dotación en San Adrián.
  - **Mejor equipamiento**
    - Se incorporarán innovaciones en los medios técnicos para que su médico pueda realizar un diagnóstico más acertado y tomar las mejores decisiones.
  - Que el profesional pueda acceder a la **historia clínica desde el domicilio** o residencia, favorecerá una atención más ágil.
  - Potenciar la realización de **cirugía menor** en todas las zonas básicas los que evitará desplazamientos y demoras.

- Potenciar la realización de **Interconsultas no presenciales**, incluso con la incorporación de imágenes.
  - Su médico y los especialistas del hospital valorarán conjuntamente su caso y acordarán los pasos necesarios para su estudio y tratamiento sin que tenga que desplazarse.
- **Fisioterapia**
  - Su médico de familia podrá indicarle el tratamiento fisioterápico directamente ante determinados problemas de salud sin necesidad de acudir a una consulta especializada.
- **Fisioterapia domiciliaria**
  - Para realizar la rehabilitación tras intervenciones quirúrgicas o enfermedad, en su propio domicilio.
- **Hospitalización domiciliaria**
  - Permite a los pacientes recibir un tratamiento de características de ingreso en su propio domicilio, coordinado con los profesionales de su centro de salud y servicio de urgencias.
- **Desplazamiento de algunas especialidades** a centros de salud o centros comarcales.
- **Mejora de transporte sanitario.**
  - Transporte sanitario **programado**. Favoreciendo una mejor organización para que los desplazamientos no se prolonguen más de lo necesario.
  - Transporte sanitario urgente. Disponiendo de **vehículos de soporte vital avanzado** en las cabeceras de comarca.
- **Colaboración con las oficinas de farmacia** en el fomento de los autocuidados, detección de reacciones adversas y problemas de adherencia terapéutica. Mejora de la comunicación con los profesionales de APS.
- **Menor necesidad de desplazamiento para pruebas complementarias**
  - **Ecografía** en todas las Zonas Básicas de Salud
    - Mejora la capacidad diagnóstica del médico, evita viajes innecesarios, para la práctica de ecografías y meros la indicación de interconsulta.
  - **Radiología en Centros Comarcales:** Alsasua, Santesteban, San Adrián y Sangüesa, ampliación del horario en Tafalla.
    - La ubicación de nuevos aparatos de RX ahorrará más de 380.000 minutos pacientes en desplazamientos a miles de ciudadanos de las zonas rurales (sin cuantificar los desplazamientos que se remiten al hospital).
  - **Retinografía** en Centros Comarcales y refuerzo del servicio existente en Pamplona.
    - Esencial para la detección precoz de daño en la retina y prevención la pérdida de visión por la diabetes. También permite detectar, al mismo tiempo, la presencia de glaucoma.

- La ubicación de nuevos aparatos en las cabeceras de comarca y el aumento de la disponibilidad en Pamplona facilitará el acceso a las 38.000 personas diagnosticadas de diabetes.
  - Pruebas de **diagnóstico rápido** para diagnóstico de cardiopatía isquémica (troponinas). Estudio de viabilidad. En los Servicios de Urgencia Comarcal.
  - **Autoanalizador de química seca.** Estudio de viabilidad. En Servicios de Urgencia Comarcal.
  - **Medidor de Hemoglobina glucosilada** en sangre capilar para control de la diabetes. Estudio de viabilidad. En todos los centros.
    - Disminuirá la necesidad de la realización de análisis de sangre y el resultado es inmediato.
  - Medidor de **INR domiciliario** para autocontrol del tratamiento anticoagulante con acenocumarol/warfarina. Estudio de viabilidad. En todos los centros.
    - Evitará, que las personas susceptibles de usarlo, la necesidad de acudir al centro de salud y ayuda a mejorar el control
- **Accesibilidad y mayor posibilidad de interactuar a nivel telemático y ayudarle a tomar las mejores decisiones sobre su salud.**
  - **Carpeta de paciente.** En la que el propio paciente puede introducir información en su historia clínica y acceder a ella.
  - **Telemonitorización.** Que permite enviar información (tensión arterial, glucosa, peso,...) al profesional y a este tomar decisiones con los datos recibidos.
  - **Citación** más ágil y flexible, mejor accesibilidad.
  - **Teleasistencia.** Mayores prestaciones a personas mayores o que viven solas y que precisan una especial atención. Valoración de nuevos servicios.
  - **Enfermera de consejo.** Como un recurso al que se pueden consultar telefónicamente problemas o dudas de salud y puede actuar de manera programada a demanda de los profesionales.
  - Respeto al derecho a ser atendido por los profesionales sanitarios en **euskera** en las zonas vascófona y mixta.
- **Mayor hincapié sobre la promoción de la salud y la prevención. Ayuda y consejo para cuidarse y no enfermar. Hacerle más autónomo.**
  - **Actuación a nivel comunitario** sobre los las causas de los problemas de salud.
    - Análisis y priorización de los problemas de salud más relevantes de una comunidad y sus causas.
    - Definición de planes de actuación
    - Acción y evaluación de resultados.
  - Promover la **mejora los autocuidados.**

- Promover la **mejora hábitos de vida**.
- Fomento de las actividades de **educación para la salud**.
- Fomento de la formación y participación de **paciente experto**.
- Promover la participación en el **Programa de Cáncer de Mama**.
- Promover la participación en el **Programa de Cáncer de Cuello de Útero**.
- Promover la participación en el **Programa de Cáncer de Colon**.
- Programa de **actividades preventivas y de promoción de la salud**.
- Programa de atención dental infantil (**PADI**).
- **Mayor integración de servicios, sanitarios, sociales, comunitarios.**
  - **Gestión integrada de recursos sociosanitarios** a nivel local, promocionando la intervención conjunta de ambos sistemas, mejorando la coordinación y comunicación, simplificando y agilizando trámites y plazos.
- **Una atención a la urgencia y emergencia coordinada, rápida y efectiva.**
  - Aumento del porcentaje de la población que se encuentre **a menos de 30 minutos** de un recurso sanitario con posibilidad de realizar un **soporte vital avanzado**.

Tiempo hasta soporte vital avanzado	POBLACIÓN	
< 15 min	465.828 personas	75,38 %
< 30 min	593.740 personas	96,08 %

- **Servicios de Urgencia Comarcal (SUC)** abierto 24h reforzados, con medios diagnósticos (radiología simple, ecografía y química seca), y transporte sanitario.
- Dotación con una **ambulancia de soporte vital avanzado** a nivel comarcal
- **Vehículos** identificados en Zonas Básicas y SUC.
- **Mejor coordinación con el hospital y en los equipos para atender a los problemas de salud crónicos, agudos y a aquellos que precisan especial seguimiento.**
  - Estrategia de atención al **paciente con enfermedades crónicas y pluripatología y pacientes en cuidados paliativos**.
  - Evitar **ingresos innecesarios**. Reducir la necesidad de ingreso a través de urgencias y fomentar **los ingresos programados** (directos).
  - Programa de **Planificación al alta** hospitalaria.
  - **Interconsultas no presenciales** entre médicos de familia o pediatras y especialistas, sin necesidad de desplazar al paciente.

- **Atención al paciente agudo.** Manejo de las situaciones con criterios comunes acordados, orientados a una mejor continuidad y eficiencia en los cuidados.
- **Conciliación de tratamiento farmacológico** en pacientes polimedicados. Para evitar efectos adversos.
- **Atención integral a infancia y adolescencia.**
  - Programa atención a la **infancia y adolescencia.**
  - Atención por el **profesional más adecuado** en cada momento.
  - **Integración de acciones a nivel sanitario, educativo y social.**
- **Mayor seguridad.**
  - **Eliminar** los procedimientos y tratamientos de **escasa eficacia o innecesarios.**
  - **Reducir eventos adversos** por fármacos o intervenciones.
  - **Mayor coordinación** entre profesionales de diferentes niveles asistenciales.
- **Digitalización la información existente en las historias clínicas de papel e incorporación a la historia clínica informatizada.**
  - Mejor acceso a los datos de la historia clínica. Se unificarán los archivos actualmente en formato papel existentes en los Centros de Salud y consultorios a las historias clínicas informatizadas, lo que mejorará su accesibilidad en caso de necesidad y aumentará la seguridad en la custodia.
- **Programa de Atención Dental Infantil (PADI)**
  - **Fomentar el uso** del programa.
  - **Estudiar los determinantes de no utilización** del programa.
  - Implementar acciones para garantizar **equidad de acceso** en función de los resultados obtenidos.
- **Mayor posibilidad de participación del ciudadano.**
  - Consejo de Salud. **Relanzamiento de los Consejos de Salud** de Zona Básica como órganos de participación de la comunidad.
  - Asociaciones de pacientes y de ayuda. **Mayor participación** de las asociaciones en las acciones.
  - Municipal. Para conseguir **comunidades saludables.**
  - Carpeta de paciente. Mediante la cual podrá **recoger información en su propia historia clínica.**
  - **Valoración de su satisfacción** con la atención recibida. Mediante sistemas continuos de valoración.

## ¿Qué aporta esta propuesta a los profesionales?

El mayor capital con el que cuenta la Gerencia de APS es el de sus profesionales.

Las acciones que se describen a continuación no solo se refieren a aquellas que dependen única y exclusivamente de APS, sino también las que otros niveles asistenciales e instituciones realizarán y que constituyen un apoyo para que las de APS sean más efectivas.

- **Más capacidad de resolución.**
  - Despliegue de las capacidades de los profesionales
    - Medicina de Familia.
    - Pediatría
    - Enfermería
    - Enfermería pediátrica
    - Trabajo Social
    - Administrativos
  - **Acceso directo a fisioterapeuta** por prescripción de su Médico de Familia en determinados problemas de salud.
  - **Interconsulta no presencial.** Sin necesidad de desplazar al paciente. Incluida la remisión de imágenes.
  - Estudio de la viabilidad de la presencia **de otros perfiles profesionales** de apoyo a nivel comarcal: educadores, nutricionistas, técnicos de salud pública.
- **Atención integral a infancia y adolescencia.**
  - **Programa atención a la infancia y adolescencia.**
  - Despliegue del **programa de salud infantil.**
    - Atención a problemas de salud agudos.
    - Atención a problemas de salud crónicos.
  - Atención por el **profesional más adecuado** en cada momento.
    - Potenciación de la figura de la enfermería de pediatría.
    - Mayor presencia y participación de los profesionales sanitarios, en especial de enfermería en los centros escolares.
    - Estudio de la figura de pediatra de apoyo o área. "Todos los niños tendrán un especialista en pediatría de referencia"
    - Plan de formación en pediatría para los profesionales que ejercen en el medio rural.
  - **Integración de acciones a nivel educativo, social,..**

- **Más posibilidades para realizar una actividad más proactiva.**
  - Mejores **sistemas de información**, tanto clínica como de gestión.
  - Posibilidad de **mensajes sms/e mail selectivos** con consejos de salud.
  - **Panel de control** de cupo y centro.
  - Fomento del uso de **las redes sociales**
  - **Foros virtuales de participación.**
  
- **Más apoyo del segundo nivel y mejor coordinación.**
  - **Protocolos consensuados** tanto a nivel médico como de enfermería.
  - **Grupos de trabajo multidisciplinares.**
  - **Atención al paciente crónico y pluripatológico.**
  - **Atención al paciente en cuidados paliativos.**
  - **Hospitalización domiciliaria.**
  - **Interconsulta no presencial**, y con imagen, en medicina y enfermería.
  - **Especialistas de referencia.**
  - **Fisioterapia domiciliaria.**
  - **Acceso directo a fisioterapeuta en determinados procesos.**
  - **Transporte sanitario.**
  
- **Mejora en equipamiento**
  - **Mejoras informáticas y pantallas de alta resolución** para visualización de radiografías.
  - **Indumentaria** identificativa en los PAC y SUC.
  - **Vehículos identificados** en las Zonas Básicas y SUC.
  - Ambulancia con equipamiento equiparable a **soporte vital avanzado en SUC.**
  - **Química seca, medidor HbA1c, ....**
  - **Dermatoscopio.**
  - **ECO** en todas las Zonas Básicas.
  - **RX** en Centros comarcales.
  - **Retinografía** en Centros comarcales.



- **Cirugía menor** en todas las Zonas Básicas.
- **Historia clínica portable** en dispositivos móviles, para su uso en atención domiciliaria y emergencias.
- **Historia clínica disponible en residencias** de ancianos.
- //...
- **Adecuación de redes de telecomunicaciones (banda ancha) a las necesidades de Centros y consultorios.**
  - Elaboración de un **mapa de necesidades presentes y futuras.**
  - **Mejora de las redes.** Adopción de las medidas necesarias para disponer de la plena capacidad de las herramientas informáticas de uso sanitario de forma generalizada el territorio de Navarra, tanto dentro como fuera de los centros o consultorios.
- **Mayor seguridad para los pacientes.**
  - **Conciliación** del tratamiento en pacientes polimedicados al alta y en seguimiento por farmacéuticos.
  - **Esterilización centralizada** en el Complejo Hospitalario de Navarra.
  - **Material de seguridad** con el fin de evitar accidentes.
- **Mayor seguridad para los profesionales.**
  - **Material de seguridad** con el fin de evitar accidentes
    - Comisión de bioseguridad.
  - **Registro de incidentes de seguridad.**
    - Comisión de seguridad.
    - Protocolo de atención a la segunda víctima.
- **Digitalización de toda la información existente en las historias clínicas de papel e incorporación a la historia clínica informatizada.**
  - **Papel cero.** Eliminación de los archivos en formato papel.
  - **Reutilización** de los espacios reservados a archivos para otros usos.
- **Mejor coordinación de servicios sanitarios, sociales, comunitarios.**
  - Plan **integración sociosanitaria** a nivel local.
  - Estudio de las necesidades **de coordinación entre A.P y centros sociosanitarios.**
  - Utilización de **historia clínica desde todas las residencias.**
  - **Catálogo de almacén unificado.**

- **Formación al personal de las residencias** en los programas/protocolos de A.P. Definición y uso de pautas comunes de actuación.
- Mayor participación de las **oficinas de farmacia** en el fomento de los autocuidados,
- **Más posibilidades de actuación en promoción y prevención a nivel comunitario.**
  - Puesta en marcha del **Observatorio de Salud Comunitaria**.
  - **Apoyo de personal especializado.**
  - **Incentivación y presupuesto de actividades a nivel comunitario.**
  - **Integración de recursos a nivel local y comarcal.**
  - **Actuación a nivel comunitario** sobre los determinantes de los problemas de salud.
    - Análisis y priorización de los problemas de salud más relevantes de una comunidad y sus causas.
    - Definición de planes de actuación
    - Acción y evaluación de resultados.
  - Promover la **mejora los autocuidados**.
  - Promover la **mejora hábitos de vida**.
  - Fomento de las **actividades de educación para la salud**.
  - Fomento de la **formación y participación de paciente experto**.
  - Promover la **participación en el Programa de Cáncer de Mama**.
  - Promover la participación en el **Programa de Cáncer de Cuello de Útero**.
  - Promover la participación en el **Programa de Cáncer de Colon**.
  - **Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud**.
  - Promover la participación en el **Programa de Atención Dental Infantil (PADI)**.
- **Acceso a datos clínicos y mayor posibilidad de interactuar a través de las tecnologías de la información con los pacientes y ayudarle a tomar las mejores decisiones sobre su salud.**
  - **Carpeta de paciente.** En la que el propio paciente puede introducir información y acceder a ella.
  - **Telemonitorización.** Que permite enviar información (tensión arterial, glucosa, peso,...) a su médico y a este tomar decisiones con los datos recibidos.
  - **Citación/recordatorios** mediante el uso de internet, correos electrónicos, email, sms.

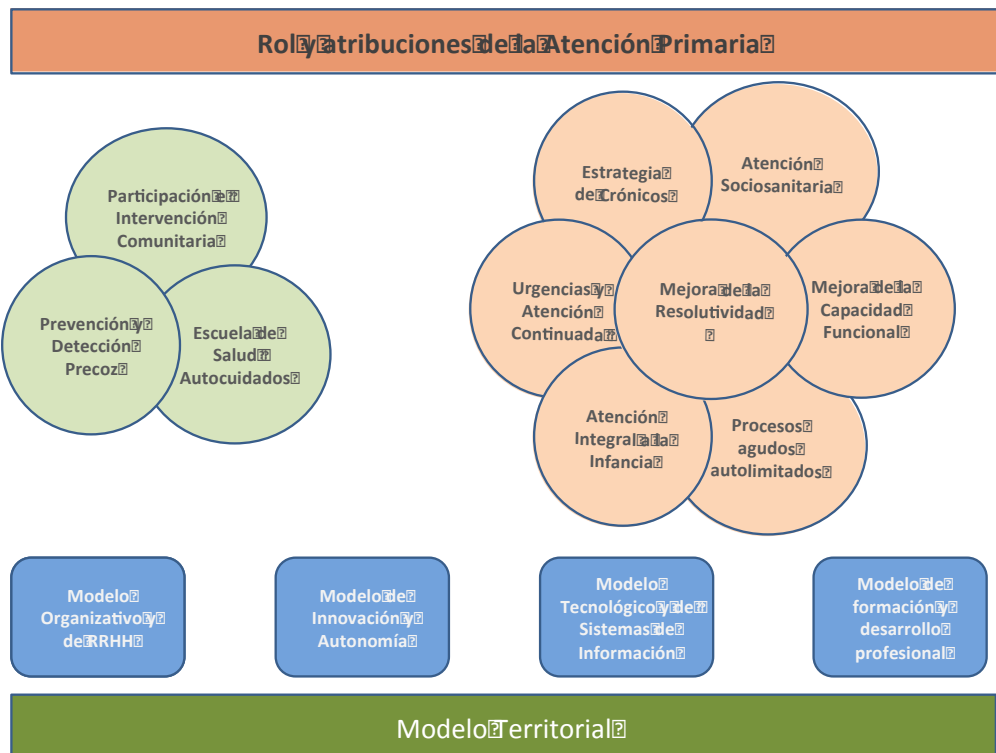
- **Teleasistencia.** Mayores prestaciones a personas mayores o que viven solas y que precisan una especial atención. Enfermera de consejo. Como un recurso al que se pueden consultar problemas o dudas de salud
- **Mayor participación.**
  - En el EAP
    - Posibilidad de **reuniones no presenciales**, especialmente en el medio rural.
  - **Junta Técnico Asistencial**
    - Comisión de ética. Estudiará en su creación o alternativas.
    - **Comisión de formación.** Junto con representantes de las Sociedades Científicas y Gerencia de AP.
  - **Grupos de trabajo**
  - **Toma de decisiones**, definición y evaluación de objetivos.
  - **En la comunidad.**
- **Mejor comunicación interna, entre EAP y con Gerencia de AP.**
  - **Portal de APS**
    - Depósito de documentación.
    - Actualizaciones.
    - Procedimientos.
    - Comunicación entre profesionales.
    - Compartir experiencias innovadoras.
    - //...
- **Mayores posibilidades de autogestión y organización.**
  - **Nuevos modelos organizativos y de gestión clínica.**
- **Ajuste de plantillas para conseguir implementar las acciones no asistenciales y disponer del tiempo necesario para realizar las asistenciales.**
  - **Adecuación del criterio del número máximo de TIS/ TIS** estandarizadas por cupo con un objetivo óptimo a conseguir de forma progresiva, teniendo en cuenta las características de la población asignada.
  - Estudio de la figura de **pediatra de apoyo/ área.**
- **Mejorar la oferta formación**
  - **Comisión de Formación.**
  - **Formación de expertos.**

- **Curriculum formativo** general adecuado a cada estamento.
- Formación relacionada con los **objetivos de la organización**.
- Formación de **directivos**.
- **Portal de conocimiento**
- **Más posibilidades para la docencia e investigación**
  - **Formación**
  - Participación en **formación de pre y postgrado**.
  - Incorporación a **grupos de investigación**.
  - Impulso de **grupos de investigación de AP con contenidos propios**.
  - Posibilidades de **explotación** de la información recogida en historia clínica de APS (**ATENEA**) con fines de investigación.
- **Reordenación de la atención continuada y urgente.**
  - **Servicios de Urgencia Comarcal (SUC)** dotados de medios adecuados.
  - **Transporte sanitario.**
  - Definición de **disponibilidad especial** de zonas de baja actividad.
  - Posibilidad de ampliar **guardias de presencia física con derecho a libranza** a una al mes para profesionales de mañana.
  - **Integración de los SUR en actividades asistenciales**, de promoción, prevención, en las zonas básicas (10-15% de la jornada anual).
  - **Implantación de modelos de gestión de la atención** ordinaria continuada y urgente a nivel de servicio comarcal y zona básica. Estudio de plantillas y posibilidad de modelo de plantilla cerrada.
  - **Re-definición** de tipos de jornada.
- **Mejores condiciones laborales y profesionales**
  - **Plantillas más ajustadas** a las tareas exigidas.
  - **Integración de los profesionales SUR** a actividades asistenciales y comunitarias como parte de su jornada
  - **Retribución adecuada.**
  - **Mejora de las condiciones de vida** en los puntos de atención.
    - Estudio de la situación de las zonas de vida de los PAC.
    - Implementación de un plan de modificaciones

- **Mantener la competencia profesional** en los lugares con escasa actividad asistencial. Incrementar la carga y la variedad de actividad en profesionales con escasa actividad asistencial.
- **Más apoyo en la atención a emergencias.**
  - **Creación de los Servicios de Urgencia Comarcal**
    - Transporte sanitario, ambulancias de soporte vital avanzado en los SUC
    - Radiología, ecografía, química seca en SUC, ECG a coronaria desde los PAC
  - **Formación.**
  - Participación en **programas formativos de Urgencias** comunes con SUE.
  - Dotación de **vehículos identificados** en los PAC.
  - **Uniformes.**

## Anexo II

# Líneas de acción para el desarrollo de la Estrategia de APS de Navarra 2017-2019



## Desarrollo de la Estrategia

*Las acciones en tonos más claros se consideran complementarias de las citadas aunque estén bajo otros epígrafes.*

### I. Rol y Atribuciones de APS

- Redefinición del Rol y Atribuciones de APS

### II. Participación e intervención Comunitaria

- Integración de la Salud en todas las acciones.
- Reactivación de los Consejos de Salud
- Potenciar la actuación a nivel comunitario y favorecer la proactividad.
- Puesta en marcha del Observatorio de Salud Comunitaria y cuadro de mando de cupo integrado en la historia clínica.
- Apoyo a las acciones de salud dentro de la Agenda 21.
- Contactos permanentes con la Federación Navarra de Municipios y Concejos.
- Valoración continuada de la satisfacción del ciudadano.
- Integración de las asociaciones de pacientes en el proceso de salud
- Garantizar el derecho a la atención en euskera

### III. Prevención y Detección Precoz

- Participación activa en las acciones de promoción y prevención a nivel poblacional e individual
- *Potenciar la actuación a nivel comunitario y favorecer la proactividad.*
- *Puesta en marcha del Observatorio de Salud Comunitaria y cuadro de mando de cupo integrado en la historia clínica.*
- *Apoyo a las acciones de salud dentro de la Agenda 21.*

### IV. Escuela de Salud y Autocuidados

- Promoción y difusión de las escuelas de pacientes, paciente/persona experta

### V. Mejora de la Resolutividad

- Incorporación de la ecografía clínica a la práctica asistencial en APS
- Extensión territorial de la radiología simple

- Mejora de la visualización de la imagen radiológica.
- Potenciar la coordinación de la atención al paciente entre APS y Especializada.
- Potenciar la interconsulta no presencial.
- Extensión del servicio de cirugía menor a todos los EAP de Navarra.

## **VI. Estrategia de atención a los pacientes crónicos y pluripatológicos**

- Extensión y afianzamiento de la estrategia de atención al paciente crónico y pluripatológico.
- Extensión de la Hospitalización a Domicilio
- Dotación de retinógrafos.
- Control domiciliario de INR en pacientes tratados con acenocumarol o warfarina
- Dotación de medidores portátiles de hemoglobina glucosilada.
- Extensión Programa de Planificación al alta desde el Trabajo Social Sanitario.
- Mejora en la seguridad del material para pacientes y profesionales.
- Creación de la Comisión de Seguridad del Paciente en AP.
- Sistema de notificación de incidentes y eventos de AP.
- Gestión adecuada de la atención al paciente y a los profesionales tras la ocurrencia de un efecto adverso.
- *Comisión del Plan Sociosanitario*
- *Coordinación sociosanitaria*
- *Espacio de información sociosanitaria*
- *Desarrollo del servicio de teleasistencia*
- *Acuerdos con centros residenciales*

## **VII. Atención Sociosanitaria**

- Comisión del Plan Sociosanitario
- Coordinación sociosanitaria
- Espacio de información sociosanitaria
- Desarrollo del servicio de teleasistencia
- Acuerdos con centros residenciales

## **VIII. Mejora de la Capacidad Funcional**

- Plan de mejora de la capacidad funcional



### **IX. Atención a procesos agudos autolimitados**

- Acuerdo de colaboración con las oficinas de farmacia.

### **X. Urgencias y atención continuada**

- Reorganización de la atención continuada y urgente en el medio rural.
- Mejora y reordenación del transporte sanitario.
- Disponibilidad química seca y test de diagnóstico rápido.
- ECG con conexión a unidad coronaria para su consulta telemática en caso de urgencia.
- Dotación de vehículos en los PAC y dotación de vestuario.
- *Portabilidad de la historia clínica para dispositivos móviles.*
- *Plan de formación continuada*

### **XI. Atención Integral a la Infancia**

- Plan de atención integral a la infancia.
- Plan de Salud infantojuvenil
- Garantizar el derecho prestación del Programa de Atención Dental Infantil (PADI)

### **XII. Modelo Organizativo y de profesionales**

- Modelo de autogestión y evaluación clínica
- Pactos de Gestión alineados con el Plan de Salud
- Ajuste de plantillas para conseguir implementar las acciones no asistenciales y asistenciales con el nivel de calidad requerido.
- Estudio de nuevos perfiles profesionales.
- Desburocratización
- Mejora de la accesibilidad de la ciudadanía a la citación de los Centros de Salud.

### **XIII. Modelo de Innovación y Autonomía**

- Creación del Comité de Ética Asistencial de APS.
- Incentivación de la investigación e innovación en APS.
- *Plan de formación continuada.*
- *Creación de un portal de conocimiento de APS.*
- *Favorecer y estimular la presencia de profesionales de APS en grupos de trabajo y comités técnicos.*

#### **XIV. Modelo tecnológico y de sistemas de información.**

- Creación de la Carpeta Personal de Salud
- Dotación de banda ancha de alta capacidad.
- Posibilitar el empleo de la videoconferencia para las reuniones de grupo.
- Portabilidad de la historia clínica para dispositivos móviles.
- Digitalización de las historias clínicas.
- Envío de consejos de salud vía mail y sms.
  
- *Puesta en marcha del Observatorio de Salud Comunitaria y cuadro de mando de cupo integrado en la historia clínica.*
- *ECG con conexión a unidad coronaria para su consulta telemática en caso de urgencia.*
  
- *Espacio de información sociosanitaria.*
- *Desarrollo del servicio de teleasistencia.*
  
- *Creación de un portal de conocimiento de APS.*

#### **XV. Modelo de formación y desarrollo profesional**

- Plan de formación continuada
- Creación de un portal de conocimiento de APS.
- Favorecer y estimular la presencia de profesionales de APS en grupos de trabajo y comités técnicos.
  
- *Incentivación de la investigación e innovación en APS.*

#### **XVI. Modelo territorial**

- Plan de Comarcalización de los Servicios de Salud.
- Adecuación y reordenación de los consultorios periféricos.
  
- *Reactivación de los Consejos de Salud*
- *Potenciar la actuación a nivel comunitario y favorecer la proactividad.*
- *Puesta en marcha del Observatorio de Salud Comunitaria y cuadro de mando de cupo integrado en la historia clínica.*
- *Apoyo a las acciones de salud dentro de la Agenda 21.*
- *Contactos permanentes con la Federación Navarra de Municipios y Concejos.*
- *Valoración continuada de la satisfacción del ciudadano.*
- *Integración de las asociaciones de pacientes en el proceso de salud*

- **Garantizar el derecho a la atención en euskera**
  - **Promoción y difusión de las escuelas de pacientes, paciente/persona experta**
  - *Extensión territorial de la radiología simple*
  - *Desplazamiento de especialistas a zonas básicas de salud, especialista de referencia.*
  - *Dotación de retinógrafos.*
  - *Plan de mejora de la capacidad funcional*
  - *Mejora y reordenación del transporte sanitario.*
  - *Reorganización de la atención continuada y urgente en el medio rural.*
- 
- *Dotación de banda ancha de alta capacidad.*
  - *Comisión del Plan Sociosanitario*
  - *Coordinación sociosanitaria*
  - *Espacio de información sociosanitaria*
  - *Desarrollo del servicio de teleasistencia*
  - *Acuerdos con centros residenciales*
  - *Plan de atención integral a la infancia.*

## **I. Rol y Atribuciones de APS**

### **I.1. Redefinición del Rol y Atribuciones de APS**

PROPUESTA

## Rol y Atribuciones de APS

### Redefinición del Rol y Atribuciones de APS

#### Descripción

La APS es el primer nivel de acceso al sistema sanitario, el más cercano al ciudadano, responsable del seguimiento de la evolución de los problemas de salud de cada paciente en su entorno. Es el agente del paciente ante el sistema sanitario y el garante de la calidad, continuidad e integralidad de una atención centrada en la persona.

Es necesario redefinir el rol y las atribuciones de la APS dentro del Sistema Sanitario así como las de los profesionales que desempeñan la labor en dicho ámbito con el fin de que puedan asumir las funciones que deben asumir en un modelo en transformación.

#### Contenidos

1. Rol de APS
2. Definición de nuevos roles y atribuciones profesionales

Medicina de Familia

Pediatría

Enfermería

Trabajo Social

Personal administrativo

Nuevos perfiles

Mediante un proceso participativo que implique a toda la organización y asociaciones científicas y colegios profesionales en el marco de la Estrategia de APS.

#### Responsable

Gerencia de APS.

#### Cronograma

Segundo trimestre de 2017: Comienzo de la acción contactos con los grupos de interés

Septiembre 2017 Inicio de sesiones participativas técnicas

Primer trimestre 2018 presentación del documento

#### Presupuesto

Pendiente

## **II. Participación e intervención Comunitaria**

**II.1. Integración de la Salud en todas las acciones**

**II.2. Reactivación de los Consejos de Salud**

**II.3. Potenciar la actuación a nivel comunitario y favorecer la proactividad.**

**II.4. Puesta en marcha del Observatorio de Salud Comunitaria y cuadro de mando de cupo integrado en la historia clínica.**

**II.5. Apoyo a las acciones de salud dentro de la Agenda 21.**

**II.6. Contactos permanentes con la Federación Navarra de Municipios y Concejos.**

**II.7. Valoración continuada de la satisfacción del ciudadano.**

**II.8. Integración de las asociaciones de pacientes en el proceso de salud**

**II.9. Garantizar el derecho a la utilización del euskera**

## Participación e intervención Comunitaria

### Integración de la salud en todas las acciones

#### Descripción

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia, según la definición presentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su constitución aprobada en 1948. Si tomamos en consideración esta definición podemos justificar la necesidad de integrar la salud en la mayor parte de las acciones acometidas por un sistema sanitario en última instancia por un Gobierno.

#### Contenidos

1. Estudio y priorización de proyectos de salud comunitaria sencillos de ejecutar a nivel local:
  - Estrategias de prevención y promoción de la salud.
  - Acciones específicas dirigidas a las poblaciones concretas.
2. Integración de acciones de los EAP con instituciones y asociaciones locales para impulsar los planes de salud comunitaria priorizados.
3. Campañas de promoción de la salud para centros concretos: educativos, deportivos, bibliotecas, residencias de ancianos, etc.

#### Responsable

Gerencia de APS. INSP

#### Cronograma

Segundo semestre de 2017: Comienzo de la acción con las fases de estudio y priorización a la par que se establecen las relaciones con los agentes correspondientes.

Marzo de 2018: Puesta en marcha de los proyectos de salud y campañas de promoción de salud.

Diciembre de 2018: Despliegue de las acciones a municipios y diferentes tipos de centros y poblaciones concretas.

#### Presupuesto

## Participación e intervención Comunitaria

### Reactivación de los Consejos de Salud

#### Descripción

Los Consejos de Salud constituyen los foros de participación comunitaria de las ZBS. En ellos se dan encuentro profesionales, administraciones locales y de salud, y entidades ciudadanas. Su función debe ser la de integrar todos los recursos existentes a este nivel y que tienen que ver el mantenimiento y mejora de la salud de la comunidad, establecer objetivos y evaluar la consecución de los mismos.

Los Consejos de Salud de zona se rigen por el Decreto Foral 148/1986, de 30 de mayo, por el que se regulan las estructuras de APS de Navarra. Tras un período inicial de mucha actividad tras su constitución, muchos de ellos han dejado de reunirse. Actualmente permanecen en funcionamiento regular el de la ZBS de Elizondo y el de la ZBS de San Jorge. Se entiende que son un elemento fundamental por lo que para revitalización, se proponen actividades docentes y apoyo técnico.

#### Contenidos

Favorecer la reconstitución de los Consejos de Salud.

Definir actividades formativas y apoyo técnico necesario.

Valorar la necesidad de modificaciones normativas que favorezcan la constitución de los consejos y a estos alcanzar los objetivos.

#### Responsable

Departamento de Salud. Gerencia de APS.

#### Cronograma

Segundo trimestre de 2017: Notificación a nivel de Comunidad Foral del interés en reactivar estos Consejos de Salud.

Tercer trimestre de 2017: Reunión de los equipos de AP rurales con los ayuntamientos o concejos de sus zonas básicas, quien invitará al resto de agentes a la participación en el Consejo de Salud.

Cuarto trimestre de 2017: Configuración de los nuevos Consejos de Salud, priorización de tareas, medios necesarios...

#### Presupuesto

Por determinar.



## Participación e intervención Comunitaria

**Potenciar la actuación a nivel comunitario y favorecer la proactividad. Puesta en marcha del Observatorio de Salud Comunitaria y cuadro de mando de cupo integrado en la historia clínica.**

### Descripción

La intervención a nivel comunitario sobre los determinantes de salud es una pieza clave para la transformación de nuestro modelo de atención.

El **Observatorio de Salud Comunitaria** se trata de una herramienta informática que tendrá como fin proporcionar datos para realizar un adecuado diagnóstico de salud de la comunidad además de permitir priorizar los problemas en la población y sus subgrupos, sobre los que establecer planes de salud comunitarios con actuaciones locales.

Por otra parte, se está estudiando incorporar a la herramienta los **sistemas de consulta integrados en la historia clínica** informatizada, que permitirán a los profesionales tener una actitud más proactiva, conocer cuál es el grado de control de los problemas de salud de sus pacientes concretos: adherencia a las visitas y tratamientos, realización de medidas preventivas periódicas, etc. Esta información ayudará a ser proactivos, proponiendo la realización de revisiones, exploraciones, actividades educativas o tratamientos preventivos entre otras actividades.

### Contenidos

1. Observatorio de Salud Comunitaria. En desarrollo por el INSPyL.

2. Generación de paneles de Control y Cuadros de mandos

Se podrán generar consultas que se embeban en las aplicaciones operacionales de los profesionales sanitarios (por ejemplo HCI; ATENEA; IRATI).

- Se dispondrá, entre otras, de las siguientes capacidades que deben mantener la idea general de agilidad y sencillez para los usuarios finales:
  - Capacidad para incorporar diferentes campos presentes en la base de datos.
  - Filtrado de información. Posibilidad de incluir varios filtros a la vez.
  - Establecimiento de campos obligatorios en los filtros.
  - Exportación de manera sencilla a otros formatos.

3. Potenciación de las actividades de intervención comunitaria.

Formación, Financiación, apoyo técnico.

### Responsable

Instituto de Salud Pública y Laboral. Sección de Evaluación. GAP

### **Cronograma**

Primer semestre de 2017: Observatorio estará operativo

Diciembre 2017: puesta en funcionamiento de herramienta de consulta para ser utilizada por todos los EAP.

### **Presupuesto**

Herramienta de consulta: el importe estimado es de 400.000 euros

PROPUESTA

## Participación e intervención Comunitaria

### Apoyo a las acciones de salud dentro de la Agenda 21

#### Descripción

**Agenda 21 es un Plan de Acción aprobado por Naciones Unidas en 1992 para conseguir un desarrollo sostenible en el siglo XXI.** El desarrollo sostenible se define como “el desarrollo que satisface las necesidades presentes sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer las suyas”. Esto implica **conseguir un desarrollo económico y social, justo, solidario y equitativo, que respete y preserve los recursos naturales.**

**En Navarra varias localidades están comprometidas con el desarrollo sostenible desde que suscribieran la Carta de las Ciudades Europeas hacia la Sostenibilidad, más conocida como “Carta de Aalborg”.** Suscribir esta Carta conlleva desarrollar una Agenda 21 propia.

#### Contenidos

1. Estudio y priorización de proyectos de salud comunitaria sencillos de ejecutar a nivel municipal:
  - Estrategias de prevención y promoción de la salud.
  - Acciones dirigidas a poblaciones más susceptibles de patología, más desprotegida.
2. Contacto de miembros del Sistema Navarro de Salud con los representantes municipales con Agenda 21 para impulsar los planes de salud comunitaria priorizados.

#### Responsable

Gerencia de APS. Municipios

#### Cronograma

Primer semestre de 2017: Comienzo de la acción con las fases de estudio y priorización a la par que se establecen las relaciones con los agentes municipales correspondientes.

Marzo de 2018: Puesta en marcha de los proyectos de salud dentro de la Agenda 21 en al menos 2 municipios.

Diciembre de 2018: Extensión de las acciones a todas las localidades suscritas a la Agenda 21.

#### Presupuesto

A definir según acciones.

## Participación e intervención Comunitaria

### Contactos permanentes con la Federación Navarra de Municipios y Concejos

#### Descripción

La Federación Navarra de Municipios y Concejos (FNMC) es una asociación compuesta por las entidades locales de la Comunidad Foral que voluntariamente deciden integrarse en la misma para la protección y promoción de sus intereses comunes y en especial para la defensa de la autonomía local. Forman parte de la misma la gran mayoría de dichas entidades (más de medio millar).

La FNMC aspira a lograr que la presencia y participación de las entidades locales de Navarra en la vida institucional sea acorde con los principios enunciados en la Constitución, la Ley de Bases de Régimen Local y la Ley de Amejoramiento del Fuero, y con el principio de subsidiariedad.

#### Contenidos

1. Implicar a la Federación el objetivo de salud en todas las políticas.
2. Contribuir a un medio más saludable.
3. Promover hábitos de vida saludables
4. Ambiente amable y seguro para los niños, ancianos y discapacitados.
5. Atención a grupos con necesidades sociales

#### Responsable

Gerencia de APS; Dirección de Asistencia la Paciente. Departamento de salud. INSP y L

#### Cronograma

Enero de 2018: Establecimiento de contactos con la asociación de miembros del SNS-O.

Marzo de 2018: Determinación de áreas donde colaborar y recursos necesarios.

Junio de 2018: Puesta en marcha de las primeras acciones coordinadas.

#### Presupuesto

Sin determinar.

## Participación e intervención Comunitaria

### Valoración continuada de la satisfacción del ciudadano

#### Descripción

La experiencia del paciente nos permite controlar sus reacciones, estados y situaciones. Si se consigue mejorar todo esto, obtendremos su confianza y fidelización. En este sentido son de gran utilidad los sistemas que miden y orientan la satisfacción del paciente.

Durante 2016 se realizó una encuesta de satisfacción a una muestra representativa de los usuarios de todas las ZBS de Navarra.

No obstante, estas encuestas masivas periódicas, si bien imprescindibles, pues permiten tener una serie evolutiva temporal, no son útiles para la detección y en base a ella la resolución de problemas inmediatos.

#### Contenidos

Proponemos seguir ambas estrategias

1. Encuesta telefónica o personal realizada de forma anual o bienal a pacientes de forma aleatoria con muestras aleatorias representativas.
2. Soporte ubicado en las salidas de los Centros de Salud, o tabletas que permitiría una monitorización continua de la opinión de los pacientes, entre otros sistemas de medición.

#### Responsable

Gerencia de APS; Dirección de Asistencia al Paciente; Dirección de Políticas Sociales; Servicio de Sistemas de Información Sanitaria.

#### Cronograma

Primer semestre de 2017: elaboración de la información y conclusiones a partir de las encuestas realizadas en 2016.

Primer semestre de 2017. Creación de una comisión de trabajo para la definición del cuestionario, de la herramienta, sistema y periodicidad de la explotación de datos y necesidad de hardware.

Segundo semestre de 2017. Inicio de la extensión en 2 zonas básicas.

Primer semestre de 2018 extensión a todos los centros de salud.

#### Presupuesto

Sin determinar.

## Participación e intervención Comunitaria

### Integración de las asociaciones de pacientes en el proceso de salud

#### Descripción

Las Asociaciones de Pacientes y Familiares constituyen la voz de las personas enfermas ante el sistema sanitario; por ello son muchas las razones para que los pacientes, los profesionales y los gestores conozcan la inestimable labor que desarrollan. Las Asociaciones proporcionan a los afectados y a los familiares que acuden a ellas algo más que una información general sobre la patología que presentan, escuchan desde la empatía, acompañan desde la experiencia compartida, asesoran en el auto-cuidado y suponen un importante apoyo en el ámbito psicológico y ocupacional. De este modo facilitan la interrelación entre los afectados, evitando el aislamiento y la estigmatización que sufren por causa de la enfermedad. Estas actuaciones van encaminadas a alcanzar la plena integración de los pacientes, mejorar su calidad de vida y sensibilizar finalmente a la sociedad. La incorporación de las asociaciones de pacientes a grupos de trabajo y consejos asesores aporta un valor que no puede ser obtenido de otra forma y genera un Alineamiento en los objetivos de todas las partes implicadas.

En Navarra existen a día de hoy en torno a 100 asociaciones de pacientes, entre otras las orientadas a:

- Prevención y promoción de salud en población infantil y adolescencia.
- Promoción de salud y autocuidado en población adulta:
- Prevención y atención al cáncer.
- Prevención y atención en salud mental.
- Atención a las urgencias tiempo dependientes.
- Prevención y atención enfermedades vasculares y diabetes.
- Prevención y atención enfermedades respiratorias.
- Cuidados paliativos y dolor.
- Atención a la demencia y otras enfermedades neurodegenerativas.
- Atención a la discapacidad y promoción de la autonomía: discapacidad auditiva y visual, intelectual, física, física y psíquica.
- Enfermedades raras
- Otras asociaciones

#### Contenidos

1. Escuchar y atender las demandas de las asociaciones de pacientes.
2. Incorporar a las asociaciones en los grupos de trabajo.
3. Facilitar la difusión y distribución en los centros del sistema sanitario público de aquella información relacionada con su actividad así como de las enfermedades implicadas, para ponerla en conocimiento de los pacientes afectados y de los profesionales.

**Responsable**

Gerencia de APS; Dirección de Asistencia la Paciente, Instituto de Salud Pública

**Cronograma**

Primer semestre 2017: Establecimiento de contactos por parte del SNS-O con las diferentes asociaciones de pacientes para atender sus demandas.

Segundo semestre 2017: Medidas para facilitar la difusión y distribución en los centros del sistema sanitario público.

**Presupuesto**

Sin determinar.

## Participación e intervención Comunitaria

### Garantizar el derecho a la atención en euskera

#### Descripción

El castellano y el vascuence o euskera son definidas como lenguas propias de Navarra según la Ley foral 18/1986, de 15 de diciembre, del Vascuence. De acuerdo con esta ley, Navarra está lingüísticamente dividida en tres zonas, vascófona (uso mayoritario del euskera), mixta y no vascófona (uso mayoritario del castellano).

#### Contenidos

1. Respetar el derecho a ser atendido por los profesionales sanitarios en euskera en las zonas vascófona y mixta.
  - Formación prioritaria en euskera de los profesionales sanitarios que desempeñen sus funciones en las citadas zonas.
  - Valoración como requisito para determinadas plazas en las convocatorias de oferta pública, al menos para estas dos zonas.
2. Modificación de los contestadores automáticos de las zonas vascuence y mixta para permitir la elección de idioma de los mensajes en función de las capacidades de las centralitas.

#### Responsable

Gerencia de APS, Dirección de Profesionales

#### Cronograma

Diciembre de 2016: Inicio de modificación de las locuciones de los contestadores automáticos en las zonas vascuence y mixta.

Enero de 2017: finalización de la extensión de las locuciones bilingües en todas las ZBS de las zonas vascuence y mixta.

Extensión a lo largo de 3 años de los planes correspondientes para garantizar el derecho a ser atendido en euskera en las zonas de vascuence y mixta.

#### Presupuesto

En 2016 se prevén unos gastos de 16.000€ para la modificación de los contestadores automáticos.



### III. Prevención y Detección Precoz

#### III.1. Participación activa en las acciones de promoción y prevención a nivel poblacional e individual

##### Acciones descritas en otros capítulos

*II.2. Potenciar la actuación a nivel comunitario y favorecer la proactividad.*

*II.3. Puesta en marcha del Observatorio de Salud Comunitaria y cuadro de mando de cupo integrado en la historia clínica.*

*II.4. Apoyo a las acciones de salud dentro de la Agenda 21.*

## Prevención y detección precoz

### Participación activa en las acciones de promoción y prevención a nivel poblacional e individual

#### Descripción

Existe evidencia científica de alta calidad y elevado grado de recomendación que avala la pertinencia de realizar intervenciones de prevención y detección precoz a nivel individual y poblacional ante determinadas patologías y con determinados colectivos poblacionales.

Hay conocimiento suficiente y capacidad y experiencia organizativa en el sistema para desarrollar programas de intervención con elevada cobertura, y por tanto con previsible gran impacto, tanto en los dirigidos a población general como en los dirigidos a subpoblaciones específicas.

La intervención en estadios previos o iniciales de un problema de salud permite limitar el consumo de recursos del sistema social y sanitario que se derivarían de la intervención en momentos posteriores de la historia natural de ese problema de salud. Las inversiones en la infancia son las que obtienen mayores tasas de retorno de la inversión en capital humano.

La APS es el primer nivel de acceso al sistema sanitario, el más cercano al ciudadano y su participación activa incrementa la probabilidad de cobertura a la población diana tanto en los programas poblacionales como en los individuales.

#### Contenidos

1. **Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud**
2. **Patología oncológica.**
3. Cáncer de mama. Detección precoz en mujeres residentes en Navarra de 45 a 69 años, y mujeres mayores de 35 con antecedentes familiares de cáncer de mama (actual 100%).
4. Cáncer colorrectal. Detección precoz en personas residentes en Navarra entre 50 y 69 años asintomáticas.
5. Cáncer de cérvix. Vacunación de mujeres de 11-12 años frente al VPH y detección precoz mediante cribado citológico.
6. **Metabolopatías.** Cobertura poblacional al 100% de personas recién nacidas, que incluye: hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, fibrosis quística, deficiencia de acil-Coenzima A deshidrogenada de cadena media, deficiencia de 3-hidroxi acil-Coenzima A deshidrogenada de cadena larga, acidemia glutárica tipo I y anemia falciforme.
7. **Envejecimiento activo y saludable.** Población mayor de 60 años.
8. **Programas de infancia y juventud.** Población infantil con mayor vulnerabilidad.
9. **Estilos de vida saludables.** Población general y pacientes o grupos poblacionales con mayor riesgo o mayor beneficio potencial.
10. **Programa de Atención Dental Infantil**

#### Responsable

Gerencia de APS. INSP y L, CHN, Áreas de Estella y Tudela

#### Cronograma

## **IV. Escuela de Salud y Autocuidados**

**IV.1. Promoción y difusión de las escuelas de pacientes, paciente/persona experta**

**IV.2. Atención a procesos agudos. Autocuidados**

PROPUESTA

## Escuela de Salud y Autocuidados

### Promoción y difusión de las escuelas de pacientes, paciente/persona experta

#### Descripción

La Escuela de Pacientes es un proyecto del Departamento de Salud que se encuentra enmarcado dentro de la Escuela de Salud para la ciudadanía. Nace para articular y complementar las acciones que ya se vienen realizando desde los centros sanitarios públicos y en colaboración con las asociaciones de pacientes. El proyecto se coordina desde la Sección de Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra.

La Escuela pretende apoyar y ayudar a quienes en esta situación quieren afrontar mejor su enfermedad y cuidarse más para tener más salud y bienestar. También pretende ayudar a las personas que cuidan, a cuidar y cuidarse. Se ha creado y formado el grupo de profesionales y pacientes de la Escuela de Pacientes, con el desarrollo de una web propia.

Es una actividad exitosa, ya en marcha que se pretende extender y potenciar a nivel Comarcal con escuelas de Parentalidad, Profesores, Jóvenes, Voluntariado, Mayores, Cuidadores y Pacientes con la intención, ente otras de formar de personas expertas.

#### Contenidos

1. Establecer una estructura de apoyo (Escuela de Salud) de APS a nivel comarcal para los EAP integrando:
  - La formación de profesionales
  - La planificación de actividades
  - Apoyo a los profesionales de los EAP
  - Relación con las entidades locales
2. Iniciar la experiencia en la Comarca de Tafalla

#### Responsable

Gerencia de APS; Instituto de Salud Pública; Departamento de Salud

#### Cronograma

Primer semestre de 2017 definir las funciones y estructura.

Segundo semestre presentar un plan para la Comarca de Tafalla

Cuarto trimestre de 2017 iniciar la formación dirigida a los EAP.

Primer trimestre de 2018 inicio de la primera escuela.

#### Presupuesto

Sin determinar.

## Escuela de Salud y Autocuidados

### Atención a procesos agudos. Autocuidados

#### Descripción

La educación en autocuidados constituye en la actualidad una estrategia fundamental en la ayuda al paciente para tomar las riendas de su enfermedad. Está recomendada por la OMS y constituye un eje del pilotaje del Modelo asistencial de APS en Navarra.

Los autocuidados incluyen todas las actuaciones que una persona pone voluntariamente en marcha para manejar su enfermedad, prevenir y actuar para mejorar o restablecer su salud

#### Contenidos

Atención en consulta de enfermería a pacientes entre 7 a 70 años que consultan por presentar síntomas menores, procesos autolimitados o enfermedades agudas que tienden a la resolución espontánea, aplicando un modelo de autocuidado.

- Valoración clínica descartando la presencia de signos y síntomas de alarma
- Valoración del conocimiento del paciente y de su capacidad de afrontamiento en este tipo de procesos: capacitación para asumir cuidados básicos en el manejo de su enfermedad, reconociendo los signos y síntomas de alarma que ha de vigilar, que conoce lo que debe hacer en caso de empeoramiento y que sabe cuándo solicitar ayuda profesional en futuros episodios
- Entrega de información escrita acerca del proceso

#### Responsable

Gerencia de APS

#### Cronograma

2017-2018: Extender el modelo de autocuidados a procesos agudos banales que tienden a la resolución espontánea a los Servicios de urgencias rurales y al SUE.

2017-2019: Incorporación y seguimiento en los Pactos de Gestión y Contrato Programa.

2017-2019: Actividades formativas anuales para reforzar contenidos e implicación en la estrategia de nuevos profesionales

#### Presupuesto

Sin determinar

## V. Mejora de la Resolutividad

- V.1. Incorporación de la ecografía clínica a la práctica asistencial en APS
- V.2. Extensión territorial de la radiología simple
- V.3. Mejora de la visualización de la imagen radiológica.
- V.4. Potenciar la coordinación de la atención al paciente entre APS y Especializada.
- V.5. Potenciar la interconsulta no presencial.
- V.6. Extensión del servicio de cirugía menor a todos los EAP de Navarra.

### Acciones descritas en otros capítulos

*II.3. Puesta en marcha del Observatorio de Salud Comunitaria y cuadro de mando de cupo integrado en la historia clínica.*

*VI.1. Extensión y afianzamiento de la estrategia de atención al paciente crónico y pluripatológico.*

*VI.2. Extensión de la Hospitalización a Domicilio*

*VI.3. Dotación de retinógrafos.*

*VI.4. Control domiciliario de INR en pacientes tratados con acenocumarol o warfarina*

*VI.5. Dotación de medidores portátiles de hemoglobina glucosilada.*

## Mejora de la Resolutividad

### Incorporación de la ecografía clínica a la práctica asistencial en APS

#### Descripción

El uso de la ecografía, tradicionalmente, se ha reservado en España a los radiólogos y otros especialistas como urólogos, ginecólogos, cirujanos o cardiólogos. En otros países, su uso está relativamente extendido entre los Médicos de Familia. De hecho, existen equipos polivalentes muy útiles y, aunque precisa de un adiestramiento más o menos importante existen estudios que demuestran la obtención de una fiabilidad diagnóstica superior a un 90%.

La ecografía clínica, por su inocuidad, junto con su gran polivalencia, y la agilidad que sin duda generará en el sistema hacen pensar que en un futuro no muy lejano será una herramienta de uso habitual para el médico de familia y pediatra.

#### Contenidos

1. Plan de formación de Médicos de Familia y pediatras en ecografía que garantice la capacitación de los MAP antes de la implantación de la técnica.
2. Dotación de ecógrafos con plan de extensión (57 ecógrafos) en 4 años: 10 en 2016, 18 en 2017, 20 en 2018 y 9 en 2019
3. Control del programa mediante indicadores de médicos formados y repercusión en la solicitud de ecografías a radiología.

#### Responsable

Gerencia de APS

#### Cronograma

Noviembre de 2016: formación de MAP de 10 zonas básicas de salud y dotación de ecógrafos en 10 centros en un primer tiempo.

2017-2019: extensión al resto de Navarra hasta llegar a al 100% de las ZBS tras el período de formación de los profesionales.

El plan de formación e implantación serán evaluados con los indicadores específicos pasados los 6 meses de cada período de implantación de la técnica en cada ZBS.

#### Presupuesto

Incluye inversión, formación y mantenimiento

2017: 250.00 euros., 2018: 275.000 euros, 2019: 125.000 euros

## Mejora de la Resolutividad

### Extensión territorial de la radiología simple

#### Descripción

La disponibilidad de equipamiento de radiología simple es una recomendación de la OMS para poblaciones superiores 10.000 habitantes. Se considera que ningún paciente debería recorrer más de 50 km para la realización de una radiografía, fundamentalmente ósea y de tórax, que suponen un 90% de todas las exploraciones radiológicas en APS.

En la actualidad la posibilidad de la realización de una radiografía simple de tórax o músculo-esquelética en esas isócronas a Pamplona y Comarca (Conde Oliveto, San Martín y CCI), Tafalla, Estella y Tudela. Estas últimas localidades con el servicio ubicado en los respectivos hospitales. De esta forma la zona norte, la Sakana, la zona de la Ribera de Tierra Estella, Sangüesa y los Valles Pirenaicos se encuentran a considerable distancia hasta el punto de radiología más cercano dentro de la geografía Navarra. Por otra parte, fuera de Pamplona, Estella y Tudela no existe la posibilidad de la realización de radiología en horario de atención continuada, Tafalla, actualmente, deja de prestar el servicio a las 15,30 h.

#### Contenidos

1. Dotación de equipamiento de radiología simple en cuatro zonas básicas de referencia geográfica (Alsasua, Santesteban y Sangüesa) con personal técnico (TER) los 365 días del año de 10 a 17,20 h.
2. Ampliación de horario en Tafalla situándolo de 8 a 20 h los 365 días del año.
3. Plan de formación de médicos rurales en radiología simple para que tengan la opción de realizar sus propios informes.

#### Responsable

Gerencia de APS y Gerencia del Complejo Hospitalario de Navarra

#### Cronograma

Primer semestre de 2017 ampliación del horario en Tafalla.

Enero a diciembre 2017: Proyecto de obras. Comienzo de realización de obras, sala plomada en los Alsasua, San Adrián y Sangüesa y compra del equipamiento de radiología simple. Revisión del proyecto de nuevo centro de salud de Santesteban en el que se incluirá la sala plomada y el equipamiento.

Ultimo trimestre de 2017: inicio de cursos de actualización de MAP.

Primer trimestre de 2018: Puesta en marcha de la prestación en los centros de Alsasua, Sangüesa con la dotación de TER.

Segundo semestre de 2019 puesta en marcha del nuevo centro de Santesteban y dotación de TER.

#### Presupuesto

Los costes estimados para 2017: 700.000 euros, 2018: 570.000 euros, 2019: 370.000 euros.



## Mejora de la Resolutividad

### Mejora de la visualización de la imagen radiológica

#### Descripción

La actual capacidad de resolución de las pantallas y de Citrix, tecnología que actualmente encontramos en los centros de salud y consultorios, conlleva dificultades de interpretación radiológica directamente por los profesionales de AP especialmente el lo referente a posibles fracturas. Para establecer un correcto diagnóstico se precisa de pantallas de alta resolución además de ser imprescindibles anchos de banda con cobertura y velocidad suficientes que permitan el acceso, sin detrimento de otras acciones en la red, a las imágenes radiológicas.

#### Contenidos

1. Mejora técnica informática pasando de citrix 16 bits a citrix 36 bits, para mejora de la resolución de la imagen radiológica.
2. Dotación de pantallas de alta resolución en todos los centros de salud consultorios grandes y de presencia continuada.

#### Responsable

Gerencia de APS y Servicio de Sistemas de Información Sanitaria

#### Cronograma

Noviembre- Diciembre de 2016: pilotaje

Enero, de 2017 todos los puntos anteriormente mencionados tendrán acceso mediante citrix de 32 bits y pantallas de alta resolución (96 pantallas)

#### Presupuesto

Dotación de 96 pantallas: 40.000 euros.

## Mejora de la Resolutividad

### Potenciar la coordinación de la atención al paciente entre APS y Especializada

#### Descripción

La continuidad de la atención añade valor a las actuaciones de los profesionales. Los grupos de integración asistencial valoran acciones de coordinación entre profesionales y mejoras en la asistencia sanitaria desde diferentes perspectivas con la participación de profesionales de APS, Especializada y técnicos con el objeto de favorecer la continuidad asistencial, proporcionar los mejores cuidados y la experiencia del paciente, mejorar los resultados en salud y hacerlo de una manera eficiente. En la actualidad funcionan 10 grupos de integración asistencial trabajando.

#### Contenidos

1. Incremento de la capacidad resolutiva de AP, reducción de derivaciones innecesarias a AE desde AP.
2. Establecer criterios de adecuación en la solicitud de pruebas complementarias.
3. Potenciar el desarrollo de competencias avanzadas en enfermería.
4. Gestión de procesos con coordinación entre profesionales, adecuación de criterios de derivación, gestión de altas con pautas de seguimiento en AP, criterios de derivación preferente.
5. Definir procesos que requieran alta resolución o garantías por proceso, procesos que puedan resolverse por Interconsulta No Presencial (INP) o por Consulta No Presencial (CNP).
6. Establecer recomendaciones conjuntas de “no hacer” y criterios de uso racional de medicamentos que mejoren la seguridad de pacientes.
7. Eliminar circuitos de derivación innecesarios.
8. Proponer adaptaciones y mejoras en sistemas de información, evaluación de resultados mediante la definición de indicadores y formación de profesionales, pacientes y cuidadores.
9. Analizar los datos de derivaciones en AP por zona básica de salud y motivo de derivación e informar a los profesionales.

#### Responsable

GAP, Dirección de Atención Sanitaria, Complejo Hospitalario de Navarra, Área de Estella y Área de Tudela

#### Cronograma

A lo largo de 2017 se difundirán los documentos de integración de cada comisión.

#### Presupuesto

Pendiente de determinar

## Mejora de la Resolutividad

### Potenciar la interconsulta no presencial

#### Descripción

El sistema de Interconsulta no presencial (INP), implantado desde 2005 entre profesionales de APS y médicos especialistas, evita el 72% de derivaciones de pacientes adultos al especialista y el 42% en el caso de menores. El programa consiste básicamente en un método contacto directo entre el profesional de AP y el especialista acerca de los procesos de los pacientes y estableciendo una toma de decisiones sin desplazarlo, a través de la historia clínica informatizada y mediante el correo electrónico.

Un paso adelante en este sistema consiste en la incorporación al programa de la posibilidad de adjuntar imágenes (actualmente ya en 15 Zonas) y de establecer una videoconferencia con el médico especialista desde allí donde se encuentre el MAP.

#### Contenidos

1. Impulsar la INP en todas las especialidades y en todas las Áreas.
2. Adecuar los criterios e indicaciones de solicitud de INP y tratar de homogeneizar procedimientos entre las distintas especialidades para favorecer la labor de los médicos de AP.
3. Estudiar la implantación INP entre enfermería e INP de AE a AP.
4. Implantación en todas las Zonas Básicas del volante con posibilidad de adjuntar imagen.

#### Responsable

Gerencia de APS, Servicio de Atención Sanitaria, Complejo Hospitalario de Navarra, Área de Tudela, Área de Estella y Servicio de Sistemas de Información Sanitaria

#### Cronograma

2017 elaboración de criterios e indicaciones.

2017 extensión volante con imagen

#### Presupuesto

Dotación de cámaras fotográficas: 15.000 euros.

## Mejora de la Resolutividad

### Extensión del servicio de cirugía menor a todos los EAP de Navarra

#### Descripción

La realización de técnicas de cirugía menor constituye una prestación de gran valor en AP puesto que con un equipamiento y técnicas sencillas se aumenta la capacidad de resolución de múltiples problemas y se pueden reducir los desplazamientos de los pacientes, amén de que se reduce la remisión a niveles especializados (dermatología, cirugía) de pacientes que se benefician poco de dicho nivel de atención.

La prestación de cirugía menor se encuentra recogida en los pactos de Gestión para los EAP de Navarra desde hace años. No obstante su implantación es irregular tanto por EAP como entre los profesionales. Se dispone de un protocolo en Atenea para el registro de la actividad y adjunto al mismo el formulario de consentimiento informado y el de remisión de muestras a Anatomía Patológica.

#### Contenidos

1. Plan de formación en técnicas de cirugía menor en el marco tanto teórico como práctico que garantice la capacitación de los MAP en estas técnicas.
2. Revisión y actualización del equipamiento existente en los diferentes centros de salud y consultorios.
3. Dotación de equipamiento para la realización de cirugía menor a aquellos centros que no dispongan de él y que lo soliciten.
4. Aplicación de los pactos de Gestión y evaluación de los mismos de tal forma que incentiven la aplicación de las técnicas de cirugía menor.

#### Responsable

GAP

#### Cronograma

Primer semestre de 2017: Revisión de necesidades. Inicio de formación de MAP de aquellos centros donde se dispone de equipamiento para la realización de cirugía menor y revisión y actualización del mismo.

Segundo semestre de 2017: formación de MAP que lo soliciten de centros donde no se dispone de equipamiento y dotación con el mismo de estos centros.

Enero de 2018: Aplicación de los pactos de Gestión. La actividad quirúrgica será evaluada con los indicadores específicos y será incentivará según queda recogida en los pactos.

#### Presupuesto

Dotación y reposición de material 10.000 euros. Formación, pendiente de determinar.

## **VI. Estrategia de atención a los pacientes crónicos y pluripatológicos**

- VI.1. Extensión y afianzamiento de la estrategia de atención al paciente crónico y pluripatológico.**
- VI.2. Extensión de la Hospitalización a Domicilio.**
- VI.3. Dotación de retinógrafos.**
- VI.4. Control domiciliario de INR en pacientes tratados con acenocumarol o warfarina**
- VI.5. Dotación de medidores portátiles de hemoglobina glucosilada.**
- VI.6. Extensión Programa de Planificación al alta desde el Trabajo Social Sanitario.**
- VI.7. Mejora en la seguridad del material para pacientes y profesionales.**
- VI.8. Creación de la Comisión de Seguridad del Paciente en AP.**
- VI.9. Sistema de notificación de incidentes y eventos de AP.**
- VI.10. Gestión adecuada de la atención al paciente y a los profesionales tras la ocurrencia de un efecto adverso**

### **Acciones descritas en otros capítulos**

- VII.1. Comisión del Plan Sociosanitario*
- VII.2. Coordinación sociosanitaria*
- VII.3. Espacio de información sociosanitaria*
- VII.4. Desarrollo del servicio de teleasistencia*
- VII.5. Acuerdos con centros residenciales*

## Estrategia de atención a los pacientes crónicos y pluripatológicos

### Extensión y afianzamiento de la estrategia de atención al paciente crónico y pluripatológico

#### Descripción

En Julio del 2013 se aprueba la **Estrategia Navarra de Atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos** y en septiembre de 2014 se aprueba el Plan de Salud Navarra 2014-2020, cuyo eje vertebrador es la estrategia de crónicos. En Octubre de 2014 se inicia el pilotaje de la estrategia de crónicos en 5 Zonas Básicas de Salud de las tres Áreas de Salud para 3 perfiles de pacientes:

- Pluripatológicos moderados-severos
- Insuficiencia Cardíaca moderada-severa
- Demencia con cualquier grado de severidad

A la luz de los resultados de la evaluación del pilotaje, se introdujeron algunas modificaciones en el modelo de atención antes de desplegar la estrategia al resto de las ZBS de Navarra. Actualmente nos hallamos en una situación de despliegue de esta estrategia tanto a nivel territorial complementada por la extensión de otros perfiles: diabetes, enfermedad mental grave, fibromialgia, EPOC...

#### Contenidos

De la situación actual del plan en despliegue cabe destacar que:

- Es la nueva forma de trabajo del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
- Se ha establecido un protocolo de actuación integrado e informatizado de Atención al paciente pluripatológico por niveles de severidad.
- Hay en marcha una Unidad Multidisciplinar de Pluripatológicos severos con la participación de Especialistas de Medicina Interna y Geriátrica.
- Se realiza una valoración integral socio-sanitaria en todos los pacientes pluripatológicos severos.
- Se han potenciado las alternativas a la hospitalización convencional en caso de reagudización en particular la Hospitalización Domiciliaria.
- Se trabaja en la Planificación al alta y la continuidad de cuidados, con visita programada a las 48 h del alta, en la consulta urgente de reagudización y en la conciliación de la medicación al ingreso y alta.

#### Responsable

Gerencia de APS. Dirección de Asistencia Sanitaria al Paciente, Complejo Hospitalario de Navarra. Gerencias de Estella y Tudela.

### **Cronograma**

El cronograma de extensión a las diferentes ZBS y a las diferentes patologías está establecido en el protocolo de la propia estrategia, contempla su total extensión a la geografía Navarra para el resto de las patologías contempladas para Junio de 2017.

### **Presupuesto**

Para el periodo 2016-2018 el presupuesto es de 8.711.408 euros.

PROPUESTA

## Estrategia de atención a los pacientes crónicos y pluripatológicos

### Extensión de la Hospitalización a Domicilio

#### Descripción

La hospitalización domiciliaria es una modalidad asistencial diseñada para proporcionar atención de rango hospitalario a pacientes para los cuales el domicilio es el "mejor lugar terapéutico" por su patología y estado clínico concretos. Se trata del "mejor lugar terapéutico" porque los objetivos deseados se van a conseguir en el menor tiempo posible, con el menor número de complicaciones y con el menor coste económico y social.

En Navarra, en el momento actual están en funcionamiento, dependientes de Complejo Hospitalario de Navarra, tres equipos de hospitalización a domicilio con 40 camas que atiende a pacientes de la comarca de Pamplona, además de otros dos con 24 camas en el área de salud Tudela y otro con 12 camas en el área de Estella.

#### Contenidos

1. Extensión de esta modalidad asistencial a toda la geografía Navarra teniendo en cuenta:
  - Patologías susceptibles según la isócrona al hospital
  - Polivalencia de los equipos según se incrementa la isócrona: participación de los profesionales sanitarios del medio rural, de los cuidados paliativos y socio-sanitarios.
2. Valoración del impacto de esta modalidad asistencial en términos de reducción de hospitalizaciones en los diferentes centros hospitalarios.

#### Responsable

Dirección de Asistencia Sanitaria al Paciente, Gerencia del Complejo Hospitalario de Navarra, Gerencia del Hospital García Orcoyen, Gerencia del Hospital Reina Sofía. GAP

#### Cronograma

Octubre de 2016: Puesta en marcha de un equipo en la comarca de Tafalla.

Enero a Junio de 2017: Incorporación de un equipo a la comarca de Pamplona dos equipos más para atender a la población del norte de Navarra.

#### Presupuesto

Los costes contemplados se corresponden con la creación de una nueva unidad en la Zona Media para el año 2016 (158.530€) y otras 3 para el año 2017 (293.709€).



## Estrategia de atención a los pacientes crónicos y pluripatológicos

### Dotación de retinógrafos

#### Descripción/Contexto

La retinopatía diabética es la principal causa de ceguera. El buen control glucémico y tensional se relaciona directamente con la reducción de su incidencia. La realización de tratamiento con láser de las lesiones de forma precoz reduce la incidencia de pérdida visual. Se estima, a nivel internacional que hasta el 25 % de las personas con DM2 pueden padecer retinopatía y un 10% son desconocidos.

La retinografía se ha revelado como un excelente sistema de screening de retinografía diabética. Se recomienda realizar una retinografía cada 1-2 años, aunque el periodo puede ser inferior en caso de mal control metabólico y tensional.

#### Contenidos

1. Hacer más accesible la exploración y aproximar al documento de consenso de recomendaciones de un retinógrafo por cada 100.000 habitantes (ampliables en caso de dispersión)
  - Se ubicarán 5 retinógrafos: Estella, San Adrián, Sangüesa, Alsasua, Santesteban.
  - Se estimará la necesidad de ampliación de horarios del actual retinógrafo ubicado en el Centro San Martin y nuevas necesidades en función de su uso.
2. Fomento de su uso según el protocolo establecido en la Guía de Diabetes.

#### Responsable

GAP

#### Cronograma

Segundo semestre de 2017: formación de médicos en interpretación de retinografía. Recordatorio de protocolo de uso en comarca de Pamplona, Tafalla y Tudela.

Segundo semestre de 2017: Adquisición e instalación de tres retinógrafos uno en Alsasua, otro en Sangüesa y un tercero en Estella. Recordatorio de protocolo de uso.

Segundo semestre de 2018: Ubicación de nuevo retinógrafo en San Adrian. Valoración de nuevo retinógrafo en Pamplona en función de uso del actual.

2019: Extensión de la técnica Santesteban (condicionado al fin de obras del nuevo Centro de Salud.

#### Presupuesto

En 2017 los costes de adquisición y mantenimiento de 3 equipos serían de 69.300€.

En 2018 los costes de adquisición y mantenimiento de 2 equipos serían de 46.200€.

El coste en personal dependerá de la decisión de la organización de la prestación.

## Estrategia de atención a los pacientes crónicos y pluripatológicos

### Control domiciliario de INR en pacientes tratados con acenocumarol o warfarina

#### Descripción

El tratamiento con antagonistas de la vitamina K se utiliza en la actualidad y fundamentalmente para la prevención de tromboembolismo originado por fibrilación auricular y las prótesis valvulares entre otras causas. La realización de la determinación del INR en sangre capilar se realiza en centros de salud y consultorios, habitualmente en las consultas de enfermería, debido a que ya no se utiliza la venopunción.

Hace años que existen en el mercado medidores de INR para su determinación domiciliar por el propio paciente, lo que constituye un paso más en la autonomía del mismo. En una revisión sistemática realizada por la revista APS, se concluye que los coagulómetros portátiles presentan una efectividad equivalente a la de los sistemas no portátiles. Incluso se señala que aquellos pacientes que realizan autocontrol con coagulómetros portátiles presentan menores complicaciones y mejores registros analíticos.

#### Contenidos

1. Pilotaje en dos zonas básicas de salud de la nueva técnica:
  - La técnica difiere de la habitual, pasándose de la monitorización del INR cada 4 semanas si el control es bueno, o 1-2 semanas si es malo, a mediciones semanales, además de que las modificaciones de dosis son más habituales y en base a procedimientos preestablecidos y acordados.
  - Definición del procedimiento de comunicación bidireccional paciente profesional sanitario y toma de decisiones.
  - Selección del perfil de pacientes capaces de asumir su autocontrol.
2. Extensión al resto de zonas básicas de salud
  - Protocolo de implantación y perfil de pacientes bien definido.

#### Responsable

Gerencia de APS

#### Cronograma

Segundo trimestre de 2017: pilotaje en 2 zonas básicas de salud.

Noviembre - diciembre 2017 extensión al resto de zonas básicas.

#### Presupuesto

Por determinar.

## Estrategia de atención a los pacientes crónicos y pluripatológicos

### Dotación de medidores portátiles de hemoglobina glucosilada

#### Descripción

Se estima que en Navarra hay 36.000 pacientes con diabetes diagnosticada.

Los niveles de HbA1c se correlacionan directamente con la aparición de complicaciones de la diabetes, especialmente las microvasculares. Para monitorizar el control metabólico constituye una determinación esencial.

Habitualmente la muestra se obtiene por venopunción y con frecuencia se acompaña la determinación de otros parámetros analíticos aprovechando la misma, lo que muchas veces no es necesario.

Desde hace años se dispone de analizadores en sangre capilar que aportan las siguientes ventajas: no precisa de venopunción, el resultado es inmediato, permite tomar decisiones en la misma consulta.

El examen de hemoglobina glucosilada (HbA1c) le sirve al MAP para determinar cómo ha sido el control glucémico de una persona con diabetes en los últimos dos o tres meses. Actualmente existen en el mercado medidores de HbA1c que funcionan de forma similar a los medidores de glucemia capilar. Se trata de un dispositivo que mide en cinco minutos el porcentaje de la HbA1c utilizando sólo una gota de sangre del dedo sustituyendo de esta manera el análisis a partir de un tubo de sangre. La principal ventaja que ofrece este dispositivo es el evitar algunas de las extracciones de sangre que periódicamente deben realizarse para el control de la diabetes. En el caso de los niños tales extracciones a veces no se toleran bien, por tanto, si con este medidor pueden reducirse, mucho mejor para ellos.

#### Contenidos

1. Pilotaje en dos zonas básicas de salud de la nueva técnica:
  - Se recomienda que un paciente bien controlado debería controlarse dos veces al año. En caso de mal control se recomienda una determinación cada dos o tres meses.
  - Adaptación de nuestro sistema a esta nueva tecnología.
  - Selección del perfil de pacientes capaces de asumir su autocontrol.
2. Extensión al resto de zonas básicas de salud
  - Protocolo de implantación y perfil de pacientes bien definido.
3. Evaluación: número de determinaciones realizadas/analíticas completas
  - Pacientes con diabetes y dos determinaciones de HbA1c

#### Responsable

GAP

**Cronograma**

Segundo trimestre de 2017: pilotaje en 2 zonas básicas de salud.

Noviembre-diciembre de 2017: extensión al resto de zonas básicas completándose en máximo de 3 meses.

**Presupuesto**

Por determinar.

PROPUESTA

## Estrategia de atención a los pacientes crónicos y pluripatológicos

### Extensión Programa de Planificación al alta desde el Trabajo Social Sanitario

#### Descripción

El programa de “Planificación al alta desde el área de Trabajo Social Sanitario” se viene desarrollando en el área de Salud de Tudela desde el año 1997 con una valoración y satisfacción muy positiva por parte de sus intervinientes

A nivel global es un programa que garantiza la continuidad de cuidados de los pacientes ingresados en centros hospitalarios en el momento del alta y vuelta a su domicilio mediante la coordinación entre profesionales de Trabajo Social Sanitario del ámbito hospitalario y del ámbito de APS.

Además de otros beneficios para el paciente y su familia cumple el objetivo de no prolongar estancias hospitalarias por cuestiones no clínicas y evita reingresos hospitalarios por cuadros clínicos que empeoran por no contar con los soportes de cuidados necesarios.

#### Contenidos

Valoración social de forma pro activa en perfil de pacientes mayores de 85 años, diagnóstico de ACV, fractura de cadera, pérdida de autovalimiento temporal o definitivo en las primeras 24-48 horas desde el inicio del ingreso hospitalario.

Valoración integral de las necesidades de los pacientes durante el ingreso hospitalario.

Priorización de intervención social en pacientes con situación de vulnerabilidad y fragilidad.

Orientación, información y apoyo a la familia en el establecimiento de estructuras de cuidados, organización y articulación de apoyos formales e informales.

Coordinación con Trabajo Social Sanitario de APS para garantizar continuidad de cuidados en el domicilio (informe social, y/o coordinación telefónica).

Valoración social en APS en plazo de 10 días (contacto previo )

#### Responsable

CHN. Gerencia de Estella. Dirección área de Salud de Estella. GAP

#### Cronograma

Febrero 2017. Presentación Programa a la Dirección del área salud de Estella. Selección de Centros de Salud para incorporación progresiva.

Febrero 2017. Presentación Profesionales de Trabajo Social del área de Salud de Estella.

Marzo 2017. Sesión formativa para profesionales de T. Social del área de salud de Estella.

Marzo 2017. Inicio en centros de salud de Estella, Villatuerta, Ancín y Allo.

Mayo 2017. Incorporación resto de centros del área de salud de Estella.

Septiembre 2017. Presentación del programa a subdirecciones área de salud de Pamplona.

Septiembre 2017. Presentación a profesionales de T. Social. Sesión formativa.

Octubre 2017. Inicio en dos centros de salud urbanos.

Febrero 2018. Incorporación progresiva de nuevos centros urbanos y rurales.

<b>Presupuesto</b>
--------------------

Por determinar.

PROPUESTA

## Estrategia de atención a los pacientes crónicos y pluripatológicos

### Mejora en la seguridad del material para pacientes y profesionales.

#### Descripción

En APS, progresivamente desde el año 2005, se ha ido cambiando el material de no seguridad por material de bioseguridad. Prácticamente todos los punzantes y cortantes, tienen incorporada la seguridad, tanto para el uso de profesionales como para la utilización exclusiva de pacientes.

El material se suministra a los Centros de Salud y a las residencias. Se propone unificar el material de bioseguridad a las ambulancias convencionales de bomberos e incluir en el pliego de concurso de ambulancias, la obligatoriedad de llevar y usar material de bioseguridad.

Por otra parte se considera que deben mejorar los procedimientos y cumplir la normativa existente, en lo que se refiere a la limpieza, desinfección y esterilización de instrumental y material sanitario, en todos los centros de salud y consultorios.

#### Contenidos

1. Constitución del grupo de bioseguridad para A.P. y S. M., constituido en noviembre de 2016.
2. Unificación del material sanitario de bioseguridad, actualización del catálogo de pedido de almacén, para todos los centros que se abastecen desde el Almacén de A.P.
3. Entrega y formación y supervisión en la correcta utilización del material de bioseguridad a los pacientes que lo precisen.
4. Elaboración de un protocolo de actuación unificado de limpieza y desinfección para todas y cada una de las zonas básicas.
5. Valoración de la factibilidad y análisis del coste-beneficio de una esterilización centralizada.
6. Pilotaje en 3 zonas básicas del procedimiento de esterilización centralizada en el CHN
7. Extensión del procedimiento.

#### Responsable

Gerencia de APS y ¿Gerencia de Salud Mental?

#### Cronograma

Agosto- octubre 2016: pilotaje en tres zonas básicas y evaluación de pilotaje.

Noviembre 2016: la primera fase de la extensión a 12 Zonas Básicas, y un total de 34 puntos esterilización.

1<sup>er</sup> trimestre 2017: estudio viabilidad de centralización de la limpieza de material y formación en uso de material de bioseguridad a los profesionales de A.P., de los centros residenciales, y profesionales de las ambulancias de bomberos.

Año 2017: extensión de la 2<sup>a</sup> y 3<sup>a</sup> fase de centralización de esterilización al resto de las zonas básicas.

Primer trimestre de 2017: Reuniones periódicas tanto del grupo técnico de bioseguridad del SNS-O como del grupo de bioseguridad de A.P. y S.M.

<b>Presupuesto</b>
--------------------

Adquisición de material de seguridad 110.000 euros/año.

PROPUESTA



## Estrategia de atención a los pacientes crónicos y pluripatológicos

### Creación de la Comisión de Seguridad del Paciente en AP

#### Descripción

El Plan de Salud 2014-2020 de Navarra está orientado a mejorar los resultados en salud y se estructura para ello en torno a un conjunto de 16 Estrategias en Salud, una de las cuales es la Seguridad del Paciente (SP).

Se ha constituido el Comité de la Estrategia de SP en el que también está representada APS.

En este marco, se quiere constituir la Comisión de SP de APS, que lleve adelante el Plan de SP de este ámbito.

#### Contenidos

La Comisión de SP tendrá la función de promover la cultura de SP en este ámbito, impulsando la implantación y desarrollo de las acciones encaminadas al cumplimiento de las líneas estratégicas definidas en el Plan de salud:

- Prevención de la infección: lavado de manos, centralización de la esterilización de material
- Prevención de los errores asociados a mecanismos y dispositivos sanitarios: conciliación/revisión medicación pacientes polimedicados, niveles adecuados de anticoagulación en pacientes en Tratamiento anticoagulante oral.
- Prevención de las complicaciones en relación con cuidados sanitarios: riesgo de úlceras por presión en pacientes en domicilio, riesgo de caídas en mayores.
- Sistema de notificación de incidentes (SINAPS)
- Gestión adecuada para la atención al paciente y a los profesionales tras la ocurrencia de un evento adverso.
- Identificación inequívoca del paciente

Para ello se definirá la composición de la Comisión, que contará con responsables de gestión y con responsables de las líneas estratégicas definidas.

Además, se propondrá a los EAP tener un responsable de seguridad del paciente que pueda impulsar estas líneas dentro del propio EAP.

#### Responsable

Gerencia de APS

#### Cronograma

Primer trimestre del 2017:

- Resolución de creación de la Comisión de SP.
- Presentación a los equipos directivos de APS:

- Del Pacto de Gestión 2017 y, en concreto, de los indicadores de la dimensión de SP incorporados.
- De las líneas estratégicas de Seguridad del Paciente.

<b>Presupuesto</b>
--------------------

Sin determinar.

PROPUESTA

## Estrategia de atención a los pacientes crónicos y pluripatológicos

### Sistema de notificación de incidentes y eventos de AP

#### Descripción

El SiNASP es el sistema de notificación y registro de incidentes y eventos desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad como parte de la Estrategia en Seguridad de Pacientes para el Sistema Nacional de Salud.

El objetivo del SiNASP es mejorar la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes. El énfasis principal del sistema está en el aprendizaje para la mejora.

Aunque la notificación es voluntaria, se anima encarecidamente a los profesionales a utilizar el sistema, colaborando así en el aprendizaje y la mejora de la seguridad del paciente.

#### Contenidos

El objetivo propuesto para APS en Navarra es incorporar la notificación de incidentes en la cultura de los profesionales de AP en el marco de la mejora continua de la calidad. Para ello se contempla:

- Definición de la estructura SINAPS en APS coherente con la del SNS-O.
- Constitución formal del grupo de trabajo de gestores de SINAPS.
- Incorporación del indicador de tasa de notificaciones dentro del contrato-programa con el SNS-O y del Pacto de Gestión 2017.
- Elaboración semestral de un informe de notificaciones y acciones de mejora emprendidas.
- Formación

#### Responsable

Gerencia de APS

#### Cronograma

Primer trimestre: Resolución del grupo de trabajo de gestores de SINAPS.

Formación: Curso de gestores del SINAPS

Resto del año 2017. Formación:

- Curso de análisis causa-raíz
- Fomentar la realización entre los profesionales del curso on-line del Ministerio.

#### Presupuesto

Sin determinar.

## Estrategia de atención a los pacientes crónicos y pluripatológicos

### Gestión adecuada de la atención al paciente y a los profesionales tras la ocurrencia de un efecto adverso

#### Descripción

En España, según los estudios sobre eventos adversos (EA) en los hospitales (ENEAS, 2005) y en la APS (APEAS, 2007), casi el 10% de los pacientes hospitalizados se veían afectados por un EA, mientras que 6,7% de los pacientes que acuden a las consultas de APS (AP), experimentan más de un EA por año.

Estos EA, que causan lesiones u otros tipos de daño o sufrimiento en los pacientes y también pueden afectar notablemente el trabajo, la familia y la vida personal de los profesionales de la salud involucrados en ellos. A estos se les reconoce como las segundas víctimas de los EA y han sido definidas por Susan Scott como miembros del equipo de salud que participan en un evento imprevisto, en un error médico y / o una lesión relacionada con el paciente y que llegan a ser víctimas porque se ven traumatizados por dicho evento.

Cuando ocurre un evento adverso a uno o varios pacientes, lo que diferencia de forma positiva a las organizaciones su cultura de la seguridad, el liderazgo de las direcciones, la planificación anticipada para tal evento, la asignación de prioridades ajustada a las necesidades de los pacientes y sus familias, de los profesionales y de la organización y el establecimiento de las acciones orientando, de forma integrada, los elementos de empatía, la divulgación, el apoyo, la evaluación, la resolución, el aprendizaje y la mejora.

#### Contenidos

1. Adaptación para APS de Navarra de la Guía de recomendaciones para la gestión adecuada de la atención al paciente y a los profesionales tras la ocurrencia de un evento adverso.
2. Presentación a los equipos directivos de las Zonas Básicas de Salud del protocolo.
3. Formación de un/a profesional por cada EAP en asistencia a segundas víctimas de los efectos adversos.

#### Responsable

Gerencia de APS

#### Cronograma

Primer trimestre de 2017: Adaptación de la guía a APS

Segundo –tercer trimestre de 2017: Formación a los profesionales de A.P en relación a la gestión de un evento adverso

#### Presupuesto

Sin determinar.

## **VII. Atención Sociosanitaria**

**VII. 1. Comisión del Plan Sociosanitario**

**VII. 2. Coordinación sociosanitaria**

**VII. 3. Espacio de información sociosanitaria**

**VII. 4. Desarrollo del servicio de teleasistencia**

**VII. 5. Acuerdos con centros residenciales**

PROPUESTA

## Atención Sociosanitaria

### Creación de Comisión del Plan Sociosanitario

#### Descripción

El Gobierno de Navarra impulsa el espacio sociosanitario, una estrategia que aúna esfuerzos de los departamentos de Salud y Políticas Sociales para una mejor atención a las personas desde la optimización de los recursos y herramientas existentes. La Comisión Directora para la Atención Sociosanitaria Integral e Interdepartamental, se configura como el órgano director que aprueba impulsa y evalúa las estrategias y el modelo a desarrollar en la Comunidad de Navarra.

La Comisión Directora asume las siguientes funciones:

- Establecer la prioridades
- Aprobar los Planes y Programas de Intervención
- Acordar los criterios de financiación y copago de servicios compartidos
- Acordar la planificación de recursos
- Aprobar los modelo de concierto sociosanitario
- Aprobar la estructura, composición y funciones de las comisiones y grupos técnicos de trabajo
- Aprobar los sistemas de información compartida.

Además, en la RESOLUCIÓN 22/2016, de 16 de marzo, del Director de Asistencia Sanitaria al Paciente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, crea el Grupo Técnico de Trabajo sobre Procesos de Atención Sociosanitaria.

#### Contenidos

1. Atención sociosanitaria:
  - Servicio de atención sociosanitaria a domicilio
  - Plan integrado de cuidados personalizado para cada usuario
  - Programa de atención residencial
  - Plan de calidad de vida de personas cuidadoras: servicios de respiro
  - Trastorno mental grave
2. Atención integral a la infancia
3. Promoción de la autonomía e intervención comunitaria:
  - Programa de envejecimiento preventivo
  - Programa de atención sociosanitaria en convalecencia
  - Prevención de conductas suicidas

**Responsable**

Gerencia de APS; Gerencia de Salud Mental. Dirección de Asistencia la Paciente; Dirección de Políticas Sociales.

**Cronograma**

Primer semestre de 2017: Constitución y/o impulso de comision de coordinación comarcal de la Zona Media (con presencia de trabajadores sociales de base y de centros de salud, enfermeras y trabajadoras familiares, entre otros)

Enero 2018: Diseño y/o impulso de un sistema de atención y seguimiento en cada uno de los ámbitos de acción en diferentes comarcas.

**Presupuesto**

Sin determinar.

## Atención Sociosanitaria

### Coordinación sociosanitaria

#### Descripción

La atención sociosanitaria reúne los servicios que coordinan la asistencia curativa, social y educativa de colectivos en situación de dependencia: tercera edad, enfermos crónicos y personas con alguna discapacidad física, psíquica o sensorial. En Navarra, el Departamento de Políticas Sociales, concretamente desde la Agencia Navarra para la Autonomía de las Personas (ANAP) tiene por objetivo el impulso de la promoción de la autonomía personal y la prevención de la dependencia. Por otra parte, los Servicios Sociales de Base constituyen la unidad básica del Sistema Público de Servicios Sociales y son la puerta de acceso a éste y el nivel más próximo a las personas destinatarias. Su ámbito de actuación territorial se determina de acuerdo con la zonificación de servicios sociales regulada por Decreto Foral 33/2010, de 17 de mayo. Actualmente, existen 44 Servicios Sociales de Base que cubren la totalidad del territorio. La mayoría se prestan mancomunadamente, mediante la agrupación de varios municipios; en el caso de Pamplona el Servicio está descentralizado en 12 Unidades de Barrio. El objetivo fundamental es el de mantener el mayor tiempo posible a la persona con la mayor capacidad funcional y en su medio habitual.

#### Contenidos

1. Sistemas de información a los usuarios y actividades comunitarias
2. Programas de atención a domicilio:
  - Servicio de Comida y Cena a Domicilio
  - Lavandería a Domicilio
  - Servicio de Respiro
  - Servicio préstamo de ayudas técnicas
3. Programa de incorporación social: convenios con los centros especiales de empleo y centros ocupacionales de personas con discapacidad y trastorno mental.
4. Programa de infancia.
5. Atención residencial y en centros de día a las personas mayores, con discapacidad y con trastorno mental grave.
6. Los servicios como el transporte adaptado y asistido y el teléfono de emergencia.
7. Programa de vida independiente a través de la contratación de asistente personal.

#### Responsable

Gerencia de APS y Dirección de Políticas Sociales



### **Cronograma**

Primer semestre de 2017: Planificación inicio de la integración sociosanitaria a nivel Comarcal en la Zona Media.

Enero de 2018 Extensión de las medidas ya probadas con éxito en la Zona Media a otras comarcas

### **Presupuesto**

Por determinar.

PROPUESTA

## Atención Sociosanitaria

### Espacio de información sociosanitaria

#### Descripción

Los portales del conocimiento se han convertido en una herramienta informática efectiva y esencial dentro de las organizaciones. En el contexto sociosanitario de Navarra, los recursos sanitarios y de servicios sociales, crearán en coordinación un espacio común de información y participación ciudadana.

Integrado en la plataforma Navarra Salud??

#### Contenidos

1. Producción de conocimiento de diferentes áreas llevada a cabo tanto por profesionales sanitarios como de los servicios sociales:
  - Atención sociosanitaria
  - Atención integral a la infancia
  - Promoción de la autonomía e intervención comunitaria
2. Obtención de información por parte de los pacientes y del resto de profesionales.
3. Área de participación ciudadana en el que los pacientes podrán hacer sus aportaciones y recibir un feedback de los profesionales correspondientes.

#### Responsable

Gerencia de APS; Dirección de Asistencia la Paciente; Dirección de Políticas Sociales; Servicio de Sistemas de Información Sanitaria

#### Cronograma

Segundo semestre de 2017: Desarrollo de la web y sus contenidos, implantación de la misma en intranet.

Enero 2018: Presentación de la herramienta informática a los profesionales de los servicios sociales y sanitarios.

Enero 2019: Evaluación de la implantación de la prestación según indicadores específicos.

#### Presupuesto

Sin determinar.

## Atención Sociosanitaria

### Desarrollo del servicio de teleasistencia

#### Descripción

Este servicio está dirigido a personas mayores que viven, o pasan gran parte del día, solas en sus domicilios; y a todas aquellas personas discapacitadas que padecen alguna enfermedad o limitación en su movilidad. Consiste en un sistema de acceso telefónico efectuar un seguimiento personal, social y familiar de las personas usuarias del Servicio Telefónico de Emergencia, favoreciéndose la permanencia en su domicilio con una mayor calidad de vida.

En total se atienden más de 7.000 personas distribuidas en toda la geografía navarra de las cuales más de 2.500 lo son fuera de Pamplona, para los que se realiza un seguimiento sanitario y social, se desarrollan campañas informativas, tramitación de cita previa en APS, atención tras el alta hospitalaria, programas de Apoyo al proceso de duelo y para la detección del riesgo social, además de facilitar información sobre otros recursos sociales disponibles en la Comunidad.

#### Contenidos

1. Estudio de las nuevas posibilidades que ofrece el actual servicio de teleasistencia.
2. Desarrollo de nuevos servicios y ampliación de los existentes a todos los pacientes de la estrategia de atención al paciente crónico y pluripatológicos y al contexto sociosanitario en zonas básicas piloto. Priorización de prestaciones.
3. Extensión de las prestaciones priorizadas del servicio de teleasistencia a todo el ámbito de la geografía Navarra.
4. El plan de implantación será evaluado con los indicadores específicos pasados los 6 meses de cada período de implantación de la técnica en cada ZBS.

#### Responsable

Dirección de Asistencia al Paciente, Gerencia de APS, Política Social

#### Cronograma

Segundo trimestre de 2017: Estudio de posibilidades del servicio, desarrollo de nuevos servicios presupuesto.

Segundo semestre 2017: Pilotaje. Evaluación. Priorización de prestaciones

Primer semestre 2018: Extensión de modelo

#### Presupuesto

Por determinar.

## Atención Sociosanitaria

### Acuerdos con centros residenciales

#### Descripción

Navarra cuenta con varios centros geriátricos de atención residencial permanente, tanto de propiedad y gestión del Gobierno de Navarra como plazas concertadas en centros ajenos, que persiguen el desarrollo personal mediante la atención sociosanitaria interprofesional integrada en un plan general de intervención en el que conviven de manera temporal o permanente personas mayores con algún grado de dependencia.

En un número considerable la atención sanitaria es prestada por los profesionales de los EAP. Formalizar acuerdos con las residencias con el fin de incorporar el acceso a la historia clínica de APS, el servicio de farmacia, suministro de material sanitario y uso de sus camas de convalecencia como tránsito al domicilio tras un ingreso hospitalario redundaría en una asistencia integrada de los ancianos.

#### Contenidos

1. Formalización de acuerdos para el acceso a la historia clínica de APS desde las residencias.
2. Concertación de camas de convalecencia en función de programa específico.
3. Concertación de servicio de farmacia.
4. Petitorio unificado de almacén y distribución de material sanitario.
5. Extensión de la prestación a las residencias de ancianos de la Comunidad Foral.

#### Responsable

Gerencia de APS y Servicio de Sistemas de Información Sanitaria

#### Cronograma

Enero de 2018: Comienzo de conexiones para el acceso a la historia clínica, servicio de farmacia y hospitalización en las residencias de pilotaje.

Junio de 2018: Extensión de la prestación a todas las residencias de ancianos de la geografía Navarra con previsión de estar finalizada para finales de año.

Enero 2019: Evaluación de la implantación de la prestación según indicadores específicos.

#### Presupuesto

Por determinar (una parte del presupuesto de 286.825€ de sistemas de la información para 2018).

## **VIII. Mejora de la Capacidad Funcional**

### **VIII.1. Plan de mejora de la capacidad funcional**

PROPUESTA

## Mejora de la Capacidad Funcional

### Plan de mejora de la capacidad funcional

#### Descripción

En el Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: mejor salud para todas las personas con discapacidad, ratificado el año 2014 en Ginebra, se insta a los gobiernos a reforzar y ampliar los servicios de rehabilitación. Explícitamente se menciona la necesidad de centrar el foco de atención en mejorar la accesibilidad y la prestación de servicios lo más cercana posible al domicilio de las personas con discapacidades. Al mismo tiempo se recomienda hacer hincapié en las intervenciones tempranas y en la recuperación de la funcionalidad, en la que la fisioterapia juega un papel clave. No obstante, mejorar la accesibilidad a la fisioterapia de las personas con discapacidades de las regiones rurales es un reto difícil de superar por los sistemas de salud de los países más desarrollados.

La creación e implementación de una red de UPRHB en Navarra ha supuesto una mejora objetiva en la accesibilidad a fisioterapia en zonas rurales. A pesar de ello, en la actualidad se siguen encontrando amplios espacios rurales periféricos con población dispersa, muy envejecida con una accesibilidad dificultosa a los recursos sanitarios de rehabilitación.

#### Contenidos

1. Implementación de la **fisioterapia domiciliaria** para determinados procesos en determinadas momentos del continuum asistencial en toda la geografía Navarra.
2. Aumento de la cartera de servicios de APS. **Prescripción de fisioterapia** por el MAP, **protocolizada**, en los procesos prevalentes de bajo nivel de complejidad.
3. **Ampliación** y renovación de los **gimnasios** existentes en los Centros de Salud para dar cabida a la demanda de cada zona básica y/o zonas cercanas.

#### Responsable

Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial. Complejo Hospitalario. Gerencia de APS.

#### Cronograma

Primer semestre 2017: pilotaje de fisioterapia domiciliaria durante 3 meses y evaluación de resultados.

Segundo semestre 2017: extensión durante 2 años del modelo de fisioterapia domiciliaria a toda la geografía Navarra. Ampliación y renovación de los gimnasios existentes e inicio de prescripción de fisioterapia por MAP.

#### Presupuesto

Variará en función del modelo.

## **IX. Atención a procesos agudos/autolimitados**

### **IX.1. Acuerdo de colaboración con las oficinas de farmacia.**

#### **Acciones descritas en otros capítulos**

##### *IV.2. Atención a procesos agudos. Autocuidados*

PROPUESTA

## Atención a procesos agudos autolimitados

### Acuerdo de colaboración con las oficinas de farmacia

#### Descripción

Navarra cuenta con una red de 600 farmacias distribuidas por toda su geografía. El 20 de agosto de 2011 se aprobó el real decreto 9/2011 donde se incluye una línea de subvenciones que deberán financiar los gobiernos regionales para farmacias que cumplan varios requisitos: que estén ubicadas en núcleos de población aislados o socialmente deprimidos, que sus ventas totales anuales no superen los 200.000 euros, haber permanecido abiertas los últimos 11 meses y participado en programas de atención farmacéutica y en las actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos establecidas por las administraciones sanitarias.

Se apuesta una colaboración en el seguimiento activo de la adherencia al tratamiento, detección de efectos adversos, conciliación de medicación, consejo sanitario, fomento de los autocuidados y otras actividades de promoción y prevención de la salud. Para ello se contará con el Colegio de Farmacéuticos de Navarra en la iniciativa.

#### Contenidos

Establecer un acuerdo de colaboración con el Colegio Oficial de Farmacéuticos.

Definir las intervenciones a realizar desde las oficinas de farmacia de forma coordinada con los Centros de Salud.

#### Responsable

Gerencia de APS. Subdirección de Farmacia. Colegio Oficial de Farmacéuticos.

#### Cronograma

Diciembre de 2016: Establecimiento de la relación Colegio Oficial de Farmacéuticos-Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y plan de actuación.

Primer semestre de 2017: Diseño de un plan de actuación

Segundo semestre de 2017: inicio de la experiencia.

Enero de 2018: Extensión del plan al resto de farmacias de Navarra.

#### Presupuesto

Sin determinar.



## **X. Urgencias y atención continuada**

**X.1. Reorganización de la atención continuada y urgente en el medio rural.**

**X.2. Mejora y reordenación del transporte sanitario.**

**X.3. Disponibilidad química seca y test de diagnóstico rápido.**

**X.4. ECG con conexión a unidad coronaria para su consulta telemática en caso de urgencia.**

**X.5. Dotación de vehículos en los PAC y dotación de vestuario.**

### **Acciones descritas en otros capítulos**

***XIV.4. Portabilidad de la historia clínica para dispositivos móviles.***

***XV.1. Plan de formación continuada.***

## Urgencias y atención continuada

### Reorganización de la atención continuada y urgente en el medio rural

#### Descripción

La atención continuada y urgente se presta en **puntos de atención continuada (PAC)**, que físicamente se corresponden con centros de salud o consultorios (de uno a tres por Zona Básica dependiendo de población y orografía), cubiertos por el personal sanitario de mañanas desde las 15,30h a las 20 h, y desde esa hora hasta las 8h y los fines de semana por profesionales con dicha tarea específica que forman parte del EAP. Existen también 5 zonas de especial actuación.

#### Contenidos

1. Creación de los Servicios de Urgencia Comarcal, en Tafalla, Alsasua, Sangüesa y Santesteban, con equipo de radiología, ecografía, química seca, vehículo identificado y ambulancia con características de soporte vital avanzado.
2. Reordenación y redefinición de los tipos de PAC, organización y criterios de guardia y jornada.
3. Equipamiento adecuado de los PAC incluyendo la dotación de vehículos.
4. Mayor integración de los profesionales procedentes de los SUR en los EAP.

#### Responsable

Gerencia de APS.

#### Cronograma

Enero de 2017: Presentación de un Plan de reordenación de la Atención Continuada y urgente en el medio Rural.

Primer semestre de 2017: Inicio del modelo en la Zona Media. Centro de Salud de Tafalla.

En 2018-2019: Implantación progresiva de los SUC seleccionadas con una previsión de finalización en dicho periodo.

#### Presupuesto

A concretar según modelo elegido.

## Urgencias y atención continuada

### Mejora y reordenación del transporte sanitario

#### Descripción

A solicitud del Parlamento de Navarra, en el mes de junio la Dirección General de Salud configuró una mesa de trabajo conformada por diferentes agentes además de los representantes de la Dirección General de Salud y del Sistema Navarro de Salud-Osasunbidea: Dirección General de Interior, Dirección de Protección Civil, partidos políticos, sindicatos, profesionales del sector: médicos, enfermeros, técnicos de transporte sanitario, bomberos, que desde entonces se viene reuniendo.

Desde la Dirección de Salud y el Sistema Navarro de Salud-Osasunbidea se realizó un diagnóstico de situación del transporte sanitario en Navarra a la par que los diferentes integrantes de la mesa apuntaban sus áreas principales de mejora tanto para el transporte urgente (soporte vital básico y avanzado) y el programado.

#### Contenidos

1. Grupos de trabajo configurados o por configurar a la mayor brevedad de acuerdo con las áreas de mejora e interés priorizadas por los diferentes grupos:
  - Normativa de las ambulancias y equipamiento
  - Formación del personal
  - Protocolos para el transporte de diferente tipo de pacientes: infecto-contagiosos, inmunodeprimidos, neonatos, obesos, situaciones de especial agresividad.
  - Protocolos de actuación en catástrofes, eventos especiales
2. Estudio del modelo de transporte sanitario: valoración de alternativas, costes de las diferentes opciones.
3. Valoración de planificación territorial de los recursos de transporte, necesidades y posibles sobredimensionamientos de recursos.

#### Responsable

Dirección General de Salud, Dirección de Asistencia Sanitaria al Paciente, Gerencia de APS

#### Cronograma

Septiembre de 2016 a Marzo de 2017: Elaboración de documentos por parte de los grupos de trabajo que serán aceptados por la mesa general de trabajo.

Diciembre de 2016: Decisión del modelo de transporte sanitario a implantar y comienzo de la ejecución del mismo (la implantación de todo el modelo dependerá de los cambios que suponga).

A partir de 2017: Modificaciones pertinentes en cuanto a los recursos territoriales.

## Presupuesto

Dependerá del modelo de transporte sanitario decidido, de las variaciones en la planificación territorial y de las mejoras que se acepten en los documentos de los grupos de trabajo. El mínimo para 2017 es de 613.305€ de la aplicación del convenio colectivo a los trabajadores del sector.

PROPUESTA

## Urgencias y atención continuada

### Disponibilidad química seca y test de diagnóstico rápido

#### Descripción

Los **tests de diagnóstico rápido** para **situaciones de urgencia** se han ido progresivamente desarrollando fruto de los avances tecnológicos, y es de prever que en un futuro siga esta tendencia. Se caracterizan por su rapidez y sencillez de uso con mínimo adiestramiento, y guardan una correlación muy buena con el método estándar.

El **acceso a las pruebas diagnósticas** ha sido muy heterogéneo en función de factores geográficos, organizativos o de otro tipo. El criterio general para considerar que una prueba diagnóstica debe ser accesible desde APS es que de los resultados de su aplicación mejoren la capacidad de resolución del primer nivel de atención. No obstante, y dada la heterogeneidad existente en la actualidad en pruebas diagnósticas y accesibilidad es importante apostar por un **paquete básico** que debe quedar garantizado para todo equipo de APS y que sirva de referencia a las estructuras de gestión. En Navarra este paquete cuenta con test de: glucemia, cetonemia, INR, Combur test orina (proteinuria, microalbuminuria, hematuria, glucosuria, nitritos leucocitaria), Streptotest y Test embarazo. El SUE y SNU de Tafalla emplean también la determinación de troponina.

#### Contenidos

1. Estudio de la incorporación de otros test de diagnóstico rápido al paquete básico de APS (determinación de troponinas, bioquímica, hematología), de cara a mejorar la resolutiveidad de los de los SUC en las urgencias tiempo-dependientes (prioridad del Plan de Salud).
2. Generalización del equipamiento a todos los SUC

#### Responsable

GAP.

#### Cronograma

Primer semestre de 2017: creación de comisión de expertos en APS y Laboratorio.

Segundo semestre de 2017: incorporación de los test de diagnóstico que haya considerado la comisión al SUC de Tafalla.

Primer trimestre de 2018 evaluación y generalización de la dotación.

#### Presupuesto

Por determinar.

## Urgencias y atención continuada

### ECG con conexión a unidad coronaria para su consulta telemática en caso de urgencia

#### Descripción

El electrocardiograma es un registro de la actividad eléctrica del corazón. La realización del ECG es una de las técnicas más frecuentes en los servicios de urgencias. Esta prueba nos da cierta información de diferentes alteraciones cardíacas que, a veces, necesitan la instauración más o menos precoz de los protocolos de actuación en urgencias. Otras veces, nos puede avisar precozmente de alguna patología grave que pueda estar ocurriendo en el paciente, no correspondiendo con los signos o síntomas que presenta, y otras veces la realización del electrocardiograma es crucial para descartar una patología grave en un paciente sintomático.

En la actualidad la posibilidad de la realización del ECG es posible en todas las zonas básicas pero su lectura no es siempre sencilla y dada su relevancia en la urgencia vital, la consulta telemática instantánea con la Unidad Coronaria podría ayudar a la instauración precoz de la terapia adecuada y en última instancia a salvar vidas.

#### Contenidos

1. Dotación de conexión a los electrocardiógrafos de los centros de salud piloto con la Unidad Coronaria del Complejo Hospitalario de Navarra alternativa para su consulta telemática en caso de dudas en la urgencia.
2. Extensión de la prestación a todos los centros de salud y consultorios de la geografía Navarra.
3. El plan de implantación será evaluado con los indicadores específicos pasados los 6 meses de cada período de implantación de la técnica en cada ZBS.

#### Responsable

GAP, Complejo Hospitalario. Servicio de Sistemas de Información Sanitaria

#### Cronograma

Enero de 2018: Comienzo de conexiones para la consulta telemática en los centros de salud de la fase de pilotaje.

Junio de 2018: Extensión de la prestación a la geografía Navarra con previsión de estar finalizada para finales de año.

Enero 2019: Evaluación de la implantación de la prestación según indicadores específicos.

#### Presupuesto

Por determinar.

## Urgencias y atención continuada

### Dotación de vehículos en los PAC y dotación de vestuario

#### Descripción

Disponer de vehículos identificados para el desplazamiento de personal sanitario en los PAC de las Zonas Básicas, y una uniformidad reconocible son demandas de los profesionales. Estos vehículos y ropas facilitan el reconocimiento y la seguridad en la vía pública. Estos vehículos deberían estar dotados de navegador y geolocalización y tener el equipamiento adecuado a las tareas encomendadas.

#### Contenidos

1. Dotación de un vehículo por Zona Básica, 50 vehículos (contando SNU).
2. Realización de un pliego para la adquisición, leasing de vehículos, incluido su mantenimiento y reposición en caso de avería.
3. Dotación de vestuario adecuado a los profesionales que trabajan en los PAC.

#### Responsable

Gerencia de APS

#### Cronograma

Segundo semestre de 2017: concurso de dotación de vehículos, vestuario.

Ultimo trimestre de 2017: dotación de vestuario.

Primer trimestre de 2018: entrada en servicio de los vehículos.

#### Presupuesto

Si se compran directamente 2017: 800.000 euros (incluye seguros)

En leasing 195.000 euros/ año + 23.500 euros de seguros. Uniformes: 100.000 euros.

## **XI. Atención Integral a la Infancia**

**XI.1. Plan de atención integral a la infancia.**

**XI.2. Plan de Salud infantojuvenil**

**XI.3. Garantizar el derecho prestación del Programa de Atención Dental Infantil (PADI)**

PROPUESTA



## Atención Integral a la Infancia

### Plan de atención integral a la infancia

#### Descripción

Es necesario impulsar estrategias intersectoriales con importante participación de la comunidad para mejorar los resultados en salud de la población, ya que ésta depende, además de la asistencia sanitaria que se presta, de otros determinantes como los estilos de vida, sociales y ambientales.

Este Gobierno apuesta por promover la estrategia de “Salud en todas las políticas” lo que implica el trabajo conjunto con otros sectores: Derechos Sociales, Educación, Deporte y Juventud, Entidades Locales y Asociativas, en el abordaje de la salud de la población incluida la atención a la infancia.

Así, en el marco de la Atención Integrada Interdepartamental, se ha constituido la Comisión Técnica de Atención Integral a la Infancia

#### Contenidos

- Atención temprana a la infancia
- Riesgo psicosocial y parentalidad positiva
- Planificación territorial y trabajo en red
- Atención sociosanitaria en la escuela.

#### Responsable

Departamento de Salud

#### Cronograma

Presentación protocolo para la detección, diagnóstico e intervención de niños/as con sospecha de trastorno del Trastorno de Espectro Autista (TEA) de 0-3 años.

Elaboración del protocolo para la detección, diagnóstico e intervención de niños/as con sospecha de trastorno del espectro autista de 3-6 años.

Pilotaje de la figura de la enfermera escolar: ámbito comarcal/integración en el EAP

Elaboración de documentos marcos de intervención en riesgo psicosocial y parentalidad positiva

Elaboración de documentos marcos de intervención en planificación territorial y trabajo en red

#### Presupuesto

Sin determinar

## Atención Integral a la Infancia

### Plan de Salud infantojuvenil

#### Descripción

En la Estrategia de prevención y promoción en población infantil y adolescente del Plan de Salud 2014-2020, se ha definido, entre otros, el Programa de Salud en Infancia y Adolescencia en APS.

#### Contenidos

Implantar en su totalidad los principales elementos del programa de salud de infancia y adolescencia en APS:

- Garantía de la visita domiciliaria a todo recién nacido.
- Promoción de la lactancia materna.
- Cribado de patologías donde se ha demostrado evidencia científica.
- Protocolo sistemático de detección del riesgo psicosocial mediante indicadores de riesgo.
- Promoción del vínculo afectivo, parentalidad positiva y capacitación en el cuidado infantil.
- Valoración sistemática de la nutrición y alimentación saludable, suficiente y adecuada, tanto en la infancia como en la adolescencia.
- Prevención de la obesidad infantil.
- Consejo sistemático e intervención para la prevención de accidentes y lesiones.
- Incorporación

#### Responsable

Gerencia de APS

#### Cronograma

2017:

- Adecuación de las agendas de pediatría para acoger las actuaciones derivadas tanto de este plan como del resto de las actividades.
- Adecuación de las agendas de trabajo social.
- Protocolo informático en ATENEA según Plan.
- Formación continuada profesionales de pediatría, enfermería pediátrica y trabajo social:
  - Actualización de recomendaciones en alimentación complementaria.
  - Valoración y registro hitos del desarrollo psicomotor.
  - Apoyo y promoción de la lactancia materna
  - Vínculo afectivo en la infancia.

- Sexualidad infantil y adolescente en la consulta de pediatría.
- Visita domiciliaria al recién nacido y puérpera
- Intervención de trabajo social en salud infantil
- Cuidado de la espalda en población infantil y adolescente.

<b>Presupuesto</b>
--------------------

Sin determinar

PROPUESTA

## Atención Integral a la Infancia

### Garantizar el derecho prestación del Programa de Atención Dental Infantil (PADI)

#### Descripción

Mediante este programa, que se puso en marcha en 1991 con el Decreto Foral 58/91, se empezó a ofertar **atención dental básica gratuita** a la población residente en Navarra de 6 a 15 años. En 2003, mediante el **Decreto Foral 69/2003**, se amplió la población destinataria del programa hasta los 18 años y, más recientemente, el Decreto Foral 249/2011 volvió a definir la población con derecho desde los 6 hasta los 15 años de edad. La población diana en 2017 son 69.015 niños u niñas. Aunque de **financiación pública**, la **provisión de servicios del PADI es mixta**: dentistas asalariados del SNS/O y dentistas privados concertados por el SNS/O que son remuneradas mediante un sistema de pago basado principalmente en capitación. Las **prestaciones** garantizadas incluyen, en dentición definitiva, cualquier tipo de atención dental excepto ortodoncia y, en dentición temporal, sólo las revisiones, exodoncias y tratamientos de urgencias. En otras palabras, se incluyen los siguientes procesos: Revisión diagnóstica. Atención de urgencias. Sellado de fisuras en permanentes. Aplicación de flúor tópico si existe alto riesgo de caries. Obturaciones (empastes) de dientes permanentes. Tratamiento del nervio de dientes permanentes. Tratamientos periodontales de permanentes (limpiezas...). Extracción dental. Tratamiento de traumatismos dentales. Ciertos tratamientos protésicos en permanentes. Intervenciones de cirugía bucal.

En cuanto al **Índice de Utilización**, desde hace unos años se viene atendiendo cada año casi al 70% de la población con derecho al Programa.

#### Contenidos

1. Fomentar el uso del programa.
2. Estudiar los determinantes de no utilización del programa.
3. Implementar acciones para garantizar equidad de acceso en función de los resultados obtenidos.

#### Responsable

Gerencia de APS, Sección Salud Bucodental.

#### Cronograma

Primer semestre de 2017: Elaborar un informe sobre los determinantes de la no utilización del programa

Segundo semestre de 2017: Propuesta de acciones para la mejora del acceso a la prestación.

Enero de 2018: implementación de las acciones propuestas.

#### Presupuesto

Por determinar.

## **XII. Modelo Organizativo y de profesionales**

**XII. 1. Modelo de autogestión y evaluación clínica**

**XII. 2. Pactos de Gestión alineados con el Plan de Salud**

**XII. 3. Ajuste de plantillas para conseguir implementar las acciones no asistenciales y asistenciales con el nivel de calidad requerido.**

**XII. 4. Estudio de nuevos perfiles profesionales.**

**XII. 5. Desburocratización**

**XII. 6. Mejora de la accesibilidad de la ciudadanía a la citación de los Centros de Salud**

## Modelo Organizativo y de profesionales

### Modelo de autogestión y evaluación clínica

#### Descripción

El Departamento de Salud ha sometido a la consideración de todos los profesionales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, y entre ellos a los de APS, la propuesta de bases del nuevo **Modelo de Autogestión y Evaluación Clínica** y para propiciar el debate ha puesto en marcha un proceso participativo.

El objeto de este modelo es el de posibilitar la autonomía de gestión así como el futuro desarrollo de un modelo de atención continuada y urgente basado en la atención por profesionales adscritos a la zona básica sin diferenciación de funciones. Asimismo, en el Plan de Salud se contempla el facilitar a los clínicos instrumentos de autoevaluación clínica, instrumentos estratégicos que ayudarán a trasladar los objetivos de salud a sanitarios y gestores.

#### Contenidos

1. Promover la autogestión progresiva y voluntaria de las Unidades Clínicas en el marco del Sistema Sanitario Público de modo que permita identificar y reconocer Centros de Excelencia o Alto Rendimiento, en función de los distintos niveles de responsabilidad asumidos y de los resultados alcanzados.
2. Se propone establecer de manera progresiva diferentes Niveles de Gestión Clínica con distintos grados de autonomía de gestión y de incentivos según el grado de implicación y de los resultados acreditados:
  - Tres o cuatro niveles de Gestión Clínica según niveles de responsabilidad asumidos y resultados alcanzados
  - El Nivel I o II se correspondería con el modelo de gestión tradicional con fijación de Objetivos de mínimos por parte de la Dirección.
  - Los Niveles III o IV permitirían reconocer Centros de Excelencia o Alto Rendimiento. En estos niveles podría existir un mayor nivel de incentivos asociados al riesgo asumido.
3. Los centros de salud para lograr sus resultados de autogestión podrán disponer de los instrumentos de autoevaluación clínica, facilitados desde la Gerencia.

#### Responsable

Gerencia de APS, Dirección de Profesionales, Departamento de Salud

#### Cronograma

Segundo semestre de 2017: Incorporación de las herramientas de autoevaluación clínica en la totalidad de las zonas básicas de salud.

Enero de 2018: Inicio de experiencias de autogestión de nivel de autogestión clínica básico-medio.

Enero 2019: Alcanzar el nivel de excelencia de autogestión en al menos dos centros de salud e incentivación acorde.

**Presupuesto**

Por determinar.

PROPUESTA

## Modelo Organizativo y de profesionales

### Pactos de Gestión alineados con el Plan de Salud

#### Descripción

El Plan de Salud de Navarra incorpora diversos instrumentos para lograr alinear los objetivos de gestión y gestión clínica con las prioridades de salud. Asignar responsabilidades bien definidas, divulgar los Planes de Salud a los profesionales sanitarios, vincular presupuestos y objetivos, integrar la planificación estratégica y la formulación de contratos programa, incorporar objetivos de salud a los pactos de gestión clínica, desarrollar los sistemas de información y evaluación de resultados, y facilitar a los clínicos instrumentos de autoevaluación clínica son instrumentos estratégicos que se contemplan en el Plan de Salud y que ayudarán a trasladar los objetivos de salud a sanitarios y gestores.

Los instrumentos y elementos clave identificados para conseguir una Transformación del Modelo de Atención son unos Pactos de Gestión Clínica orientados a resultados de salud y la formación y **que primen la innovación, la integración y la sostenibilidad**. Se ha podido comprobar que aquellas CCAA que trasladan sus objetivos de salud a los contratos y pactos de gestión consiguen mejores resultados. Introducir a los equipos y a la Gerencia en la cultura de la Gestión Avanzada.

#### Contenidos

1. El enfoque y los objetivos que deberán incluirse en los Pactos de Gestión Clínica serán similares a los del Plan de Salud, al cual deberán estar alineados.
2. Se promocionará la formación en el modelo de Gestión Avanzada.
3. Se incentivarán:
  - los resultados en salud.
  - la orientación comunitaria de las acciones
  - la innovación
  - la integración de sus miembros en grupos de trabajo, investigación y comités científicos, así como la integración socio-sanitaria
  - la Eficiencia y la sostenibilidad: aumento de la resolutivez repercutida en disminución de desplazamientos y otros indicadores específicos

#### Responsable

Gerencia de APS. Gerencia del SNS

#### Cronograma

Febrero de 2017: Firma de pactos de gestión con los centros de salud de las diferentes zonas básicas de salud.

#### Presupuesto

Por determinar.



## Modelo Organizativo y de profesionales

### Estudio de plantillas para conseguir implementar las acciones no asistenciales y asistenciales con el nivel de calidad requerido y nuevos perfiles profesionales

#### Descripción

Los actuales estándares máximos para ampliación de plantillas en Navarra, son fruto de la adaptación de la legislación a nivel nacional y limitaciones presupuestarias en momentos de crisis económica y un concepto más pensado para la realidad asistencial de hace más de 20 años.

- Adultos (medicina y enfermería): 1650 TIS estandarizadas urbanos y 1600 rurales.
- Adultos (medicina y enfermería): 1250-2000 TIS individuales
- Pediatría (pediatra y enfermería): 1100 TIS estandarizadas
- Pediatría (pediatra y enfermería): 1250 y 1500 TIS individuales.
- Trabajo social: 10-20.000 TIS individuales.

Los condicionantes generales anteriormente mencionados junto con otros locales (nivel socioeconómico, inmigración, envejecimiento, dispersión,...), así como la necesidad de que los profesionales se impliquen en tareas asistenciales a pacientes más complejos y tareas no asistenciales (comunitarias, docentes, investigadoras, de coordinación,...) hacen necesario un replanteamiento de dichos estándares. Simultáneamente se prevé la escasez médicos de familia o pediatras que comenzamos a sufrir y que apunta a agudizarse en los años venideros ante el elevado número de jubilaciones previstas que no podrán ser cubiertas con el número de nuevos médicos de familia y pediatras. Se hace necesario interesar a nuevos profesionales y fidelizar a los actuales con contratos atractivos.

#### Previsión de jubilaciones en APS 2016-2023.

EMPLEO	2016	PREVISIONES							TOTALES
		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
ADMINISTRATIVO			2	3	7	8	5	8	33
ENFERMERO	19	7	17	14	19	34	29	21	160
MEDICO	8	21	17	30	27	30	35	40	208
PEDIATRA	4	6	3	5	5	2	5	3	33
TRABAJADOR SOCIAL		1			1	1			3
TOTALES	31	35	39	52	59	75	74	72	437

Criterio: jubilación por edad a los 65 años. Fuente Servicio de Profesionales, Gerencia de APS.

#### Contenidos

Se hace necesario atraer nuevos profesionales, fidelizarlos con contratos atractivos que permitan tener una estabilidad y contenido, favorecer el desarrollo de las competencias profesionales e valorar la incorporación de otros perfiles profesionales de apoyo.

- Reducir el número de contratos cortos o muy cortos.
- Agrupar los contratos en contratos estructurales de más larga duración.
- Convertir en vacantes los contratos estructurales de larga duración.
- Convocar el mayor número posible de plazas en OPE.

- Revisar los criterios de estandarización de TIS.
- Adecuar el tamaño de los cupos a la realidad del trabajo requerido a los profesionales de los EAP a lo largo del año, para reducir la dependencia de contrataciones externas a la hora de cubrir ausencias programadas o imprevistas de corta duración sin que ello repercuta en la calidad de la atención o acciones del EAP.
  - Estudio de los criterios de ponderación de TIS estandarizadas.
  - Modificación del criterio del número máximo de TIS reales y TIS estandarizadas por cupo con un objetivo a conseguir de forma progresiva en 3 años teniendo en cuenta las características de la población asignada con un horizonte de:
    - 1250 TIS estandarizadas +/-10% en adultos. MF y enfermería
    - 1500 TIS individuales +/-10% en adultos. MF y enfermería
    - 900 TIS estandarizadas +/-10% en pediatría y enfermería pediátrica.
  - 13.000 TIS por trabajadora social.
  - Estudio y creación de la figura de pediatra de apoyo/ área. De forma que todo niño tenga un pediatra de referencia.
  - Potenciación de la figura de enfermería, especialmente de pediatría.
  - Potenciación de la figura de enfermería, especialmente de pediatría.
  - Potenciación de la figura de auxiliar.
  - Estudio de nuevos perfiles profesionales de apoyo

<b>Responsable</b>
--------------------

Gerencia de APS y Dirección de Profesionales

<b>Cronograma</b>
-------------------

2017 Revisar la adecuación de la estandarización de TIS. Ajustar los cupos en los EAP que tengan una necesidad global igual o superior a una plaza por estamento y EAP, en al menos una plaza por estamento (o 0,5 de trabajo social). Estudio de la figura de pediatra de Área. Estudio de nuevos perfiles y nuevas tareas.

2018 Ajustar los cupos que tengan una necesidad global igual o superior a una plaza por estamento y EAP, en al menos una plaza por estamento. Creación de la figura de pediatra de Área.

2019 Ajustar el resto de las plazas, si es preciso.

<b>Presupuesto</b>
--------------------

Por determinar

## Modelo Organizativo y de profesionales

### Desburocratización

#### Descripción

Dentro de un sistema sanitario la realización de determinadas actuaciones administrativas por parte de los profesionales son inevitables. No obstante estas deben ser las imprescindibles y que verdaderamente exijan la cualificación profesional para aportar valor y deban realizarse en el nivel adecuado, evitando repeticiones en las solicitudes o concentrando los trámites en un determinado nivel, como la APS.

Si bien se han reducido muchos de los trámites con la informatización, no es menos cierto que el P10 sigue siendo un documento todavía en uso y que APS sigue asumiendo en mayor medida que otros niveles asistenciales la carga administrativa de los trámites del sistema.

#### Contenidos

Crear una comisión de trabajo interdisciplinar para la valoración de los circuitos actualmente existentes y aquellos que puedan crearse.

Analizar los trámites administrativos que se realizan en APS generados o no desde la misma.

Definir aquellos, redundantes o que no aporten valor, y simplificarlos, delegarlos o eliminarlos.

Definir circuitos a través de la historia clínica informatizada para la solicitud de aquellos trámites que requieran de visado. Eliminación del papel como forma de solicitud.

Definir de manera precisa que trámites debe asumir cada nivel asistencial y profesional.

#### Responsable

Gerencia de APS. Dirección de Asistencia Sanitaria, CHN, Gerencias de Área de Estella y Tudela. Sistemas de Información.

#### Cronograma

2017 creación de la comisión.

2017 elaboración de un informe aplicación de las medidas.

#### Presupuesto

Sin determinar

## Modelo Organizativo y de profesionales

### Mejora de la accesibilidad a la citación de los Centros de Salud

#### Descripción

En la actualidad el mayor volumen de citación a iniciativa del paciente para las consultas en los Centros de salud se produce a través de la vía telefónica. En menor medida, aunque en aumento, se encuentra la cita a través de internet y permanece la cita presencial del paciente. La concentración de llamadas a primera hora especialmente entre las 8 y las 10 de la mañana provoca que muchas no se puedan atender al estar todas las líneas ocupadas en dicho horario. Esta situación genera insatisfacción en la ciudadanía y deteriora la imagen de la APS. Como derivada de esta situación, es difícil anular o cambiar una cita, con el mayor riesgo de inasistencia y la imposibilidad de asignar la cita a otra persona.

Por otra parte los indicadores están demasiado orientados a la visita médica y no ponen en valor la diversidad de oferta que realiza una UBA.

Se impone estudiar el tema y valorar las opciones tanto tecnológicas como organizativas que permitan mejorar esta situación.

#### Contenidos

Estudio de la situación actual: demora, capacidad tecnológica, organizativa .

En función del estudio de situación elaborar una propuesta de mejora.

Definición de nuevos indicadores que reflejen mejor la oferta de atención.

Puesta en marcha de las propuestas de mejora.

Plan de formación en gestión de agendas para personal sanitario y no sanitario.

Informar a la población.

#### Responsable

Gerencia de APS.

#### Cronograma

Primer semestre 2017: Realizar un informe de situación y propuesta de medidas de mejora. Definición de plan de formación.

Segundo semestre 2017: implementar las mejoras tecnológicas y organizativas. Inicio de actividades formativas.

Primer semestre de 2018: Evaluación de las mejoras.

#### Presupuesto

Por determinar

## **XIII. Modelo de Innovación y Autonomía**

**XIII.1. Creación del Comité de Ética Asistencial de APS**

**XIII.2. Incentivación de la investigación e innovación en APS**

### **Acciones detalladas en otros capítulos**

***XV.1. Plan de formación continuada.***

***XV.2. Creación de un portal de conocimiento de APS.***

***XV.3. Favorecer y estimular la presencia de profesionales de APS en grupos de trabajo y comités técnicos.***

## Modelo de Innovación y Autonomía

### Creación del Comité de Ética Asistencial de APS

#### Descripción

La Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud, incluye entre los derechos de los ciudadanos ante los servicios sanitarios de la Comunidad Foral el respeto a su personalidad, dignidad humana, e intimidad, sin discriminación alguna.

La dimensión ética de las cuestiones que rodean la vida de las personas es actualmente una preocupación en las empresas de servicios sanitarios, donde se está impulsando la constitución de comités de ética, que sirvan de referencia para el buen hacer de los profesionales que trabajan en una atención directa a los ciudadanos.

Los profesionales de APS se encuentran con una frecuencia cada vez mayor frente a problemas éticos que no siempre pueden resolver con su profesionalidad y sentido común, ni tampoco acudiendo a otros profesionales de su equipo. Se hace necesaria la consulta a alguna persona o grupo de referencia, con una sólida preparación en ética y con experiencia en estas materias, que pueda proporcionar orientaciones realistas.

Como quiera que este asesoramiento debe tener carácter continuo y permanente, es objeto de citada Orden Foral establecer requisitos y procedimientos para institucionalizar y proporcionar reconocimiento oficial a estas estructuras organizativas, regulando la creación y acreditación de los Comités de Ética Asistencial, en los que puedan integrarse los grupos de personas que desarrollan esta labor.

#### Contenidos

1. Formación de un grupo de trabajo de la gerencia de APS y de la Junta técnico Asistencial de APS con el fin de definir la composición y las acciones necesarias para constituir el Comité de Ética Asistencial de APS de Navarra.
2. Informar a los profesionales de AP de las razones para su creación y solicitar la participación en la misma de aquellos con interés y formación.
3. Constituir el Comité de Ética Asistencial de APS de Navarra y establecer sus normas de funcionamiento y acceso.
4. Apoyar en lo necesario para su funcionamiento eficaz.
5. Favorecer las actividades formativas que en esta materia se consideren necesarias por dicho Comité.

#### Responsable

Gerencia de APS. Junta Técnico Asistencial

#### Cronograma

Primer trimestre 2017 constitución del grupo de trabajo de la Junta Técnico Asistencial y establecer la composición y acceso al Comité.

Segundo trimestre de 2017 difusión de la convocatoria y constitución del Comité.

Tercer-Cuarto trimestre de 2017 inicio de sus actividades

<b>Presupuesto</b>
--------------------

Sin determinar.

PROPUESTA

## Modelo de Innovación y Autonomía

### Incentivación de la investigación e innovación en APS

#### Descripción

La actividad investigadora, no siendo un fin en sí misma, es una herramienta imprescindible para la mejora y el avance. A través de la investigación se puede contribuir a la innovación y al progreso en el Sistema Sanitario para una atención eficiente cada vez de mayor calidad. Al mismo tiempo que cumple con su principal objetivo, la generación de conocimiento, la investigación conlleva importantes beneficios para los profesionales (mejora en la formación, aumento del espíritu crítico, consolidación de la actividad profesional, aumento de la satisfacción y la motivación y evita el anquilosamiento), para los sistemas sanitarios (mejora en la efectividad y eficiencia), para los pacientes (disminución de variabilidad en la práctica clínica, que contribuye a la mejora de la calidad que reciben y del principio de la equidad en la atención sanitaria) y, en definitiva, para la sociedad. La ignorancia sobre los factores que condicionan la salud de la población, sobre la historia natural de la enfermedad, sobre los servicios de salud o sobre el tipo de atención que se presta, resulta excesivamente costoso para la sociedad, no sólo en términos económicos sino también de bienestar físico, psíquico y social.

#### Contenidos

- Formación en investigación. Necesario para el desarrollo de competencias y para promover el desarrollo de la necesaria cultura de investigación.
- Reconocimiento de tiempos propios de investigación. Becas de intensificación. En los grupos que muestren una trayectoria y consigan una financiación mantenida, con producción científica y repercusión sobre la asistencia, se debe contemplar un incremento en la dotación de recursos, que compensen el esfuerzo realizado y faciliten el avance.
- Participación en grupos estables dentro de las estructuras de investigación, tanto para el propio desarrollo de investigación como para apoyo metodológico y agilizar su gestión.
- Financiación de proyectos.
- Difusión de los resultados.
- Estímulo y difusión de la innovación.

#### Responsable

Gerencia de APS, Departamento de Salud

#### Cronograma

2017 Plan de Investigación e Innovación de APS.

2018-Implementación del plan

#### Presupuesto

Sin determinar.



## **XIV. Modelo tecnológico y de sistemas de información**

**XIV.1. Creación de la Carpeta Personal de Salud**

**XIV.2. Dotación de banda ancha de alta capacidad.**

**XIV.3. Posibilitar el empleo de video conferencia para las reuniones de grupo.**

**XIV.4. Portabilidad de la historia clínica para dispositivos móviles**

**XIV.5. Digitalización de historias clínicas**

**XIV.6. Envío de consejos de salud vía email y sms**

## Modelo tecnológico y de sistemas de información

### Creación de la Carpeta Personal de Salud

#### Descripción/Antecedentes

La carpeta personal de Salud es un espacio digital personal, en un entorno tecnológico seguro, que se pone a disposición de los ciudadanos para que puedan tener acceso a información personal sobre su salud, asimismo se configura como un espacio digital desde el que se pueden realizar trámites electrónicos y un canal seguro de comunicación con los profesionales sanitarios.

La aplicación estará disponible para acceder desde dispositivos de sobremesa ordenadores y móviles.

#### Contenidos

1. Información clínica
  - Información clínica: Informes de consultas externas, urgencias, alta, resumen de la historia clínica de APS. Exploraciones complementarias.
  - Historial Farmacoterapéutico.
  - Hoja de vacunaciones.
  - Hoja de anticoagulación
2. Comunicación con los profesionales:
  - Telemonitorización de automedicaciones: envío de información clínica desde el domicilio del paciente los profesionales sanitarios encargados de la toma de decisiones. La población diana en este programa serán personas incluidas en el plan de autocuidados o pluripatológicos, incluidos en la estrategia de crónicos, que estén formados en autocuidados.
  - Comunicación con los profesionales del centro de salud
3. Acceso a:
  - Cita previa de APS: solicitud y cancelación
  - Visor de listas de espera
  - Alertas y recordatorios de citas

#### Responsable

Servicio de Atención a Ciudadanos y Pacientes. GAP.

#### Cronograma

Octubre de 2016: pilotaje en el Consultorio de Arre.

Enero de 2017: comienzo de la formación y extensión al resto de Navarra que se completará en un máximo de 2 meses.

**Presupuesto**

Por determinar.

PROPUESTA

## Modelo tecnológico y de sistemas de información

### Dotación de banda ancha de alta capacidad

#### Descripción/Antecedentes

Los datos particularizados de banda ancha en la Comunidad Foral de Navarra en el primer semestre de 2016 muestran que con un rango del 90 al 100% de la cobertura ADSL mayor o igual a 2 Mbps se encuentran 111 municipios (total de 272), lo que supone 519.442 habitantes, a los que se añaden en un rango del 80 al 90%, 26 municipios y 66.890 habitantes más. La alta velocidad ( $\geq 100$  Mbps) está presente en el 69% de Navarra.

Estas características de los anchos de banda, tanto de cobertura como de velocidad, son imprescindibles para el acceso a las imágenes radiológicas, retinografías, fotografía etc. Especialmente si queremos que además no afecte al funcionamiento del resto de la red.

#### Contenidos

1. Estudio de necesidades presentes y futuras de banda ancha de centros de salud y consultorios.
2. Extensión de la prestación a todos los centros de salud y consultorios más grandes de la geografía Navarra.
3. El plan de implantación será evaluado con los indicadores específicos pasados los 6 meses de cada período de implantación de la técnica en cada ZBS.

#### Responsable

Gerencia de APS y Servicio de Sistemas de Información Sanitaria

#### Cronograma

Diciembre 2016: Entrega de estudio de necesidades presentes y futuras de ancho de banda de todos Centros de Salud y consultorios de la Comunidad Foral.

Primer semestre de 2017 Definición de un plan de implementación de anchos de banda para el periodo 2017-2019

Enero 2020: Evaluación de la implantación de la prestación según indicadores específicos.

#### Presupuesto

Por determinar.

## Modelo tecnológico y de sistemas de información

### Posibilitar el empleo de la videoconferencia para las reuniones de grupo

#### Descripción/Antecedentes

En el ámbito sanitario, la incorporación de esta tecnología permitiría en primer lugar favorecer las reuniones de los equipos rurales formados todos ellos por profesionales que trabajan en diferentes horarios. Por otra parte permite establecer reuniones con otros profesionales de otros centros de salud o/y hospitalarios, etc.

#### Contenidos

1. Incorporación a los centros de salud con ancho de banda suficiente la tecnología para realización de videoconferencias.
2. Extensión de la prestación a todos los centros de salud y consultorios de la geografía Navarra según se vayan incorporando los anchos de banda adecuados y lo sea solicitado por los mismos.
3. El plan de implantación será evaluado con los indicadores específicos pasados los 6 meses de cada período de implantación de la técnica en cada ZBS.

#### Responsable

Gerencia de APS y Servicio de Sistemas de Información Sanitaria

#### Cronograma

Primer semestre de 2017: Estudio de viabilidad para la incorporación de la videoconferencia a los centros de salud con ancho de banda con capacidad suficiente.

Segundo semestre: implantación a los centros de salud con ancho de banda con capacidad suficiente.

#### Presupuesto

Adquisición de cámaras y software: 10.000 euros.

## Modelo tecnológico y de sistemas de información

### Portabilidad de la historia clínica para dispositivos móviles

#### Descripción/Antecedentes

La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. La incorporación de esta nueva herramienta tecnológica a los dispositivos móviles de los facultativos permitirá consultar e interactuar sobre la historia clínica digital del paciente desde cualquier lugar y sin necesidad de un terminal PC.

El acceso a la historia del paciente se realiza mediante una conectividad segura, que garantiza la confidencialidad de los datos (conexión cifrada).

#### Contenidos

1. Aplicación móvil (teléfono o tableta) con acceso a historia clínica:
  - Urgencias
  - Atención en domicilio
  - Ambulancia
2. Comunicación con profesionales: posibilidad de que el facultativo pueda consultar o enviar información a través de dispositivos móviles.

#### Responsable

Gerencia de APS y Servicio de Sistemas de Información Sanitaria

#### Cronograma

2017: Estudio/Creación/contrato de la aplicación para dispositivos móviles.

En 2018: Inicio de incorporación a los dispositivos móviles corporativos.

Junio de 2019: Evaluación de la implantación de la prestación según indicadores específicos.

#### Presupuesto

Sin determinar.

## Modelo tecnológico y de sistemas de información

### Digitalización de las historias clínicas

#### Descripción/Antecedentes

La Digitalización de las Historias Clínicas es el proceso por el cual un documento es transformado en una imagen digital pudiendo acceder al mismo desde múltiples ubicaciones sin necesidad de acudir al documento físico. Durante años las empresas de salud han almacenado toda clase de documentos en archivos, se ha acumulado información en archivos sin poder hacer uso eficiente de la misma.

#### Contenidos

En la búsqueda de tener mejores procesos y hacerlos **más eficientes**, se plantea:

1. La digitalización de las historias clínicas.
2. La incorporación de las historias clínicas digitalizadas a la historia clínica informatizada.
3. La destrucción de las versiones de papel con las adecuadas medidas de seguridad una vez finalizada la digitalización y la incorporación a la historia clínica informatizada.
4. El aprovechamiento de los espacios de archivo liberados de todos los centros sanitarios.

#### Responsable

Gerencia de APS y Servicio de Sistemas de Información Sanitaria

#### Cronograma

Primer semestre 2017: Elaboración de pliegos y concurso

Segundo semestre 2017. Inicio de la digitalización.

Diciembre de 2018: Finalización del proceso. Planificación de utilización de espacios liberados.

#### Presupuesto

Costes estimados para 2017 de 490.000€, para 2018 de 570.000€, 2019. 350.000€.

## Modelo tecnológico y de sistemas de información

### Envío de consejos de salud vía mail y sms

#### Descripción/Antecedentes

Las tecnologías de la comunicación constituyen un excelente medio para hacer llegar a la ciudadanía consejos, recordatorios y alertas de salud. El correo electrónico y los sms son de uso diario para la mayoría de la población. Es preciso que los profesionales de APS reconozcan el potencial de estas herramientas para reforzar las actividades individuales y grupales que realizan habitualmente, así como poder acceder a personas que acuden menos a las consultas.

Es posible dirigir mensajes generales o a subgrupos de población, en función de su edad o problemas de salud. La posibilidad de recordar campañas de vacunación, cribado de cáncer de mama, de colon, consejos dietéticos, consejos para la ola de calor,... puede tener un fuerte impacto en la población.

#### Contenidos

1. Estudio de posibilidades tecnológicas de generación de envíos masivos centralizados o desde los centros de salud.
2. Creación de un listado de direcciones de correo electrónico y teléfonos móviles de los usuarios del Sistema Navarro de Salud.
3. Planificación de contenidos y asiduidad de consejos.
4. Criterios para el mailing y el envío de mensajes de texto a móviles de forma masiva.

#### Responsable

Gerencia de APS, Servicio de Sistemas de Información Sanitaria, Servicio de Atención a Ciudadanos y Pacientes

#### Cronograma

2017 estudio de viabilidad tecnológica y aplicabilidad

Enero de 2018: Planificación de los boletines, contenidos, asiduidad, criterios para el mailing y los sms. Recopilación de direcciones de mail y teléfonos.

Junio de 2018: Envío del primer Newsletter a las personas que lo han aceptado y continuación con el cronograma establecido de comunicaciones.

Enero 2019: Evaluación de la implantación.

#### Presupuesto

Por determinar



## **XV. Modelo de formación y desarrollo profesional**

**XV.1. Plan de formación continuada**

**XV.2. Creación de un portal de conocimiento de APS**

**XV.3. Favorecer y estimular la presencia de profesionales de APS en grupos de trabajo y comités técnicos.**

**Acciones detalladas en otros capítulos**

***XIII.2. Incentivación de la investigación e innovación en APS.***

## Modelo de formación y desarrollo profesional

### Elaboración del Plan de Formación Continuada

#### Descripción/Antecedentes

Tras el diagnóstico de situación de la atención sanitaria en el entorno rural se ha priorizado la necesidad de implementar un **plan de formación continuada** plurianual de profesionales médicos y de enfermería para capacitación profunda que incluya actividades presenciales, estancias y alta actividad formativa *online* en áreas detectadas de mayor prevalencia de patología o/y derivaciones a atención especializada de forma que se constituyan en referentes en esas materias para el resto de sus compañeros.

Este plan favorecerá la incorporación de los EAPs rurales a la formación de pre y post-grado como elemento dinamizador y enriquecedor a nivel profesional.

#### Contenidos

1. Oferta formativa dirigida a las prioridades de actuación
2. Oferta formativa a Directores y Jefaturas
3. Oferta formativa para la formación de expertos en determinadas materias: imagen, cirugía menor, cardiovascular, salud mental, pediatría, diabetes y tiroides, e. respiratorias, urgencias y emergencias, etc., que sirvan de referente a sus compañeros de EAP.
4. Establecimiento de un curriculum formativo básico y plurianual para cada estamento profesional.

#### Responsable

Gerencia de APS.

#### Cronograma

Marzo de 2017 Constitución de la Comisión de Formación con la participación de la Junta Técnico Asistencial y Sociedades Científicas.

Abril de 2017: Análisis de la oferta formativa.

Junio de 2017. Presentación del Plan de formación de AP

Anualmente: Actualización de los cursos, estableciendo la formación continuada y abriendo la posibilidad de formación a otras especialidades a los profesionales que lo soliciten. Evaluación continuada de los centros y sus profesionales.

#### Presupuesto

Por determinar.

## Modelo de formación y desarrollo profesional

### Creación de un portal de conocimiento de APS

#### Descripción/Antecedentes

El portal del conocimiento se ha convertido en una herramienta informática efectiva y esencial dentro de las organizaciones que aprenden, y fruto de esta reestructuración del conocimiento se han obtenido beneficios como la reducción de costes y tiempo, la flexibilidad y la mejor capacidad de respuesta entre otras. Dentro del contexto actual, la inteligencia de un sector de profesionales es un punto clave en la búsqueda de la competitividad de la organización y es la fuente que alimenta la gestión del conocimiento en la misma; por ello el portal del conocimiento debe buscar principalmente el desarrollo y potenciación de las competencias de los individuos y de su capacidad cognoscitiva.

#### Contenidos

1. Interfaz de producción de conocimiento:
  - Proyectos en fase de diseño o desarrollo
  - Documentos elaborados por grupos de trabajo
  - Área de participativa para la opinión
  - Área restringida para determinados grupos
2. Interfaz de obtención de conocimiento:
  - Las anteriores también pertenecen a este interfaz para la obtención de conocimiento
  - Información general
  - Agenda
  - Enlaces de interés

#### Responsable

Gerencia de APS y Servicio de Sistemas de Información Sanitaria

#### Cronograma

Primer trimestre de 2017: Previa creación de la herramienta informática, implantación de la misma en intranet.

Tercer trimestre de 2017: Evaluación de la implantación de la prestación según indicadores específicos.

#### Presupuesto

Sin determinar.

## Modelo de formación y desarrollo profesional

### Favorecer y estimular la presencia de profesionales de APS en grupos de trabajo y comités técnicos

#### Descripción

Los comités son grupos de trabajo de expertos en las diferentes áreas para abordar determinados problemas. Se conforman con el objetivo de ayudar en la toma de decisiones para que los posicionamientos, proyectos y actividades que se promuevan y/o avalen estén de acuerdo a criterios lo más objetivos posibles.

Además de estos comités, existen grupos de trabajo específicos y sesiones de debate de casos clínicos en las que participan profesionales de diferentes ámbitos y especialidades. En el contexto hospitalario es relativamente sencillo que los profesionales puedan acudir a este tipo de comités, grupos y reuniones puesto que se pueden juntar con relativa facilidad pero, en el caso de la APS, y más si cabe en aquellos que se encuentran en el medio rural, es prácticamente imposible. Es por eso que surge la necesidad de plantear alternativas para brindar esa oportunidad a los profesionales expertos que por motivos de dispersión no puedan hacerlo. Las alternativas son la disponibilidad horaria para acudir a las reuniones o bien de presencia física o bien, si ello no fuera posible, por videoconferencia.

#### Contenidos

1. Planteamiento a los profesionales desde la Gerencia de APS de la posibilidad de formar parte de comités técnicos y grupos de trabajo.
2. Favorecer desde la GAP de la disponibilidad horaria para acudir a las reuniones de presencia física o por videoconferencia.

#### Responsable

Gerencia de APS

#### Cronograma

Implantación inmediata.

#### Presupuesto

Por determinar, según el número de profesionales implicados en grupos de trabajo y comités.

## **XVI. Modelo territorial**

**XVI.1. Plan de Comarcalización de los Servicios de Salud.**

**XVI.2. Adecuación y reordenación de los consultorios periféricos.**

### **Acciones detalladas en otros capítulos**

*II.2. Reactivación de los Consejos de Salud*

*II.3. Potenciar la actuación a nivel comunitario y favorecer la proactividad.*

*II.4. Puesta en marcha del Observatorio de Salud Comunitaria y cuadro de mando de cupo integrado en la historia clínica.*

*II.5. Apoyo a las acciones de salud dentro de la Agenda 21.*

*II.6. Contactos permanentes con la Federación Navarra de Municipios y Concejos.*

*II.7. Integración de las asociaciones de pacientes en el proceso de salud*

*II.8. Garantizar el derecho a la atención en euskera*

*IV.1. Promoción y difusión de las escuelas de pacientes, paciente/persona experta*

*V.2. Extensión territorial de la radiología simple*

*VI.3. Dotación de retinógrafos.*

*VII.1. Comisión del Plan Sociosanitario*

*VII.2. Coordinación sociosanitaria*

*VII.3. Espacio de información sociosanitaria*

*VII.4. Desarrollo del servicio de teleasistencia*

*VII.5. Acuerdos con centros residenciales*

*VIII.1. Plan de mejora de la capacidad funcional*

*X.1. Reorganización de la atención continuada y urgente en el medio rural.*

*X.2. Mejora y reordenación del transporte sanitario.*

*XI.1. Plan de atención integral a la infancia.*

*XIV.2. Dotación de banda ancha de alta capacidad.*

*Desplazamiento de especialistas a zonas básicas de salud, especialista de referencia.*

## Modelo territorial

### Plan de Comarcalización de Servicios de Salud

#### Descripción/Antecedentes

Mejorar la equidad territorial para afianzar el asentamiento de la población en el medio rural, priorizando la atención a las urgencias es un objetivo estratégico del SNS-O.

La población de las zonas rurales decrece y envejece. Con frecuencia debe desplazarse de sus localidades de residencia para recibir servicios sanitarios (pruebas complementarias, consultas con especialistas hospitalarios,...) cuando podrían ser prestados, al menos en parte, en proximidad. Por otra parte la atención a las emergencias tiempo dependientes sufre por la concentración de los recursos en las zonas urbanas y los tiempos de respuesta son mayores. En cuanto a los recursos sociosanitarios, aunque muchas veces mancomunados tiene una dimensión pequeña, adecuada a las posibilidades cada localidad más que a sus necesidades.

Los EAP precisan de apoyo para poder intervenir sobre los determinantes de salud en la comunidad, mantener escuelas de salud y otras acciones con la intensidad precisa para conseguir modificaciones visibles en el estado de salud de sus comunidades.

A tal objeto se pretende dotar de servicios de apoyo a nivel de comarca, que agrupe a varias Zonas Básicas de Salud de manera conjunta con las demarcaciones de APS Social, teniendo en cuenta características socioeconómicas, de flujos de población, isócronas etc.

#### Contenidos

1. Reducir las desigualdades en salud
2. Garantizar un sistema de urgencias que otorgue seguridad a la población rural
3. Apoyar a los Equipos de APS
4. Promover la salud y la intervención comunitaria sobre sus determinantes
5. Promover la autonomía de las personas, impulsar el ejercicio terapéutico, la rehabilitación orgánica y funcional y prevenir la dependencia
6. Apoyar la estrategia de crónicos.
7. Ofertar un modelo de atención sociosanitario integral a las personas dependientes que favorezca su permanencia en el hogar prevenga los ingresos hospitalarios y la institucionalización permanente
8. Ofertar un modelo de atención integral a la infancia en el ámbito local
9. Mejorar la accesibilidad a los servicios especializados hospitalarios.
10. Iniciar el modelo territorial en la Zona Media de Navarra, extendiendo progresivamente las acciones a otras comarcas en la medida que estas se vayan poniendo en práctica y generen experiencia.

#### Responsable

Gerencia de APS. Instituto de Salud Pública. Gerencia de Salud Mental. Gerencia del CHN, Gerencias de área de Estella y Tudela.

### **Cronograma**

Primer semestre de 2017 inicio de la extensión del modelo territorial en la Zona Media. Estudio de necesidades de personal y estructura. Definición de circuitos.

Segundo semestre de 2017 implantación del modelo de atención a la urgencia en la Zona Media. Inicio de la integración de servicios sociosanitarios.

### **Presupuesto**

Pendiente de determinar

PROPUESTA

## Modelo territorial

### Adecuación y reordenación de los consultorios periféricos

#### Descripción

La APS en Navarra se articula a través de equipos interdisciplinares, Equipos de APS compuestos por médicos de familia, enfermeros, pediatras, trabajadores sociales, personal administrativo y ocasionalmente fisioterapeutas, que atienden las necesidades de salud en zonas delimitadas geográficamente, Zonas Básicas de Salud, y que comprende a varias localidades de diverso tamaño. En la **localidad más** poblada se cuenta con un Centro de Salud y en las más **pequeñas** de un **consultorio** en el que se pasa consulta durante toda la jornada o parte de la misma uno o varios profesionales.

#### Contenidos

1. Estudio de la actividad y situación estructural de los diferentes profesionales por zona básica de salud, centro de salud y consultorio:
  - Valoración de alternativas para la mejorar al máximo la optimización de los recursos: horarios, desplazamientos, complementariedad de la hospitalización a domicilio, cierres-aperturas de centros, necesidades de equipamiento.
2. Elección de las alternativas de mayor rendimiento y con mayor función estratégica teniendo en cuenta todas las variables.

#### Responsable

Gerencia de APS

#### Cronograma

Diciembre de 2017: Diagnóstico de situación y valoración de alternativas.

En 2018: Implantación progresiva de las alternativas seleccionadas con una previsión de finalización en un año.

#### Presupuesto

Por determinar.