

INFORME DE LAS CAPACIDADES ESTRATÉGICAS SANITARIAS DENTRO DEL PLAN DE TRANSICIÓN HACIA UNA NUEVA NORMALIDAD

Fecha: __06052020__

Nivel territorial propuesto

Municipio: _____

Comarca: _____

Isla: _____

Provincia: _____

Comunidad autónoma: _____ COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

Otro: _____

INFORMACION GENERAL

Población residente en el nivel territorial

Datos provisionales del Padrón de Habitantes a 1 de enero de 2020.

Según los datos provisionales de la Estadística del Padrón Continuo, la población residente en la Comunidad Foral a 1 de enero de 2020 es de 660.887 habitantes. Se ha registrado un aumento de 6.673 personas (un 1,0%) respecto a los datos a 1 de enero de 2019 que ya son definitivos. Es el quinto año consecutivo en que aumenta la población empadronada en Navarra.

Incremento. La población de nacionalidad extranjera inscrita en Navarra –que supone el 10,7% de la población total– crece en 6.248 personas, mientras que la población española suma 425 nuevas inscripciones.

Distribución por sexo. El 50,6% de la población española es femenina. En el caso de la población extranjera, el porcentaje es del 49,5%.

Edad media. La edad media de la población empadronada es de 44,5 años entre las personas de nacionalidad española y de 33,4 años entre la de nacionalidad extranjera.

Descripción social y económica del nivel territorial

CONSIDERACIONES GENERALES Y ACTUACIONES SECTORIALES

La Comunidad Foral de Navarra se plantea desarrollar una transición de la situación actual de la crisis causada por el COVID19 hacia una progresiva normalidad que minimice los riesgos para la salud directamente relacionados con la epidemia y recupere las capacidades de la sociedad para la sostenibilidad social y económica

A pesar de ser Navarra una de las regiones con unas tasas elevadas por COVID-19, 755 casos por 100.000 habitantes, el desarrollo de la enfermedad, una situación epidemiológica controlada y la respuesta tanto del sistema sanitario, como, del resto de la administración autonómica y municipal y sobretodo del conjunto de la sociedad y ciudadanía, nos permite en estos momentos abordar un proceso de transición a la normalidad garantista y sostenible.

A pesar de la enorme presión que la crisis ha generado, la buena respuesta del sistema sanitario, actuando de forma integrada desde Atención Primaria y coordinando todos los recursos de Hospitales tanto públicos como privados, ha permitido que en el momento de mayor pico de la epidemia, del 27 al 30 de marzo, estuvieran ingresados algo más de 500 pacientes en camas convencionales de un dispositivo de 1600 camas y con 95 pacientes en unidades de críticos, se contara en ese momento con más de 170 camas instaladas para atender a ese tipo de pacientes.

Desde el punto de vista epidemiológico y corrigiendo las interferencias debidas a cambios asistenciales y en la disponibilidad de pruebas diagnósticas, se estima que el número reproductivo efectivo ha pasado a situarse por debajo de uno desde la semana siguiente al 15 de marzo y se ha mantenido por debajo de uno hasta la actualidad. Entre el día 30 de marzo y el 12 de abril se aplicaron medidas adicionales de distanciamiento social, a raíz de las cuales el número reproductivo efectivo en Navarra pasó a ser menor de 0,5

Atención Social y Residencias socio-sanitarias

Residencias socio-sanitarias

Hasta el 26 de abril se habían confirmado 1399 personas residentes en instituciones de mayores o socio-sanitarias con COVID-19. Esto supone aproximadamente el 21% de la población residente en estas instituciones. La tendencia de nuevos diagnósticos aumentó marcadamente en las primeras dos semanas de abril, y en las dos últimas semanas ha descendido un 79%. Muchos de estos casos se han concentrado en forma de brotes; no obstante, un buen número de residencias no han registrado casos. En conjunto, la población residente en instituciones ha presentado una tasa de hospitalización por COVID-19 ocho veces mayor que la población no institucionalizada

de edad y características similares.

Las medidas tomadas por el Departamento de Derechos Sociales para frenar el avance del COVID-19 en las residencias de mayores y discapacidad comienzan a dar resultados y ponen freno al contagio en los centros, así lo prueba el descenso de casos positivos en un 44,6% desde el día 13 de abril en las residencias de mayores.

Desde el pico más alto de la enfermedad, con 933 casos confirmados o con síntomas del día 13 de abril, hoy tenemos 416 personas menos contagiadas.

En una semana casi se han duplicado las altas epidemiológicas, pasando de 223 a 421 en el día de ayer.

Hay que destacar también que el número de centros sin casos alcanza ya el 60,6% (43 de 71) en los de mayores y el 81.6% % en los de discapacidad (40 de 49).

El departamento de Derechos Sociales ha desarrollado un plan específico para garantizar toda la atención de los Servicios Sociales de la Comunidad Foral de Navarra.

El documento **“Guía informativa para los Servicios Sociales de Atención Primaria ante la situación producida por el COVID-19”**, ofrece una información ordenada y agrupada de las medidas y ayudas de carácter extraordinario que se generen en el ámbito de los Servicios Sociales de Base y la Inclusión social, como consecuencia del COVID-19, de manera que sirva a los y las profesionales de los servicios sociales como documento de consulta unificado.

Este documento está en revisión permanentemente y en él se contemplan criterios de actuación que garanticen la atención en los diferentes ámbitos:

- Atención primaria
- Garantía de Ingresos
- Inclusión social
- Dependencia
- Protección de menores
- Violencia de género
- Vivienda
- Otros
- Recomendaciones Ministerio y Gobierno de Navarra
- Buenas prácticas

Igualmente el Departamento de Derechos Sociales ha procedido a la compra de material de protección que será entregado a cada SSB a través del servicio de valija en una entrega única.

El Departamento de Derechos Sociales ha acondicionado 6 instalaciones para acoger, tanto a residentes de centros sociosanitarios con Covid 19 que no podían ser aislados

en su residencia, como a personas con Covid-19 en riesgo de exclusión social o que viven en domicilios colectivos donde no es posible realizar el aislamiento adecuado.

Instituto Navarro de Igualdad. Atención a las Mujeres

En lo que se refiere a los Recursos de acogida, específicos en materia de violencia contra las mujeres, hay que señalar que tras la puesta en marcha tras el inicio del estado de alarma de un nuevo Centro de Urgencias, se ha duplicado la oferta de plazas para mujeres y menores a su cargo en la Comunidad Foral de Navarra, y nos ha permitido además cumplir con las recomendaciones de seguridad sanitaria ante la situación de confinamiento. En estos momentos se disponen de plazas libres que nos permiten asumir la demanda que se pueda generar en dichos recursos, además de que todo el personal y las propias usuarias de los recursos están incluidas en el Protocolo Sanitario para la realización de pruebas de detección de Covid-19 si presentan sintomatología, lo que facilitará la reordenación del espacio y el posible aislamiento para evitar contagios en dichos recursos.

Por otra parte, los Equipos de Atención en materia de Violencia siguen ofreciendo atención telefónica y atención presencial de urgencia, además de coordinarse con el resto de recursos para realizar las derivaciones permitidas.

Respecto a las ayudas económicas específicas en materia de violencia que se tramitan desde el Instituto Navarro para la Igualdad, se ha facilitado su tramitación electrónica y se está asumiendo toda la demanda en los plazos previstos.

Desarrollo industrial y económico.

Navarra tiene una renta per cápita de 31.809 € (tercera de España, último dato de 2018, por detrás de Madrid y CAPV).

Es una economía muy abierta, con unas exportaciones del 45% de su PIB.

Es también la más industrial del Estado, con un peso de la industria en su economía del 30% del VAB.

Lidera los datos de desempleo con una tasa en el primer trimestre de 2020 del 8,6%.

Impacto COVID-19 en la economía (resultados provisionales Abril de 2020)

- El 61,7% de las empresas declara estar abierta, el 29,0% con su actividad habitual y el 32,7% con la actividad modificada por el COVID-19, mientras que el 38,3% está cerrada.
- Del total de empresas, el 21,9% mantiene el 90% o más su actividad productiva, siendo el sector industrial con un 33,9% el que presenta el mayor nivel de capacidad productiva. En el lado opuesto, el 17,2% de las empresas declaran que han reducido su actividad a un 24% o menos, siendo los servicios el sector más afectado.

- Tres de cada 10 empresas han solicitado un ERTE, de las cuales el 95,0% corresponden a empresas de servicios.
- El 25,5% de las empresas prevén que su empresa pueda continuar con su actividad productiva en los próximos tres meses de forma normal, un 31,9% de manera parcial, un 9,9% a través del teletrabajo, mientras que el 32,8% de las empresas no creen que puedan llevar a cabo su actividad.

La situación al día de hoy en expedientes ERTE y número de personas trabajadoras que afecta es la siguiente::

Nº expedientes	Suspensión		Reducción		Extinción		Tot. Trab
	Susp H	Susp M	Red H	Red M	Ext H	Ext M	
6.935	41.097	23.819	2.720	1.629	76	40	69.381

A esto hay que sumarle que en Navarra 14.676 autónomos habían pedido la semana pasada las ayudas del Estado por cese de actividad, en el marco de las medidas COVID.

Impacto COVID-19 en el empleo.

La epidemia de COVID-19 ha tenido un impacto directo en los datos del paro registrado durante el mes de abril en Navarra, que ha terminado con 3.077 personas desempleadas hasta alcanzar las 40.442 personas, lo que supone un 8,2% más que el mes anterior y un 24,1% más (7.841 personas) que en abril de 2019.

De la misma forma, la afiliación a la Seguridad Social descendió un 1,66%, lo que suponen 4.775 afiliaciones menos en un mes, y un -1,45% (4.138 afiliaciones menos) en el balance interanual. Por primera vez, desde marzo de 2015, el balance anual resulta negativo. Estas cifras corroboran la gran intensidad de destrucción de empleo que está teniendo esta crisis en un breve periodo de tiempo, algo difícilmente comparable en términos históricos”.

La crisis del COVID-19 refleja, por el momento, una mayor incidencia del paro en hombres: un incremento mensual del 10%, que en mujeres (6,9%). Este hecho se deriva del fuerte impacto de la crisis en sectores de construcción e industria, fundamentalmente masculinos. Sin embargo, también se está apreciando, como entonces, un cambio de tendencia. El efecto sobre los demás sectores, sobre todo de servicios, acabó por incidir con más profundidad en el empleo femenino.

CAPACIDADES

1. ASISTENCIA SANITARIA

Asistencia en atención primaria

Describir las estrategias para fortalecer la atención primaria para garantizar la capacidad diagnóstica con PCR de todos los casos con síntomas compatibles con COVID-19:

- A todo caso sospechoso de padecer COVID 19 se le realizará una PCR en las primeras 24 horas.
- En los centros de salud el encargado de solicitar la PCR es el médico de familia o pediatra, tras atender presencial o telefónicamente al paciente.
- En los servicios de urgencias extrahospitalarios urbanos, el médico que atienda presencialmente a un paciente con síntomas compatibles con COVID solicitará la realización de PCR y el resultado le será comunicado por la enfermera de consejo, que realizará el seguimiento del paciente hasta ser atendido por los profesionales de su centro de salud en horario laboral habitual.
- En los servicios de urgencias extrahospitalarios rurales, el médico que atienda presencialmente a un paciente con síntomas compatibles con COVID, solicitará la realización de PCR y el resultado le será comunicado por los profesionales sanitarios del dispositivo de urgencias rural, que realizarán el seguimiento del paciente hasta ser atendido por los profesionales de referencia del paciente en su centro de salud en horario laboral habitual.
- A los pacientes que llamen al 112 manifestando síntomas compatibles con COVID, la enfermera de consejo solicitará directamente la realización de PCR, comunicará al paciente el resultado y realizará el seguimiento hasta que el paciente sea atendido por los profesionales de su centro de salud en horario laboral habitual.
- En el SEU, SNU y en cada ZBS se nombrará una persona responsable de la formación de profesionales. Desde la Gerencia de AP se realizará formación específica previa al periodo vacacional para profesionales de nueva incorporación.

Describir las medidas implementadas para la atención a los casos sospechosos de COVID-19 garantizando las medidas de prevención y control

- Todas las ZBS tienen elaborado un **plan de contingencia** que contemple ineludiblemente el

mantenimiento operativo de un **circuito diferenciado** para atención a personas con clínica compatible con infección **COVID-19**.

-Este circuito puede estar identificado espacialmente en los centros grandes o disponerse en franjas horarias en los pequeños.

-La actividad de este circuito vendrá determinada por la situación epidemiológica y debe ser flexible para poder adaptarse a una demanda cambiante.

-Hemos habilitado mamparas de cristal o metacrilato en las áreas de admisión.

-Hemos inhabilitado sillas en las salas de espera de tal forma que permitan mantener la distancia adecuada, las sillas estarán separadas 2 m entre sí.

-Hemos suspendido, hasta determinar los requisitos de seguridad, las espirometrías y nebulizaciones.

-Hemos procedido a reforzar las contrataciones de limpieza.

-Las extracciones de sangre en los centros de salud se harán previa cita cada 10 minutos.

-Se insistirá a la población que cuando se les dé la cita, deben acudir a la hora justa, no con antelación, para evitar contactos.

-Informar a los pacientes que deben comunicar si el día de la extracción si tienen síntomas compatibles con COVID.

Describir las medidas implementadas para mantener la capacidad de atención a la casuística habitual (patologías no COVID-19)

Con las condiciones requeridas de atención segura, y manteniendo la distancia de seguridad, el número de personas que pueden ser atendidas de manera presencial es necesariamente menor al habitual en el periodo previo a la pandemia.

Se hace preciso redimensionar las agendas para espaciar los huecos presenciales diarios.

En una primera etapa el “sistema de cita” previa debe seguir desactivado, en su lugar se permitirá la **solicitud de consulta**.

Se considera necesario:

- Establecer criterios de citación definidos para el área de admisión que, garantizando la atención a quien lo precise, adecue la respuesta, la modalidad y el profesional idóneo.

- Plantear circuitos diferenciados de atención para pacientes COVID (puntos de acceso, circuitos y/o horarios diferenciados)
- Reforzar y adecuar la atención domiciliaria a las necesidades derivadas de la situación actual (atención a pacientes COVID, atención a personas vulnerables...)

Procedimiento de citación.

Citación desde admisión.

Una vez descartada la sospecha de covid-19, que se derivará al circuito específico, el modelo de clasificación de la demanda se mantiene según lo definido en el plan de mejora existente previamente, con alguna modificación.

El objetivo en este momento es intentar resolver lo posible en consulta no presencial o domiciliaria cuando sea preciso y atender presencialmente en consulta los casos necesarios y seleccionados.

1. Procedimiento de citación si el usuario llama por teléfono

La solicitud de atención urgente a domicilio, se seguirá derivando desde admisión a triaje por medicina, como habitualmente.

Si es un paciente que presenta síntomas compatibles con padecer Covid o diagnóstico confirmado Covid, y precisa atención presencial, se deriva al circuito correspondiente, previa valoración telefónica por su médico de familia.

Si no se confirma sospecha Covid y se trata de un proceso agudo que enfermería puede resolver de manera no presencial, el personal administrativo citará como CNP con enfermería. Si es preciso atención presencial en consulta, se lo citará en su agenda. Si precisa atención por medicina, lo deriva al tipo de atención y en el plazo que sea preciso.

2. Procedimiento de citación si el usuario acude presencialmente al centro de salud.

Toda solicitud de consulta sanitaria, excepto urgencias o sospecha de Covid, se resolverá en admisión a través de una consulta no presencial con medicina o enfermería, según el motivo.

La decisión de qué personas precisa una atención presencial, recaerá en el profesional de medicina, enfermería o trabajo social y no en el usuario.

Creación de nuevas agendas de trabajo para medicina, pediatría, enfermería y trabajo social. Criterios:

- Se potencia la atención domiciliaria.

- Se disminuye el número de consultas a demanda de los usuarios y de las consultas presenciales, dotándolas de más tiempo (15 minutos)

Priorización de actuaciones:

- Personas mayores de 70 años, pacientes con **pluripatología** y **patologías crónicas** avanzadas o con cierto grado de inestabilidad o mal control, o cuyos seguimientos estaban pendientes o fueron demorados debido a la epidemia del COVID.
- Personas en **atención domiciliaria**, perceptoras de renta básica u otros recursos.
 - Herramientas de aproximación: Listados extraíbles de ATENEA código CIAP
- Personas en situación de **duelo o afectación emocional** relacionada con la pandemia o confinamiento
- **Personas con TMG**
- **Niños en situación de desprotección,**

Realización de técnicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Los procedimientos siguientes no se realizarán de manera rutinaria sino únicamente cuando sean necesarios para establecer un diagnóstico, o si su resultado aporta información relevante para la toma de decisiones: ECG, Holter TA, Doppler, Ecografía

El control de INR se realizará como hasta el momento, priorizando la atención a domicilio de las personas mayores mientras dure el confinamiento y valorando progresivamente la posibilidad de realizarlo en consulta presencial.

En esta fase no se realizarán talleres grupales.

Respecto a la atención pediátrica.

- Mantener la **consulta domiciliaria del recién nacido** con especial atención a la instauración de la lactancia debido a las altas hospitalarias precoces que se producen en esta situación de pandemia.
- Rescatar las **revisiones y vacunaciones de lactantes** que se tenían que haber llevado a cabo estas últimas semanas y no se han podido realizar.
- **Prestar especial atención a posibles luxaciones congénitas de cadera** en las revisiones de lactantes, teniendo en cuenta que desde el comienzo de la pandemia no se está haciendo el screening.
- **Ampliar los exámenes de salud hasta los tres años** (incluido, con vacunación).
- Citar para la **revisión de los 14 años** a aquellos pacientes que cumplen 15 años antes de septiembre (nacidos entre marzo y septiembre del 2005) y que no la tengan hecha.
- **Reanudar el control telefónico o presencial de pacientes con patología crónica** si se ha interrumpido por la situación de epidemia.
- **Control telefónico o presencial de pacientes con patología psicosocial** ya conocida si

se ha interrumpido por la situación de epidemia.

Actuación del trabajador social de atención primaria:

- Detección precoz de personas en situación de riesgo social por vulnerabilidad. Se realizará una labor proactiva, atendiendo a indicadores sociales como son: situación de convivencia relación, presunción de desprotección, negligencia y maltrato.
- Atención a familias y personas en situación de dependencia, pacientes con demencia y otras con altas necesidades de cuidados, y todo aquel con falta grave de autonomía y déficit de recursos.
- Atención a menores en desprotección, bien por su situación familiar bien por enfermedad de los progenitores y u otras situaciones que se puedan producir
- Atención urgente, previo cribado, a personas sin hogar, mujeres en situación de violencia de género, personas en situación de exclusión social.
- Atención al duelo.
- Coordinación y trabajo conjunto con Servicios Sociales de Base, entidades y redes comunitarias en la provisión de recursos de apoyo a las personas, en la información y promoción de hábitos higiénicos y medidas relacionadas con la situación de pandemia, y promoción de hábitos de vida saludable.

Indicadores específicos de atención primaria. Ver anexo 1.

Semana	1						
Día	1	2	3	4	5	6	7
Casos sospechosos							
Casos sospechosos con PCR							
Casos sospechosos con PCR +							
Casos con PCR + en seguimiento domiciliario							

Asistencia sanitaria en la red de salud mental

En cuanto a la actuación en salud mental, se distinguen dos ámbitos diferenciados: el comunitario y de recursos intermedios (hospitales de día) y el ámbito de hospitalización de salud mental.

Las actuaciones en **el ámbito comunitario y de hospitales** de día, se dirigen a un aumento

progresivo de la actividad presencial siguiendo las medidas de desescalada general: distanciamiento social y adopción de medidas de higiene y prevención. El equilibrio entre la actividad presencial y la no presencial irá en función de los indicadores de evolución de la epidemia. La actividad grupal, se iniciará al 50% de la habitual.

La estrategia de actuación en salud mental en los **recursos de hospitalización** (unidad de media estancia, larga estancia, unidad de rehabilitación) y unidades residenciales atiende a dos objetivos:

- Atender a los pacientes con enfermedad mental aguda, subaguda y crónica que deben ser atendidos en estas unidades por sus características psicopatológicas y sociales.
- Estimar la capacidad de respuesta de estas unidades ante el Covid-19.

Para ello se han habilitado circuitos diferenciados para la atención de posibles pacientes Covid:

- Unidad con 22 camas Covid para atender a posibles casos de Unidades Residenciales. Cuenta con zona de tránsito, hasta confirmación de diagnóstico.
- Habilitación de 4 habitaciones con capacidad para 8 camas, para posibles casos Covid de pacientes de hospitalización de salud mental.

Se crean dos tipos de circuitos Covid por que el perfil de pacientes es diferente y sus necesidades no Covid diferentes.

En la actualidad hay 2 pacientes en la Unidad Covid de Unidades Residenciales y ninguno en la Covid-Salud Mental

La asistencia y actividad de las unidades de agudo quedan incluidas en los planes de acción de los hospitales respectivos.

Asistencia sanitaria hospitalaria

Plan de preparación que incluya acciones para el incremento rápido de capacidades, describir brevemente

En Navarra desde el primer momento se constituyó una red de hospitales generales públicos y privados para colaborar en la atención a la pandemia. Esto ha permitido aunar los recursos materiales y profesionales de Complejo Hospitalario de Navarra, los hospitales comarcales de Estella y Tudela, la Clínica Universidad de Navarra, la Clínica San Miguel y el hospital San Juan de Dios. Aunque monográficos, también se ha contado con los recursos de la Clínica Josefina

Arregui de Alsua para pacientes con demencia y con el Centro San Francisco Javier para pacientes con síntomas leves y problemas de salud mental.

Se designó un coordinador único para todos los hospitales y otro para todas las Unidades de críticos de la Comunidad.

Se diferenciaron los recursos de transporte covid y no covid y se crearon servicios de apoyo a primaria en radiología y en hospitalización a domicilio y geriatría para atención sanitaria y sociosanitaria.

Además se ha potenciado la **hospitalización domiciliaria**, modelo de atención ya muy instaurado en la red pública de salud de Navarra y que se ha encargado de atender el hotel medicalizado pudiendo ofertar su cartera de servicios a una mayor número de pacientes.

En principio cada centro hospitalario público ha gestionado las necesidades de su área sanitaria de referencia y sólo de manera puntual ha sido preciso transferir pacientes entre área. Si se han transferido pacientes a los hospitales privados que se incorporaron a la red.

Las urgencias generales y materno-infantiles se reorganizaron creando circuitos específicos para pacientes respiratorios.

La capacidad de camas convencionales y de críticos se fue incrementando en función de las necesidades sin llegar a saturarse las mismas en ningún momento.

Se abrieron plantas Covid específicas de manera progresiva según la necesidad y donde no podían diferenciarse plantas se diferenciaron los espacios.

También se diferenciaron espacios de críticos covid de no covid. Se utilizaron los respiradores de intensivos y las mesas de anestesia ya disponibles. De forma progresiva fueron llegando las adquisiciones de respiradores lo que nos ha permitido cubrir todas las necesidades.

Se han constituido grupos multidisciplinares para atender patología Covid liderados por Medicina Interna (infecciosas), neumología y geriatría a los que se han incorporado profesionales de casi todas las especialidades.

En críticos trabajaron también con grupos multiprofesionales de intensivistas y anestesiistas reforzados por profesionales con experiencia en manejo de pacientes críticos.

Se realizó una contratación importante de personal de cuidados para ajustar los ratios de profesionales a las necesidades de pacientes covid y cubrir las ausencias durante la onda epidémica. Los circuitos de trabajo en las plantas covid se han modificado para integrar el trabajo de todos los profesionales de cuidados y facultativos, con técnicos de rayos, nutricionistas, fisioterapeutas, etc.

Los hospitales de día se reorganizaron para seguir prestando atención segura en especial en oncología, hematología y hemodiálisis.

Se crearon espacios fuera del hospital. El hotel medicalizado con prestaciones de hospitalización domiciliaria (1), hoteles para cumplir aislamiento tras recuperación en el hospital cuando este no era asumible en el domicilio y hoteles de descanso y aislamiento para profesionales sanitarios y esenciales.

Se diseñó un hospital de campaña en el Navarra Arena que finalmente no fue necesario montar. Se montó un hospital de campaña en los sótanos de urgencias del CHN que no fue necesario utilizar.

Fue necesario impartir formación a profesionales que se incorporaron a los puestos de críticos, fundamentalmente a personal de enfermería y de urgencias. Previamente se contrató a todo el personal disponible en las listas de contratación específicas para cuidados intensivos.

En todo momento se fueron actualizando los protocolos de prevención de forma coordinada con los servicios de Medicina Preventiva, Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, alineados con las recomendaciones del Ministerio

Toda la información relacionada con la pandemia, evolución, protocolos, normativas, etc. Se hizo accesible a través de la intranet del SNS-O, "Auzolan".

Para poder ajustarnos a la evolución de la pandemia se trabajó con dos grupos de investigación de la UPNA y de NavarraBiomed para establecer modelos predictivos de necesidades de camas convencionales y de críticos. Actualmente estamos trabajando en un sistema de alerta temprana que nos permita anticiparnos a un posible incremento en la necesidad de recursos. Metodología para la detección de un posible rebrote de Covid-19 mediante gráficos de control realizado por la Universidad Pública de Navarra en trabajo conjunto con SNS-O. Anexo 5.

En estos momentos tenemos establecidos programas de cribado de profesionales asintomáticos con Test rápidos y PCR, programas de cribado con PCR de pacientes asintomáticos antes de cirugía y parto, antes de ingreso hospitalario no COVID, cribado con serología de pacientes sospechosos con PCR negativa, circuitos rápidos para pacientes sospechosos en consultas hospitalarias.

Par reanudar la actividad se han redefinido los espacios de consultas, las agendas de citación y los circuitos para realizarlos de forma segura.

Se ha realizado una intensa actividad de consultas no presenciales que se mantiene en la actualidad.

También se ha incrementado la actividad quirúrgica de manera progresiva.

Todo el reinicio de actividad se hace de forma progresiva, prudente y flexible, acordada con los servicio bajo el principio de evaluación del riesgo beneficio en cada caso y respetando las

preferencias de los pacientes.

Se establecieron restricciones de los accesos al hospital, con circuitos de visitas previamente citados y bajo protocolos de seguridad, tanto en plantas covid como en unidades de críticos.

En Navarra se pasó a funcionar como Almacén único para la adquisición, almacenamiento y distribución del material sanitario.

EL Laboratorio de Microbiología del CHN asumió el liderazgo de la realización de pruebas diagnósticas, con una coordinadora única de todos los laboratorios autorizados para la realización de pruebas.

Todo el sistema se transformó en menos de tres semanas, tras el primer diagnóstico el 29 de Febrero hasta el 23 de marzo, fecha del pico de necesidades de camas convencionales. El día 5 se alcanzó el pico de camas de críticos y desde entonces han ido descendiendo de forma progresiva las necesidades de recursos hospitalarios Covid. Desde el día 20 de abril estamos trabajando en la recuperación progresiva de actividad no COVID, en función de la situación epidemiológica, necesidad de recursos asistenciales, seguridad de pacientes y profesionales y valoración de riesgo beneficio.

Con la experiencia acumulada, la posibilidad de poner en marcha de forma secuencial recursos para atender una nueva oleada de pacientes similares e incluso mayor que la primera está garantizada.

Indicadores específicos de atención hospitalaria (incluyendo urgencias y hospitalización):

Semana	1						
Día	1	2	3	4	5	6	7
Casos sospechosos							
Casos sospechosos con PCR							
Casos sospechosos con PCR +							

Indicadores específicos de ocupación de camas de hospitalización de agudos

Semana	1						
Día	29/04	30/04	01/05	02/05	03/05	04/05	05/05
Total de camas	1685	1688	1494	1523	1517	1497	1516
Total de camas ocupadas (1)	865	831	710	687	701	741	771
Total de camas ocupadas por casos con PCR +	157	138	133	123	124	120	121

(1) Ocupación total. Incluye casos COVID19

Indicadores específicos de ocupación de camas de hospitalización de UCI (1)

Semana	1						
	Día	29/04	30/04	01/05	02/05	03/05	04/05
Total de camas	180	182	186	160	160	160	160
Total de camas ocupadas (2)	91	91	86	69	71	74	67
Total de camas ocupadas por casos con PCR +	41	38	38	38	40	39	37

(1) Disponibilidad de Camas de UCI y Unidades de Críticos con respirador

(2) Ocupación total. Incluye casos COVID19

Total de recursos que podrían movilizarse con la activación del plan de acción rápida:

Tipo de recurso	Número	Tiempo de activación*
Número de centros no sanitarios en disposición de medicalizar	7	1-5
Número de camas en centros no sanitarios en disposición de medicalizar	666	1-5
Número camas de agudos que se podrían incrementar	1.400**	1-5
Número camas de UCI que se podrían incrementar	92 ***	1-5
Número de respiradores en reserva	65	1

*El tiempo de activación hace referencia al número de días que tardaría en activarse el recurso

**Partimos de 1.557 camas planta+140 hospitalización a domicilio se puede pasar a 2243 camas+243 hospitalización domicilio, además de las camas en centros no sanitarios en disposición de medicalizar.

***Se puede pasar de 82 a 174

Materiales esenciales

Reservas estimadas actuales de materiales esenciales en todos los niveles asistenciales

Tipo de material	Cantidad en reserva	Días de actividad cubiertos por la cantidad en reserva	Rotura de stock en los últimos 7 días (sí/no)
EPI y ropa de protección			
Mascarillas quirúrgicas	3.045.103	52,3 días	no
Mascarillas FFP2 y 3	271.905	68,2 días	no
Batas desechables	9.308	30,9 días	no

Gafas o pantallas faciales	23.391	104,1 días	no
Medicación específica para pacientes críticos	Ver abajo		no
Solución hidro-alcohólica	37.164	87,3 días	no
PCR			
Hisopos para toma de muestras	16.583	11,1 días	No
Kits o reactivos para PCR	55.800 reactivos de extracción		
Envases			
Otro material: _____			

<i>Descripción producto</i>	<i>Unidades</i>
Rocuronio amp 50 mg 5 ml	20017
Cisatracurio amp 20 mg 10 ml	2107
Cisatracurio amp 10 mg 5 ml	5391
Cisatracurio amp 5 mg 2,5 ml	177
Cisatracurio 150 mg 30 ml	5326
Midazolam amp 5mg	21801
Midazolam amp 15 mg 3 ml	28744
Midazolam amp 50 mg 10 ml	17133
Midazolam amp 100 mg	980
Propofol lipuro 2% vial 50 ml	446
Propofol lipuro 1% vial 100 ml	1338
Propofol lipuro 1% vial 50 ml	5469
Propofol lipuro 1% amp 20 ml	13675
Dexmedetomidina amp 200 mcg	10152
Dexmedetomidina amp 400 mcg	254

Capacidades de laboratorio

Número diario máximo de PCR que se podrían realizar (capacidad total): 3.400 muestras en Complejo Hospitalario Navarra_+2.500 Navarrabiomed, Nasertic y CIMA____

Número diario de pruebas realizadas:

Semana	1						
	Día	29/04	30/04	01/05	02/05	03/05	04/05
PCR realizadas	1204	945	1147	583	543	744	1076
Test rápidos de anticuerpos realizados	1899	2880	692	621	592	1359	1672
Test serológicos realizados* (ELISA, QLIA, EQLIA)							

*Esta información no se envía al Ministerio diariamente.

2. MODELO DE ALERTA Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Capacidades del sistema

Descripción de los sistemas de información para la vigilancia de COVID-19, describir brevemente:

-Se asignado el código A7701 para la extracción automática de casos en Atención primaria Y códigos CIE 10 para urgencias y e ingresos hospitalarios.

-Un sistema de información específico centraliza todas las pruebas de laboratorio del sistema público y recibe la información de los laboratorios privados.

-Se han diseñado procedimientos para la recogida y volcado automático de datos individualizados de los casos.

-Existen fuentes de información alternativas: Apps denominada CORONATEST y volumen de consultas al teléfono de consejo 948290290

-Metodología para la detección de un posible rebrote de Covid-19 mediante gráficos de control realizado por la Universidad Pública de Navarra en trabajo conjunto con SNS-O.

Anexo 5.

-En esta nueva etapa se trabajará conjuntamente con NavarraBiomed y la Universidad Pública de Navarra en modelos de detección de brotes y de predicción.

¿Tienen capacidad para disponer en los servicios de salud pública de la información diaria para la detección de casos por infección activa por SARS-CoV-2 y su envío a SiViEs? Si

Indicadores epidemiológicos

Número de profesionales de vigilancia epidemiológica dedicados a COVID-19: 8 más personal contratado para seguimiento de contactos que se irá contratando progresivamente

Número de casos con síntomas COVID-19 confirmados notificados a salud pública (en los últimos 14 días). Ver anexo

Anexo 2.

Semana	1							
	Día	1	2	3	4	5	6	7
Casos confirmados por PCR								
Casos no hospitalizados								
Casos acumulados hospitalizados								
Casos acumulados ingresados en UCI								
Casos acumulados fallecidos								
Casos acumulados confirmados en personal sanitario								
Proporción de casos acumulados confirmados en personal sanitario en relación al total de personal sanitario								

Incluir solo los casos confirmados por PCR

3. IDENTIFICACIÓN Y CONTENCIÓN DE LAS FUENTES DE CONTAGIO

Diagnóstico temprano de casos sintomáticos

Describir el procedimiento establecido para el diagnóstico temprano

Está definido se realice PCR a toda persona que acude a cualquier ámbito de atención sanitaria del SNS-O (tanto de Atención Primaria, Servicios de Urgencia Extrahospitalarios como de Atención Hospitalaria, incluidas las consultas externas), así como de los hospitales privados y presenta síntomas/signos compatibles con infección por nuevo coronavirus, independientemente de la gravedad del cuadro.

Además, la Comunidad cuenta con una estrategia de test que plantea realizar PCR tanto a pacientes sintomáticos como a personas asintomáticas.

Tenemos indicaciones en tres ámbitos:

- Población que acude al ámbito sanitario,
- Instituciones cerradas (residencias y centros sociosanitarios de personas mayores, psicogeriátricos y residencias de persona con discapacidad) y ámbito penitenciario
- Ámbito laboral

Para diagnóstico

-Persona que acude a cualquier ámbito de atención sanitaria del SNS-O (tanto de Atención Primaria, Servicios de Urgencia Extrahospitalarios como de Atención Hospitalaria, incluidas las consultas externas), así como de los hospitales privados, o personas que está en una institución cerrada y presenta síntomas/signos compatibles con infección por nuevo coronavirus, independientemente de la gravedad del cuadro.

Para cribado de infección aguda

-Pacientes que acude a Urgencias de un hospital con sintomatología no compatible con COVID-19 y cumpla criterios de ingreso o con un ingreso programado o que acuda a hospital de día a recibir un tratamiento. De esta manera, se podrán adoptar las medidas más adecuadas de aislamiento.

-Residentes que ingresan en el centro por primera vez con el fin también de proteger el espacio de la residencia.

-Residentes asintomáticos en situación en la que hay brote en la residencia.

-Profesionales sanitarios de alto riesgo y sociosanitarios que han sido contacto estrecho con caso sin EPI adecuado, según criterio de SPRL.

-Personas que se incorporan a trabajar por primera vez: profesionales sanitarios, en entornos de alto riesgo y profesionales sociosanitarios según SPRL, profesionales del Servicio de Ayuda a Domicilio que acuden a domicilios de personas mayores, profesionales de prisiones, personas empleadas del hogar que se incorporan al cuidado de personas dependientes.

-Profesionales sanitarios en un momento de moderada-alta transmisión comunitaria, y/o que están asignados a Servicios con pacientes fundamentalmente COVID y/o que cambian de actividad de zona COVID a una zona no COVID, junto con test de anticuerpos. Definición del riesgo: alto, medio, bajo. Prioridades. Definición de periodicidad.

-Profesionales sociosanitarios en un momento de moderada-alta transmisión comunitaria y/o con presencia de brote (2 o más casos) en la institución, junto con test de anticuerpos. Periodicidad.

Para el alta tras seguimiento

-Pacientes hospitalizados COVID al alta que van a instituciones cerradas.

-Residentes con COVID-19 tras aislamiento dentro de la institución cerrada o que están en un recurso intermedio (por ejemplo, residencia Félix Garrido) y al alta para ser trasladado de nuevo a institución

-Personas con COVID-19 que conviven en un domicilio colectivo que ha pasado el aislamiento en un recurso intermedio, previo al alta.

-Profesionales sanitarios, sociosanitarios, del Servicio de Ayuda a Domicilio que acuden a domicilios de personas mayores y trabajadores de prisiones con COVID-19 antes de reincorporarse al trabajo.

La toma de muestras de para PCR se realiza a nivel hospitalario y en Atención primaria, con dispositivos comunitarios (REFENA) y unidades móviles.

Indicadores específicos: están introducidos en los sistemas de salud pública las variables que permiten calcular los siguientes indicadores (incluyendo todos los niveles de atención):

	Sí, especificar	No
Porcentaje de los casos con síntomas compatibles de COVID-19 en los que se ha realizado PCR	Sí	
Tiempo transcurrido entre fecha de inicio de síntomas y fecha de consulta en casos confirmados	Sí	
Tiempo transcurrido entre fecha de inicio de síntomas y fecha de diagnóstico en casos confirmados	Sí	

Porcentaje de casos nuevos que no son contacto de casos confirmados conocidos	Sí	
---	----	--

En este momento la Subdirección de Sistemas de Información, el Servicio de Evaluación de Resultados, el SNS-O y Salud Pública están trabajando para que el día 11 de mayo, estén incorporadas en la historia clínica electrónica del SNS-O todas las variables para la encuesta de notificación de casos confirmados que en este momento no se pueden extraer de manera automática en el proceso de atención al paciente. De este modo, los profesionales asistenciales realizar la encuesta e incorporarán estas variables de modo obligatorio: fecha de inicio de síntomas, ocupación de riesgo, ámbito de posible exposición en los 14 días previos, caso importado de otro país, contacto de caso conocido, fecha de aislamiento, nº contactos estrechos.

A partir de la HCE, estos datos se incorporan en una base de datos, y son visibles a través de Tableau.

Aislamiento de casos

Describir dispositivos existentes para el aislamiento de casos que no puedan aislarse de forma efectiva en su domicilio

3 hoteles: con 151 habitaciones y baño individual (2 en Pamplona y 1 Tudela)
Una residencia religiosa con 50 habitaciones y baño individual en Pamplona.

Existencia de un plan de acción rápida para incremento de capacidades en materia de aislamiento de casos, describir brevemente

De manera adicional, tenemos infraestructura con capacidad aproximada para 150 camas, que se puede organizar en 72 horas.

Indicadores específicos: están introducidos en los sistemas de salud pública las variables que permiten calcular los siguientes indicadores (en cualquier nivel de atención):

	Sí, especificar	No
Tiempo transcurrido entre fecha de inicio de síntomas y el aislamiento en casos confirmados	Sí	
Tiempo transcurrido entre fecha de la primera consulta y la fecha de aislamiento en casos confirmados	Sí	

Trazabilidad y cuarentena de contactos

Describir el procedimiento previsto para el estudio de contactos de los casos

Cuando se confirma el caso mediante PCR se carga automáticamente el fichero de convivientes y el profesional que le informa del resultado, le pide al paciente que confirme que esos son sus convivientes o si falta o sobra alguno. Además se le pide al paciente que elabore una lista de contactos estrechos que ha tenido desde dos días antes del comienzo de los síntomas ya que recibirá una llamada telefónica del servicio de Consejo Sanitario para su identificación.

El servicio de Consejo Sanitario con enfermeras especialmente preparadas establece el contacto con el caso para completar los contactos estrechos no conviviente y contactos estrechos laborales través de los servicios de prevención de riesgos laborales. Posteriormente se pone en comunicación con los contactos para informarles su situación, medidas de cuarentena y programación de contactos telefónicos posteriores. Realizará un seguimiento activo de esa persona, indicándole que en caso de presentar síntomas/signos compatibles se ponga en contacto con el Servicio Consejo Sanitario o con su centro de salud, para la solicitud de la PCR.

Se contrataran y se formarán progresivamente a enfermeras de consejo en función de la necesidades para el registro y seguimiento de contactos.

Además, contará con herramientas:

- Gestor de datos postales, que permite identificar las coordenadas del domicilio de aproximadamente del 90% de personas de Navarra y por tanto permite detectar agrupaciones familiares y vecinales.
- Utilización de la App Coronatest (propia de Navarra) para control diario de síntomas, que además podría generar una consulta no presencial con su centro de salud en el caso de que comenzara con síntomas

Y solicitaremos también para su estudio la herramienta de la OMS GoData

¿Se está haciendo actualmente un seguimiento de todos los contactos estrechos de los casos?
Si/No. En este momento, no

Indicadores específicos: existe un sistema de información que incluya las variables que permiten calcular los siguientes indicadores (en cualquier nivel de atención): Se está desarrollando

	Sí, especificar	No
--	----------------------------	-----------

Número de casos para los que se ha realizado una identificación de contactos estrechos		
Proporción de casos para los que se ha realizado una identificación de contactos estrechos		
Número de contactos estrechos identificados por caso		
Número de contactos estrechos identificados contactados por el sistema sanitario para organizar su cuarentena y seguimiento		
Porcentaje de contactos estrechos identificados por caso que pasan a ser casos confirmados durante el seguimiento		

De manera adicional, la Subdirección de Sistemas de Información, el Servicio de Evaluación de Resultados, el SNS-O y Salud Pública están trabajando para que a partir el día 11 de mayo, esté preparado el sistema para seguimiento de contactos. Mientras, se hará de forma manual.

Planes de contingencia en residencias de personas mayores

Describir los planes específicos para centros como residencias de personas mayores y otros centros socio sanitarios y su coordinación con el sistema asistencial

Está constituida una Comisión interdepartamental para el seguimiento de la pandemia en residencias sociosanitarias, formada por profesionales del Departamento de Salud y del Departamento de Derechos Sociales, que han trabajado coordinadamente y continuará haciéndolo con el fin de garantizar una atención de calidad en los centros sociosanitarios.

Recientemente se ha nombrado al Gerente de AP del SNS.O, coordinador ejecutivo responsable de la asistencia sanitaria de todas las residencias públicas y privadas de la Comunidad Foral de Navarra.

Se ha creado la Unidad para la Ordenación de la Atención Sanitaria en Centros Sociosanitarios. Es una unidad interdepartamental, multidisciplinar que aúna las visiones de todos los agentes intervinientes. Esta unidad actúa bajo la dependencia de la Gerencia de Atención Primaria del SNS-O y desarrolla sus actuaciones en todo el territorio de la Comunidad Foral.

Plan de contingencia:

-Reunión diaria equipo coordinación Derechos sociales Salud

-A cada residencia se le ha asignado un médico de la ZBS donde está ubicada que realiza funciones de contacto, coordinación y seguimiento de los residentes.

-Se han implantado medidas generales que minimizan el contagio y la propagación de la

infección en las residencias de personas mayores y discapacidad.

-La unidad de ordenación de la asistencia sanitaria gestiona la disponibilidad de los recursos necesarios, garantiza la aplicación de los procedimientos de atención de medicina y enfermería establecidos para el medio comunitario.

-Se está trabajando en la mejora de todas las herramientas de las que dispone el SNS-O, implantación de la historia clínica electrónica de AP, ATENEA, en todas las residencias, formación a todos los profesionales para su correcto uso, la definición de normas organizativas que mejoren la coordinación entre las zonas básicas y las residencias ubicadas en ellas, así como la implementación de los programas y estrategias de AP o el estudio de los recursos humanos y materiales, entre otros.

-Ante la aparición de un caso confirmado, se procede a aislar a todos los contactos estrechos, convivientes y trabajadores del espacio residencial y se realiza PCR y test rápido de anticuerpos totales, a todos los contactos estrechos que no haya constancia de haber pasado infección COVID 19.

-Procedimiento de “Actuación sobre población Geriátrica en el marco del COVID-19”, en una progresiva situación de desescalada a corto plazo. Asimismo, en este bloque se pretenden definir los mecanismos de control y refuerzo para el cumplimiento del documento de actuación y los procedimientos elaborados.

-Monitorización de la evolución, definir las variables y los indicadores necesarios para el seguimiento de la repercusión de este nuevo modelo en la población de personas mayores y con discapacidad.

Acciones realizadas en residencias con casos notificados:

-Al inicio de la crisis tras un primer caso confirmado, se procedía a aislar a los casos posibles. Desde hace tiempo se realiza PCR a todos los residentes sintomáticos y se realizó test rápidos a todos los asintomáticos. Igualmente se han realizado test rápidos a todos los profesionales.

-Se han tomado medidas organizativas tendentes a minimizar los contagios: prohibición de visitas, aislamiento, aumento de turnos de comidas...

-Si la residencia no ha reunido condiciones adecuadas para realizar aislamiento, se trasladó a los residentes a recursos intermedios.

-Se realizan PCR a todos los residentes que han precisado ingreso en hospital en el momento del alta hospitalaria. Se realizan PCR previas al desaislamiento dentro de la misma residencia.

-Se suministran EPIS desde la Gerencia de AP a todas las residencias.

-El departamento de Derechos Sociales realiza asesoría sobre organización y formación sobre

utilización correcta de los EPIs y medidas higiénicas.

En el momento actual se está elaborándole programa que contempla las condicione que deben darse para proceder al desescalado en las residencias.

Indicadores específicos (Fuente datos: Derechos Sociales y Atención Primaria)

Número total de residencias de personas mayores en el territorio: 71

Número de residencias que han tenido al menos un caso confirmado diagnosticado en los últimos 14 días de la fecha del informe: 22

Número de residencias que han tenido al menos un éxitus confirmado en los últimos 14 días de la fecha del informe: 26

Existe un sistema de información que incluya las variables que permiten calcular los siguientes indicadores:

	Sí, especificar*	No
Casos confirmados en trabajadores socio-sanitarios	0	
Casos confirmados en residencias de ancianos	64 por PCR	
Fallecidos en residencias de ancianos	54	

*En los últimos 14 días

4. REFORZAMIENTO DE LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN COLECTIVA

Medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para reducir la transmisión del coronavirus en la comunidad; comentar separadamente las implementadas actualmente y las que se propone implementar en la siguiente fase:

HECHO

Materiales de Promoción de la salud para población general:

- Cuidarse en casa: [Enlace Cuidarse en casa](#)
- Si tengo una enfermedad crónica: [Enfermedad crónica](#)
- Hacia delante: [Hacia delante](#)

Materiales para la reincorporación laboral segura: Para los sectores de la construcción, industria, Administración local y Gobierno de Navarra.

[Recomendaciones preventivas vuelta al trabajo](#)

Información y procedimientos de comunicación del Servicio de Salud Laboral para los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales

[Información y procedimientos comunicación SPRL](#)

Protocolos de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental
Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental

Programa CON ETNIA GITANA:

Reparto de alimentos y materiales para la prevención a familias vulnerables en situación de aislamiento y/o cuarentena.

Intervenciones de acompañamiento y apoyo a personas y familias en situaciones de duelo, enterramiento, ingresos en hospital.

Educación de pares a través de las promotoras de salud entre la comunidad gitana.

Programa CON POBLACION DESFAVORECIDAS

Reparto de alimentos y materiales para la prevención (jabón para higiene corporal y limpieza de superficies) a familias vulnerables con niños/as con becas escolares.

Infografía para salida de población infantil y adulta.

Control legionella

Se ha realizado control de la legionella en relación a Covid-19 en red de agua caliente sanitaria de las instalaciones acondicionadas por Servicio Navarro de Salud y por Derechos Sociales para el alojamiento de personas con Covid-19 que no han podido realizar aislamiento en sus domicilios.

PARA LA NUEVA FASE

ISPLN

- Nuevas informaciones para la población, mediante cartelería y reparto de materiales de promoción y prevención de la salud en la transición.
- Edición de materiales de recomendaciones que se adapten a los distintos sectores en el marco de la desescalada.

Departamento de Educación.

Propuesta de Educación Fase I: El Departamento de Educación del Gobierno de Navarra en este momento está en disposición de acometer la semana del 11 de mayo la apertura de los centros educativos para su desinfección, acondicionamiento y realización del trabajo administrativo y preparatorio de los docentes y personal auxiliar. A tal efecto, en el momento en el que se autorice la Fase I en la Comunidad Foral de Navarra, se llevarán a cabo las labores de limpieza y desinfección de todos los centros docentes, se incorporarán los equipos directivos de los centros, así como el personal de administración y servicios que el equipo directivo considere imprescindible, dotando a cada centro docente de los siguientes equipos de

protección individual:

- 2 mamparas de protección para puestos de atención al público (oficina y conserjería)
- 500 mascarillas
- 25 unidades de gel hidroalcohólico de 500 ml
- 2 gafas de protección ocular
- 100 m de cinta de balizamiento.

Desde el Departamento de Educación se van a enviar instrucciones a los equipos directivos y entidades competentes de los servicios de limpieza para que se puedan realizar las actividades descritas en el momento en el que se acuerde la entrada en la Fase I.

Plan de Acción para el Turismo.

Una de las áreas en el que la crisis del COVID19 ha tenido un gran impacto es el del Turismo. En Navarra este impacto se concentra de forma muy importante en zonas en las que el despoblamiento es muy intenso y con gran repercusión en los ingresos y vida social de muchas localidades de pequeños tamaño.

Por ello la Dirección General de Turismo ha lanzado un plan que en líneas generales contempla:

- Plan de formación inmediato sobre gestión de crisis y medidas higiénico-sanitarias: gestión de la crisis del COVID 19 en la empresa, gestión económica de la crisis, gestión del estrés, comunicación, nuevos productos turísticos, marketing turístico y manejo de las redes sociales.
- Promoción de la marca turística Navarra para el momento de reinicio de la actividad.
- adaptación progresiva de las subvenciones a las necesidades actuales.
- A la espera de la definición de los protocolos de seguridad sanitaria e higiene del ICTE, para promoverlos en los establecimientos turísticos.
- Reflexionando sobre la oportunidad del turismo rural, cultural y de actividades en un probable escenario de turismo interior (incluso intrarregional).

Derechos Sociales

El documento **“Guía informativa para los Servicios Sociales de Atención Primaria ante la situación producida por el COVID-19”**,

Describir las medidas de control de la movilidad que se podrían instaurar entre este territorio y otros en diferente fase.

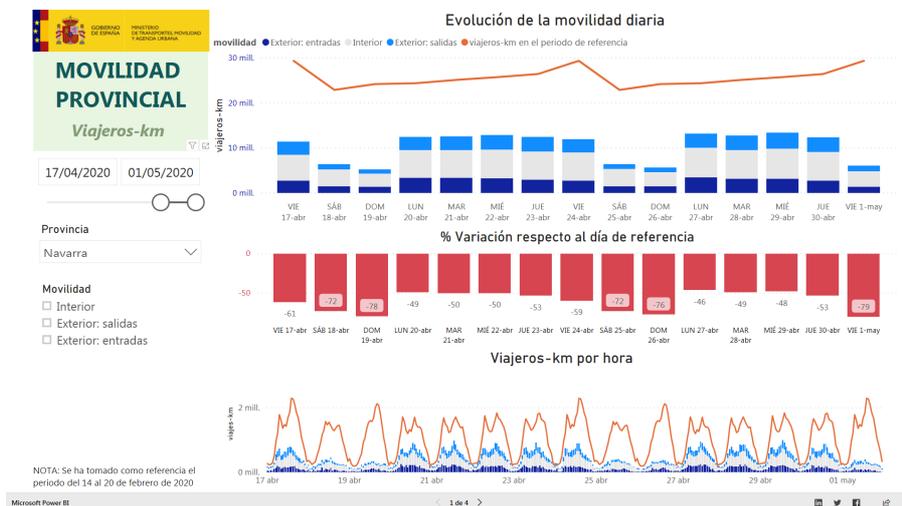
En esta fase el control del Territorio se va a mantener en el mismo nivel que en la fase 0, dado que Navarra Como comunidad Autónoma uniprovincial no puede realizar comunicaciones con otras provincias.

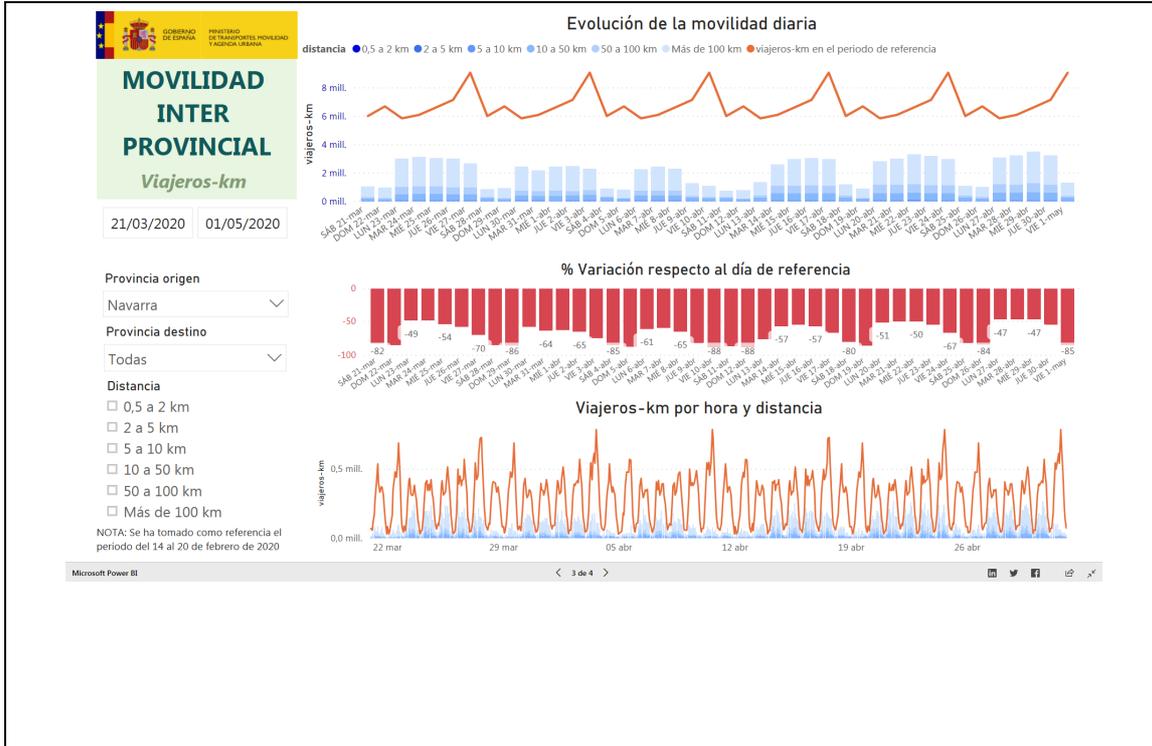
La coordinación de los cuerpos de policía autonómico (Policía Foral), estatales (G. Civil y P. Nacional) y locales está asegurada.

Todos los indicadores recogidos a nivel nacional por el Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana en su informe “Análisis de la movilidad en España durante el Estado de Alarma”, reflejan importantes descensos, en el periodo de confinamiento, de la movilidad interurbana e interprovincial.

Tanto en los periodos de confinamiento completo como en el momento de la apertura parcial de la actividad industrial, en la semana de pascua, 14 de abril

Tal como se muestra en las gráficas del estudio d emovilidad.





Anexo 1.

Casos sospechosos en AP y pruebas realizadas					
	<i>Sospechosos en AP</i>	<i>Prueba PCR</i>	<i>PCR +</i>	<i>%Prueba PCR</i>	<i>%PCR+</i>
<i>Día</i>	<i>2167</i>	<i>1325</i>	<i>145</i>	<i>61,1</i>	<i>10,9</i>
<i>20/04/2020</i>	<i>313</i>	<i>174</i>	<i>28</i>	<i>55,6</i>	<i>16,1</i>
<i>21/04/2020</i>	<i>246</i>	<i>166</i>	<i>20</i>	<i>67,5</i>	<i>12,0</i>
<i>22/04/2020</i>	<i>262</i>	<i>140</i>	<i>15</i>	<i>53,4</i>	<i>10,7</i>
<i>23/04/2020</i>	<i>181</i>	<i>113</i>	<i>21</i>	<i>62,4</i>	<i>18,6</i>
<i>24/04/2020</i>	<i>206</i>	<i>120</i>	<i>10</i>	<i>58,3</i>	<i>8,3</i>
<i>25/04/2020</i>	<i>52</i>	<i>36</i>	<i>6</i>	<i>69,2</i>	<i>16,7</i>
<i>26/04/2020</i>	<i>44</i>	<i>26</i>	<i>1</i>	<i>59,1</i>	<i>3,8</i>
<i>27/04/2020</i>	<i>245</i>	<i>164</i>	<i>9</i>	<i>66,9</i>	<i>5,5</i>
<i>28/04/2020</i>	<i>171</i>	<i>118</i>	<i>8</i>	<i>69,0</i>	<i>6,8</i>
<i>29/04/2020</i>	<i>172</i>	<i>111</i>	<i>7</i>	<i>64,5</i>	<i>6,3</i>
<i>30/04/2020</i>	<i>190</i>	<i>122</i>	<i>16</i>	<i>64,2</i>	<i>13,1</i>
<i>01/05/2020</i>	<i>28</i>	<i>18</i>	<i>1</i>	<i>64,3</i>	<i>5,6</i>
<i>02/05/2020</i>	<i>42</i>	<i>8</i>	<i>1</i>	<i>19,0</i>	<i>12,5</i>
<i>03/05/2020</i>	<i>15</i>	<i>9</i>	<i>2</i>	<i>60,0</i>	<i>22,2</i>
<i>04/05/2020</i>	<i>186</i>	<i>111</i>	<i>6</i>	<i>59,7</i>	<i>5,4</i>

*No están todas las PCR realizadas, sino solo aquellas en las que la PCR se solicitó tras apertura del episodio de probable infección por coronavirus por el MAP

A partir del 11 de mayo podemos realizar el mismo ejercicio en Atención Hospitalaria

Anexo 2.

	22/04/2020	23/04/2020	24/04/2020	25/04/2020	26/04/2020	27/04/2020	28/04/2020	29/04/2020	30/04/2020	01/05/2020	02/05/2020	03/05/2020
Casos confirmados por PCR	4555	4581	4627	4712	4733	4759	4794	4815	4848	4888	4902	4918
Casos no hospitalizados	2648	2666	2690	2770	2791	2814	2843	2850	2871	2909	2917	2928
Casos acumulados hospitalizados	1907	1915	1937	1942	1942	1945	1951	1965	1977	1979	1985	1990
Casos acumulados ingresados en UCI	129	129	129	129	130	130	130	132	132	132	133	133
Casos acumulados fallecidos	409	417	429	431	432	432	448	451	458	460	462	466
Casos acumulados confirmados en personal sanitario*	724	744	745	768	774	779	785	795	806	806	806	806
Proporción de casos acumulados confirmados en personal sanitario en relación al total de personal sanitario	4,8	5,0	5,0	5,1	5,2	5,2	5,2	5,3	5,4	5,4	5,4	5,4

* La población estimada de sanitarios se eleva en Navarra a 15.000 entre centros públicos y privado.

Anexo 3. Desarrollar una transición adaptada a las diferencias sociodemográficas y epidemiológicas de Navarra.

El objetivo es plantear una transición sostenible, que sea adaptada a una geografía variable y que se pueda desarrollar con distintos grados de intensidad.

El principio se basaría en limitar los movimientos de las personas, dentro de unas áreas desconectadas, (pueblos, barrios, distritos), con el objetivo de fragmentar la red de proximidad física en piezas separadas y así prevenir que el virus se desplace por todo el territorio.

Se podría buscar una adaptación a modelos que definen zonas “verdes”, cuando lleven un periodo sin ningún caso (15 días) y en cuya zona se puedan ir limitando menos los movimientos.

Dentro de una zona verde, los habitantes deberían sentirse tan seguros como cuando mantenían su inicial confinamiento individual, porque existen pruebas (una cantidad significativa de test negativos) que evidencian que el virus de la Covid-19 no está presente en esta zona.

En nuestro caso y si primáramos aspectos organizativos de salud y sociales, las Zonas Básicas de Salud (ZBS) podrían ser buenos puntos de partida. Si se incorporan otros criterios (económicos, laborales) se puede plantear otro modelo.

Este modelo debe contar con la colaboración con las entidades Locales, cercanía en la información a la ciudadanía, para informar de las medidas, compromiso social, pero también para la promoción de actividades saludables, ejercicio físico (al aire libre,).

La utilización de la Zona Básica como Unidad territorial para ir desarrollando una transición sostenible ya adaptada tiene como ventajas.

- Coincidencia de Servicios Sociales de base y Equipos de Atención primaria.
- Trayectoria de trabajo conjunto y coordinado.
- Implicación de las Administraciones Locales
- Población definida y con características sociales, culturales y económicas similares
- Coincidencia con valles y comarcas naturales

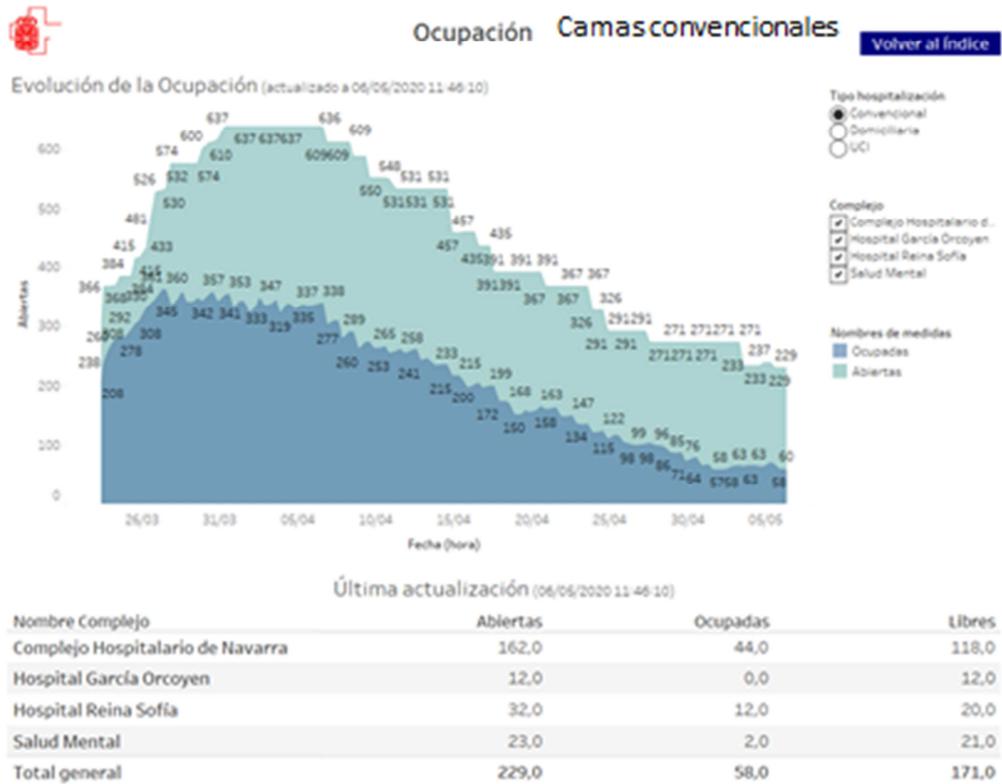
Criterios para la creación Unidades Territoriales Verdes.

- Evolución epidemiológica. Tasas bajas y no haber tenido casos en la comunidad en los últimos días.
- Densidad de población.
- Movilidad de población limitada
- Compromiso expreso de las Administraciones Locales.
- Coordinación efectiva de Servicios de Salud y Sanitarios.
- Vigilancia estrecha de contactos
- Disponibilidad de recursos de aislamiento.
- Existencia de planes sectoriales prioritarios. Educación, desarrollo económico, turismo.
- Plan de actuación en residencias de mayores y otros centros.

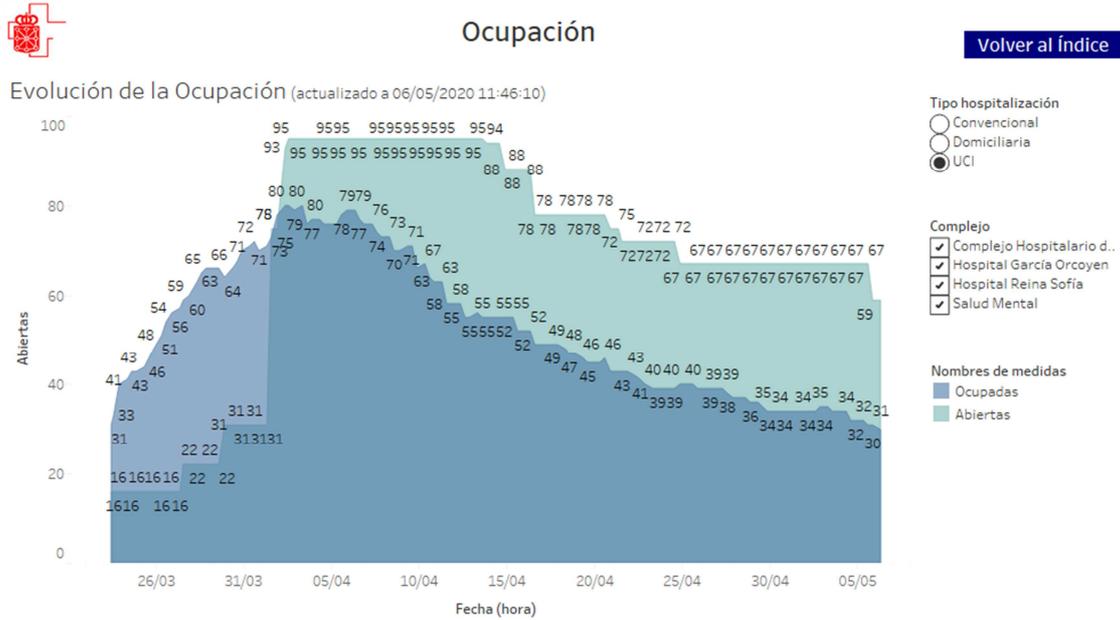
En este marco y con estos criterios, también se podría valorar además de la ZBS la utilización del Municipio o de la Merindad como Unidad Territorial Verde.

Anexo 4. Ocupación camas convencionales, puestos críticos y hospitalización a domicilio del SNS-O entre 25 marzo y 6 de mayo

Ocupación camas convencionales por pacientes COVID del SNS-O



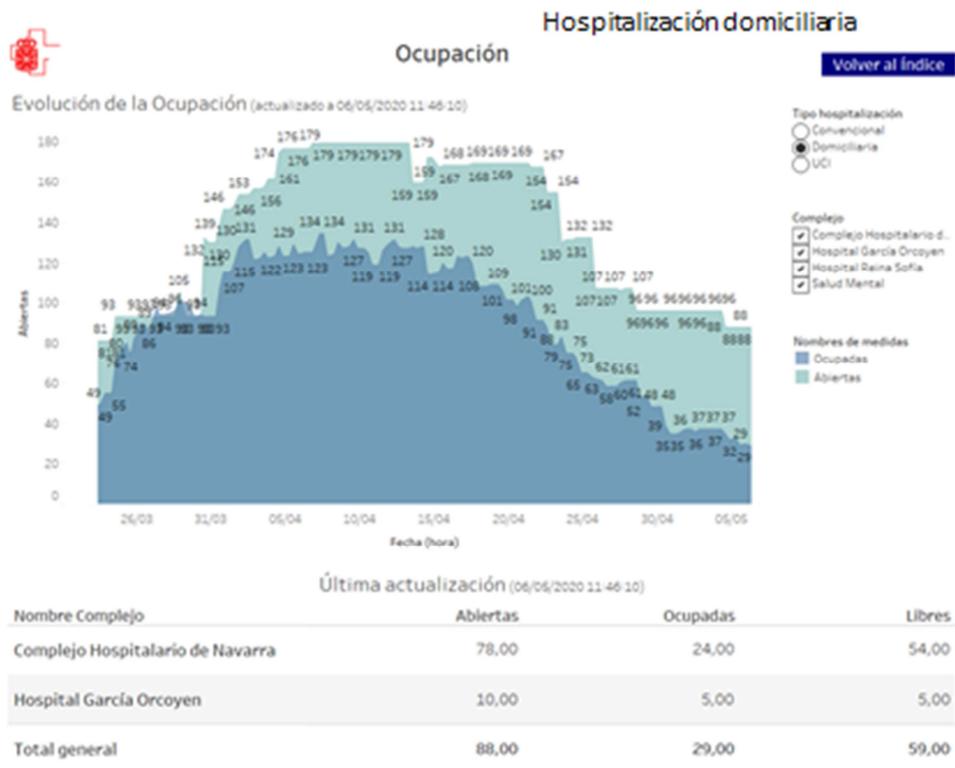
Ocupación puestos críticos del SNS-O del 25 marzo a 6 mayo por pacientes COVID. Hasta el día 1 de abril no se consiguió volcar automáticamente los puestos de UCI al cuadro de mandos pero la disponibilidad de las 95 camas estaba desde el inicio.



Última actualización (06/05/2020 11:46:10)

Nombre Complejo	Abiertas	Ocupadas	Libres
Complejo Hospitalario de Navarra	46,00	26,00	20,00
Hospital García Orcoyen	6,00	2,00	4,00
Hospital Reina Sofía	7,00	2,00	5,00
Total general	59,00	30,00	29,00

Ocupación hospitalización domiciliaria del SNS-O del 25 marzo a 6 mayo



Anexo 5. Modelo de gráfico de control para la detección temprana de un posible rebrote de COVID 19 realizado por la Universidad Pública de Navarra en trabajo conjunto con SNS-O.

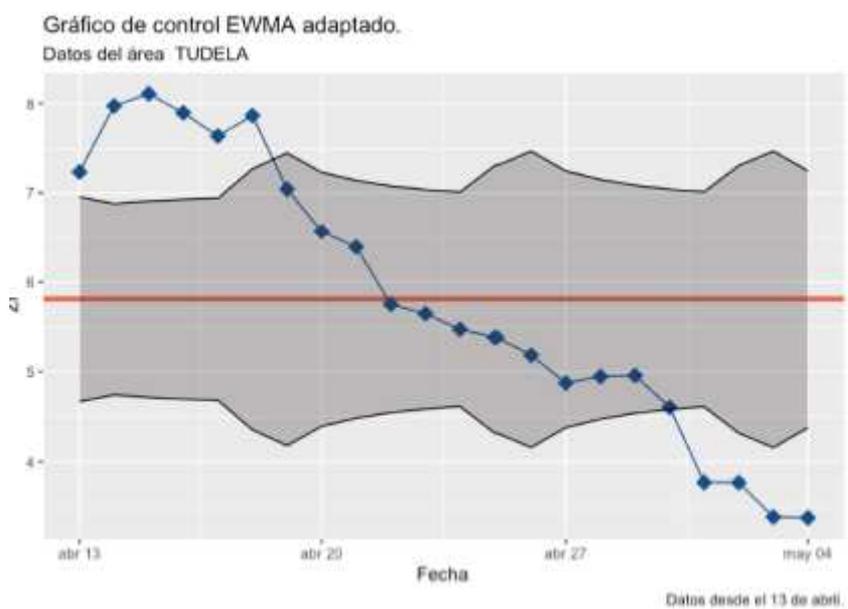
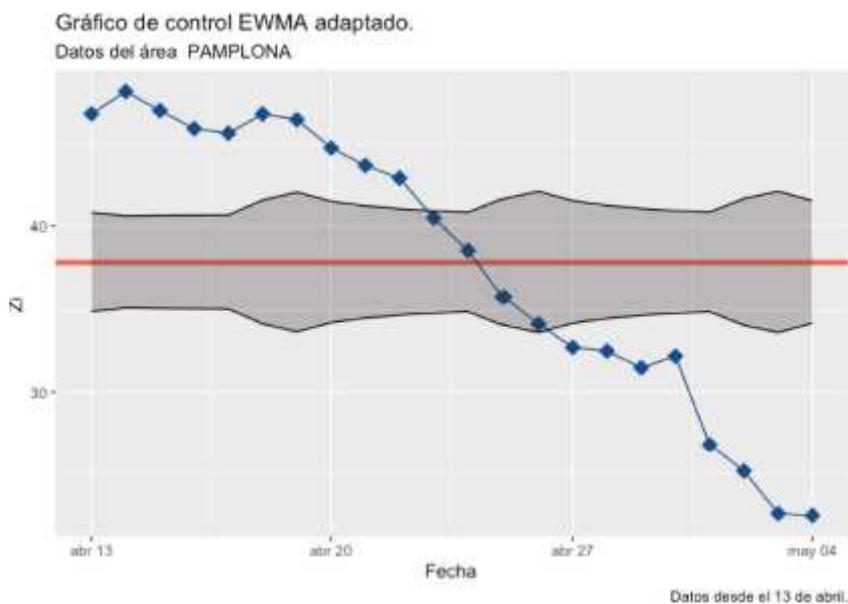




Gráfico de control EWMA adaptado.
Datos del área ESTELLA

