



Plan de Salud de Navarra 2014-2020

(Pendiente de aprobación por el Parlamento de Navarra)

Departamento
de Salud



Servicio de Investigación, Innovación y Formación Sanitaria
Departamento de Salud

Unidad Técnica de Coordinación y Redacción
M^a José Lasanta Sáez
M^a Isabel Sobejano Tornos
Inés Saenz de Pipaón Martínez de Virgala
Javier Gorricho Mendivil
Itxaso Mugarra Bidea
Luis Gabilondo Pujol

INDICE

PRESENTACIÓN	5
1. INTRODUCCIÓN.....	7
Contexto sanitario y social.....	8
Marco estratégico.....	10
Alcance del Plan de Salud.....	14
2. METODOLOGÍA.....	17
Fases de elaboración del nuevo Plan.....	17
La participación en la elaboración del Plan.....	22
3. DIAGNOSTICO DE SITUACIÓN	24
Factores Determinantes de la Salud.....	24
Estado de Salud.....	37
Sistema Sanitario.....	63
4. PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN	83
5. OBJETIVOS DE RESULTADOS.....	90
Objetivos Generales del Plan de Salud.....	90
Objetivos Específicos del Plan de Salud.....	91
6. PLAN DE ACCIÓN	98
Estrategias de Salud Prioritarias	98
Programas de Salud.....	100
Acciones Clave de cada Programa.....	102
7. TRANSFORMACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN.....	121
Nuevo Modelo de Atención.....	121
Estrategia y Modelo de Crónicos.....	123
8. INSTRUMENTOS ESTRATÉGICOS.....	129
Liderazgo y dirección facilitadora.....	132
Estructuras orientadas al paciente.....	134
Nuevos roles y perfiles	137
Financiación orientada a resultados.....	139
Pactos de Gestión Clínica Poblacional	141
Sistemas de Información Clínica y Evaluación Sanitaria	144
Políticas Interdepartamentales.....	151
Potenciación de la Salud Pública.....	154
Alianzas con Agentes Externos.....	155
Formación y Gestión del Conocimiento.....	157
Participación y transparencia.....	161
9. PRIORIDADES DE INVESTIGACIÓN.....	167
10. DESPLIEGUE DEL PLAN DE SALUD.....	173
Cronograma	173
Difusión del Plan.....	177
Responsabilidades	177
11. IMPACTO ECONÓMICO	183
12. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	186
Seguimiento del Plan de Acción	186
Evaluación de Resultados. Panel de Indicadores.....	189

COMITÉS**Comité Director**

Cristina Ibarrola Guillén. Directora General de Salud
 Juan José Rubio Vela. Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea
 Víctor Peralta Marín. Director Gerente del Complejo Hospitalario de Navarra
 Ignacio Yurss Arruga. Director de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea
 Alfredo Martínez Larrea. Director de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea
 María Luisa Hermoso de Mendoza Merino. Directora del Hospital García Orcoyen.
 Juan Ramón Rábade Iraíoz. Director del Hospital Reina Sofía.
 Luis Gabilondo Pujol. Director del Servicio de Investigación, Innovación y Formación

Colaboradores

Adriana Goñi Sarries	José María Escudero Berasategui
Alberto Sola Mateos	Julio Oteiza Olaso
Alfredo Martínez Larrea	Karmele Ayerdi Navarro
Álvaro Gimeno Aznar	Lluis Forga Llenas
Ana Fernández Navascués	Luis Otermin Fagoaga
Ana Guerra Lacunza	Luisa Josue Rípodas
Ana Isabel Zapata Elizari	M ^a Antonia Ramos Arroyo
Ana María Fernández Navascués	M ^a Dolores Gutiérrez Urretarazu
Antxon García Iriarte	M ^a José Ariz Arnedo
Aurelio Barricarte Gurrea	M ^a José Lezáun Larumbe
Aurora Salaberrí Nieto	M ^a Pilar Ollaquindía García
Begoña Artaso Irigoyen	M ^a Soledad Alcasena Juango
Begoña Flamarique Chocarro	Maidier Izco Sanz
Belén González Glaría	Mantxoni Lizaur Ezquieta
Belén Tirapu León	Manuel Cuesta Zurita
Borja Azaola Estevez	Manuela Sánchez Echenique
Carmen Garde Garde	Marga Echauri Ozcoidi
Cristina Arregui Apezteguía	María Ángeles Nuin Villanueva
Eduardo Mateo Miranda	María Arbona Celaya
Elena Algarra Cerdán	María Jesús Condon Huerta
Enrique Amoztegui Hermoso de Mendoza	María José Pérez Jarauta
Enrique Bernaola Iturbe	María Luisa Saldaña Lusaurreta
Eugenia Cano Cáceres	María Victoria Goñi Yanguas
Eva Urzainqui Osés	Marta Martín Vizcaíno
Eva Ardanaz Aicua	Marta Ugalde Jiménez
Félix Sánchez Valverde	Martín Echevarría Lus
Gregorio Tiberio López	Miguel Javier Zugasti Moriones
Guillermina Marí Puget	Natividad Viguria Sánchez
Inés Francés Román	Nicolás Martínez Velilla
Inés Plajá Martí	Nieves Ascunce Elizaga
Inmaculada Gimena Ramos	Nuria Lainez Milagro
Iñigo Alonso Segurado	Oscar Lecea Juárez
Isabel Rodrigo Rincón	Paulino González Diego
Itziar Gastón Zubimendi	Pilar Abaurrea Leoz
Ivonne Jericó Pascual	Pilar Cebollero Rivas
Jaime Gallego Cúllere	Pilar Montero Moso
Javier De Miguel Marqués	Román Lezaun Burgui
Javier Gost Garde	Rosa Larumbe Ilundain
Javier Hueto Perez de Heredia	Ruth Vera García
Javier Sesma Sanchez	Santiago Martínez Gorostiaga
Javier Zugasti Moriones	Tomas Belzunegui Otano
Jesús Berjón Reyero	Wifredo Soler Pérez
José Ignacio Calvo Sáez	

Integrantes de los Grupos de Trabajo de las Estrategias del Plan de Salud, de la Coordinación Sociosanitaria y de los Grupos de Pluripatológicos y Atención Sociosanitaria de la Estrategia de Crónicos.

PRESENTACIÓN

En agosto de 2012 el Departamento de Salud hizo pública su “Estrategia para el desarrollo del Modelo de Atención Sanitaria Pública de Navarra”, documento estratégico de legislatura orientado a promover un profundo cambio en el modelo de atención que hasta el presente viene prestando nuestro Sistema Sanitario.

Hoy me complace presentar el Plan de Salud 2014-2020, instrumento central de la planificación sanitaria, que ha de constituir el eje central de las políticas de salud de nuestro Sistema Sanitario para los próximos años.

Tanto la metodología participativa empleada en su elaboración como el proceso de exposición pública al que ha sido sometido nos ha permitido enriquecer el proyecto y promover un amplio consenso profesional y social en torno a sus objetivos y propuestas. En todo caso es al Parlamento Foral de Navarra a quien corresponde validar si se ha logrado concitar el alto nivel de consenso que un proyecto de esta naturaleza requiere dada su trascendencia y vigencia temporal.

A la hora de establecer sus estrategias el Plan de Salud no se ha limitado a priorizar únicamente intervenciones de alto impacto en términos de mortalidad o morbilidad sino que ha optado por promover intervenciones integrales con una concepción biopsicosocial.

Con la actual evolución demográfica, epidemiológica y social resulta imperioso que las intervenciones en salud consideren también aspectos tan relevantes como la discapacidad, el riesgo psicosocial, el empoderamiento del paciente, la calidad de vida relacionada con la salud e incluso su contribución a la sostenibilidad del Sistema.

El proyecto de acción que ahora presentamos identifica doce áreas prioritarias o Estrategias Integrales de Salud que se despliegan en un conjunto de Programas de Salud; establece Responsabilidades bien definidas, concreta Objetivos de Resultados y formula Metas e Indicadores medibles, que permitan evaluar y rendir cuentas de la eficacia y eficiencia de sus actuaciones.

El Plan de Salud no ha olvidado identificar los obstáculos que pudieran dificultar su efectivo desarrollo y para sortearlos propone implementar los instrumentos estratégicos necesarios que garanticen la utilidad y efectividad esperable de un instrumento de tal importancia estratégica. Con ello se pretende asegurar que las prioridades de salud establecidas se conviertan en prioridades reales de acción del Sistema Sanitario.

Se pretende lograr que el Plan de Salud constituya el eje central de la Gestión Clínica y ayude a trasladar los objetivos de salud tanto a los sanitarios como a los gestores.

Nuestro principal reto es lograr que todos los profesionales conozcan y asuman como propios los objetivos de salud, cuenten con los sistemas de ayuda necesarios para su desarrollo y compartan los criterios para evaluar el grado de avance alcanzado.

Pero la intervención en salud no se limita al campo de la atención sanitaria sino que amplía su radio de acción a todas las actividades, sanitarias o no, que inciden directamente en el nivel de salud y bienestar a nivel poblacional.

Necesitamos promover una nueva concepción de la salud pública que sitúe la “Salud en Todas las Políticas”, que nos implique más activamente en la intervención ante los factores educativos culturales, sociales, medioambientales etc. que son “determinantes” esenciales del nivel de salud de la población. Las políticas interdepartamentales y la colaboración con otros sectores y agentes de la comunidad resulta por tanto crucial.

Pero además, un sistema sanitario para ser realmente efectivo necesita mejorar sus estrategias de promoción de la salud dirigidas a lograr que los ciudadanos se responsabilicen e impliquen más activamente en el cuidado de su propia salud.

La Salud con mayúsculas es mucho más que la ausencia de enfermedad. Es un patrimonio personal y colectivo que entre todos podemos y debemos ser capaces de incrementar.

Pamplona 30 de mayo de 2014
Marta Vera Janín
Consejera de Salud. Gobierno de Navarra.

1. INTRODUCCIÓN

El Plan de Salud es el instrumento principal de la planificación en salud de un territorio, en el cual se establecen las prioridades de intervención sanitaria, se fijan objetivos y se definen los programas necesarios para mejorar los resultados en salud en la comunidad.

La formulación del Plan de Salud es además un mandato legal. Tanto la Ley General de Sanidad como la Ley Foral de Salud establecen el carácter preceptivo del Plan de Salud como instrumento de planificación estratégica sanitaria.

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.

Por definición los Planes de Salud trascienden a las legislaturas y tienen carácter estratégico ya que en el mismo se establecen las prioridades, se planifican las estrategias y se promueven acciones e iniciativas de cambio con el largo alcance necesario para mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de la comunidad.

La realización de un Plan de Salud exige un previo análisis de la situación de salud de la población, un conocimiento adecuado de sus determinantes, y un análisis de los factores condicionantes y de las posibles alternativas de intervención y de su contribución esperada a la mejora de los niveles de salud, con particular pero no exclusiva atención a la intervención de los servicios sanitarios.

El Plan de Salud prioriza estrategias y programas y define las acciones que se considera que en mayor medida pueden contribuir a mejorar el nivel global de salud de la población y focaliza la atención en la evaluación y monitorización del progreso alcanzado por dichos programas.

En materia de salud priorizar ha de entenderse como una garantía adicional de lograr resultados en los programas de mayor impacto, pero sin que ello suponga o pueda suponer merma alguna del derecho que asiste a todos los ciudadanos a ser asistido por el Sistema Sanitario del problema que le aqueje, por infrecuente que éste sea.

El Plan de Salud 2014-2020 que ahora se presenta ha venido precedido de tres Planes anteriores que obedecían a contextos sanitarios muy diferentes al actual y partían de concepciones y principios bastante diferentes entre sí.

El primer Plan de Salud 1991-2000, elaborado con anterioridad a las transferencias sanitaria del Insalud, se sustentaba en la estrategia promovida por la OMS “Salud para Todos en el año 2000” y tenía una concepción integral. Centraba buena parte de su atención en los determinantes de la salud y sus objetivos estaban algo alejados de los servicios asistenciales a los que consideraba como un condicionante más del estado de salud.

Por su parte el Plan de Salud 2001-2005, con una visión más pragmática, trataba de pasar de enunciados y objetivos en salud a la identificación de las acciones y cambios necesarios. Centraba su atención en 5 Áreas de Intervención Prioritaria que abordaba con una concepción integral y otorgaba un rol destacado a la mejora de los servicios sanitarios resaltando su influencia proporcional en el resultado final del nivel de salud, y se centraba en especial en el desarrollo de la atención primaria y de los servicios de rehabilitación.

A diferencia de los dos Planes anteriores el Plan de Salud 2006-2012 no se limitaba a desarrollar objetivos y programas orientados a la mejora de la salud y a la atención de procesos prioritarios sino que abordaba también ámbitos e instrumentos propios de la organización y gestión del Sistema sanitario, promovía el uso racional del medicamento o el desarrollo de la Hª CIª informatizada, etc.

La experiencia adquirida en estos años en todo el Estado en relación con la eficacia y dificultades de los Planes de Salud y la evidencia del grado de efectividad de los Planes anteriores han permitido a los redactores formular un nuevo modelo de Plan de Salud 2014-2020 que trata de conjugar sus aspectos positivos y tratar de superar sus limitaciones, obviamente adaptándolas al contexto actual.

Contexto sanitario y social.

Como podrá observarse en el resumen del Diagnóstico de Situación que incluimos en este documento, en los últimos años los indicadores que hacen referencia al nivel de salud de Navarra son en general muy favorables. Navarra es la Comunidad que presenta la esperanza de vida al nacer más elevada. En la década del 2001-2010 la esperanza de vida ha seguido aumentando, en más de 2 años, en buena parte debido al importante descenso de las causas de muerte de origen cardiovascular en ambos sexos y el de la mortalidad por accidentes de tráfico.

Navarra ha venido gozando de un entorno general saludable, con una disposición y variedad de los alimentos muy elevada, la calidad del aire y del agua de consumo es en general satisfactoria y la gestión de los residuos bastante razonable. También los riesgos industriales y profesionales venían mostrando una tendencia a disminuir.

Incluso los llamados determinantes sociales de la enfermedad podían considerarse muy aceptables en términos comparativos y nuestros índices de desarrollo humano y de desigualdad social han venido siendo similares a los de los países desarrollados.

No obstante en los últimos años el contexto socioeconómico ha variado de manera muy significativa. Aunque mantenemos unos indicadores socioeconómicos globales favorables sin embargo la crisis ha impactado notablemente en la tasa de desempleo lo que está repercutiendo en los indicadores de cohesión social, y de perdurar podrían afectar a los indicadores de salud, con especial repercusión entre los colectivos socialmente más desfavorecidos.

La sociedad actual se caracteriza por la diversidad y por el cambio permanente lo cual afecta tanto a los determinantes y condicionantes socioeconómicos como a los culturales, valores, estilos de vida, modos de relación social, etc. y determina la aparición de nuevos o emergentes problemas de salud.

Nuestro Sistema Sanitario sigue enfrentándose a los retos comunes a los países desarrollados pero a ellos se ha unido la preocupación por los problemas sanitarios que puedan derivarse de los importantes cambios en los determinantes socioeconómicos.

El sedentarismo y la alimentación inadecuada está provocando un aumento explosivo de la prevalencia de obesidad tanto en adultos como en niños con el consiguiente incremento de enfermedades crónicas: diabetes, HTA, etc.

Por otra parte el consumismo sanitario no solo genera un notable incremento de la demanda de servicios, lo que afecta a la sostenibilidad del Sistema, sino que comporta una creciente medicalización de la vida y hace a los ciudadanos excesivamente dependientes del sistema sanitario con la consiguiente pérdida de autonomía y aumento de la yatrogenia.

Así mismo el aumento considerable de las patologías crónicas vinculado al progresivo envejecimiento de la población pero derivado también en buena parte de la generalización de hábitos no saludables, está provocando cambios muy significativos en la carga de enfermedad de la población.

Frente a cambios tan significativos en el patrón epidemiológico y en los hábitos de la población resulta imprescindible que el Sistema Sanitario se responsabilice y desarrolle estrategias activas para promover una mayor implicación y capacitación del ciudadano en el cuidado de su propia salud, fomentando conductas y estilos saludables de vida.

Pero además esta nueva realidad epidemiológica se acompaña de un aumento muy significativo de la población dependiente lo que conlleva una considerable merma de la calidad de vida del paciente y de su entorno familiar y conlleva un incremento muy notable de las necesidades de intervención sociosanitaria.

Afortunadamente Navarra goza aún de un elevado nivel de cohesión social y familiar lo cual ha permitido amortiguar el impacto en la salud que puede derivarse de un profundo cambio en los determinantes socioeconómicos. Sin embargo ello no nos debe hacer minusvalorar la importancia del impacto que la crisis económica puede tener en los colectivos sociales más frágiles y vulnerables.

Nos ha de preocupar en particular la detección e intervención adecuada y temprana frente a las situaciones de riesgo psicosocial en niños y mayores y la identificación y corrección de las crecientes desigualdades en resultados en salud que pudieran derivarse.

Ante esta nueva realidad social y sanitaria precisamos desarrollar nuevos modelos de intervención integral e intersectoriales que pueden tener un mayor impacto en el nivel de salud de la sociedad. Necesitamos superar el modelo biomédico y prestar más atención a los cuidados sanitarios y sociales que repercuten de manera directa en la calidad de vida de los ciudadanos.

Marco estratégico.

En Agosto de 2012 el Departamento de Salud hizo pública su “*Estrategia para el desarrollo del Modelo de Atención Sanitaria Pública de Navarra*” documento que constituye una auténtica hoja de ruta de la legislatura y en el que se contemplan un conjunto de proyectos estratégicos orientados a promover un profundo cambio en el modelo de atención que hasta el presente viene prestando nuestro Sistema Sanitario.

El cambio propuesto se dirige a desarrollar un Nuevo Modelo de Atención eficiente y centrado en el Paciente. Pretendemos garantizar una atención de elevada calidad técnica más orientada a las necesidades del paciente y que ofrezca una atención verdaderamente integrada para superar la actual fragmentación del Sistema. Y sobre todo creemos necesario promover la corresponsabilidad de ciudadanos y pacientes en el cuidado de su propia salud.

El documento está concebido como un Plan Estratégico y en él se definen la Misión, Visión, Valores y Principios del Sistema Sanitario, que en buena lógica inspiran también el desarrollo del presente Plan de Salud.

Tal como se refleja en dicho documento, la **Misión** del Sistema Sanitario Público no se limita a prestar atención sanitaria a los ciudadanos de Navarra sino que “**trata de contribuir a mejorar su nivel de Salud de manera proactiva**”, siendo precisamente el Plan de Salud el instrumento estratégico esencial para ello.

Por lo que hace referencia a la **Visión** del Sistema se alude a que “aspiramos a lograr un sistema sanitario centrado en el paciente, sostenible, resolutivo, innovador, y abierto a la sociedad a la que da servicio”.

Los **Valores y Principios** del nuevo modelo de atención sanitaria que el Plan Estratégico del Departamento aspira a promover y compartir son:

- 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.
- Orientación a resultados.
- Concepción de calidad integral (Calidad técnica + calidad percibida + eficiencia social).
- Atención integrada.
- Práctica clínica basada en datos.
- Compromiso e implicación profesional en la mejora continua.
- Compromiso de desarrollo profesional.

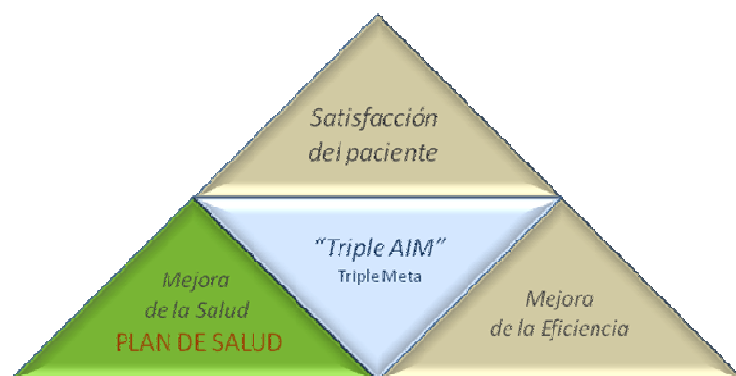
En dicho documento se establecen un conjunto de Proyectos agrupados en torno a 7 Líneas Estratégicas y 4 Estrategias Instrumentales que se alinean **con el objetivo estratégico esencial de promover y apoyar el desarrollo de un nuevo modelo de atención.**

La peculiaridad de este singular Plan Estratégico es que sus Líneas Estratégicas se corresponden con los Atributos del nuevo Modelo de Atención que se pretende promover

Se consideró que ésta era la mejor manera de lograr un impacto efectivo sobre el modelo de atención.

Desde el primer momento la estrategia se orientó al logro de resultados medibles desde una triple perspectiva o “Triple AIM” que no es sino una simplificación y adaptación al sistema sanitario del concepto de Calidad Total.

Triple AIM o Calidad Total en el Sistema Sanitario



El concepto “Triple AIM” fue introducido en el 2007 por Donald M. Berwick y promulga que la mejora continua del sistema de atención de la salud requiere la búsqueda simultánea de tres objetivos o metas.

La citada estrategia se formuló por tanto como una interrelación entre Líneas e Instrumentos Estratégicos que junto al Plan de Salud configuran el mapa estratégico del Departamento de Salud para los próximos años, que se representa en el diagrama adjunto.

El Plan de Salud define los “Objetivos de Salud” que junto a otros “Objetivos de Gestión” ligados a la eficiencia y satisfacción del paciente configuran los objetivos estratégicos generales del Sistema

En el momento en que se redactó la “Estrategia para el desarrollo del Modelo de Atención Sanitaria Pública de Navarra” estaba en vigor el Plan de Salud 2006-2012. Aún no se había iniciado la elaboración del nuevo Plan de Salud pero ya se empezaron a definir algunas de las principales estrategias de acción que ahora toman forma.

El nuevo Plan de Salud toma en consideración, los Objetivos y Proyectos Estratégicos ya establecidos en la estrategia del nuevo modelo y los desarrolla y complementa.

Se reflejan a continuación los Objetivos Estratégicos que figuran en el Plan Estratégico.

MAPA ESTRATÉGICO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD



Aunque la relación entre ambos tipos de objetivos es muy difusa se han señalado en color verde aquellos objetivos más propios del Plan de Salud por estar vinculados a los Resultados en Salud, en tanto que se identifican en azul los que hemos estimado más relacionados con la gestión más vinculados a la Sostenibilidad del Sistema Sanitario.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL DEPARTAMENTO Y SU RELACIÓN CON EL PLAN DE SALUD

		OBJETIVOS ESTRATÉGICOS			
ESTRATEGIAS NUEVO MODELO DE ATENCIÓN	CORRESPONSABILIDAD en el cuidado de la Salud	Promover el autovalimiento y prevenir la discapacidad.	Promover el autocuidado en salud.	Potenciar la prevención y la promoción intersectorial	RESULTADOS EN SALUD
	ORIENTACIÓN A LA NECESIDAD	Promover la priorización clínica.	Adecuar los modelos de atención a las necesidades	Identificar necesidades de ciudadanos y pacientes	
	ATENCIÓN INTEGRADA	Coordinación sociosanitaria.	Impulsar la Gestión por Procesos Integrados.	Desarrollar un Estrategia integral de atención a crónicos.	
	CALIDAD TÉCNICA	Promover el abandono de técnicas de baja utilidad	Desarrollar herramientas de evaluación de la calidad.	Impulsar la práctica clínica basada en la evidencia.	
	COMPROMISO PROFESIONAL	Mejorar la comunicación interna	Promover la implicación de los profesionales en la innovación y mejora continua.	Promover una gestión clínica orientada a resultados.	
	AGILIDAD Y ACCESIBILIDAD	Mejorar la accesibilidad horaria y los sistemas de citación.	Garantizar una atención oportuna en el tiempo.	Rediseñar los circuitos asistenciales centrándolos en el paciente.	
	USO EFICIENTE	Promover el uso eficiente de los recursos	Promover el uso racional del medicamento.	Promover el uso razonable de los servicios públicos y canalizar las demandas al recurso idóneo.	
	EFICIENCIA - SOSTENIBILIDAD				

Para su desarrollo el Plan Estratégico del 2012 se desplegó en un conjunto de Proyectos:

Proyectos Estratégicos definidos en el Plan Estratégico 2012

Estrategia de atención integrada a pacientes Crónicos	Programa de mejora de la Atención Continuada y Urgente
Programa de Autocuidados, información y capacitación de los ciudadanos	Aumento de la capacidad resolutive de la Atención Primaria
Programa de prevención de los riesgos en la infancia, adolescencia y juventud	Programa de mejora de la accesibilidad a la Asistencia Especializada
Nuevo Plan de Drogodependencias	Potenciación de la CMA, de la hospitalización de día y domiciliaria
Detección de Cáncer Colorrectal	Plan de Mejora de Atención Primaria
Plan de Coordinación Sociosanitaria	Plan de Gestión y priorización clínica de las Listas de Espera
Estrategia del Paciente Oncológico	Nuevos canales de comunicación con los ciudadanos
Estrategia integral de atención a las Demencias	Segmentación de pacientes y priorización clínica
Plan de evaluación y mejora de la Calidad Asistencial	Plan de comunicación del uso racional de los recursos sanitarios
Plan estratégico de Salud Mental	Estrategia de uso racional del medicamento y despliegue de receta electrónica
Cuidados Paliativos	Uso racional de prótesis y material sanitario
Dirección por objetivos	Participación y comunicación interna

En desarrollo de dicha estrategia, en agosto del 2013 y tras un amplio proceso participativo, el Gobierno de Navarra aprobó la “*Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos*”; proyecto en fase de implantación y cuya orientación estratégica ha logrado concitar un amplísimo consenso tanto social como profesional.

En este período ya se han puesto en marcha varios de los proyectos como el “*Nuevo Plan de Drogodependencias*”, el “*Programa de detección de Cáncer Colorrectal*”, el “*Plan estratégico de Salud Mental*”, ha culminado su extensión el “*Plan de Mejora de Atención Primaria*”, se ha desplegado la “*Receta Electrónica*”, y ha visto la luz el nuevo “*Portal de Salud*”.

Especial trascendencia para el desarrollo del Plan de Salud tiene el hecho de que también en este período se ha logrado realizar la primera “*Segmentación de la Población*” que ha permitido identificar a la población de pacientes crónicos que van a ser objeto de intervención prioritaria y se ha culminado la elaboración de la “*Estrategia de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos*” a la cual dedicaremos el siguiente apartado de este capítulo.

Se ha diseñado también la “*Estrategia integral de atención a las demencias*”, cuya implementación se realizará en el marco del programa de crónicos.

El resto de proyectos estratégicos siguen también en desarrollo con distinto nivel de avance.

Obviamente durante el proceso de elaboración del nuevo Plan de Salud se ha complementado la reflexión estratégica, lo que ha permitido concretar mucho mejor los distintos proyectos estratégicos y han aflorado nuevos objetivos estratégicos que no figuraban en el documento primitivo, como por ejemplo la Seguridad del Paciente.

Alcance del Plan de Salud

Si la misión principal del Sistema Sanitario es elevar el nivel de salud de la población el objetivo prioritario de todo Plan de Salud ha de ser lograr que el Sistema Sanitario se oriente realmente al logro de resultados en Salud en términos poblacionales.

Aunque de manera generalizada aceptamos la definición de Salud promulgada por la OMS como el "estado de bienestar físico, mental y social", sin embargo la realidad es que el sistema sanitario continúa centrado en exceso en el modelo biomédico. Por ello el Plan de Salud 2014-2020 incorpora nuevas variables tales como la promoción de la salud, el bienestar emocional, la prevención de riesgo psicosocial, la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud, la equidad en los resultados de salud, la promoción de la autonomía personal o a la reducción de la discapacidad.

El Plan de Salud 2014-2020 establece por tanto Objetivos Sanitarios y pretendemos que suponga un antes y un después en la cultura de orientación de la organización a los Resultados en Salud e implique un salto cualitativo en el desarrollo de los sistemas de evaluación.

Aunque como se ha señalado la relación entre objetivos de salud y objetivos de gestión es estrecha y difusa, se ha considerado oportuno limitar el alcance del Plan de Salud a los objetivos más directamente vinculados a los Resultados de Salud.

Junto a los Objetivos y Programas de Salud el nuevo Plan de Salud 2014-2020 incorpora también los Instrumentos Estratégicos que se han considerado necesarios para garantizar su adecuada implementación y efectividad.

Por otra parte quienes han evaluado la utilidad de los Planes de Salud aplicados en nuestro país insisten en que su incuestionable importancia estratégica se ve con frecuencia empañada por la existencia de importantes barreras que dificultan que los Planes tengan la efectividad real esperable de un instrumento de tal importancia.

Los factores que restan eficacia a los Planes de Salud hacen referencia a la carencia de instrumentos de implementación que garanticen la coherencia entre las prioridades de la Planificación y las prioridades de Gestión, así como la inadecuada asignación de recursos y sobre todo y ante todo las insuficiencias en los sistemas de evaluación de resultados.

Por ello, tomando en consideración las recomendaciones de los expertos, el nuevo Plan de Salud 2014-2020 incorpora una serie de Instrumentos Estratégicos para lograr que aquello que se defina como prioridad de salud realmente acabe siéndolo.

Para lograr que los Planes de Salud sean realmente útiles resulta imprescindible actuar simultáneamente en un triple frente:

- Promover los nuevos Modelos de Atención.
- Desarrollar instrumentos para lograr que los objetivos de gestión y gestión clínica del Sistema Sanitario se alineen con las prioridades de salud.
- Impulsar estrategias interdepartamentales que promuevan la “salud en todas las políticas”.

El instrumento estratégico por antonomasia para el logro de muchos de los Objetivos previstos en el Plan de Salud es sin duda el nuevo Modelo de Atención de Crónicos.

En el Plan de Salud se definen algunas estrategias de salud, que hacen referencia a procesos crónicos tales como “Prevención y atención de enfermedades vasculares”, o “Prevención y atención de enfermedades respiratorias”. En estos casos es importante señalar que el Plan de Salud pone el acento en los resultados de salud a lograr en tanto que la “Estrategia de crónicos” se incorpora al propio Plan como una herramienta general de transformación del modelo de atención. Así concebido en las Estrategias de Salud se define “lo que se pretende lograr” en tanto que en la Estrategia de Crónicos se hace referencia a “a la metodología para lograrlo”.

El nuevo Plan de Salud 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.

El principal reto de todo Plan de Salud es lograr que todos los profesionales conozcan y asuman como propios los objetivos de salud que se pretenden alcanzar y compartan los criterios para evaluar el grado de avance alcanzado. Se pretende lograr que el Plan de Salud constituya el eje central de su Gestión Clínica y que ayude a los sanitarios a complementar su visión asistencial, habitualmente centrada en la demanda, con una nueva visión de salud más poblacional y centrada en las verdaderas necesidades del paciente.

Pero además es necesario que los objetivos del Plan de Salud pasen a formar parte, junto a la sostenibilidad y a la mejora de la atención al paciente, de los tres objetivos clave de todo responsable de gestión sanitaria. Incorporar los resultados de salud a la ecuación nos permitirá superar la inadecuada concepción de la eficiencia medida en términos de productividad de la actividad realizada que nos lleva a realizar cada día más y más actos de dudoso valor añadido en términos de salud. Afortunadamente la informatización de la Historia Clínica y el desarrollo de los sistemas de información clínica permiten hoy evaluar resultados clínicos.

Pero para conseguir buenos resultados en salud no basta con la intervención en el campo de la atención sanitaria. El nivel de salud de una comunidad no depende únicamente de la asistencia sanitaria que prestan. Es necesario ampliar el radio de acción a todas las actividades, sanitarias o no, que inciden directamente en el nivel de salud y bienestar a nivel poblacional.

Con frecuencia, incluso los propios sanitarios, minusvaloramos la importancia de lo proactivo, intersectorial y comunitario.

En los últimos años se está fraguando un cambio trascendental para el futuro de la salud pública que se formaliza en el 2010 en la llamada Declaración de Adelaida sobre la “Salud en Todas las Políticas”. Necesitamos alumbrar un nuevo modelo de salud pública que nos ayude a situar la estrategia de salud al más alto nivel de Gobierno, favoreciendo y haciendo esencial las políticas interdepartamentales en particular con Educación y Política Social.

La demostrada eficacia de intervenciones comunitarias en campos tan distintos como la prevención de accidentes de tráfico o de reducción del tabaquismo son un buen ejemplo del tipo de intervenciones efectivas y sostenibles.

Por último debemos señalar que aunque el Plan de Salud centra sus objetivos en los resultados en salud, no elude tampoco su contribución a la sostenibilidad del Sistema Sanitario, si bien su aportación a la eficiencia se centra en la mejora en la efectividad de las acciones encaminadas a promover la salud y prevenir y controlar la enfermedad. No se ha considerado oportuno incluir como objetivos propios de este Plan de Salud los objetivos de “gestión” sanitaria ni las intervenciones de carácter macroeconómico que entendemos más propias del Plan Estratégico, sin que ello suponga minusvalorar su importancia.

2. METODOLOGÍA

La metodología general empleada para la definición del Plan ha sido mixta TopDown / BottomUp de forma que inicialmente se formularon las estrategias y objetivos generales así como uno objetivos específicos provisionales que posteriormente se reformularon e integraron a la vista de los objetivos específicos y de las propuestas concretas formuladas por los profesionales participantes en los distintos Grupos de Trabajo.

La coordinación del Plan ha correspondido a la Sección de Innovación y Evaluación del Servicio de Investigación, Innovación y Formación Sanitaria del Departamento de Salud. El Equipo de Coordinación asumía la función de elaborar los documentos base y facilitar y coordinar los procedimientos de participación en las diferentes etapas de todo el proceso.

Fases de elaboración del nuevo Plan

Las Fases del proceso de formulación del Plan se reflejan en el diagrama adjunto.



Fase I. Diagnóstico de necesidades

En el presente Plan de Salud se incluyen un resumen del Diagnóstico de Situación elaborado por el Departamento de Salud en el año 2012.

En dicho documento, de cerca de 200 páginas, se realizó un análisis exhaustivo de la situación de salud de Navarra, se profundizó en la realidad de la población, su estado de salud, los factores determinantes de la misma, en la situación del sistema sanitario sus recursos, servicios y prestaciones, etc. Puede accederse a una copia íntegra del documento en el enlace siguiente: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/21DDBA10-A8D3-4541-B404-7A48827D3CFF/278428/DIAGNOSTICOSITUACION2.pdf>

Una treintena de profesionales de la salud y de otros Departamentos del Gobierno de Navarra participaron en el proceso, elaborando diversos indicadores específicos de situación sobre materias pertenecientes a sus áreas competenciales y de conocimiento.

La identificación de los llamados problemas emergentes, se realizó mediante un cuestionario remitido a todos los Centros de Salud de Navarra para ser cumplimentado de manera conjunta con todo el personal del Equipo.

Fase II. Reflexión y formulación estratégica general

Tras la evaluación del Plan anterior y la identificación y análisis de las necesidades y la correspondiente revisión bibliográfica el Equipo de Coordinación bajo la superior Dirección del Departamento de Salud procedió a realizar la necesaria reflexión estratégica y a una formulación general del Plan.

Fruto del proceso de reflexión se estableció que el enfoque esencial del nuevo Plan sería su Orientación a Resultados en Salud de carácter poblacional, con una concepción biopsicosocial. Así mismo se determinó que su desarrollo se realizaría mediante el despliegue de Estrategias Integrales de Salud.

El esquema que sigue trata de reflejar la concepción general del Plan de Salud



La metodología empleada parte de la definición previa y priorización de los Objetivos de Resultado que pretendemos lograr y solo después se cuestiona sobre qué determinantes, problemas, patologías o perfiles de pacientes sería prioritario actuar.

Una vez priorizados los problemas de salud sobre los que se pretende incidir analizamos si en la actualidad disponemos del nivel de conocimiento necesario para intervenir de manera efectiva y eficiente. La respuesta a esta pregunta nos permite identificar dos tipos de prioridades: prioridades de acción y prioridades de investigación.



Conforme a dicha filosofía se procedió a:

- Se definieron los **10 Principios Generales de Intervención** en Salud que habrían de inspirar todo el Plan.
- Se formularon **8 Objetivos Estratégicos de Resultados** con una concepción biopsicosocial.
- Se priorizaron un total de **12 Estrategias Integrales de Intervención en Salud**.
- Adicionalmente se identificaron una serie de **Prioridades de Investigación** que se incluyen en el Capítulo correspondiente.

Para la priorización de las Estrategias de Intervención se tomó en consideración la magnitud, transcendencia sanitaria y social y el impacto de cada una de las estrategias analizadas en el logro de los Objetivos Estratégicos de Resultados predefinidos. Se priorizaron aquellas que pudieran tener un impacto significativo en la mayoría de los objetivos de salud perseguidos, no únicamente en términos de mortalidad o morbilidad, sino también en aspectos tan relevantes como la discapacidad, el empoderamiento del paciente, o al riesgo psicosocial, la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud e incluso su contribución a la sostenibilidad del Sistema.

También fueron consideradas variables como la vulnerabilidad, factibilidad, coste beneficio, etc. pero estos factores han tenido más influencia en la selección de las Acciones Clave a acometer en cada caso que en la propia priorización de las propias Estrategias.

Fase III Formulación de propuestas de Objetivos Específicos y Acciones de cada Estrategia

Con objeto de definir los Objetivos Específicos y Acciones se constituyó un Grupo de Trabajo para cada una de las Estrategias.

Los grupos se concibieron con una visión integral de forma que estaban integrados por profesionales del ámbito de la Salud Pública, de la gestión de los servicios de salud, de Atención Primaria, de Asistencia Especializada, de Trabajo Social, e incluso de otros Departamentos y ámbitos no sanitarios. Se buscaron personas con conocimientos sobre el tema, con experiencia práctica, puntos de vista complementarios, actitud colaboradora y capacidad de consenso y de trabajo en equipo.

Se encomendó a cada uno de los Grupos de Trabajo que formularan propuestas de Objetivos Específicos, Metas e Indicadores orientados al logro de los Resultados Estratégicos y Generales del Plan de Salud.

La metodología propuesta a los Grupos consistía en concretar la contribución de cada una de las Estrategias de Acción al logro de los distintos Objetivos Generales de Resultados propuestos en el Plan. A modo de ejemplo desde la Estrategia de Salud Mental se podría contribuir a la reducción de la Mortalidad mediante la prevención del suicidio y la reducción de la sobremortalidad por causas orgánicas observada en pacientes con Trastorno Mental Grave.

Siempre que se disponía de la información suficiente se trató de definir también las correspondientes Metas de Resultado en cada Estrategia.

Metas	GENERAL	Salud Mental	Cáncer	Cardio y cerebrovasculares	Demencia y otras neurodegenerativas	Respiratorias	Seguridad del paciente	Promoción y autocuidados	Prevención infantil/juvenil	Sociosanitaria y dependencia
1. Disminución de la mortalidad prematura y evitable aumentando la esperanza de vida.										
1.1 Disminuir la mortalidad prematura										
1.2 Disminuir la mortalidad evitable										
1.3 Disminuir la mortalidad infantil										
2. Disminución de la morbilidad y severidad de determinadas patologías										
2.1 Disminuir la incidencia de las enfermedades prioritarias										
2.2 Disminuir la prevalencia de las enfermedades prioritarias										
2.3 Disminuir la severidad y las complicaciones de las enfermedades prioritarias										
3. Disminución de la discapacidad y promoción de la autonomía personal										
3.1 Aumentar los años de vida libre de discapacidad.										
3.2 Reducir las causas evitables de discapacidad										
3.3 Promover la autonomía personal y prevenir el deterioro funcional										
3.4 Promover la máxima recuperación funcional tras episodios generadores de discapacidad y dependencia										
3.5 Capacitar y apoyar a las personas cuidadoras para promover su salud y mantener un cuidado efectivo.										

En cada Estrategia se concretan los objetivos específicos a conseguir para contribuir al logro de los Objetivos de Resultados previstos

Fase IV. Priorización de Objetivos Específicos de Resultados del Plan

A la vista de los Objetivos Específicos propuestos en cada una de las Estrategias se seleccionaron, reformularon y concretaron los Objetivos Específicos de Resultados del Plan de Salud que constituyen en definitiva un compendio general adecuadamente priorizado de los Objetivos Específicos identificados para cada Estrategia.

Los Objetivos Específicos de Resultados han sido formulados de tal manera que sea susceptible de evaluación directa mediante uno o varios indicadores lo que permitirá monitorizar de manera objetiva el logro de los resultados perseguidos.

Se ha prestado especial atención a evitar que la priorización deje fuera a determinados colectivos de pacientes. Dado el enfoque biopsicosocial y el carácter transversal de muchas de las acciones previstas todos los ciudadanos de Navarra habrán de verse beneficiados por el desarrollo del presente Plan, en mayor o menor grado en función de sus necesidades de salud. De igual modo todos los profesionales sanitarios han de verse implicados en su desarrollo.

Fase V. Estructuración del Plan de Acción

Definidos los Objetivos de Resultados se procedió a concretar y estructurar el Plan de Acción preciso para lograrlos. Para ello se priorizaron las acciones propuestas por los grupos de trabajo de cada estrategia tomando en consideración su previsible impacto en salud como su factibilidad, coste beneficio, etc.

Se ha optado por estructurar el Plan de Acción por Estrategias, Programas y Acciones Clave de forma que pueda establecerse un Cronograma y una estructura funcional de Responsabilidades bien definida y coherente.

Las estrategias priorizadas enlazan también y son coherentes con el conjunto de actuaciones estratégicas del Sistema Sanitario Público de Navarra.

Fase VI. Instrumentos estratégicos

Una de las señas de identidad de este Plan es sin duda el amplio desarrollo que se concede a los Instrumentos Estratégicos por cuanto se considera que constituyen el factor crítico para el efectivo logro de los resultados pretendidos de forma que aquello que se ha definido como una prioridad de salud se constituya realmente en el eje central de la Gestión Clínica y de las Estrategias de Gestión de la Organización.

Los instrumentos y elementos clave identificados hacen referencia a aspectos tales como la Transformación del Modelo de Atención (estrategia de crónicos, etc), una nueva concepción de los Contratos Programa, y Pactos de Gestión Clínica orientada a resultados de salud, la formación, etc. Especial relevancia adquiere en este campo el desarrollo de los sistemas de evaluación y los cuadro de mandos clínicos y de gestión.

La participación en la elaboración del Plan

El proceso participativo ha buscado asegurar la coherencia, el consenso, y la comunicación entre los diversos colectivos e instituciones implicadas en las diferentes etapas del Plan. Se ha tratado de conjugar la visión de todos los agentes intervinientes: ciudadanos, pacientes, clínicos, expertos en cuidados sanitarios y sociosanitarios, técnicos en salud pública, gestores, etc.

Para la identificación de las necesidades de la población se ha contado con la Encuesta de Salud, las Encuestas de satisfacción de usuarios y otras encuestas ad hoc para planes sectoriales (inmigración, mayores, personas con discapacidad...). La información procedente de dichas herramientas ha sido utilizada tanto para el diagnóstico del estado de salud como para la priorización de problemas y definición de los objetivos.

Así mismo para la definición de objetivos y acciones se han utilizado los resultados de las ediciones de **ForoSalud** realizadas con Pacientes de Cáncer, Cuidadoras, Padres y Madres de Niños con Problemas Mentales, usuarios de Hospitalización a domicilio etc..., como un nuevo órgano de participación de profesionales y pacientes incorporándose al Plan la información obtenida de las distintas sesiones.

El número de profesionales sanitarios y no sanitarios que han participado en las distintas fases del proceso supera las 100 personas y se han constituido un total de 12 grupos de trabajo

Presentación y período de exposición pública

Para complementar el proceso participativo se han realizado 7 Sesiones de Presentación pública del Programa: Grupos Parlamentarios, Colegios y Asociaciones Profesionales, Asociaciones Ciudadanas y de Pacientes, Mandos Intermedios y Profesionales del Sistema Sanitario de las Áreas de Pamplona, Tudela y Estella.

Así mismo, y de conformidad con lo dispuesto en la Ley Foral 11/2012, de 21 de junio, de la Transparencia y del Gobierno Abierto, el proyecto de Plan de Salud se ha sometido a Exposición Pública por un período cercano a dos meses.

Los documentos de Evaluación del Plan anterior, el Diagnóstico de Situación y el propio documento del Plan de Salud se han publicado en la página web del Gobierno de Navarra, en el Portal de Salud y en la Intranet del Servicio Navarro de Salud.

El 85% de las valoraciones globales han sido muy o bastante favorables.

Se han recibido un total de 627 propuestas de mejora de las cuales un 73% han sido tenidas en cuenta total o parcialmente a la hora de elaborar la versión definitiva de este documento que ahora se presenta.

TIPOS DE APORTACIONES Y VALORACIÓN

Capítulo	Aceptadas	Aceptadas parcialmente	Requieren Estudio	No aceptadas	Total general
General	6	3	3	3	15
Diagnóstico	46	10	2	3	61
Metodología	4				4
Principios	10		1	2	13
Objetivos	21	10	4	10	45
Plan de Acción	181	60	36	48	325
Transformación del modelo	5	4	1	1	11
Instrumentos estratégicos	46	24	10	22	102
Despliegue del Plan	10	1	1	9	21
Impacto económico	4	2	1	3	10
Seguimiento y evaluación	9	3	1	7	20
Total general	342	117	60	108	627
	54%	19%	10 %	17%	100%

3. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

Más de treinta profesionales de la salud y de otros Departamentos del Gobierno participaron, mediante la elaboración de informes sobre materias pertenecientes a sus áreas competenciales y de conocimiento, en la realización de un diagnóstico de situación que ha servido como punto de partida para la elaboración del Plan de Salud. El documento completo, cerrado a 31 de diciembre de 2012, se presenta en la página web <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/21DDBA10-A8D3-4541-B404-7A48827D3CFF/278428/DIAGNOSTICOSITUACION2.pdf> Aquí se incluye un resumen del mismo actualizado a 2013.

El diagnóstico se articula en tres grandes apartados. El primero se refiere a los factores determinantes de la salud: sociodemográficos, socioeconómicos, medioambientales y estilos de vida.

El segundo apartado trata de describir el estado de salud de la población de Navarra, en términos de mortalidad y morbilidad por los principales problemas de salud, tanto de los problemas clásicos: cáncer, enfermedades vasculares, diabetes etc., como de otros problemas de salud que han adquirido importancia más recientemente: dolor, problemas emergentes etc. También se recogen aspectos de calidad de vida, percepción del estado de salud y desigualdades en salud.

El tercer y último apartado se refiere al Sistema Sanitario. Se proporciona y se analiza información referida a sus recursos, servicios y prestaciones. También se describen las actuaciones llevadas a cabo por el Sistema Sanitario. Finalmente se presenta información sobre la participación social en el propio Sistema.

FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD

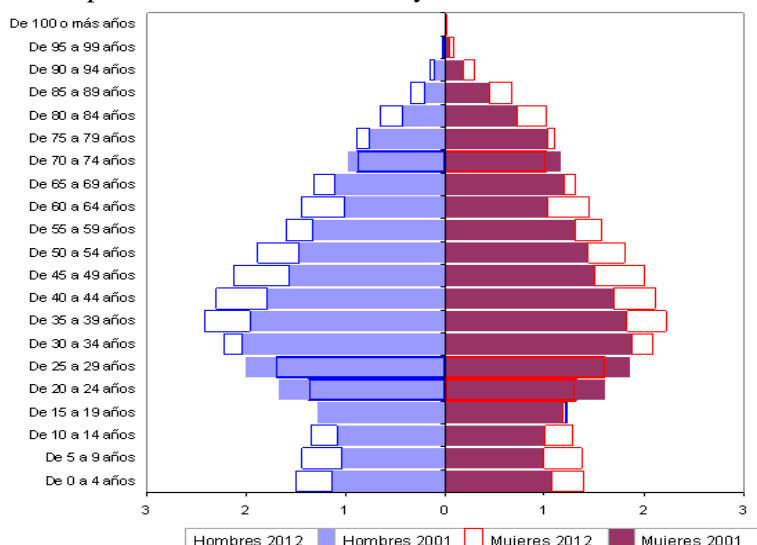
DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS

Estructura de la población

La **población** de Navarra a 1 de enero de 2013 es de 644.477 habitantes, por primera vez en los últimos diez años ha descendido respecto al año anterior. Respecto a 2001, la tasa de crecimiento anual es de un 1,3%. Desde el año 2009, la tasa de crecimiento anual respecto al año anterior ha ido disminuyendo progresivamente desde un 1,5 de 2003 hasta el -0,01 de 2013. El descenso se debe fundamentalmente a una disminución de la población extranjera.

La pirámide de la población de Navarra muestra una estructura regresiva, con una base más estrecha que el cuerpo y un porcentaje de personas mayores relativamente grande, si bien, respecto a 2001, probablemente en relación con la inmigración, se observan algunos signos de rejuvenecimiento: aumento de los niños y de los adultos mayores de 30 años .

Figura 1. Pirámides de población de Navarra 2001 y 2012



En 2013, el 18,2% de la población tienen 65 y más años.

En los últimos diez años los índices de recambio de la población activa han sufrido un descenso importante y los de dependencia han aumentado.

El crecimiento natural de la población en los últimos diez años ha pasado de 813 personas en 2002 a 1.355 en 2012. Desde 2010 desciende. El índice de masculinidad es del 99,0%.

Inmigraciones y emigraciones. Variaciones de residencia internacionales

La población extranjera residente en Navarra presentaba un aumento progresivo hasta el año 2009 en el que se estabilizó, a partir de 2011 ha comenzado a descender. En el año 2013 hay 67.892 extranjeros residentes en Navarra, lo que representa un 10,5% de la población total. Es una población adulta joven que se concentra en el tramo de edad de 25 a 45 años y con un ligero predominio masculino 1,1. El 83% de la población inmigrante procede a partes iguales de los países de América central y del Sur (28%), Europa del Este (28%) y África (27%).

Dentro de los movimientos internacionales, en 2012, por primera vez desde 2002 que se registran datos, las variaciones por baja superan a las altas. En 2002 la proporción entre emigraciones e inmigraciones era de 30% versus 70%, en 2012 es de 58% versus 42%. El 85,8% de las personas que salen de Navarra son de nacionalidad extranjera.

Las bajas tienen como destino principalmente Ecuador (23,6%). Más del 80%, de los movimientos con destino a Reino Unido, Alemania y Francia son de personas de nacionalidad española, mientras que más del 90% de las salidas a Rumania, Portugal y Marruecos son de personas que vuelven a sus países de origen.

Movimiento natural de la población

La evolución del nº de nacimientos y de la tasa bruta de natalidad desde el año 2004, muestra un crecimiento progresivo hasta 2008 y una ligera disminución desde esa fecha

hasta la actualidad. La tasa bruta de mortalidad tiene una tendencia descendente hasta 2010, en los dos últimos años crece ligeramente.

Tabla 1. Movimiento natural de la población. Navarra 2002-2010

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Natalidad y fecundidad									
Nº Nacimientos	6.293	6.149	6.551	6.595	7.029	6.844	6.778	6.747	6.731
T. Bruta Natalidad	10,9	10,5	11,1	11,0	11,5	11,1	10,9	10,8	10,5
% nacidos madre extranjera	15,0	15,5	18,1	19,5	21,2	20,7	21,6	19,1	19,6
Índice de fecundidad	1,40	1,34	1,44	1,44	1,53	1,49	1,49	1,48	1,46
Edad media a la maternidad	31,7	31,8	31,5	31,4	31,4	31,6	31,6	32,1	32,2
Mortalidad									
T. Bruta Mortalidad General (%)	8,6	8,8	8,2	8,5	8,6	8,3	8,0	8,1	8,4

Fuente: Instituto de Estadística de Navarra

Proyección de población

El Instituto Nacional de Estadística hace, desde 2008, con periodicidad anual y por CCAA, proyecciones de población a 10 años según la evolución demográfica más reciente.

Tabla 2. Proyección de población a corto plazo. Navarra 2013-2023

	2002	2013	2023
Población residente a 1 de enero	557.454	638.390	605.533
Crecimiento absoluto		80.936	-32.857
Crecimiento relativo (%)		14,52	-5,15
Promedio anual		8.094	-3.286
Mayores de 64 años (%)		18,2	22,8
Menores de 16 años		16,6	15,6
Total (menores de 16 y mayores de 64) %		34,8	38,4

Fuente: INE. Proyección de Población a Corto Plazo, 2013 – 2023.

DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS

Nivel educativo

En Navarra desde el año 1997 se observa un importante aumento de la población con estudios superiores acompañado de una disminución del porcentaje de población con nivel de formación igual o inferior a la enseñanza secundaria obligatoria. En 2010 el porcentaje de población de 25-64 años que ha alcanzado al menos el nivel de segunda etapa de Educación Secundaria es de 62,5%, es superior al de España (52,9%), pero está por debajo de la Unión Europea y OCDE.

Navarra es, tras País Vasco, la comunidad con menor índice de abandono escolar temprano de España, con un porcentaje del 13,3%, (16,9% en hombres y 9,8% en mujeres), en el año 2012, ha disminuido respecto a 2008 que era 19,2. El descenso ha sido mayor en hombres que en mujeres pero continúa la diferencia entre ambos sexos. Es muy inferior a la media española (24,9%) y se sitúa ligeramente por debajo de la media de la Unión Europea (13,5% en 2011).

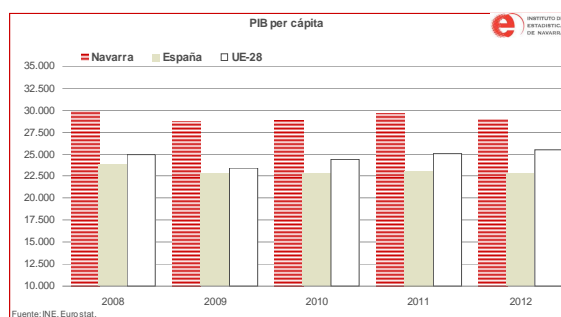
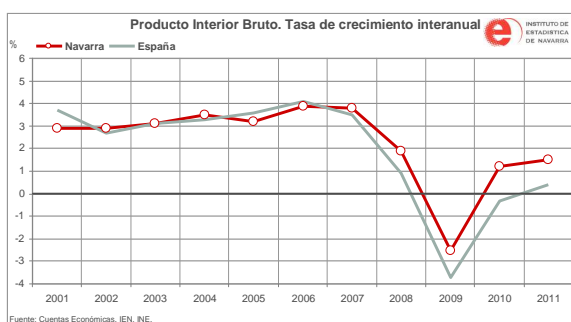
Vivienda

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2011-2012 (ENS 2011/12) los porcentajes de población navarra que refieren tener muchas molestias con algún problema de la vivienda son en general muy bajos, el más alto es el debido a la presencia de animales molestos expresado por el 10,8% de la población.

En cuanto a la composición de los hogares de Navarra, Los datos de la encuesta de condiciones de vida (ECV) de 2012 realizada por el Instituto de Estadística de Navarra (IEN) señalan que el modelo de hogar que predomina es el de pareja sin hijos dependientes (27,9%), seguido muy de cerca por la pareja con hijos dependientes (27,4 %) y por hogares unipersonales (20,6%).

Producto interior bruto (PIB)

La tasa de crecimiento interanual desde comienzos del siglo XXI se caracteriza por un periodo prolongado de crecimiento en torno al 3-4 % que se ve alterado por la llegada de la crisis en 2007, en 2009 entró en decrecimiento y a partir de esa fecha se recupera lentamente.



El PIB per cápita en 2012 es de 29.071 €, representa el 127,7% de la media de España y el 114,0% de la media europea (UE-27).

El índice de desarrollo humano de la OMS, un índice sintético que engloba aspectos de salud, educación y nivel de riqueza, era en Navarra, en 2010 de 0,918; en España de 0,871. Navarra ocupa el tercer lugar en el Ranking de las CCAA, se mantienen en esa posición en los últimos años. España ocupa la posición 16 en el ranking mundial de países.

Trabajo y condiciones laborales

En Navarra, según los datos promedio de las cuatro Encuestas de Población Activa de 2012, la mayor parte de la población trabaja en el sector servicios observándose una clara diferencia entre mujeres donde alcanza el 83% frente al 64% en varones. En los varones hay un mayor porcentaje de personas que trabajan en la industria, construcción y agricultura.

Desde 2007 se ha producido un marcado incremento de las tasas de paro alcanzando el 18% en 2013 tanto en mujeres como en varones.

En Navarra a la valoración del nivel de satisfacción con su trabajo en la ENS 2011/12, se le otorgó una puntuación de 5 en una escala de 1 (nada satisfactoria) a 7 (muy satisfactorio), sin encontrarse diferencias entre hombres y mujeres.

Según los datos de la Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo de 2010 más de una cuarta parte de los trabajadores describen niveles altos o muy altos de estrés o rutina.

Desigualdades

En la comparación de los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida de Navarra de 2012 frente a la de 2005 se ve que la **situación económica** de la población de Navarra ha empeorado. En 2005 el % de los hogares que se clasificaba en un nivel medio o alto económicamente hablando, se situaba en el 70,3% frente al 56,6% actual.

El índice GINI que mide la **desigualdad** (cero es equidad absoluta y 100 desigualdad total) de Navarra en 2012 fue del 29,62 muy similar a la media de la Unión Europea-27 que fue 30,4 e inferior al de España que fue 35.

El umbral de pobreza es el 60% de la mediana de los ingresos anuales por unidad de consumo y nos permite determinar la **tasa de población en riesgo de pobreza** que es el porcentaje de población que vive por debajo del umbral de pobreza. En Navarra en 2012 fué del 18,8%, observándose unas tasas mayores en los menores de 16 años (30,3%) y mayores de 65 (17,3%).

Para compararnos con las otras CCAA podemos considerar el umbral de España. En este caso la tasa de población en riesgo de pobreza en Navarra se reduce al 9,9% frente al 20,4% del conjunto del Estado, siendo la CCAA donde esta es menor.

En la Encuesta de **estructura salarial** de 2011, se evidencian unas importantes diferencias entre ambos sexos tanto en la ganancia media anual como en la ganancia por hora normal de trabajo junto a marcadas diferencias de ingresos según el tipo de contrato o el tipo de ocupación.

Ganancia media anual por trabajador según tipo de contrato (en euros)			
	Total	Mujeres	Varones
Duración indefinida	25.976	20.674	30.109
Duración determinada	17.902	17.172	18.483
Total	24.385	19.977	27.834
Ganancia por hora normal de trabajo según tipo de ocupación* (en euros)			
	Total	Mujeres	Varones
ALTA (directores, técnicos profesionales científicos y de apoyo)	20,54	18,04	22,55
MEDIA (artesanos, trabajadores cualificados de las industrias, agricultura y pesca, restauración, y administrativos)	14,13	11,93	15,86
BAJA (Operadores de instalaciones y maquinaria, montadores y ocupaciones elementales)	13,28	10,8	14,58
TODAS LAS OCUPACIONES	15,83	13,64	17,39

* Según la clasificación de ocupaciones del Instituto Nacional de Estadística.

Según los datos de la Encuesta Social Monográfica de 2008 de **conciliación de la vida laboral y familiar** de Navarra hay una marcada diferencia por sexo a la hora de realizar las tareas domésticas, sigue siendo mucho más frecuente que las mujeres se encarguen del cuidado de sus hijos que los varones y que les cueste un mayor esfuerzo la conciliación de la vida laboral y familiar.

Según los datos recogidos en el primer informe sobre desigualdad, pobreza y exclusión social en Navarra respecto al **impacto de la crisis 2007-2011**, la sociedad Navarra presentaba antes de la crisis un elevado nivel de cohesión social y un tejido productivo más cualificado y diverso que otras CCAA lo que le ha permitido resistir mejor el impacto de la misma y mantener el desempleo en proporciones inferiores a las del resto del país. Aún así, la incidencia negativa en los sectores inferiores de la estructura social está produciendo un impacto en la cohesión social como demuestran estas cifras:

- La pobreza extrema se ha duplicado en Navarra en estos años, alcanzando un 4,4% en 2010
- El número de hogares sin ingresos se ha duplicado en el periodo 2007-2011, situando a Navarra, con el 2,9% de los hogares sin ingresos.
- La tasa de desempleo se ha duplicado y afecta al 30% de las personas inmigrantes.
- Ha aumentado el porcentaje de personas que trabajan en puestos no cualificados.

Es necesario monitorizar el impacto de la crisis en la situación económica de las personas y en sus efectos sobre la salud, especialmente en la infancia.

DETERMINANTES MEDIOAMBIENTALES

Calidad del aire.

Los valores de referencia para los diferentes contaminantes se encuentran recogidos en la Directiva 2008/50/CE de la Unión Europea. La Red de Estaciones de Control de la Calidad del Aire de Navarra dispone de cuatro estaciones fijas y dos móviles gestionadas por el Servicio de Calidad Ambiental del Gobierno de Navarra y cuatro más privadas gestionadas por empresas contaminantes.

Se recogen los valores de distintos contaminantes y se constata si superan los límites para la protección humana de la salud. En el período 2007-2011 solo se registró una superación del valor límite horario para el dióxido de azufre, no superando el límite diario; 35 superaciones en el año 2007 del límite horario de partículas sólidas PM₁₀, si bien no se superó el límite anual; y para el ozono no se ha superado nunca el umbral de información y alerta si bien no se ha conseguido el valor objetivo en 2 estaciones de la zona de la Ribera.

Agua de consumo humano

El agua de consumo humano debe cumplir los requisitos de calidad recogidos en el Real Decreto 140/2003, de 7 de febrero.

La tendencia general de la calidad del agua desde el año 2001 hasta el 2011 es la mejora progresiva de los resultados tanto de los controles de calidad del agua de consumo humano como de la calidad del agua servida, probablemente en relación con la gestión mancomunada de las aguas de consumo humano.

Aguas residuales

En el año 2011 en Navarra la cobertura de tratamiento de las aguas residuales de las poblaciones de más de 2.000 habitantes es del 100%. Se plantea el objetivo de lograr que todos los núcleos de más de 250 habitantes tengan un sistema de tratamiento adecuado. En 2011 existen un total de 100 instalaciones de tratamiento de aguas residuales gestionadas por la empresa pública NILSA. En el año 2009, el volumen de

agua residual tratado en Navarra ha sido de 0,611 m³/hab. y día, aproximadamente un 24,4 % de las aguas residuales producidas al año.

Residuos sólidos urbanos e industriales

La cantidad de residuos urbanos generados en Navarra fue de 475 kgs./hab frente a los 548 kgs./hab y año en España y los 518 kgs./hab y año en la UE-27. La tendencia era de progresivo aumento hasta que en 2009 comienza un descenso en torno al 3% anual en Navarra y en la UE-27 y algo más acusado en España.

La producción de residuos industriales peligrosos tiene una clara tendencia a disminuir en los últimos años seguramente consecuencia no solo de los planes de minimización de la producción sino también de la situación económica.

La gestión de los residuos urbanos en Navarra se realiza por un total de veinticuatro entidades, mancomunidades o ayuntamientos, que dan cobertura a la totalidad de la población. Quedan activos un total de cuatro vertederos, tres plantas de compostaje, dos de tratamiento biológico y una de transferencia.

Seguridad alimentaria. Problemas emergentes

El número de casos de toxiinfecciones alimentarias notificados en Navarra viene presentando una disminución progresiva desde el año 2001, habiéndose registrado 91 casos en 2011 frente a los 525 de 2001. Disminuye la incidencia de salmonelosis si bien aumentan los casos producidos por campylobacter y listerias, bacterias emergentes también a nivel europeo, y por virus entéricos. Los brotes de toxiinfección han disminuido fundamentalmente en la restauración colectiva, incrementándose los de ámbito doméstico y familiar.

Entre los riesgos emergentes en Seguridad Alimentaria para la salud humana a nivel europeo, además de la aparición de cepas resistentes a antibióticos o productoras de toxinas, la presencia de algunos compuestos tóxicos o de organismos modificados genéticamente no autorizados en la Unión Europea, destaca el fuerte incremento de las alergias e intolerancias alimentarias.

Existen redes de alerta a nivel mundial -INFOSAN-, europeo -RASFF- y estatal -SCIRI-. Navarra ha participado en la gestión de 42 alertas durante el año 2011.

Seguridad química

La política de prevención y control de los productos químicos está coordinada por la Agencia Europea de sustancias y mezclas químicas (ECHA) y regulada por los distintos reglamentos de la Unión Europea. El ISPLN participa en el Programa europeo de inspección del cumplimiento del Reglamento REACH (Registro, evaluación, autorización y restricción de las sustancias químicas) y tiene un Registro de Servicios plaguicidas en las que se imparten cursos de aplicadores de plaguicidas fitosanitarios.

Disruptores hormonales

Son sustancias difundidas en el ambiente que alteran o bloquean los mecanismos endocrinos. Con una exposición a baja dosis, estas sustancias interactúan con los receptores hormonales y pueden interferir con la reproducción, el desarrollo y otros procesos regulados hormonalmente; la exposición a largo plazo puede provocar efectos permanentes.

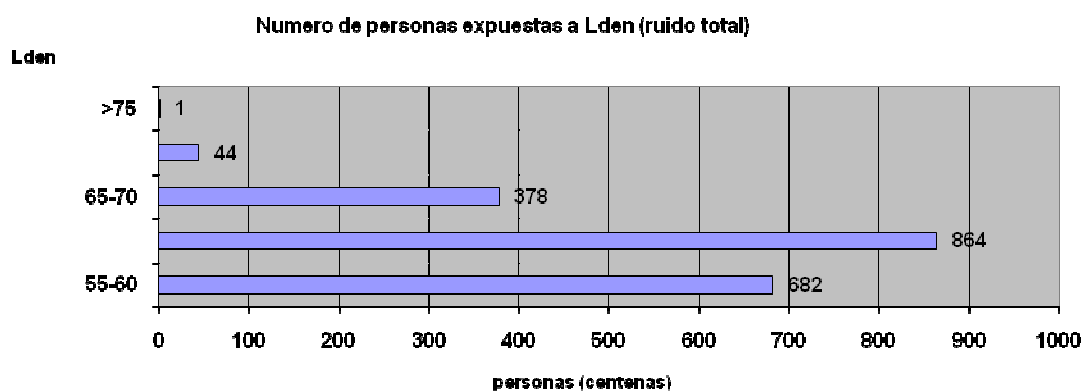
Entre estas sustancias hay hormonas, elementos constitutivos de las plantas (fitoestrógenos), pesticidas, sustancias usadas en perfumería (parabenes) compuestos usados en la fabricación de plásticos y artículos de consumo , así como subproductos y residuos industriales contaminantes.

Se debe mejorar el conocimiento sobre estos productos y deben ser sometidos a una regulación adecuada para la protección de la salud de las personas.

Ruidos y vibraciones

El ruido es un contaminante cuyos efectos más importantes son el malestar, la interferencia con la comunicación, la pérdida de atención y concentración, las alteraciones del sueño, la pérdida de capacidad auditiva y estrés.

La Directiva 2002/49/CE sobre ruido ambiental y su trasposición a la normativa estatal, la Ley 37/2003 del Ruido y los Reales Decretos 1513/2005 y 1367/2007 obligan a elaborar mapas estratégicos de ruido y a adoptar planes de acción para disminuir los niveles de ruido y sus efectos. El mapa del ruido de Navarra en 2007 en el que se representa el número de personas expuestas a niveles de Lden es el siguiente:



Lden es el índice o indicador armonizado de ruido ambiental y de las molestias que se derivan, establecido por la Directiva 2002/49/CE, y cuyo indicador valora las horas de la tarde con un suplemento de 5 dB y las de la noche con un suplemento de 10 dB

Nuevos contaminantes. radiaciones de telefonía móvil, radiaciones no ionizante

Las radiaciones no ionizantes, los campos de radiofrecuencia y los campos electromagnéticos, de amplio uso en forma de redes wifi, teléfonos inalámbricos, tendidos eléctricos o transformadores, plantean preocupaciones e incertidumbres sobre los posibles riesgos a largo plazo.

La referencia legal en Navarra es la Ley Foral 10/2002, de 6 de mayo, para la ordenación de las estaciones base de telecomunicación por ondas electromagnéticas no guiadas en la Comunidad Foral de Navarra que traspone la Recomendación del Consejo de 12 de julio de 1999.

Tanto la OMS como la Comisión Europea concluyen que no existen datos definitivos que demuestren que la exposición a campos de radiofrecuencia por el uso de teléfonos móviles aumente el riesgo de sufrir cáncer cuando éstos se utilizan durante un periodo de hasta 10 años, los datos son demasiado limitados para poder extraer conclusiones si se usan durante más tiempo y la información sobre los posibles efectos de los campos de radiofrecuencia en niños sigue siendo limitada.

Hay estudios que concluyen que los campos magnéticos de frecuencia extremadamente baja son posiblemente cancerígenos y que pueden aumentar los casos de Alzheimer.

No existe suficiente conocimiento científico para evaluar los posibles riesgos de la exposición ambiental a los campos electromagnéticos, por lo que es necesario profundizar en la investigación.

Sí parece haber suficiente evidencia para aplicar el principio de precaución y promover medidas de protección frente a la exposición a campos electromagnéticos, especialmente en niños, e informar a la población sobre sus riesgos de acuerdo con las Resoluciones 260/2008 y 89/2009 del Parlamento europeo y la Resolución 1815 del Consejo de Europa.

Actividades de prevención en instalaciones de riesgo de legionelosis

El Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (ISPLN) actúa en prevención de legionelosis mediante la investigación de los casos y brotes de legionelosis, la inspección y control preventivo de edificios de uso colectivo y/o industrias y las comunicaciones de presencia de Legionella en determinados edificios. Todo ello en el marco del Decreto Foral 54/2006, de 31 de julio, por el que se establecen medidas para la prevención y control de la legionelosis y mediante la gestión del “Censo de torres y condensadores evaporativos”.

El último brote importante de legionelosis tuvo lugar en el año 2006 en Pamplona y afectó a un total de 149 personas. Desde entonces se constata un descenso de casos siendo 17 el número de afectados en 2011.

Evaluación de impacto en salud

La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, contempla un capítulo específico para la evaluación del impacto en salud de otras políticas, en donde se establece que las Administraciones públicas deberán someter a evaluación del impacto en salud, las normas, planes, programas y proyectos que seleccionen por tener un impacto significativo en la salud. En la Comunidad de Navarra está pendiente el desarrollo legislativo de la misma y la preparación de un procedimiento y metodología específicos para realizar estas evaluaciones.

ESTILOS DE VIDA

Según la OMS, los estilos de vida pueden ejercer un efecto profundo en la salud como determinantes del estado de salud y causa de las principales enfermedades crónicas. Propone avanzar hacia la adopción de modelos de vida más sana favoreciendo las opciones más saludables y desarrollando estrategias de modificación de factores medioambientales, información y educación sanitaria.

La existencia de intereses económicos por parte de algunos sectores (alimentario etc) puede dificultar en algunos casos la adopción de medidas facilitadoras de la adquisición de hábitos saludables.

Las intervenciones de promoción de estilos de vida saludables se dirigen, por una parte, a mejorar el entorno y la sociedad en que se vive (entornos saludables) y, por otra, a mejorar las capacidades de las personas para llevar una vida más sana.

En la siguiente tabla se presenta un resumen de los principales determinantes de salud en Navarra, en población de 18 y más años, obtenidos a partir de la ENS 2011/12

Tabla 3. Determinantes de salud en Navarra. ENS 2011/2012

	Total	Hombres	Mujeres
Fumadores diarios	23,3%	25%	21,5%
Sedentarismo	32,3%	24,8%	39,7%
Sobrepeso	38,2%	46,5%	30,3%
Obesidad	11,2%	12,7%	9,7%
Consumo intensivo de alcohol*	3,4%	5,9%	0,9%
Consumo de riesgo de alcohol **	1,7%	2,5%	0,9%
Consumo fruta fresca***	82,5%	80,9%	84,2%
Consumo verdura, ensalada y hortaliza***	91,6%	9%	93,4%
Nivel medio de estrés laboral****	4	4,2	3,8
Cuidado en solitario de alguna persona con alguna limitación	34,6%	16,6%	49,4%

*Porcentaje de individuos que al menos una vez por semana ha tomado 6 ó más unidades

**Porcentaje de individuos con consumo medio diario de alcohol >40 gr en hombres y >20 en mujeres

*** 3 o más veces x semana

**** En una escala del 1 al 7 y con una desviación típica de 1,6 en los tres casos

Tabaco

Según datos de la ENS 2011/12, en Navarra el 23,3% de la población de 15 y más años fuma a diario, el 25,7% de los hombres y el 21,7% de las mujeres; un 14% son exfumadores. En los jóvenes de 14 a 29 años, según la Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2007, son fumadores el 32,5% de los chicos y el 26,1% de las chicas, fumando más los chicos en todos los grupos de edad. La edad media para empezar a fumar son los 17 años.

La evolución de la prevalencia de personas fumadoras en Navarra en los últimos veinte años muestra un descenso tanto en hombres como en mujeres.

La Ley 42/2010 de 30 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco amplió la prohibición de fumar a todos los espacios públicos cerrados y colectivos.

Según el CNPT (Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo) la mitad de la población española considera muy perjudicial para la salud el respirar humo ambiental y uno de cada cuatro fumadores relaciona sus problemas de salud con el consumo de tabaco, mostrando los hombres un nivel más alto de concienciación que las mujeres.

Consumo de alcohol, fármacos y sustancias ilegales

Según los datos de la ENS 2011/12 en Navarra, el 29,3% de las mujeres y el 65,7% de los hombres de 16 y más años consumen alcohol al menos 2-3 veces al mes. Casi uno de cada 4 bebedores habituales (28,5% de los hombres y 17,6% de las mujeres) lo son exclusivamente de fin de semana. En todos los grupos de edad, el consumo habitual es

mayor en hombres que en mujeres y en estas el consumo es menor en las clases sociales más desfavorecidas. El consumo de riesgo afecta a un 3,5% de los bebedores habituales. La edad media de inicio de consumo de alcohol es de 17 años.

Según la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2009 (EDADES) en Navarra en la población mayor 30 años la droga de comercio ilegal más extendidas es el cannabis, siendo la prevalencia de consumo en los últimos 30 días de 2,6% en 2009. El consumo de tranquilizantes sin recetas alcanzaba al 6,7% de la población.

Según la Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2007 en el grupo de jóvenes entre 14 y 29 años, el 90,4% ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, el 43,4% cannabis y el 19,9% otras drogas ilegales. El 17% de los chicos y el 12,5% de las chicas de 18 a 23 años tienen un consumo de riesgo. El 35,3% de los jóvenes ha tenido a lo largo del último mes algún episodio de consumo definido como *binge drinking* o consumo concentrado en un espacio de dos horas de 4 ó 5 unidades de alcohol, según sean mujeres o varones.

Todos los indicadores utilizados de consumo de alcohol, cannabis y de otras drogas ilegales muestran un predominio de consumo masculino y la mayoría de ellos aumentan con la edad.

Tabla 4. Prevalencia de consumo de sustancias 1997 a 2007

	Alguna vez vida			Últimos 12 meses			Último mes		
	1997	2002	2007	1997	2002	2007	1997	2002	2007
Alcohol	93,4	92,2	92,6	-	-	88,7	77,9	73,0	74,6
Cannabis	48,6	53,7	45,2	28,4	30,6	22,6	19,5	24,8	17,8
Subtotal Otras ilegales	21,7	29,3	20,8	12,8	15,7	10,6	8,7	10,5	6,4

Las tendencias que se observan en la juventud respecto al consumo son:

- Se ha estabilizado en los últimos 10 años el porcentaje de jóvenes que no consumen (1 de cada 4 jóvenes).
- No ha variado el número de jóvenes que se ha emborrachado alguna vez en los 10 últimos años.
- Es preocupante el consumo concentrado en espacios de tiempo breve (*binge-drinking*) entre los jóvenes.
- Aumento de los casos de policonsumos.
- Estrecha relación entre consumo de alcohol, tabaco y cannabis.
- Cuanto antes se inician en el consumo de alcohol antes se inician en el consumo de otras sustancias.
- La edad de inicio de consumo muestra muy pocos cambios desde 1997.

Tabla 5. Edad de inicio en el consumo de sustancia 1997 a 2007. Navarra

	Alcohol	Tabaco	Cannabis	Cocaína	Speed	Éxtasis	LSD	Heroína
1997	14,9	15,3	16,9	19,5	18,4	19,2	17,9	17,4
2002	14,9	15,4	16,7	18,9	17,9	18,4	17,7	17,1
2007	14,9	15,5	16,7	19,0	18,2	18,7	18,9	17,3

Respecto a la valoración del riesgo los jóvenes navarros consideran que el consumo de las distintas sustancias tiene bastante más riesgos que beneficios.

Alimentación

En la población adulta las mujeres tienen hábitos alimenticios más saludables que los hombres, su consumo diario de fruta (74,9%) y de verduras y hortalizas (64,2%) es superior al de los hombres. En ambos sexos los más jóvenes tienen peores hábitos alimentarios que mejoran con la edad. El consumo diario de frutas y hortalizas en Navarra está por encima de la media estatal y el consumo de carne también.

En los últimos años se constata un aumento de la pobreza que reduce el acceso de una parte de la población a la alimentación. Entre 2008-2011 Cáritas manifiesta que el mayor aumento en ayudas ha sido para alimentación y el Banco de alimentos que ha habido un incremento porcentual del 55,3% en personas beneficiarias.

El 5 de julio de 2011 se promulga la Ley 17/2011, de seguridad alimentaria y nutrición, que además de abordar la seguridad alimentaria y la publicidad de alimentos, hace hincapié en la importancia de trabajar en el ámbito escolar: venta de alimentos y bebidas, comedor escolar, papel educador y de sensibilización.

Actividad física

En la actualidad, la actividad física que tiene que ver con el trabajo y con las actividades diarias, ha disminuido respecto a tiempos pasados. Los últimos años en Navarra han aumentado las instalaciones deportivas, los recursos e infraestructuras para la práctica del ejercicio físico y el interés de grupos y asociaciones.

Según la ENS 2011 Navarra es la CCAA con menos población que se declara sedentaria, siendo esta en España de un 41,3% de la población mayor de 16 años y de un 32,3% en Navarra. Son más sedentarias las mujeres que los hombres y por edad, los mayores de 65 años.

Sobrepeso y obesidad

Aquí nos vamos a referir al sobrepeso y obesidad en población adulta puesto que el sobrepeso y la obesidad infantil se tratan dentro de morbilidad, en el apartado “problemas de salud en edad infantil y adolescencia”.

Navarra participa del preocupante incremento del sobrepeso y la obesidad que se ha producido en otras CCAA y países de Europa en relación con los cambios en alimentación y ejercicio.

Según la OCDE, hasta 1980, menos de 1 de cada 10 personas eran obesas. En 2010 las tasas se habían duplicado o triplicado en muchos países y en 2012 detecta una desaceleración de la epidemia en varios países europeos, con un aumento ligero en Francia y España.

La ENS 2011/12 da para Navarra, en población de 18 y más años, un sobrepeso de 46,5% para hombres y un 30,3% para mujeres, y una obesidad de un 12,7% para hombres y un 9,7% para mujeres. La prevalencia de sobrepeso es similar a España mientras que la obesidad está por debajo.

Respecto a los datos de las encuestas anteriores se observa una tendencia estacionaria en obesidad y ascendente en sobrepeso estadísticamente significativo en el caso de las mujeres.

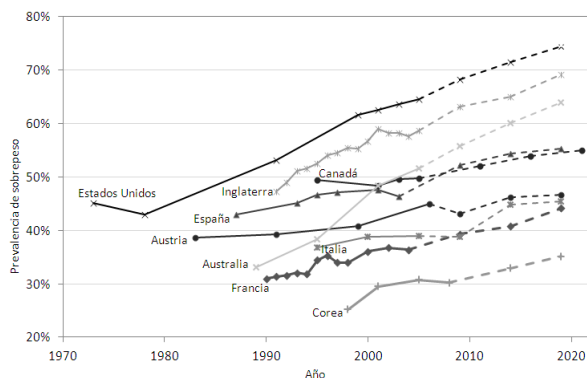


Gráfico 1: Informe OCDE

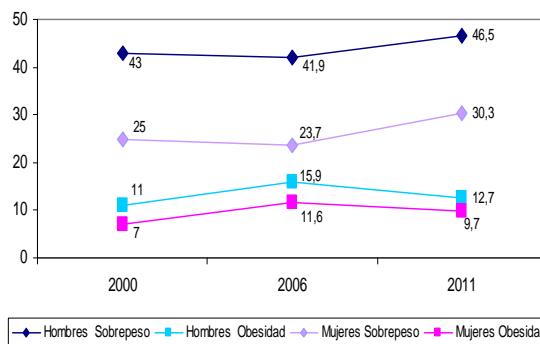


Gráfico 2 : Evolución temporal sobrepeso y obesidad en Navarra, según sexo

Coincidiendo con los resultados de otros estudios, se observa que en las clases sociales más desfavorecidas, es más frecuente el peso por encima de lo normal.

Salud sexual y reproductiva

Diferentes estudios llevados a cabo en los últimos 10 años muestran una tendencia al inicio de las relaciones sexuales coitales a edades cada vez más tempranas, más precoz en los hombres que en las mujeres. Según la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales (ESHS), en España un 18.9% de mujeres menores de 20 años tuvieron su primera relación sexual con menos de 16 años frente al 10% de las de 25-29 años.

El preservativo es el método de prevención más extendido entre la población juvenil (63,1% de las personas de 18-29 años usaron el preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales), aunque, a mayor edad, aumentan los anticonceptivos orales. Es mayor el porcentaje de hombres que lleva el preservativo, pero se apunta la tendencia a un modelo “igualitario”.

La OMS considera que en nuestro medio es insuficiente la educación sexual objetiva y sin prejuicios e identifica una carencia de servicios sanitarios pensados para jóvenes. Propone para 2015 disminuir de forma mantenida y continua la incidencia de ITS y alcanzar una conducta sexual más sana.

Los cambios más importantes en los últimos años en el campo de la salud sexual y reproductiva son:

- Disminución del número de embarazos y partos en las mujeres más jóvenes.
- Aumento de los problemas de fertilidad que aumenta el número de embarazos múltiples. Cada año se atienden 700-800 parejas nuevas.
- Retraso en la maternidad. En 2012 la media de edad de las madres gestantes fue de 32 años. Este retraso lleva asociado:
 - Un incremento en la morbilidad en el embarazo como la preeclampsia o los partos prematuros (8.5% en 2012)
 - Incremento de los tratamientos de fertilidad que aumenta el número de embarazos múltiples
 - Agravamiento con repercusión sobre el embarazo de patologías previas como la hipertensión arterial

Estrés

Según la ENS 2011/12, que utiliza el cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC, el 98,2% de la población de Navarra tienen un apoyo social bueno, sin diferencias por sexo. En esta misma encuesta la valoración del estrés laboral alcanza una puntuación de 4,0 en una escala de 1 (nada estresante) a 7 (muy estresante) siendo mayor en hombres 4,2 que en mujeres 3,8.

En la memoria 2010 de Salud Mental de Navarra, los diagnósticos más frecuentes, correspondientes a los Trastornos Mentales Comunes son los trastornos de ansiedad (35,9%) y de adaptación (35,6). En atención infanto-juvenil en los CSM, los trastornos de ansiedad ocupan el tercer lugar (9.2%).

ESTADO DE SALUD

MORTALIDAD GENERAL

La mortalidad refleja de manera indirecta el nivel de salud de la comunidad, es un indicador clásico del estado de salud de una población.

Se presentan los indicadores de mortalidad de Navarra del periodo 2000-2010¹. Las comparaciones con datos de España se han realizado utilizando los datos publicados por el Centro Nacional de Epidemiología y el Instituto Nacional de Estadística y la comparación con los datos europeos a través de los datos difundidos por Eurostat. El cálculo de las tasas se ha realizado utilizando las poblaciones padronales y para el ajuste de las tasas por edad y sexo se ha utilizado la población estándar europea.

Mortalidad general y Esperanza de vida

En el año 2010 fallecieron un total de 4.984 personas residentes en Navarra, de ellas 2.523 eran hombres y 2.461 mujeres. Entre los hombres fallecidos, el 18,5% tenían menos de 65 años y el 32,4% más de 85 años. Entre las mujeres estos porcentajes eran de 8,1% y 58,2 %, respectivamente.

Navarra es la Comunidad Autónoma que presenta la esperanza de vida al nacer más alta, tanto en hombres como en mujeres, siendo en el año 2010 de 80,9 años en los hombres y 87,0 años en las mujeres mientras que la estimada para España era de 78,9 y 84,9 años, respectivamente. A lo largo del periodo 2001-2010, se ha incrementado en 2,1 años la esperanza de vida al nacer de los hombres y en 3,1 la de las mujeres.

La esperanza de vida en las personas mayores de 65 años en el año 2010, era de 19,5 años en hombres 23,9 en mujeres. En el periodo 2001-2010 se ha incrementado en 1,9 años en los hombres y 1,3 en las mujeres.

Mortalidad por grupos de edad y sexo

En los dos quinquenios estudiados, 2001-2005 y 2006-2010, las tasas de mortalidad por edad presentan un pico en los menores de un año para descender en el siguiente grupo

¹http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Navarro+de+Salud+Publica/Publicaciones/Publicaciones+profesionales/Epidemiologia/Registro+mortalidad.htm

de edad y aumentar posteriormente. Se observa una sobremortalidad de los hombres respecto a las mujeres en todos los grupos de edad, alcanzando un ratio de 3,4 en el grupo 20-29 años.

Prácticamente en todos los grupos de edad y en ambos sexos se ha producido un descenso del riesgo de morir en el quinquenio 2006-2010 respecto al quinquenio anterior.

Mortalidad perinatal e infantil

La tasa de mortalidad infantil se encuentra por debajo de 3 por 1000 en el periodo 2006-2010 y ha descendido un 25% respecto al quinquenio anterior. A nivel europeo, la tasa de mortalidad infantil de Navarra se encuentra en el quintil inferior. El número de muertes por muerte súbita en el periodo 2001-2010 oscila de cero a tres muertes por año.

Mortalidad por principales causas de muerte

En el periodo 2006-2010 la primera causa de muerte en los hombres fue el cáncer (34,5%), seguido de las enfermedades del aparato circulatorio (27,0%), enfermedades respiratorias (12,1%) y causas externas (5,5%). En mujeres las cuatro primeras causas de muerte son enfermedades del aparato circulatorio (33,5%), tumores (21,6%) enfermedades respiratorias (11,1) y del sistema nervioso (7,9%).

La evolución reciente muestra el importante descenso de las causas de muerte de origen cardiovascular tanto en hombres como en mujeres, siendo responsables, junto al descenso importante de la mortalidad por accidentes de tráfico, del incremento de la esperanza de vida en Navarra.

Por grupos de edad, las causas más frecuentes de muerte entre los 0-19 años son los accidentes de tráfico e infecciones perinatales, entre los 20-44 años los accidentes de tráfico en hombres y el cáncer de mama en mujeres; entre los 45-64 años el cáncer de pulmón y el infarto de miocardio en hombre y los cánceres de mama, pulmón, colon y ovario en mujeres, entre los 65-84 años el cáncer de pulmón continúa siendo la primera causa de muerte en los hombres y la enfermedad cerebrovascular en las mujeres; y en el grupo de más de 85 años, las enfermedades circulatorias y en particular la enfermedad cerebrovascular aparecen como la primera causa de muerte en ambos sexos.

Mortalidad prematura. Años potenciales de vida perdidos de 1-70 años (APVP)

La tasa de APVP de 1-70 años es 2,2 veces más alta entre los hombres que en las mujeres en el periodo 2006-2010. El cáncer, las muertes por causas externas y las enfermedades circulatorias, por este orden, son las principales causas de muerte prematura en Navarra. Entre las mujeres tienen mayor peso las muertes por cáncer y entre los hombres las muertes por causas externas.

La mortalidad prematura por todas las causas ha descendido en torno al 15% en ambos sexos en el último quinquenio. Entre los hombres, la tendencia en el último periodo ha sido descendente para los accidentes de tráfico (-38%), infarto de miocardio (-24%) y el cáncer de pulmón (-9,3%) mientras se mantienen estables la tasa de APVP por suicidio. Entre las mujeres se observan descensos importantes de la tasa de APVP por accidentes

de tráfico (-43%) y suicidio (-28%) mientras que se mantiene estable la tasa por cáncer de pulmón.

En ambos sexos han aumentado las tasas de APVP por cáncer de páncreas.

Cuadro resumen de los aspectos más destacables de mortalidad:

INDICADORES CON EVOLUCIÓN POSITIVA 2006-2010	INDICADORES CON EVOLUCIÓN NEGATIVA 2006-2010
Aumenta la esperanza de vida. Es dos años más alta que la de España y se sitúa entre las más altas de Europa y del Mundo.	No se observa el descenso sustancial de la mortalidad por los tumores malignos relacionados con el tabaquismo que ya se observa en Estados Unidos o el norte de Europa.
Marcado descenso de las tasas de mortalidad entre los 20-50 años.	Se mantienen estables la tasa de Años de vida perdidos por suicidio
Disminución de las tasas de mortalidad por enfermedades vasculares e insuficiencia cardiaca en ambos sexos.	Han aumentado las muertes prematuras por cáncer de páncreas
Aumento de la supervivencia de algunos tipos de cáncer.	Aumento de los cánceres relacionados con el tabaco en mujeres sobre todo el cáncer de pulmón.
Importante descenso de la mortalidad por accidentes de tráfico.	Incremento del cáncer colorrectal en ambos sexos.
Siguen descendiendo la mortalidad por enfermedades respiratorias.	Aumenta incidencia cáncer de próstata
Descenso incidencia cáncer de estómago	

MORBILIDAD GENERAL

Morbilidad en Atención Especializada

El número total de altas en los hospitales navarros según el REMA (Registro de Morbilidad Asistida) durante el año 2012 fueron 67.423. Los GRD's (Grupos relacionados con el diagnóstico) más frecuentes fueron el parto vaginal sin complicaciones, los problemas médicos de la espalda, los problemas respiratorios y el parto vaginal con complicaciones que supuso un 2,35%.

Morbilidad en Atención Primaria

Dentro de los casos nuevos atendidos en el año 2012 en Atención Primaria destaca las infecciones respiratorias agudas del tracto superior con 148.435 casos, seguidas de lejos por las bronquitis o bronquiolitis agudas con 32.744 casos y la fiebre con 24.016 casos.

Respecto a los casos prevalentes los motivos de consulta más frecuentes fueron los episodios de prevención con 248.697 casos, las revisiones de infección respiratoria aguda del tracto superior con 181.428 casos, la hipertensión arterial con 76.941 casos y la dislipemia con 69.248 casos. El resto de motivos fue inferior a 50.000 casos.

Pacientes crónicos

Durante 2012, se ha llevado a cabo un proceso de segmentación de la población de Navarra en base a unas patologías crónicas. En la tabla siguiente se presentan los resultados más relevantes.

Tabla 6. Número de pacientes identificados por patologías crónicas seleccionadas

	Una sola enfermedad	Dos enfermedades	Tres o más enfermedades	Demencia + otras enferm.	TOTAL
Ictus. Ac. Cerebrovasc.	7.284	6.421	1.059	1.344	16.109
Cardiopatía Isquémica	8.536	8.296	1.651	712	19.195
Insuficiencia Renal	7.109	6.412	1.344	712	15.577
EPOC.	7.558	4.496	1.861	514	14.428
Insuficiencia Cardíaca	2.625	3.516	2.177	672	8.990
Diabetes	24.402	11.719	2.968	1.661	40.749
Demencia	3.539			3.954	7.493
TOTAL	92.887	20.446	3.497	3.954	120.784

MORTALIDAD Y MORBILIDAD POR LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

CÁNCER

Mortalidad

En 2010, el cáncer ha sido la primera causa de muerte entre los hombres (34,5%) y la segunda entre las mujeres (21,6%), ha originado un total de 1.402 muertes, 870 en hombres y 532 en mujeres.

En el quinquenio 2006-2010 las tasas de mortalidad por cáncer se encuentran por encima de las tasas de mortalidad por enfermedades circulatorias que en quinquenios anteriores ocupaban el primer lugar.

En comparación con el quinquenio anterior la mortalidad por cáncer ha descendido tanto en hombres (-7%) como en mujeres (-4,9%) aunque en estas no es estadísticamente significativo ya que la disminución de las muertes por cáncer de mama (-12%) se compensa con un aumento de la mortalidad por cáncer de pulmón.

En el último quinquenio el cáncer de pulmón y el de mama son la primera causa de de mortalidad prematura en hombres y en mujeres respectivamente.

Morbilidad

Los indicadores positivos en relación con la morbilidad son la disminución de la incidencia del cáncer de estómago en ambos sexos y de los tumores relacionados con el tabaco entre los hombres y como negativos el aumento del cáncer de pulmón en mujeres, del colorrectal en ambos sexos y del cáncer de próstata en hombres en relación con la mayor utilización del PSA.

En el quinquenio 2003-2007 la edad media en el momento de diagnóstico fue de 68 años para los hombres y de 66 para las mujeres. Entre los 30 a 49 años, las tasas de incidencia fueron más altas en las mujeres que en los hombres a expensas del cáncer de mama.

En el último quinquenio estudiado ha aumentado la incidencia de cáncer de próstata en hombres, el colorrectal en ambos sexos y el cáncer de pulmón entre las mujeres. El resto de cánceres mantienen unas tasas bastante estables en ambos sexos mientras que continúa descendiendo el cáncer de estómago en ambos sexos.

Respecto a la evolución reciente de las tasas de supervivencia de los cinco tipos de cáncer más frecuentes, señalar la mejora de la supervivencia en el cáncer colorrectal y del cáncer de próstata en los hombres y del pulmón y cuerpo de útero en mujeres. Es necesario analizar con detenimiento la disminución de la supervivencia de los pacientes con cáncer de estómago en ambos sexos, que podría explicarse por una modificación en el estadiaje o variaciones en el case-mix.

ENFERMEDADES VASCULARES Y DIABETES

Mortalidad

En 2010, el 27% de las muertes de los hombres y el 33,5% de las muertes de las mujeres se debieron a enfermedades del sistema circulatorio. A partir de los 85 años, las enfermedades circulatorias y en particular la enfermedad cerebrovascular aparecen como la primera causa de muerte en ambos sexos mientras que entre la población de 65-84 años es la primera en mujeres y la segunda en hombres.

En el quinquenio 2006/2010 se ha producido un importante descenso de las causas de muerte de origen cardiovascular respecto al anterior, tanto en hombres como en mujeres.

La importancia de la diabetes radica en su capacidad de generar complicaciones vasculares, teniendo menos peso en la mortalidad, entre un 2 y un 3% según el sexo en 2010.

Riesgo vascular y morbilidad vascular

El objetivo fundamental de la intervención en los factores de riesgo vascular en la población es disminuir la incidencia de muerte prematura por enfermedad vascular (EV) en base al retraso en el tiempo o la evitación de eventos a nivel coronario, cerebral, periférico o en cualquier otra localización.

En una mayoría de casos la EV está relacionada con hábitos de vida (sedentarismo, alimentación no saludable, tabaco), factores modificables (HTA, dislipemia, sobrepeso) y enfermedades (diabetes tipo 2, obesidad) que deterioran la pared vascular a lo largo de los años.

En las siguientes tablas se muestran datos de prevalencia en nuestra Comunidad.

Tabla 7. Prevalencia poblacional de factores de riesgo en Navarra en población de 35-84 años.

	HTA	HLP	DME	Sobrepeso obesidad	Tabaco
Hombres	53,1	41,1	28,0	77,3	27,7
Mujeres	38,8	37,3	15,7	55,7	18,9
Global	45,3	39,0	21,2	65,6	22,9

Fuente: Estudio Riesgo Vascular Navarra (RIVANA) 2004

Tabla 8. Evolución de la prevalencia de Factores de riesgo identificadas en Atención Primaria.

Diagnósticos identificados CIAP	2006	2008	2010	2012	Prevalencia (%) en 2012
FACTORES DE RIESGO					
Hipertensión	85.339	91.836	98.004	101.619	16,1%
Diabetes	27.112	31.515	33.874	36.699	5,80%
Dislipemias	79.648	98.158	110.841	123.078	19,50%

Fuente: Cartera de Servicios Centros de Salud

Tabla 9. Evolución de la prevalencia de Enfermedades vasculares identificadas en Atención Primaria.

Diagnósticos identificados CIAP	2006	2008	2010	2012	Prevalencia (%) en 2012
Cardiopatía isquémica	14.577	15.805	15.868	16.558	2,60%
Enferm. cerebrovascular	10.062	12.115	12.925	13.902	2,20%
Arteriopatía periférica	5.860	7.213	7.987	9.082	1,44%
Insuficiencia renal		5.318	7.521	9.842	1,56%
Insuficiencia cardiaca		5.484	5.923	5.978	0,94%

Fuente: Cartera de Servicios Centros de Salud

Enfermedades cerebrovasculares

Las enfermedades cerebrovasculares (ECV) son todas aquellas alteraciones encefálicas secundarias a un trastorno vascular. Su manifestación aguda se conoce con el término ictus. Los ictus isquémicos representan entre el 80 y el 85 % de todos los ictus, mientras que el 15-20% restante obedecen a una hemorragia.

Según el análisis de los datos de la OMS, es la primera causa de discapacidad permanente en la edad adulta en los países desarrollados y la segunda de demencia.

La incidencia del ictus aumenta progresivamente con la edad y es algo más alta en los varones que en las mujeres. El último estudio publicado en España sobre incidencia poblacional de las ECV en el año 2002 en Cataluña la tasa de incidencia acumulada de ECV de 218 en varones y de 127 en mujeres. La incidencia del AIT es más difícil de conocer porque un porcentaje importante de pacientes que los sufren no consultan al médico.

En lo que respecta a la prevalencia del ictus, un metaanálisis publicado en 2006, sobre siete estudios realizados en mayores de 70 años en España, daba una tasa de prevalencia ajustada por edad de 5,6% en mujeres y 7,3% en hombres. Con la edad se producía un aumento de la prevalencia, particularmente entre las mujeres.

En las dos últimas décadas se ha producido una disminución marcada de la mortalidad y secuelas por ictus relacionada con las acciones de prevención y con el mejor manejo de los pacientes, esto último debido no sólo a nuevos fármacos o técnicas quirúrgicas, sino también a la mejora en las fórmulas de organización y atención sanitaria cuyos objetivos han sido marcados por la oficina regional europea de la OMS.

Insuficiencia cardiaca

El aumento de la esperanza de vida y la cronificación de los procesos más frecuentemente presentes en la alteración de la función cardiaca como la cardiopatía isquémica y la hipertensión arterial, ocasionan el continuo aumento de prevalencia de insuficiencia cardiaca (IC) en nuestra población. La IC está presente en un alto porcentaje de pacientes crónicos pluripatológicos añadiendo complejidad a su manejo.

En la actualidad la prevalencia estimada de IC en nuestra población es del 2% de la población adulta y al 6-10% de los mayores de 65 años, siendo la causa más frecuente de ingreso hospitalario en mayores de 65 años. En Atención Primaria hay 5914 pacientes con código de IC en Historia Clínica, si bien se sabe que existe una infracodificación en esta patología.

Fibrilación auricular

La FA es la arritmia más frecuente en nuestra población, su prevalencia aumenta progresivamente con la edad superando el 10% por encima de los 75 años. Esta prevalencia es especialmente significativa en los pacientes con hipertensión arterial (HTA), hipertrofia ventricular izquierda (HVI) y/o insuficiencia cardiaca (IC).

El riesgo relativo de presentar un accidente vascular cerebral (ACV) se multiplica por 5 en los pacientes con FA y si esta se asocia a HTA llega a multiplicarse por 12.

Aproximadamente el 70% de las personas anticoaguladas, lo son por FA. Este porcentaje va aumentando progresivamente, en función del envejecimiento poblacional.

Diabetes

La prevalencia estimada de Diabetes en nuestro país se sitúa en torno a un 6,5% para la población entre los 30 y 65 años, oscilando en diversos estudios entre el 6 y el 12%.

Respecto a la **Diabetes tipo 2** según el estudio di@bet.es, el más reciente que se ha llevado a cabo en España, muestra una prevalencia del 13,8%, casi la mitad de los casos (6%) no diagnosticados. En el caso de Navarra la prevalencia fue del 9,5%, el 2,4% desconocida.

Tabla 10. Datos del estudio di@bet.es por edad y sexo en España

Grupo de Edad	Prevalencia Diabetes conocida hombres	Prevalencia Diabetes conocida mujeres	Prevalencia Diabetes desconocida hombres	Prevalencia Diabetes desconocida mujeres
18-30	0,32	0,27	0	0,31
31-45	2,15	0,93	4,53	1,28
46-60	11,9	6,60	11,9	4,32
61-75	24,8	18,7	17,6	11,1
>76	20,7	23,2	16,7	18,1

Los casos diagnosticados de diabetes tipo 2 y controlados en los Centros de Salud en Navarra son 34.444. La prevalencia de diabetes autorreferida en Navarra, según la ENS 2011, es del 5,0%. Según la misma fuente, en España entre 1993 y 2009 la prevalencia ha crecido un 50%.

Respecto a la **Diabetes tipo 1**, la prevalencia estimada es de un 0,3% de la población. Según los últimos datos disponibles, correspondientes al periodo 2009-2011, la

incidencia en Navarra es de 8,7/100.000 habitantes/año. En niños menores de 15 años, la incidencia es de 20,2 (IC: 15,1-25,5), esta incidencia en menores de 15 años ha disminuido ligeramente respecto a la que existía hace 10 años (en 2002: 22,4/100.000 habitantes/año). Se estima que en Navarra hay en seguimiento por diabetes tipo 1 de 1.800 a 2.000 pacientes.

En pacientes diabéticos tipo 1 y tipo 2 juntos, las **complicaciones** más importantes son la retinopatía diabética (40%), la nefropatía diabética (24,5%) y la polineuropatía distal. La tasa de amputaciones de miembros inferiores por pie diabético es de 4,7 para hombres y 1,7 para mujeres por cada 1000 personas diabéticas. Y la disfunción eréctil afecta al 35-45% de los hombres con diabetes.

El **control del riesgo vascular en pacientes diabéticos** es fundamental para disminuir la incidencia de eventos y complicaciones vasculares. Según datos de 2008 de la Comunidad Foral el número de diabéticos tipo 1 fumadores era de 26,7%, de hipertensos de 24,4%, de dislipémicos de 58,1% y de obesos 9,1%.

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

La mayor parte de los enfermos con EPOC han sido fumadores con un consumo de más de 20 paquetes-año y un 15-20% de las personas fumadoras desarrollará la enfermedad. Suele manifestarse a los 30-40 años de fumar. En un 1% de los pacientes con EPOC la causa es un déficit de alfa-1-antitripsina y en ciertas ocasiones determinadas exposiciones ocupacionales pueden estar implicadas.

En el Asma la carencia de una definición precisa y universalmente aceptada hace que una comparación de las prevalencias entre distintas poblaciones o partes del mundo sea problemática. Cada vez se está dando más importancia al medio ambiente como un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad.

Mortalidad²

Considerando la clasificación de los grandes grupos de mortalidad de la CIE-10, las enfermedades respiratorias ocupan en Navarra el tercer lugar, tanto en hombres como en mujeres con un 12.2% sobre el total de defunciones en hombres y un 10.2 % en mujeres. Globalmente las tasas de mortalidad han descendido respecto al quinquenio anterior. La tasa de mortalidad ajustada por edad y la mortalidad prematura se encuentra ligeramente mejor en Navarra que en el resto de España.

Morbilidad

Según el estudio **IBERPOC**, publicado en 1999, la EPOC presenta en nuestro país una prevalencia del 9% en sujetos entre 40 y 69 años de edad. De los casos diagnosticados mediante espirometría, el 78% desconocía que padecía la enfermedad y solo el 39% de los enfermos recibía un tratamiento adecuado.

Los nuevos datos de la distribución actual de la EPOC en España, obtenidos del estudio **EPI-SCAN** señalan que comparado con el estudio IBERPOC, el infradiagnostico de EPOC en España se redujo solo levemente del 78 al 73%, aunque si se apreció una gran reducción del infratratamiento pasando del 81 al 54%.

² Boletín informativo Instituto Salud Pública de Navarra nº 73, Julio 2013.

El reciente estudio **AUDIPOC-España** sobre las exacerbaciones por EPOC que ingresan en los hospitales públicos españoles ha demostrado que estos pacientes presentan muchas comorbilidades, elevado número de ingresos en el año previo y un elevado porcentaje de reingresos a los 90 días, siendo destacable que Navarra es la CCAA en la que este porcentaje es mayor.

La OMS-Europa tiene en estudio el **Asma** por ser una de las enfermedades en las que se ha registrado un aumento en la edad infantil. En España la prevalencia de esta enfermedad ha sufrido un aumento significativo en el grupo de niños de 6 a 7 años. En mayo de 2013 se detectaron en Navarra, dentro de la “Estrategia Navarra de Atención integral a pacientes crónicos y pluripatológicos”, 36.597 pacientes con diagnóstico de Asma. La edad media era de 31 años y el porcentaje de pacientes menores de 17 años, de 37.05%. Este porcentaje aumentaba si consideráramos los pacientes con atenciones en urgencias o ingresos no programados, indicando que es en estas franjas etarias donde el control del asma es más problemático.

DEMENCIA Y OTRAS ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

Mortalidad³

La mortalidad en Navarra por enfermedades del sistema nervioso se incrementó en el quinquenio 2007-2011 respecto al quinquenio 2002-2006 un 18% entre los hombres y un 3,6% entre las mujeres, siendo llamativo en este grupo el incremento de las muertes por Alzheimer, al igual que ha ocurrido a nivel de España. Se cree que este aumento puede ser debido a un aumento en la incidencia y prevalencia de la enfermedad por el aumento de la edad de la población, y a una mayor precisión de los médicos a la hora de etiquetar los deterioros cognitivos y de señalar esta enfermedad como causa básica de muerte en los certificados de defunción (Regidor E, 2013).

Las enfermedades neuromusculares y los trastornos del movimiento se asocian a mortalidad prematura siendo la edad media de los fallecidos por “otras enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos” de 52.4 años en los hombres y 54.4 años en las mujeres.

Morbilidad

Respecto a la **Demencia**, en el estudio realizado dentro de la “Estrategia Navarra de Atención integral a pacientes crónicos y pluripatológicos” en mayo de 2013 se detectaron 7.493 pacientes con este diagnóstico en Historia clínica de Atención Primaria.

En cuanto a la incidencia, según las tasas del estudio EURODEM, en el año 2006 se diagnosticaron 1.992 casos nuevos de demencia en personas mayores de 65 años, de los cuales un 68% correspondían a Enfermedad de Alzheimer. La incidencia fue de 2 por 1000 en el grupo de 65 a 69 años y aumentaba con la edad hasta 66 por 1000 mil en el grupo de mayores de 85 años, y la prevalencia pasaba del 1.3% en el grupo de 60-69 años al 32.7% en mayores de 90 años.

En la demencia es necesario considerar, además del alto impacto personal que producen, el alto impacto familiar, siendo de vital importancia el apoyo a las personas cuidadoras de estos enfermos.

³ Boletín informativo Instituto Salud Pública de Navarra nº 73, Julio 2013.

En el caso de **las Enfermedades Neuromusculares** la enfermedad más frecuente es la Miastenia Gravis, con una prevalencia en Navarra de 188,7 casos por millón de habitantes y una incidencia de 15,7 casos nuevos por millón de habitante y año. Le siguen en frecuencia la Distrofia miotónica de Steinert, la Distrofia facio-escápulo-humeral (FSH) y la Esclerosis lateral amiotrófica (ELA) con una incidencia de 1 ó 2 casos nuevos por 100.000 habitantes y año y una prevalencia de 3 a 5 casos por 100.000 habitantes.

Dentro de los **Trastornos del movimiento** la enfermedad de Parkinson (EP), según estudios estimativos por consumo de levodopa, se calcula que tiene una incidencia de 10 a 20 casos por 100.000 habitantes en edades superiores a 60 años, aunque el número de casos aumenta por encima de los 75 años. La prevalencia general de la Enfermedad de Parkinson se cifra en torno al 3% de la población mayor de 65 años.

En cuanto a la Enfermedad de Huntington en el año 2005 Ramos M.A. y cols publicaron los resultados de un estudio de incidencia en Navarra y País Vasco encontrando 4.7 pacientes nuevos por millón de habitantes y año, cifra 2-3 veces mayor que las publicadas previamente.

DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA

La discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive. La OMS ha desarrollado una herramienta de análisis, aceptada por la mayoría de países, denominada Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF 2001) ⁴, que refleja esta interacción y comprende, además del hecho individual, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación.

Por otra parte, en el informe sobre la salud en el mundo del año 2000 de la OMS, la dimensión del grado de discapacidad y su duración ya está incluida en la evaluación del estado de salud de la población mediante el indicador sintético DALE⁵.

Según la encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de salud (EDAD 2008) hay 3,85 millones de personas residentes en hogares en España que afirman tener discapacidad o limitación, lo que supone una tasa de 85,5 por mil habitantes que aumenta a 89,7 por mil si consideramos sólo las personas mayores de 6 años.

La causa más frecuente de discapacidad es osteoarticular, presentando el 67,2% de las personas con discapacidad limitaciones para moverse o trasladar objetos, el 55,3% dificultad para las tareas domésticas y el 48,4% para las tareas del cuidado e higiene personal.

Tres de cada cuatro personas cuidadoras son mujeres, siendo el perfil más frecuente el de mujer nacional (93,1%) entre 45 y 64 años.

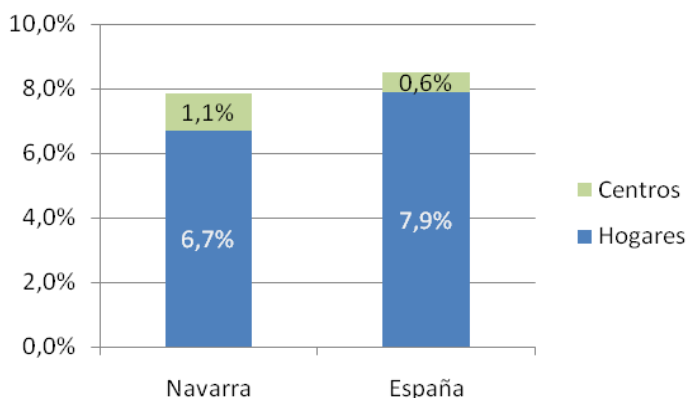
Si se compara esta población con la de personas sin discapacidad se encuentra que el porcentaje de personas que vive sola es tres veces mayor (14,57% vs 4,38%), se da un menor porcentaje de alfabetización (87,45% vs 99,82%), solo el 12% tiene estudios secundarios frente al 30% de las personas sin discapacidad y su tasa de paro es del 77% superior a la del resto de la población.

4 Aprobada en Resolución WHA54.21 del 22 de mayo de 2001. En lengua española OMS/OPS/IMSERSO, Madrid 2001.

5 DALE (Disability-Adjustes-Life-Expectancy): Indicador sintéticos que mide de forma conjunta las consecuencias mortales y discapacitantes.

Según la Estrategia Española sobre Discapacidad, el 8,5% de la población residente en España declara tener alguna discapacidad, el 7 % en el caso de los hombres y el 10% en el de las mujeres. En el 20% de los hogares reside al menos una persona con discapacidad y una de cada seis personas con discapacidad vive sola.

% de Personas que declaran padecer una discapacidad 2008



Fuente: Estrategia Española sobre Discapacidad 2012-2020

En Navarra el porcentaje es algo inferior, del 7,8%, y mientras que en Navarra una de cada 7 personas con discapacidad reside en un Centro Asistencial, en España lo hace uno de cada 14.

En Navarra en el 2012 un total de 30.034 personas tienen reconocida oficialmente algún grado de discapacidad, 16.740 hombres y 13.294 mujeres, siendo como en el resto de España la causa osteoarticular la más frecuente suponiendo un 23,44 %.

La **Dependencia**, según la Ley 39/2007 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, se define como el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

El número de personas evaluadas por la Agencia Navarra de Promoción de la Autonomía y prevención de la Dependencia pasó de 8.839 personas en 2007 a 17.413 en 2011, reconociéndose como dependientes 13.851 personas que se distribuyen de la siguiente manera:

Tabla 11: Personas reconocidas como Dependientes por la Agencia Navarra de Promoción de la autonomía y prevención de la dependencia. 2011.

	Gran Dependientes (Grado III)	Dependientes Severos Grado II	Dependientes Moderados (Grado I)	TOTAL
Hombres	1.085	1.703	1.889	4.67
Mujeres	2.274	3.323	3.577	9.174
Ambos sexos	3.359	5.026	5.466	13.851

Los diagnósticos más frecuentes asociados a dependencia según los expedientes de Valoración de Dependencia 2007–2012 son el “Retraso mental, retardo en el desarrollo o trastorno en el desarrollo” en pacientes de 0 a 17 años, la “esquizofrenia y afines” en pacientes de 18 a 34 años y la “demencia” seguida de las “enfermedades cardiovasculares” en pacientes mayores de 65 años.

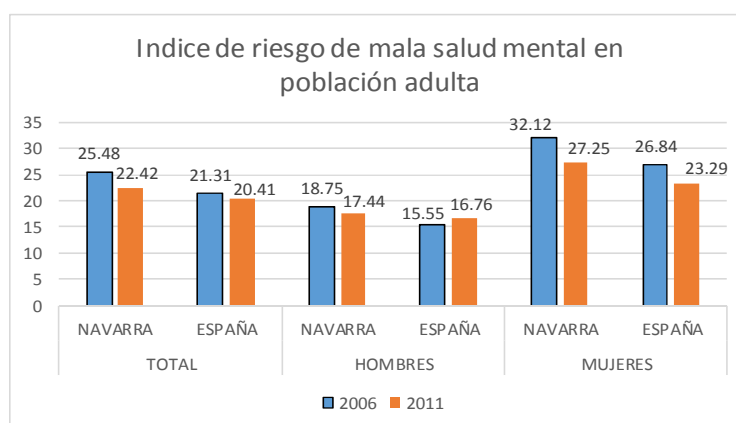
SALUD MENTAL

Mortalidad

Según los indicadores clave del Sistema Nacional de Salud en 2011 en Navarra la tasa global de mortalidad por suicidio fue de 6.67 por 100.000 habitantes, 9.91 en hombres y 3.66 en mujeres, un poco más elevada que en España y el % sobre el total de APVP en el período 2007-2010 fue de 8,1% en hombres y 5,1% en mujeres.

Morbilidad

El **índice de riesgo de mala salud mental en adultos** en la Encuesta Nacional de Salud utilizando el cuestionario GHQ-12 muestra unas cifras de padecimiento claramente superiores en mujeres respecto a hombres y ligeramente superiores en Navarra respecto a España. Entre la encuesta de 2006 y la de 2011 se ve una ligera mejoría y una disminución de la brecha entre sexos.



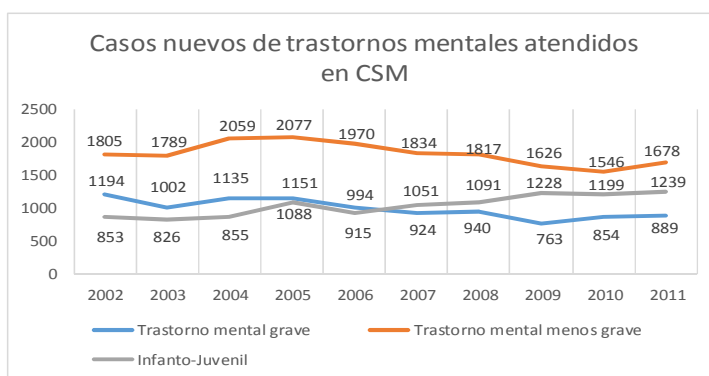
Fuente: Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud, Encuesta Nacional de Salud

A nivel nacional no se encuentran diferencias significativas en función de vivir en áreas urbanas o rurales, sin embargo se constata una prevalencia de mala salud mental mayor entre las mujeres de clases sociales más desfavorecidas y las personas con menores niveles de estudios.

La **prevalencia de trastornos mentales** entendida como porcentaje de personas de más de 15 años que declara haber padecido trastorno mental en los 12 meses previos a la

entrevista y ha sido diagnosticada por un médico sigue mostrando una mayor afectación de las mujeres por este tipo de patología.

Para estimar la **incidencia** se puede ver el número de casos nuevos atendidos en los Centros de Salud Mental de la Red de Navarra de Trastorno Mental Grave, Trastorno Mental Común y de Infanto-Juvenil:



Dentro de los Trastornos Mentales Graves destacan los Trastornos afectivos sobre las demás patologías. A lo largo de los últimos 10 años se mantiene más o menos estable el número de pacientes diagnosticados de trastorno mental orgánico y esquizofrenia mientras que el número de diagnósticos de trastornos afectivos y de conducta alimenticia van bajando.

En cuanto a los Trastornos Mentales Menos Graves destacan sobre todo los trastornos de ansiedad y de adaptación, pero en la serie temporal los primeros presentan un perfil en diente de sierra mientras los segundos van disminuyendo a lo largo del tiempo.

No existen grandes diferencias por sexo en la población atendida en los CSM (53 % mujeres y 47 % hombres) y además esta se va acortando. Las diferencias se presentan por categorías diagnósticas, predominando claramente los trastornos afectivos y ansiosos en las mujeres y los relacionados con las conductas adictivas en los hombres. En ambos casos es necesario tener en cuenta los aspectos contextuales en el origen de esta distribución. En el Programa Infanto-Juvenil los trastornos de conducta son los más relevantes, seguidos de los trastornos de ansiedad.

Un 46% de los pacientes con enfermedad mental padece también enfermedades crónicas físicas que empeoran el pronóstico e incrementan el uso de servicios. La comorbilidad mental aumenta el riesgo de ingreso por enfermedad crónica 2,8 veces, aumenta la duración de la estancia hospitalaria y duplica el uso de los servicios ambulatorios (Krein 2006, Vamos 2009).

PROBLEMAS DE SALUD EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA

En los países industrializados las patologías antiguas están siendo sustituidas por patologías crónicas o subagudas emergentes que van asociándose cada vez con mayor evidencia científica a la contaminación medioambiental y a los hábitos de vida. Incluso la exposición durante el periodo embrionario a diferentes factores puede tener su efecto sobre el feto. Conseguir que los niños adquieran unos buenos hábitos de vida y entre

ellos el de una dieta equilibrada es esencial ya que en esta época de la vida se instauran e inician muchas pautas de comportamiento muy difíciles de cambiar posteriormente.

Cambios demográficos en la última década

A lo largo de la última década se ha producido un aumento de la población infantil y adolescente.

Tabla 12: Evolución de la población de Navarra

Edad	Año 2000	Año 2012	% de cambio
0-2 años	13.506	19.423	+ 43,8%
3-6 años	18.789	27.866	+ 48,3%
7-14 años	38.140	51.530	+ 35,1%
Menos de 14 años	70.435	98.819	+ 40,3%

Este crecimiento se asocia a un incremento de niños de etnias y/o culturas diferentes y a un aumento de factores de riesgo/patologías de mayor prevalencia en países de procedencia o asociadas al proceso de migración como el riesgo psicosocial o la obesidad.

Mortalidad

La tasa de mortalidad infantil de Navarra se encuentra en el quintil inferior europeo. Los motivos de muerte más frecuentes en la infancia son los accidentes de tráfico, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal y las malformaciones congénitas. Hay una sobremortalidad de los chicos respecto a las chicas en la edad infantil.

Prematuridad y riesgo perinatal

En el año 2012, el 8,5 % de los nacimientos fueron de bajo peso y un porcentaje similar fueron recién nacidos prematuros. Algunos factores que se relacionan con este fenómeno son los partos gemelares o múltiples, las técnicas de fertilización in vitro y las cesáreas en madres de edad avanzada.

En el año 2012 el porcentaje de cesáreas fue de un 16,7%. En el período 2010-2011 Navarra, tiene, después de País Vasco, las tasas más bajas de España.

Enfermedades genéticas

Un 2-3% de los recién nacidos presentan un defecto congénito o una anomalía de causa genética y un 5,6 de la población desarrollará síntomas de un desorden genético (cromosómico o mendeliano) antes de los 25 años. En la edad adulta, esta cifra aumenta hasta un 60% si se incluyen las patologías de tipo multifactorial (genética + ambiental).

Un 20-23% de la mortalidad pediátrica y un 5% de la observada en la población de 1 a 18 años es secundaria a desórdenes genéticos. Más de un 70% de las admisiones pediátricas y un 80% del gasto pediátrico hospitalario son atribuibles a enfermedad de base genética (monogénicas o multifactoriales).

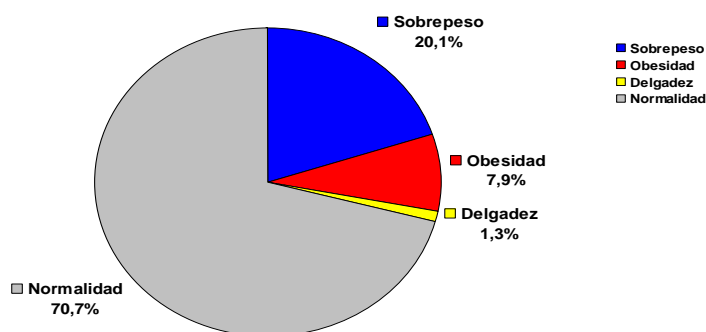
Obesidad infantil

La OMS declaró la obesidad como epidemia silenciosa en el año 2004 con repercusiones a corto y largo plazo. A corto plazo, el niño obeso tiene más riesgo de asma, alteraciones osteoarticulares y con frecuencia objeto de burlas o aislamiento en deportes que le llevan a no moverse empeorando su obesidad. A largo plazo el problema

la obesidad, como factor de riesgo vascular que es, incidirá en la prevalencia futura de problemas cardiovasculares.

En Navarra se tienen datos de prevalencia a partir de un estudio realizado en 2011, con datos extraídos de las historias clínicas informatizadas de menores de 15 años incluidos dentro del Programa de Salud Infantil. Dado que el programa tiene una cobertura próxima al 100% los resultados son muy fiables.

Gráfico 3. Prevalencia de sobrepeso y obesidad. Población < 15 años. Navarra.



Destacan los siguientes resultados:

- Un 7,9% de los menores de 15 años presentan obesidad y otro 21% sobrepeso.
- La prevalencia de obesidad en menores de 5 años es similar en ambos sexos, a partir de esa edad es mayor en los niños.
- El grupo de edad de 5-9 años es el de mayor prevalencia, tanto en niños como en niñas.
- La distribución geográfica muestra que el área metropolitana de Pamplona en general presenta tasas más bajas que las zonas rurales.
- La prevalencia de obesidad es mayor en los hijos de mujeres inmigrantes.

Infecciones transmisibles

La cobertura vacunal en Navarra es superior al 95% de la población diana en menores de 2 años, superior al 90% a los 4-6 años y superior al 80% en la adolescencia, el mantenimiento de estas altas tasas de cobertura debe ser una prioridad.

En Navarra se han producido pequeños brotes de sarampión y de tos ferina que no han tenido gran difusión debido a la buena cobertura vacunal.

Tabla 13 . Cobertura vacunal (%). Navarra 2012

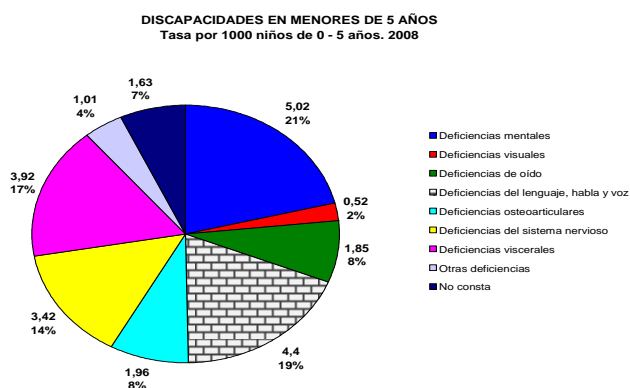
	Primovacunación. Niños 0-1 año. 3 dosis	Vacunación refuerzo Niños 1-2 años.	Vacunación refuerzo Niños 4-6 años	Vacunación adolescentes
Poliomielitis	97,83	95,75		
DTPa	97,83	95,75	91,33	82,9 (Td)
Hib	97,83	95,758		
Hepatitis B	97,83			
Meningitis C	99,21 (2 dosis)	98,68 (3ª dosis)		
VPH (3 dosis)				85,2
SRP		99,97 (1ª dosis)	92,69 (2ª dosis)	

Fuente: ISPYL

La transmisión de infecciones por vía sexual se mantiene estable o ha experimentado un cierto incremento en los últimos diez años, lo cual refuerza la necesidad de la educación sexual de la población.

Discapacidad

La causa más frecuente de discapacidad en menores de cinco años la constituye el grupo de las deficiencias mentales que con una tasa de 5,02 por 100.000, son el 21% de todas las discapacidades.



Violencia

La violencia en menores incluye agresiones físicas, sexuales y psíquicas y el abandono, todas ellas con importante repercusión por su incidencia en fases críticas del desarrollo personal. La incidencia es desconocida, se considera que solo se detecta el 10-20% de los casos.

Un riesgo importante en población infantil y adolescente es la violencia en la población escolar (bullying) que declaran haberlo sufrido alguna vez más del 34% de chicos y del 8% de chicas entre los 11 y 16 años.

Consumo de drogas

Según ESTUDES, Encuesta Estatal sobre uso de drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias 2010, las drogas más consumidas por los jóvenes estudiantes de 14 a 18 años siguen siendo el alcohol, el tabaco y cannabis. En estas drogas se ha estabilizado la edad media de inicio en el consumo que ha descendido en hipnóticos, cocaína e inhalables.

Tabla 14 Comparación de las prevalencias 2010 entre España y Navarra

	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses		Últimos 30 días		Diario	
	España	Navarra	España	Navarra	España	Navarra	España	Navarra
Tabaco	39.8	40.6	32.4	34.1	26.2	26.8	12.3	12.7
Alcohol	75.1	83.3	73.6	80.2	63.0	67.0		
Borracheras	58.8	66.3	52.9	60.9	35.6	38.8		
Cannabis	33.0	38.4	26.4	31.4	17.2	18.7		

Salud sexual y reproductiva

Los embarazos en mujeres de menos de 19 años suponen un 9% del total de embarazos. En los últimos 10 años han descendido debido al incremento de las actividades de

educación sexual, la mayor accesibilidad a métodos anticonceptivos habituales, la aparición en el mercado de nuevos anticonceptivos con menores efectos secundarios, etc.

Menos de la mitad de estos embarazos llegan al parto por la aplicación de la Ley de interrupción del embarazo. El número de partos en mujeres menores de 18 años en los últimos 10 años oscila en torno al 1% del total de partos, en 2012 han sido 55. No se dispone de información del nº de IVEs en población adolescente.

En Navarra la “píldora del día siguiente” se dispensa de forma gratuita en los CAM y en las oficinas de farmacia sin necesidad de prescripción médica.

DOLOR CRÓNICO

Se considera **dolor crónico** aquel que persiste durante un período de tiempo superior a los tres meses o de duración intermitente durante más de cinco días por semana y es considerado una enfermedad en sí mismo. Existen estudios que señalan la posibilidad de diferencias en la percepción del dolor asociadas al sexo y a condiciones étnicas o raciales, tanto en adultos como en niños.

El dolor crónico altera la capacidad funcional, modifica el estado de ánimo y disminuye las relaciones con los demás e incrementa por cinco la probabilidad de utilización de servicios sanitarios. Es una de las razones principales por las que las personas abandonan el mercado laboral prematuramente.

Se calcula que en Europa el dolor crónico no maligno afecta al 20% de los adultos, sufriendo casi el 9% de la población adulta dolor diario. Según la Encuesta de Salud y Bienestar paneuropea de 2008 los problemas comunicados con más frecuencia como causantes de dolor son el dolor de espalda (66%), el dolor articular (52%), el dolor de cuello (32%) y la cefalea (31%).

Según datos más recientes, la prevalencia del dolor crónico en España se sitúa por debajo de la media europea, alrededor del 11%, con una duración media de 9 años. El 47% de los afectados padece dolor diariamente.

OTROS PROBLEMAS DE SALUD

Infecciones Transmisibles

Un grupo importante de infecciones transmisibles tienen posibilidades de control ambiental (legionelosis, brucelosis, hidatidosis) y alimentario (salmonelosis, brucelosis, etc). En general estas enfermedades han visto reducir su incidencia considerablemente gracias a la existencia de normativas y controles sistemáticos de salud pública.

Simultáneamente cada vez se detectan más agentes emergentes o reemergentes, reaparecen enfermedades en zonas donde antes no había o se producen brotes por nuevas variedades de agentes conocidos. Para hacer frente a estas amenazas es prioritario mantener la vigilancia epidemiológica, manejar adecuadamente los casos y seguir una política de antibióticos que limite y controle la aparición de microorganismos multirresistentes.

La **tuberculosis** presenta una tendencia ligeramente descendente en tasas ayudada por el efecto positivo que tienen la detección precoz y el tratamiento de los casos para reducir el riesgo de contagio a otras personas.

La infección por el **VIH** presenta una tendencia ligeramente descendente favorecida por la detección precoz y el tratamiento de los casos que reducen el riesgo de contagio a otras personas. La evolución de la infección por VIH-SIDA ha transitado desde una epidemia ligada sobre todo al consumo de drogas y el material de inyección compartido, a un modelo ligado a la transmisión sexual.

En Navarra viven más de mil personas diagnosticadas de infección por VIH y se estima que puede haber al menos otro 25% más de infecciones no diagnosticadas. Los diagnósticos de SIDA siguen siendo elevados si tenemos en cuenta que serían evitables con el diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de la infección. La prevalencia de infección por VIH en Navarra es media en España, pero respecta alta respecto a los países del norte de Europa, en la misma línea que los demás países del sur de Europa.

La transmisión de otras **infecciones por vía sexual** se mantiene estancada o ha experimentado un avance en los últimos años, lo cual se pone de manifiesto en la incidencia de gonococia, sífilis y hepatitis B.

Es necesario realizar un abordaje integral de las ETS que contemple la educación sexual de la población, facilite el acceso al diagnóstico precoz, asocie al diagnóstico el despistaje de otras ETS, la prevención y/o tratamiento de la pareja y la vacunación de otras ETS, y proporcione un tratamiento precoz.

Salud laboral

El **II Plan de Salud Laboral de Navarra** ha buscado proteger la salud de los que trabajan con una atención especial a los colectivos más vulnerables.

La actividad laboral de la **mujer** está caracterizada por una mayor eventualidad, un menor salario y escasas posibilidades de promoción, ellas ocupan el mayor porcentaje de los contratos a tiempo parcial, y desempeñan en mayor proporción que los hombres trabajos monótonos y poco creativos, pero que exigen habilidad y precisión, mantenimiento de posturas inadecuadas y forzadas, movimientos repetitivos, con ritmos excesivos y sin posibilidades de pausas.

Los trabajadores **inmigrantes** trabajan con mayor frecuencia que los españoles en sectores con mayor problemática de precariedad y desregulación como la construcción, el servicio doméstico o la agricultura.

A mayor nivel de **envejecimiento** de la población trabajadora se constata mayor duración de los eventos de Incapacidad Temporal por contingencia común y laboral, mayor incidencia de enfermedad profesional y mayor cantidad de accidentes mortales.

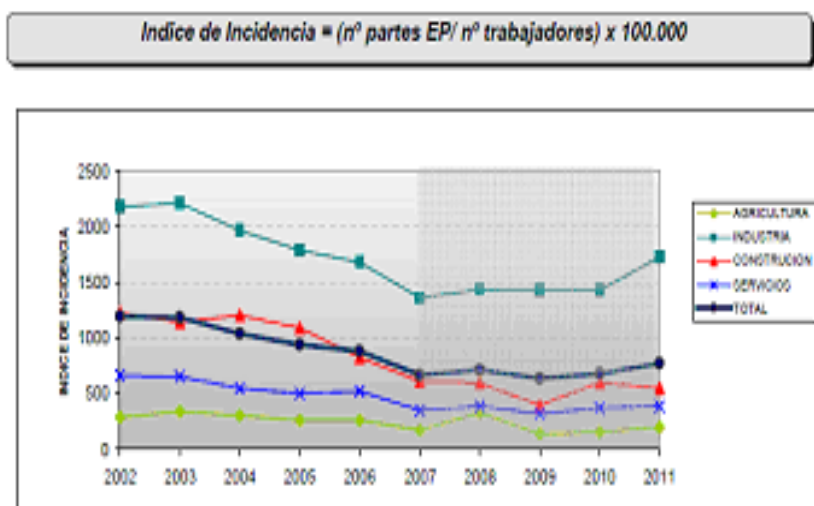
El impacto de la **crisis** en la salud es enorme, no solo en las personas que pierden su trabajo, sino también en las que lo conservan. En estas la precariedad, el incremento de trabajo, el mayor control y el deterioro de las relaciones, producen estrés, trastornos musculoesqueléticos, ansiedad, depresión y siniestralidad, y se asocian a un aumento del consumo de tabaco y de problemas en el entorno familiar.

En la II Encuesta Navarra de **condiciones de Trabajo** destaca que los riesgos psicosociales son los que mayoritariamente preocupan a los trabajadores.

La evolución de los **accidentes de trabajo** en el período 1994-2011 desde 2001 sigue una tendencia descendente para todos los grados de lesión, estando los índices de accidentes de trabajo con baja en 2011 en 35,8 por 1000 trabajadores. En 2011 se han alcanzado valores mínimos en la serie histórica para graves y mortales, 30,2 y 4,1 por 100.000 trabajadores respectivamente.

En el caso de los **accidentes «in itinere»** a partir de 2006, coincidiendo con la entrada en vigor del sistema de permiso de conducción por puntos, se observa un importante descenso que se ha mantenido los últimos años con cifras en 2011 de 3,5 accidentes por mil trabajadores, 5 por 100.000 en el caso de graves y 0.5 por 100.000 en el de mortales.

Los índices más altos de incidencia de **enfermedad profesional** en Navarra se dan en la industria, seguida del sector de la construcción y de la agricultura, como se muestra en el siguiente gráfico:



Fuente: Población asalariada: Datos servidos por el Servicio de Estadísticas de Protección Social del Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. Elaboración INSL.

Accidentes

Según el informe “Las lesiones en la Unión Europea” estas son una de las primeras causas de mortalidad, morbilidad y discapacidad en Europa y aunque en los últimos cinco años los accidentes de tráfico y laborales han disminuido notablemente, no ha pasado lo mismo con los accidentes ocurridos en el hogar y lugares de ocio, que representan el 73% de los accidentes y afectan especialmente a poblaciones vulnerables, como los niños, las personas mayores y las personas con discapacidad, lo mismo que ocurre en Navarra.

En el caso de España, según datos ministeriales de 2011, 14.233 personas (64,4% hombres y 35,6% mujeres) fallecieron y 160.000 tuvieron que ser ingresadas por causa de lesiones. No se dispone de información sobre los motivos de la lesión faltando por este motivo información sobre temas de gran interés como violencia de género, agresiones a niños o a ancianos, etc

Tabla 15. Número de Urgencias en Navarra, lesiones e ingresos.

Centro	Número de Urgencia/año	Lesiones	Ingresos
Complejo Hospitalario de Pamplona	120.000	30.000	3.300
Hospital de Estella	24.000	6.000	660
Hospital de Tudela	36.000	9.000	990
Total de Navarra	180.000	45.000	4.950

En los **pacientes atendidos en urgencias**, además del descenso de los accidentes por accidente de tráfico y laborales, se observan dos picos de afectados, uno en torno a los 20 años con lesiones relacionadas con los deportes y actividades domésticas y otro pico en pacientes en torno a los 80 años por caídas en el domicilio.

Las **lesiones mortales** en el domicilio causadas por las intoxicaciones por alcohol y otras drogas predominan claramente (40 % del total), seguidas de los fallecimientos relacionados con el fuego y el humo (37%), y otra serie de causas como ahogamientos por aspiración de diversos objetos (6%), lesiones por instrumentos objetos y maquinaria (5%); ingesta de objetos y asfixias (5%); lesiones eléctricas (5%); o agua caliente y otros líquidos (2%).

Existe una incidencia especial en niños en temas relacionados con la aspiración de cuerpos extraños que producen la asfixia o lesiones por maquinaria diversa (bebidas calientes, agua hirviendo, estufas, hornos, placas calientes, etc).

En cuanto a las **lesiones no fatales** producidas en el domicilio o durante el ocio, predominan las relacionadas con las estructuras de los edificios (caídas), causantes del 43%, seguidas de una amplia gama de motivos relacionados con la maquinaria relacionada con la actividad laboral (14%), el equipamiento deportivo o recreativo (10%), etc.

Violencia

La OMS reconoce que la violencia es un problema de salud pública y prevé en sus informes que, para el año 2020 llegará a ser una de las primeras causas de carga de enfermedad y muerte. De las 15 principales causas de muerte de la juventud (15-29 años) ocho están relacionadas con violencia o lesiones.

En países de Europa occidental, la tasa de homicidio de población joven es de 0,9 por 100.000 (tasa mundial: 9,2). Por cada joven víctima mortal de la violencia, entre 20 y 40 sufren lesiones que precisan tratamiento hospitalario. La hiperactividad, la impulsividad, el control deficiente del comportamiento y los problemas de atención están a veces presentes en violencia de la gente joven, pero los determinantes sociales y las causas relacionales tienen una influencia decisiva en la génesis de la violencia.

El “Mobbing” o violencia en el trabajo está ampliamente extendido, según algunas investigaciones el 53% de personas empleadas han sufrido intimidación en el trabajo, el 78% han presenciado dicho comportamiento y en el 10-15% de los suicidios tal padecimiento con efecto acumulativo ha sido un factor.

Según la ENS 2006 en Navarra el 1,8% de las personas ha sufrido algún tipo de agresión o maltrato sin diferencias en población adulta e infantil, siendo la media de las CCAA de 2,9%.

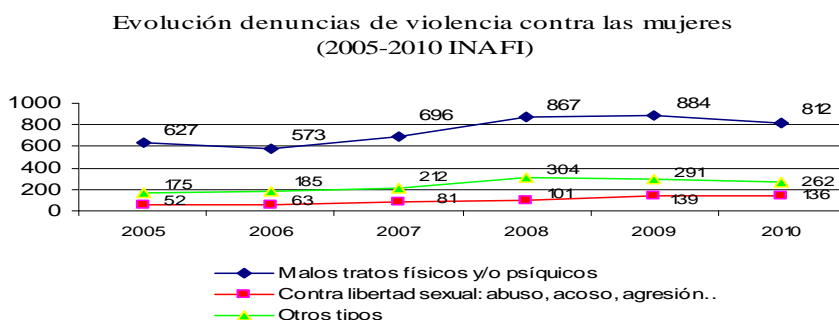
Según la Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2007 el 6,6% de jóvenes entre 14 y 29 años declara haber sufrido algún tipo de agresión o maltrato en el último año, sin diferencias por sexo y de ellos el 16,8% han sido agredidas de manera muy habitual o frecuente. Destaca que en el 13,3% de los casos, la agresión fue realizada por parte de la pareja y el 23% compañeros de clase. El estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) señala que en población escolar de 11 a 17 años un 12,7% declaraba haber sido maltratado en el colegio o instituto en los últimos dos meses tanto en Navarra como a nivel nacional.

El 50% de la actividad clínica de la actividad forense del Instituto Navarro de Medicina Legal (INML) corresponde a violencia y lesiones (más de 2.500 casos cada año) distribuyéndose entre agresiones (41,4%), maltrato doméstico (6,5%) y abusos sexuales (1,2%) con ligero incremento entre los años 2005-2011.

Violencia de género

Aunque existen otras formas de violencia contra la mujer, la más común es la infligida por su marido o pareja masculina, con una tendencia creciente. Según los informes de la Comisión de Seguimiento del II Acuerdo Interinstitucional para la coordinación efectiva en la atención y prevención de la violencia contra las mujeres de Navarra, en 2010, el 59% de la violencia registrada (en torno a 1.200 casos cada año) es violencia de género. El 12% es violencia contra la libertad sexual, de ella el 3% es contra menores. Estos tipos de violencia aumentan según se ve en la tabla de evolución de denuncias.

Gráfico 4. Evolución denuncias de violencia contra las mujeres. 2005-2010.



Fuente: Memorias 2009 y 2010 de la Comisión interinstitucional para la coordinación efectiva en la atención y prevención de la violencia contra las mujeres.

En los servicios sanitarios, es Atención Primaria quien tiene mayor capacidad de detección de casos, según sus registros, en 2012 hubo 286 mujeres que por primera vez reconocieron haber sufrido malos tratos, lo que supone una incidencia anual de 103,1 casos/100.000 mujeres de 14 y más años.

Tabla 16. Tasa por grupos de edad en el trienio 2009-2001

Grupos de edad	2010		2011*		2012	
	Nº	Tasa/100.000	Nº	Tasa/100.000	Nº	Tasa/100.000
14 a 29 años	310	565,19	106	196,49	88	166,26
30 a 44 años	305	396,28	145	187,57	105	136,10
45 a 64 años	120	151,63	69	85,74	67	81,66
65 y más años	38	60,27	21	32,64	26	39,85

* A partir de 2011 hay un importante descenso del número de casos porque se excluyó el epígrafe problema derivado de la violencia agresiones por su inespecificidad.

Tabla 17. Distribución según el tipo de maltrato

Tipo de maltrato	2010		2011		2012	
Psicológico	87	11,2 %	88	25,8 %	66	23,1%
Sexual	33	4,3 %	23	6,7 %	23	8,0%
Físico	653	84,5 %	230	67,5 %	197	68,9%

Tabla 18. Relación de convivencia con el maltratador

Tipo de maltrato	2010		2011		2012	
Cónyuge/Pareja	290	37,5 %	275	80,6 %	216	75,5%
Hijos	20	2,6 %	27	7,9 %	31	10,8%
Padres	10	1,3 %	16	4,7 %	16	5,6%
No se sabe	453	58,6 %	23	6,8 %	23	8,1%

Tabla 19. Actividad de otros organismos miembros de la Comisión de seguimiento del II Acuerdo Interinstitucional en materia de violencia de género del año 2011

Institución	Nº de casos atendidos
SOS Navarra 112	495
Cuerpos policiales	1.227
Juzgados y Tribunales	1.754 casos. Órdenes de protección concedidas: 1.153 (65,7%) resto denegadas.
Servicio de atención jurídica a las mujeres	Asistencia: 635 Asesoramiento: 125
Asuntos sociales, atención en recursos de acogida	Centro de urgencias: 82 mujeres, 82 menores Casa de acogida: 10 mujeres, 20 menores Pisos tutelados: 6 mujeres, 12 menores
Servicio Social de Justicia	Violencia de género: 115 Contra la libertad sexual: 16 Contra la libertad sexual en menores: 6 Otros: 32 Tratamiento maltratadores: 213

Fuente: Informe anual de violencia 2011. Instituto Navarro para la Igualdad y familia (INAIIF)

Maltrato a las personas mayores

Aunque es considerado por la OMS como un problema social grave, disponemos de poca información sobre su magnitud. La prevalencia de sospecha de malos tratos en base a informes técnicos alcanza casi el 12%, pero posiblemente sea superior en personas mayores con déficits cognitivos. También hay estudios que señalan que la prevalencia de maltrato es mayor en las residencias de ancianos y otras instituciones y servicios sociales y sanitarios.

Enfermedades raras

Según la definición de la Unión Europea, las Enfermedades Raras son aquellas enfermedades con peligro de muerte o invalidez crónica que afectan a menos de 5 personas por cada 10000 habitantes. Si aplicásemos este criterio a la población de Navarra, estaríamos hablando de enfermedades que, cada una de ellas, afecta a menos de 320 navarros. Se estima que el número de enfermedades que pueden ser consideradas

Enfermedades Raras oscilaría entre 6000 y 8000, afectando a un 5-7% de la población. Según estas estimaciones en Navarra, el número de personas afectadas por una Enfermedad Rara estaría entre 30.000 y 42.000.

Un 80% de estas enfermedades son de origen genético y aunque son un grupo heterogéneo de enfermedades, tienen algunas características comunes a la mayor parte de ellas como iniciarse en la edad pediátrica, ser crónicas, muy invalidantes y suponer una gran carga de enfermedad tanto para los pacientes como para sus familias.

Es necesario considerar la importancia y especificidad de estas enfermedades ya que a su tendencia a la cronicidad y la discapacidad, se añaden la dificultad del diagnóstico, el alto precio de los pocos tratamientos disponibles, la falta de centros de referencia, escasa investigación y falta de sensibilización social.

Desde junio de 2013 existe en Navarra un Registro Poblacional de Enfermedades Raras que trabaja en colaboración con la Red Española de Registros de Enfermedades Raras liderada por el Instituto de Salud Carlos III.

Como fortalezas de nuestra Comunidad podemos destacar el acceso al asesoramiento genético y a los tratamientos con evidencia científica, siendo necesario seguir trabajando en la formación de los profesionales de Atención Primaria en síntomas de alarma y criterios de sospecha diagnóstica, en la extensión de la RHB para mantener la capacidad funcional de las personas enfermas y en la coordinación para la atención integral de las personas afectadas por ER con otros Departamentos e Instituciones.

PROBLEMAS DE SALUD EMERGENTES

Existen problemas de salud en los que la importancia viene dada porque es un problema nuevo, no esperado o a que genera una situación imprevista y que llamamos problemas de salud emergentes, y que incluyen también las enfermedades tradicionales que en el contexto actual adquieren un mayor protagonismo.

Para la identificación de estos problemas se ha contado con la colaboración de los profesionales de Atención Primaria de la Comunidad Foral, ya que, al ser la vía de acceso de la población al sistema y estar integrados en la comunidad, son los primeros en detectar los cambios del patrón de enfermar de una comunidad. Para su clasificación se ha seguido una distribución etaria.

PRINCIPALES PROBLEMAS EMERGENTES

INFANCIA	JUVENTUD
Riesgo psicosocial	Trastornos del comportamiento
Obesidad.	Consumos de drogas.
– Alimentación inadecuada.	Trastornos adaptativos.
– Sedentarismo	Violencia
Problemas emocionales del menor	Ciberadicción
Trastornos del comportamiento	Accidentalidad
Violencia, maltrato infantil, bullying,	
Aumento de prevalencia de TDAH.	
Aumento de alergias	

PRINCIPALES PROBLEMAS EMERGENTES

ADULTOS	ANCIANOS
Obesidad / Sedentarismo	Aumento de pacientes crónicos
Resistencia a los antibióticos	Aumento del nº de dependientes
Trastornos emocionales y adaptativos	Policonsumo de fármacos
Aumento de prevalencia de diabetes y HTA. hipercolesterolemia	Trastornos emocionales en ancianos.
Sobrecarga de personas cuidadoras	Sobrecarga de cuidados familiares
Abuso de sustancias	Sobrecarga de personas cuidadoras
Fiobromialgia	Soledad, aislamiento.
Fatiga crónica	Abusos y maltrato al mayor
Síndrome químico múltiple	

PERCEPCIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA

Según la ENS 2011/12 tres de cada cuatro adultos tienen una percepción buena de su salud. Un 80,8% de los hombres considera que su salud es buena frente a un 75,6 de las mujeres, si bien las diferencias por sexo solo son estadísticamente significativas en el grupo de 45 a 64 años.

Al aumentar la edad la percepción del estado de salud empeora y solo la mitad de los mayores de 65 años consideran bueno su estado de salud. Un 21,3% considera que es malo o muy malo, frente al 6,5% de los adultos de 45-65 años y menos del 1% de los más jóvenes (15-44 años). No se puede analizar el grupo de mayores de 65 en grupos de edad más pequeños porque el tamaño de la muestra de la ENS 2011/12 no permite obtener resultados suficientemente precisos en esos subgrupos.

Como ya se constataba en las encuestas de salud de 2001 y de 2006, las clases sociales más desfavorecidas tienen peor percepción de su estado de salud, lo que se corrobora en la encuesta de condiciones de vida de la población Navarra de 2012.

En la ENS 2011/12 se aplica el Euroqol-5 como instrumento de medición de calidad de vida. En la dimensión que más personas declaran tener problemas es en dolor, un 20,7% de la población declara padecerlo en alguna medida. Las mujeres están más afectadas que los hombres en todas las dimensiones excepto en la capacidad de autocuidado y las actividades para la vida diaria. En todas las dimensiones hay un empeoramiento con la edad.

Tabla 20 . Prevalencia de personas con algún problema el día de realización de la encuesta. Navarra

Algún problema de	Hombres	Mujeres	Total
Movilidad	8,6	14,4	11,5
Autocuidados	--	4,4	4,0
Actividades cotidianas	7,8	9,6	8,7
Dolor/malestar	16,9	24,4	20,7
Ansiedad/depresión	8,7	18,6	13,7

Fuente: ENS 2011/12

En las personas mayores de 65 años, de las cinco dimensiones medidas, también el padecimiento de dolor es la que afecta a más personas, al 44,2%. Está seguido de los

problemas de movilidad que afectan al 38,1%, dificultades para la vida cotidiana al 27,3, ansiedad/depresión al 19,2% y capacidad de autocuidado al 17%.

La valoración cuantitativa y global de la salud percibida el día de la encuesta (EVA) obtiene una media de 77,8 puntos (desviación de 16,2) sobre 100 para toda la población. En los mayores de 65, la media es de 66,0 puntos (desviación=19,3).

DESIGUALDADES EN SALUD. INEQUIDAD.

España ha dispuesto de un sistema de provisión de servicios sanitarios de calidad, financiado mediante impuestos, con alta **accesibilidad** y cobertura universal hasta el Real Decreto-ley 16/2012 que dejó fuera del sistema al colectivo de inmigrantes ilegales, si bien Navarra ha introducido medidas correctoras para solucionar y esta situación y garantizar la atención sanitaria a este colectivo. Este mismo Decreto modifica el sistema de participación de los usuarios y sus beneficiarios en el pago de la prestación farmacéutica, establece que la aportación del usuario será proporcional a su nivel de renta y afecta también a los pensionistas hasta ese momento exentos del pago de medicamentos.

Es preciso mejorar los problemas de accesibilidad generados por las listas de espera en crecimiento en los últimos años.

A pesar de las limitaciones ya señaladas, se puede considerar que el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O) no es un factor importante en la generación de desigualdades en salud y que proporciona unos resultados de calidad, seguridad en la atención sanitaria, satisfacción en los usuarios y legitimación del sistema por parte de la población.

En cuanto a la **etnia**, en Navarra se identifican desigualdades en población gitana y se abordan mediante un programa específico de intervención dirigido a disminuir los riesgos asociados a sus estilos de vida y a facilitar el acceso y la adecuada utilización de los servicios de salud.

La **población inmigrante** que en 2013 representa el 10,5% de la población total de Navarra, tiene una manera diferente de utilizar los servicios sanitarios, mayor uso de urgencias y menor de Atención Primaria y bastantes similitudes en los problemas de salud, con una mayor incidencia de problemas de salud mental.

Respecto al **género** decir que se identifican inequidades en los factores determinantes y en el estado de salud de mujeres y hombres.

Mujeres y hombres tienen *factores de riesgo* diferenciales. Muchas mujeres, a pesar de los avances experimentados, tienen peores trabajos y salarios más bajos, menos posibilidades de tomar decisiones, más desventajas sociales, padecen el estrés físico y mental de la doble jornada y el ocasionado por el trabajo emocional como cuidadoras de toda la familia y, además, estas responsabilidades hacen que practiquen menos ejercicio físico, duermen menos horas y disfruten de menor tiempo de ocio.

Por el contrario, los factores de riesgo ligados a los estilos de vida, en general, son menos prevalentes en mujeres que en hombres, las diferencias existentes se mitigan en las edades más jóvenes pero sin llegar a desaparecer, destacando:

- Peores estilos de vida en hombres que en mujeres en :
 - o Consumo diario de tabaco.

- Consumo habitual de alcohol.
- Consumo de cannabis y de otras drogas ilegales.
- Peores hábitos alimentarios.
- Mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad.
- Mejor estilo de vida en relación al sedentarismo: mayor prevalencia de hombres que hacen actividad física en tiempo libre que de mujeres.

En cuanto al *estado de salud y mortalidad*, mujeres y hombres no enferman de los mismos procesos ni con la misma frecuencia, no expresan la misma sintomatología ni responden igual a los tratamientos. Hay un conjunto de enfermedades o procesos que son más frecuentes en ellas, los problemas osteomusculares, el dolor y la fatiga crónica, las enfermedades autoinmunes, las alteraciones endocrinas, los trastornos de la salud mental y de la conducta alimentaria, y la incontinencia de orina, entre otros.

Las Encuestas de Salud identifican en las mujeres un mayor padecimiento de problemas crónicos, una mayor restricción temporal de la actividad y una peor salud percibida, indicador este último que correlaciona muy bien con la morbilidad y la mortalidad de la población.

En cuanto a la mortalidad, las mujeres tienen mejores indicadores de esperanza de vida que los hombres.

Las poblaciones con **niveles socioeconómicos** menos favorecidos presentan peores indicadores de salud y mayores tasas de mortalidad para la mayoría de las causas de muerte, en particular para las enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer.

Un estudio ecológico realizado recientemente en Pamplona ha puesto de manifiesto un aumento de la mortalidad en relación con el aumento de la privación con un claro gradiente socioeconómico de la esperanza de vida al nacimiento en ambos sexos. En relación a las causas de mortalidad relacionadas con el índice de privación las mayores diferencias se observaron en sobredosis por drogas, SIDA, EPOC, cirrosis hepática y cáncer de pulmón.

Estos resultados son bastante coincidentes con los del estudio MEDEA, desarrollado en España en el periodo 1996-2003. Este estudio encontró que entre los hombres, cuatro causas específicas de muerte (cáncer de pulmón, cardiopatía isquémica, enfermedades respiratorias y cirrosis) estaban asociadas positivamente con la privación en la mayoría de las ciudades (a mayor privación, mayor mortalidad). Entre las mujeres tres causas presentaban asociación, dos positiva (diabetes y cirrosis) y una negativa (cáncer de pulmón).

Los datos de la ENS 2011 en Navarra señalan que en las clases más desfavorecidas se da peor percepción del estado de salud, mayor prevalencia de peso superior al normal, mayor consumo diario de tabaco en los hombres y menor consumo de alcohol en las mujeres.

Sería necesario monitorizar el impacto de la crisis en la situación económica de las personas y en sus efectos sobre la salud.

Además de los factores clásicamente ligados a inequidad, hay que atender a otros factores también generadores de desigualdad como la **discapacidad** sensorial que provoca problemas de accesibilidad o la discapacidad intelectual y la enfermedad mental que conllevan una menor atención a sus factores de riesgo y enfermedades vasculares además de un estigma social en quien lo padece, y tratar de identificar y modificar otros factores ligados a inequidad.

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 82/2011, de 18 de julio determina la estructura básica del Departamento de Salud y el Decreto Foral 134/2011, de 24 de agosto establece la estructura orgánica del Departamento de Salud.

El Decreto Foral 62/2012 de 18 de julio y el Decreto Foral 63/2012, de 18 de octubre, aprueban los Estatutos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, modifican la estructura de este organismo autónomo y crean el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra que junto al Centro de Investigación Biomédica dejan de estar integrados en el SNS-Osasunbidea.

Organización

La organización del Servicio Navarro de Salud–Osasunbidea 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 Atención Primaria y la Asistencia Especializada. En Navarra hay 57 zonas de salud que se agrupan en tres áreas de salud: Pamplona, Estella y Tudela.

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 de Sangre y Tejidos de Navarra (Ley Foral 1/2013, de 30 de enero).

En el ámbito de **Atención Primaria** 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

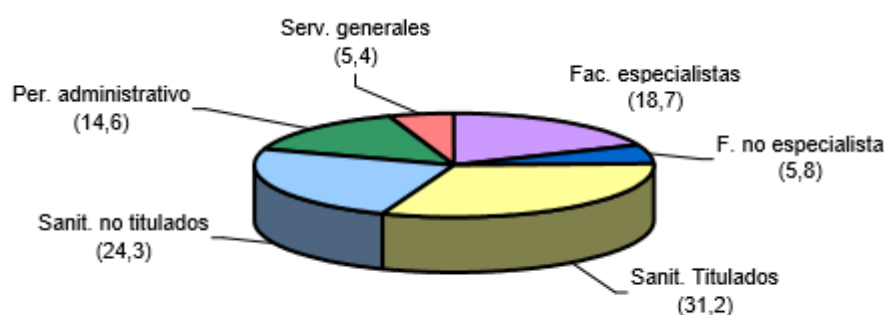
contempla tres fases de desarrollo y cuya primera fase ya está implantada en todos los centros de salud.

La atención a la urgencia extrahospitalaria 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 Atención Primaria y de los Servicios de Urgencias Rurales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Recursos humanos

La plantilla total (fija y temporal) del SNS-O, durante el año 2013 ha sido de 9.513 personas, de las que el 22% prestaron servicio en el ámbito de Atención Primaria, el 71% en Asistencia Especializada y el 5% en Salud Mental. La distribución del personal por estamentos profesionales se muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico 5. Plantilla total del SNS-O por estamentos profesionales. (%)



A 31 de diciembre de 2013, el 63% de la plantilla era fija. El 77% de la plantilla fija del SNS-O son mujeres predominando éstas en todos los estamentos. Un tercio de la plantilla fija tiene entre 51 y 60 años.

En el período entre 2005 y 2010 se ha producido un incremento de los profesionales de enfermería y de medicina sobre todo a expensas de los profesionales de atención especializada.

FINANCIACIÓN

El **gasto sanitario** público ha seguido un crecimiento progresivo hasta el año 2009 que comienza a decrecer.

El gasto consolidado en el Sistema Sanitario Público de Navarra en 2012 ascendió a 918 millones de euros, 1.425 € por habitante protegido frente a 1.255€ en el conjunto del Estado, suponiendo un 5,2 % del PIB de la Comunidad Foral.

Ese año, la remuneración de personal fue de 479 millones de euros, un 52,1% del gasto consolidado.

Y en la clasificación funcional del gasto, los servicios hospitalarios y especializados fueron, igual que en el conjunto del Estado, los de mayor peso, un 58,2%.

El gasto farmacéutico fue de 137 millones de euros, un 14,9% del total del gasto sanitario público consolidado en el año 2012.

Dotaciones

En el año 2011 los recursos físicos más significativos de la red hospitalaria del SNS-O fueron 1.378 camas, 3 aceleradores lineales, 1 angiógrafo digital, 2 gammacámaras, 33 incubadoras, 1 aparato de litotricia, 4 mamógrafos, 93 monitores de hemodiálisis, 7 paritorios, 38 quirófanos, 4 resonancias magnéticas, 1 sala de hemodinámica y 8 TACs.

ACTIVIDAD

Atención Primaria

Los datos registrados indican que durante el año 2013, en Atención Primaria, se realizaron 2.479.080 consultas de medicina general, 503.888 de pediatría, 2.055.753 de enfermería y 67.647 de trabajo social.

La frecuentación ese año fue de 4,68 visitas al médico, 5,10 al pediatra, 3,27 a enfermería y 0,11 a trabajo social por persona y año. La tendencia en medicina general y enfermería es descendente desde el año 2006, especialmente en enfermería (17%), mientras que en trabajo social el número de consultas en 2013 aumentó un 6,9% respecto a 2012.

El porcentaje de consulta programada está aumentando representando en enfermería un 50,5% del total de consultas, en trabajo social un 44,8% (un 7,25% más que en 2012), en pediatría con un 28% y en medicina general un 25%, habiéndose duplicado en este colectivo desde el año 2006.

El porcentaje de consulta a domicilio es de un 7,0% en enfermería y de un 3,2% en medicina general, teniendo en ambos casos una tendencia descendente, aunque en enfermería se ha estabilizado incluso se recupera ligeramente. En trabajo social la consulta a domicilio representa un 4,0% de la actividad total, un 1,1% más que año anterior.

Salud Mental

Durante el año 2012, los Centros de Salud Mental (CSM) atendieron 19.596 pacientes, de ellos 4.732 eran casos nuevos. Respecto a 2006, la actividad aumentó un 57% y el número de pacientes vistos en un año, un 10,6%.

Desde el año 2007 existe un Centro de Salud Mental Infanto Juvenil referente suprasectorial para la atención ambulatoria y que desde el año 2012 atiende a toda la población infantil del área de Pamplona, y un Hospital de Día Infanto Juvenil. En 2013 el CSM Infanto juvenil atendió 2.654 pacientes.

En los hospitales de día, dos en Pamplona y uno en Tudela, en 2013 se han atendieron 251 pacientes en Pamplona y 76 en Tudela. Las estancias en Pamplona tienen una tendencia ascendente desde 2006.

En enero de 2013 empezó a funcionar el hospital de día psicogeriátrico para mayores de 65 años con trastornos mentales primarios. Dispone de 20 plazas para hospitalización y 80 para el programa de estimulación cognitiva. En este año hubo 88 ingresos y 4.269 estancias

Se conciertan 90 plazas en tres comunidades terapéuticas para el tratamiento de las personas drogodependientes. En 2013 hubo 122 primeros ingresos, aumentando las estancias un 18% respecto a 2006.

En 2010 inició su actividad la Unidad de trastornos de la conducta alimentaria de adultos, ofrece 10 plazas de hospitalización parcial y programas de intervención intensiva ambulatoria individual y grupal. En 2013 se atendieron 29 pacientes.

Centros de Atención a la Mujer

Los Centros de Atención a la Mujer (CAM) dan cobertura al área de Pamplona, ya que en Estella y en Tudela la actividad está integrada en la del Servicio de Obstetricia y Ginecología del hospital correspondiente.

Existen siete CAM que en 2011 atendieron 79.960 consultas. Más de la mitad de las consultas son de patología ginecológica, algo más de un cuarto de obstetricia y el resto de prevención.

Desde 2006, las consultas de los CAM han disminuido un 3,6%, un 5,2% en el caso de las obstétricas, a expensas sobre todo de las sucesivas que han bajado un 7% mientras las primeras consultas se han incrementado un 8%.

Asistencia especializada

En 2013 en la red sanitaria pública se produjeron 370 urgencias, 1.468 consultas, 85 ingresos y 60 intervenciones quirúrgicas por cada mil habitantes. Un 84% de las intervenciones quirúrgicas fueron programadas.

Desde 2006 ha habido una disminución de los ingresos, de las estancias, de las urgencias y de la actividad quirúrgica, que ha bajado más de un 10%. Las consultas han aumentado. Todos los indicadores de frecuentación, excepto las consultas sucesivas, muestran un descenso respecto a 2006.

El análisis por sexo pone en evidencia, una Estancia Media y Estancia Media Depurada casi un día menor en mujeres que en hombres y diferencias en las tasas de ambulatorización de algunos procedimientos incluidos en los Indicadores Clave del SNS.

Respecto a pruebas diagnósticas desde el año 2006, se ha incrementado la realización de todas las exploraciones especiales, solo han disminuido las ecografías radiológicas.

En diciembre de 2013 la espera media para una intervención quirúrgica no urgente en la Red de Asistencia Especializada era de 125 días hábiles. Las especialidades con mayor número de días de espera para intervención quirúrgica eran cirugía plástica, traumatología y oftalmología infantil.

Tabla 21 . Personas en espera y días de espera media para intervención quirúrgica y primera consulta de Asistencia Especializada. Navarra a 31 de diciembre de 2013

	Nº de Personas	Espera media prospectiva
Espera quirúrgica	9.187	125
Espera de Consultas	54.804	69

Fuente: Memorias del SNS-O. Elaboración propia

3.4. RESULTADOS

Los Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud proporcionan información sobre los resultados de las acciones desarrolladas por el sistema sanitario. Se presenta una selección de los mismos para Navarra y España con los últimos datos disponibles.

Tabla 22. INCLASS, Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud

	Navarra	España
Tasa ajustada de hospitalización por infarto agudo de miocardio por 10 000 hab.	7.2	8.4
% de mujeres de 50 a 69 años con mamografía realizada con la frecuencia recomendada	88.8	77.1
DHD de antibióticos	18.9	19.1
Tasa de cesáreas	16.4	25
% de histerectomías en mujeres menores de 35 años respecto al total de histerectomías realizadas	1.2	2
% de cirugía conservadora en cáncer de mama	76.5	63.3
% de pacientes con fractura de cadera intervenidos en las primeras 48 horas	55	41.4
Notificación de reacciones adversas graves a medicamentos (Tasa por 1 000 000)	290	210
Mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto	7	8
Tasa de amputaciones miembro inferior en pacientes diabéticos	0.1	0.1
Grado de satisfacción de los ciudadanos con el funcionamiento del sistema sanitario público	6.9	6.6

Fuente: INCLASS. Elaboración propia

ACTUACIONES DEL SISTEMA SANITARIO DE NAVARRA

ACTUACIONES SOBRE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Actuaciones sobre cáncer

Las líneas de acción en **Prevención primaria** actúan sobre estilos de vida y entornos para mejorar los factores ambientales y los comportamientos y capacidades personales, con doble estrategia personal y poblacional, la personal basada en planteamientos de autocuidado y la poblacional en la difusión del Código europeo contra el cáncer.

Las actuaciones de **Detección precoz** sistemática del cáncer se centran principalmente en tres tumores: mama, cervix y colon.

El Programa de **Detección Precoz de Cáncer de mama** se inició en 1990, habiendo finalizado en 2012 la undécima vuelta. La población diana son las mujeres residentes en Navarra entre 45 y 69 años y las mujeres de 40 a 45 años con antecedentes familiares de primer grado. El porcentaje de participación está siempre por encima del 85% y cuenta con una adherencia superior al 95%. Como resultados finales constatar una reducción importante de mortalidad por cáncer de mama tanto global como en el grupo de cribado, estimándose que la mortalidad por cáncer de mama en Navarra ha descendido un 35% desde el comienzo del programa.

A partir de octubre de 2012 comenzó a implantarse el **Programa de Prevención Precoz de Cáncer Colorrectal en Navarra** debido a la alta incidencia y mortalidad asociada que tiene en nuestra Comunidad. Es un programa poblacional cuya población objetivo son los hombres y mujeres residentes en Navarra con edades comprendidas entre 50 y 69 años. A las personas con alto riesgo por tener factores de riesgo personal y/o familiar se les aplicarán estrategias de cribado de acuerdo a su situación.

El **Programa de cribado de cáncer de cuello de útero** que se desarrolla en Navarra es un programa de carácter oportunista, que depende de la Sección de Atención a la Mujer del Servicio de Obstetricia y Ginecología. Incluye a mujeres entre 25 y 65 años (o desde 3 años después de comenzar con relaciones sexuales). En la última valoración realizada se vio que la práctica de la citología estaba bien localizada en el grupo de edad de 25 a 64 años, había una alta cobertura media, pero esta era inferior en áreas rurales (59,55% frente a 76,82% en las urbanas) y que los intervalos de tiempo entre citologías eran inferiores a los recomendados para población de riesgo medio-bajo.

En cuanto a la **asistencia a personas adultas enfermas de cáncer** Navarra cuenta con protocolos y circuitos prioritarios de derivación de sospecha fundada de cáncer con el objetivo de que la primera visita en oncología médica tenga lugar en un plazo muy breve. Casi la totalidad de los pacientes se evalúan en el seno de comités multidisciplinares y hay circuitos de seguimiento para tumores de mama y ginecológicos. Los pacientes reciben apoyo psicológico mediante la colaboración de la Asociación Española Contra el Cáncer.

Se acaba de abrir el nuevo Pabellón-C que dispondrá de una planta de hospitalización y un nuevo hospital de día que añadido a las modernas instalaciones de Radioterapia existentes, mejorará notablemente el confort.

Sería deseable contar con una unidad de onco-genética ya que esta área tiene impacto como factor pronóstico y de selección de tratamientos. Es necesario mejorar la metodología de evaluación de resultados clínicos y consolidar grupos estables y multidisciplinares de investigación integrados en redes acreditadas.

En cuanto a la **asistencia a la población infantil** se realiza en la Unidad de Hemato-Oncología Pediátrica del Hospital Virgen del Camino que atiende a población en rango de edad de 0-18 años. Según los datos del Registro Nacional de Tumores Infantiles (RNTI) la supervivencia del cáncer en Navarra en edad pediátrica ha mejorado de forma significativa debido a la aplicación sistemática de protocolos de oncología pediátrica definidos a nivel nacional e internacional (SIOP) y la labor en equipos multidisciplinares.

Las instalaciones del Hospital de Día de Oncología pediátrica se mejoraron en 2012 contribuyendo a facilitar una atención clínica, psicosocial y educativa más individualizada de los niños y niñas y sus familias.

Desde hace más de 5 años se realizan en Navarra con éxito trasplantes autólogos de progenitores hematopoyéticos y se prevé iniciar el trasplante alogénico durante el año 2014 ó 2015.

Actuaciones sobre enfermedades vasculares y diabetes

Riesgo vascular

En Atención Primaria se trabaja el Riesgo cardiovascular y la enfermedad vascular como conceptos integrados en la valoración e intervención multifactorial.

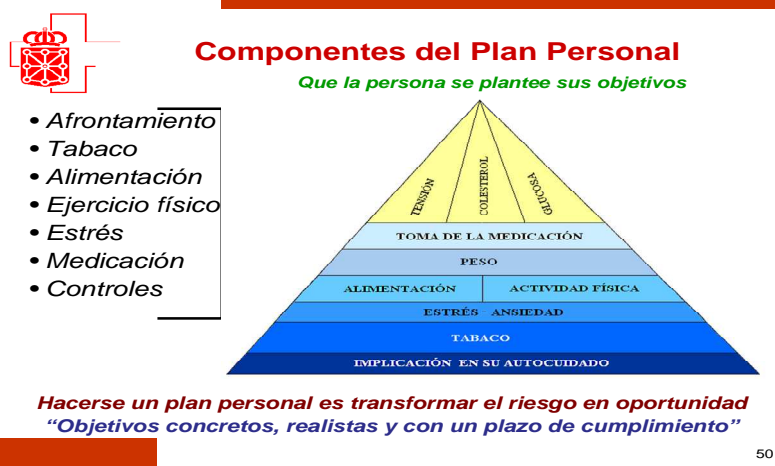
La atención al paciente de riesgo cardiovascular en Atención Primaria en Navarra se apoya en las recomendaciones de la Guía elaborada en nuestra Comunidad en el año 2004 que es actualizada de forma continua y automática en la propia historia clínica electrónica (HCE).

Desde el año 2007 profesionales de la Dirección de Atención Primaria y del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra vienen trabajando en intervenciones educativo-formativas que permiten mayor conocimiento, autonomía y responsabilización del paciente.

Se ha diseñado e implantado progresivamente el Plan de autocuidados y autocontrol en Prevención Cardiovascular, que se basa en la elaboración de un Plan Personal Individualizado con identificación de objetivos a conseguir.

El profesional ha adquirido un perfil más educativo, asesor y facilitador y el paciente un perfil más activo.

Esta línea de trabajo unida a las intervenciones poblacionales y a las dirigidas sobre población infanto-juvenil en relación a la adquisición de hábitos saludables, se convierten en los ejes de la salud vascular futura de la población de Navarra.



En el Área del Corazón del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) comienza la información-formación del paciente y familia durante el ingreso por un Infarto Agudo de Miocardio o una Angina inestable.

Enfermedad Cerebrovascular

En el año 1998 se creó la Unidad de Ictus del CHN que en 2005 se transformó en Unidad de referencia para toda la Comunidad de Navarra. El 73% de todos los ictus de Navarra ingresan en la Unidad de Ictus del CHN, los pacientes ingresados son más hombres que mujeres, mientras que la edad media de estas es mayor.

Algo más del 60% de los ictus son por infarto cerebral, algo más del 10% son hemorragias cerebrales y algo menos de 10% son Accidentes isquémicos transitorios (AITs).

En la Comunidad Foral se está produciendo un incremento progresivo de las trombolisis y el neurointervencionismo.

Sigue siendo necesario poner en marcha un programa de atención de alta resolución al AIT, elaborar protocolos comunes con A.P^a, actualizar la monitorización en la fase aguda e implantar la angioplastia carotídea programada.

Insuficiencia cardiaca

Recientemente se ha constituido en Navarra un Grupo de Trabajo multidisciplinar para definir el modelo de atención a la Insuficiencia Cardíaca (IC) en el contexto de la atención al paciente crónico y/o pluripatológico.

Enfermería está empezando a trabajar en la gestión de casos y en el desarrollo del plan de autocuidados. Desde 2010 se han implantado la interconsulta no presencial que ha permitido a Atención Primaria participar en el diagnóstico de la IC mediante la solicitud de ecocardiografía y agilizar el seguimiento de los pacientes.

Es necesario homogenizar y sistematizar la estratificación del paciente con IC y definir los planes de actuación individualizados, seguir profundizando en la relación entre Primaria y Especializada y en la implicación de enfermería en la formación y seguimiento del paciente.

Fibrilación auricular

Los miembros del Comité de Coordinación de AP-AE en Cardiología elaboraron en 2006 un documento para el manejo del paciente con Fibrilación Auricular (FA) en Atención Primaria que incluía aspectos clínicos, soporte informático y formación de profesionales. En 2010 comenzó la implantación de un modelo de atención basado en la protocolización y coordinación ágil con cardiología en el que las consultas no presenciales fueron determinantes. En este modelo también contempla la mayor participación de enfermería en el proceso y la sistematización de la información al paciente.

Diabetes

En líneas generales la diabetes tipo 1 es llevada en Asistencia Especializada mientras que la tipo 2 lo es en Atención Primaria. Enfermería cuenta con consultas de formación diabetológica tanto para diabetes tipo 1 como 2, con una enfermera para educación “a pie de cama” para pacientes diabéticos tipo 2 cuando ingresan en otros servicios y una consulta externa de sistemas de infusión continua de insulina.

Según datos de 2008, los diabéticos con buen control (hemoglobina glicosilada <7%) en Navarra era de un 55,4% y tenían mal control (hemoglobina glicosilada >9%) un 9,2%.

La coordinación de Atención Primaria y Asistencia Especializada se realiza, además de los mecanismos de derivación clásicos, mediante interconsultas no presenciales, colaboración en cursos y ponencias y trabajo conjunto para la elaboración de la Guía actualizada sobre diabetes tipo 2 en Atención Primaria.

Dentro del Plan de Mejora de Atención Primaria se desarrolla la estrategia de Autocuidados en Pacientes Crónicos donde están incluidos los pacientes con diabetes y al que se van incorporando progresivamente todos los centros de salud.

La Unidad de Endocrinología Pediátrica del Servicio de pediatría del CHN, además de la atención personalizada, viene realizando desde hace 25 años campamentos para niños en los que participa el equipo sanitario con una doble vertiente, asistencial y educativa.

Actuaciones sobre enfermedades respiratorias

EPOC

La EPOC es una enfermedad crónica y compleja y como tal se incluirá en la Estrategia de Atención a pacientes crónicos y pluripatológicos, que debe contemplar programas de deshabituación tabáquica, implantación de sistemas para monitorizar la adecuación del tratamiento farmacológico y establecer criterios de calidad en la atención.

En prevención es clave la disminución del hábito tabáquico recogida en las Estrategias de Promoción y prevención. Es necesario mejorar el diagnóstico aumentando la sospecha de EPOC y realizando espirometría forzada a todo individuo mayor de 40 años con antecedentes de tabaquismo y síntomas compatibles con la enfermedad.

La atención al paciente con exacerbación debe adecuarse a las últimas recomendaciones de GOLD y GseEPOC y garantizar la continuidad asistencial a corto plazo tras una exacerbación grave.

Los pacientes con EPOC en fase avanzada terminal deben recibir una atención adecuada según los criterios de la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud.

Asma

La vía inhalatoria es de elección para el tratamiento siendo necesario que existan programas de educación formal tanto de la enfermedad como de manejo y supervisión de los inhaladores.

Se debería proporcionar a los pacientes con asma un plan de acción por escrito con el objetivo de detectar precozmente el agravamiento y poder instaurar acciones para su rápida remisión. En los controles de asma, además de la espirometría forzada, se debería incrementar el uso de los cuestionarios validados de síntomas (ACT y ACQ), incluso en casos individualizados, medir biomarcadores inflamatorios. También puede ser necesario hacer valoración y tratamiento de fisioterapia respiratoria.

En el asma persistente se aconseja evaluar el potencial papel de los aeroalérgenos mediante valoración clínica y pruebas de prick o IgE y la medición de FENO (óxido nítrico en aire espirado) tiene que ser accesible también para los niños.

En el asma de inicio del adulto se debe descartar su origen ocupacional y en pacientes asmáticos con agravación de síntomas se debe descartar el “Asma agravado por el trabajo”.

En los casos de Asma de control difícil – ACD- es necesario acordar con el paciente un nivel tolerable máximo de síntomas asmáticos.

Actuaciones sobre demencia y otras enfermedades neurodegenerativas

Demencia

En el año 2008, el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea editó la guía: “Abordaje de la demencia. Guía de actuación en la coordinación Atención Primaria-Neurología. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea” con el objetivo de unificar las pautas de actuación de los profesionales de ambos niveles para favorecer un diagnóstico más temprano de la enfermedad y un seguimiento más integrado y coordinado.

En octubre de 2010 se emitió un “Informe-propuesta de Atención a las Demencias” por parte del “Grupo de atención a la demencia del SNS-O” y en 2013 se creó el Comité de Expertos en Atención a las Demencias con el objetivo de crear un modelo de atención para las personas con demencia y sus familias dentro de la “Estrategia Navarra de Atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos”.

Enfermedades neuromusculares

En 2007 se puso en marcha en el Complejo Hospitalario de Navarra una consulta monográfica de enfermedades neuromusculares. La atención multidisciplinar de los pacientes con **Enfermedad Lateral Amiotrófica** no solo ha mejorado la calidad de vida de los pacientes y sus familias sino que ha aumentado la supervivencia de los pacientes. En las **Miopatías** se han creado protocolos de estudio que han permitido realizar menos biopsias y orientar adecuadamente el estudio genético.

Trastornos del movimiento

Los profesionales del SNS-O participan en proyectos multicéntricos de **Enfermedad de Parkinson** pero se considera necesario aumentar la percepción en la población de la EP como una enfermedad con un importante componente no motor. Los servicios de genética y neurología del CHN pertenecen al grupo europeo de estudio **Enfermedad de Huntington** Euro-HD.

Actuaciones sobre dependencia

Con la aprobación de la Ley 39/2007 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia los ciudadanos con dependencia adquirieron el derecho a una atención por parte de los servicios públicos.

En Navarra ha aumentado la población mayor de 65 años del 9.7% en 1970 al 16.6% en el año 2000, hecho que incide en el número de personas dependientes, ya que la dependencia en Navarra en menores de 65 años es del 5%, mientras que en mayores de 65 años es de un 32%. La demencia es la causa más frecuente de gran dependencia (48.3%) en la Comunidad Foral.

La situación económica dificulta la atención adecuada a estas personas y persiste una falta de valorización social del cuidado que sigue recayendo sobre las mujeres, produciendo una importante desigualdad de género.

El Grupo de Trabajo de “Prevención de la discapacidad y la dependencia y promoción de la autonomía” puesto en marcha en el marco del Plan Sociosanitario detectó como áreas de mejora generales las de mejorar el tránsito entre los servicios ofertados por la administración y la de garantizar los mismos derechos a las mismas necesidades con independencia de la vía de entrada a los recursos.

Actuaciones sobre enfermedades de salud mental

La Ley Foral 21/2010 de Salud Mental recoge los principios fundamentales de normativas nacionales e internacionales y orientan el desarrollo del Plan Estratégico de Salud Mental 2012-2016.

La RSMNa (Red de Salud Mental de Navarra) tiene una orientación muy asistencial, con poca orientación a promoción y prevención habiendo un área de mejora en las políticas activas contra el estigma y la discriminación social de la personas con trastorno mental.

Navarra dispone de un mapa de servicios extenso y diversificado, con sectorización de la RSMNa que está formada por equipos multidisciplinares. Es necesario reducir la variabilidad en la práctica clínica y mejorar la oferta de procedimientos psicoterapéuticos, recursos ocupacionales y asistenciales de media y larga estancia. También es necesario adecuar la formación a las necesidades reales de los pacientes, diversificar la investigación y potenciar la participación de los usuarios en los procesos de mejora.

Actuaciones sobre problemas de salud en la edad infantil

Se conocen una serie de **factores determinantes de la salud** que interaccionan con el estado de salud en las primeras etapas de la vida sobre los que se debe intervenir para prevenir la aparición de problemas de salud. Además de los cuidados preconceptionales y durante el embarazo, en la infancia hay que favorecer vínculos afectivos y entornos saludables y detectar precozmente las alteraciones congénitas.

Desde 1995 se desarrolla el programa de **Diagnóstico Prenatal de cromosopatías** a nivel autonómico para el Síndrome de Down. Desde 1991 a 2009 se diagnosticaron un total de 317 casos con SD, un 55% de ellos durante el periodo antenatal.

Para la **prevención de la prematuridad y del riesgo perinatal** existen consultas de Obstetricia de Alto riesgo que controlan y tratan a las gestantes con patologías que pueden hacer necesario la finalización del embarazo antes de la semana 37 y también se hace seguimiento de las mujeres con antecedente de parto pretérmino de causa desconocida. En los casos en que no es posible diferir el nacimiento se trabaja coordinadamente con la Unidad de Neonatología para optimizar la atención al neonato.

En cuanto a los programas de **Detección precoz** se realizan cribados en mujeres gestantes de enfermedad hemolítica Rh, infecciones y cromosopatías.

Desde 1999 existe un Programa de detección precoz de hipoacusia (PDPHNN) para detectar hipoacusias congénitas antes del tercer mes de vida cuya población objetivo son todos los recién nacidos residentes en Navarra. Durante el año 2011 se detectaron 29 hipoacusias (7% leves, 48% moderadas y 45% severas-profundas) de las que el 48% fueron bilaterales. La tasa de detección total de hipoacusia en 2011 fue 4,3/1000 recién nacidos.

El Cribado de luxación congénita de caderas se realiza a las recién nacidas mujeres y a varones nacidos por parto de nalgas por las Unidades de Radiología infantil y Traumatología infantil con escasa coordinación con el Servicio de pediatría.

En el *Cribado de metabopatías congénitas* la población diana son todos los recién nacidos en la Comunidad, a los que se realiza cribado de Hipotiroidismo neonatal y de Fenilcetonuria. En estos momentos se está trabajando en la incorporación de fibrosis quística, deficiencia de acil coenzima A deshidrogenasa de cadena larga, deficiencia de 3-hidroxi acil-CoA deshidrogenasa de cadena larga, anemia aglutárica tipo I y anemia falciforme que van a incorporarse en breve a la Cartera básica de Servicios del SNS.

El **Programa de Atención temprana** está coordinado por Política Social e incluye un conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a tres años con trastorno de desarrollo o riesgo de padecerlo, a su familia y entorno.

Las actuaciones sobre consumo de tóxicos se realizan en el marco del **II Plan Foral de Drogodependencias**.

Los resultados del **Programa de Atención al niño sano** que se desarrolla en Atención Primaria por parte del personal de pediatría de los centros de salud se encuentran en la siguiente tabla:

Tabla 23. Cartera de Servicios del programa de Atención al niño sano. Año 2012

	Qué se mide	Tasa por 100
Diabetes pediátrica	Prevalencia	0,12
TDH	Prevalencia	4,19
	Incidencia	0,80
Asma, bronquitis asmática y enfermedad pulmonar reactiva	Prevalencia	12,9
	Incidencia	2,5
Examen de salud 0-2 años	1 medición en el último año de signos de alarma psicosocial y además: consejo dieta o higiene o prevención accidentes o lactancia materna	100
Examen de salud 3-8 años	1 medición en el último año de signos de alarma psicosocial y psicomotriz y además: consejo dieta o higiene bucodental o prevención accidentes	60,0
Examen de salud 9-14 años	1 medición en el último año de signos de alarma psicosocial y psicomotriz y además: consejo dieta o higiene bucodental o prevención accidentes	77,3

Fuente: Atenea

Las **actuaciones en materia de salud sexual y reproductiva** son llevadas a cabo básicamente por los Centros de Atención a la Mujer (CAM) de Navarra que son responsables de la planificación familiar y la educación sexual. Los CAM de Txantrea e Iturrama asumieron los programas específicos de educación sexual y actúan como unidad de referencia y apoyo técnico para los demás. La OMS propone para nuestro entorno reducir para 2020 al menos una tercera parte de embarazos adolescentes.

Como entornos adecuados la OMS propone potenciar las **Escuelas Promotoras de Salud** que en Navarra cuentan ya con una red de 27 centros. Existen acuerdos entre el Departamento de Salud y el de Educación para el desarrollo de esta estrategia. La Sección de Promoción de Salud del ISPLN participa en las estructuras de coordinación, elabora materiales educativos, prepara la formación del profesorado, apoya a servicios que trabajan con centros escolares, etc.

Esta red de escuelas acumula un conjunto de buenas prácticas en alimentación y consumo, convivencia, prevención del consumo de drogas, entorno saludable, desarrollo personal y estilos de vida sanos.

Actuaciones sobre dolor crónico

Existe una gran variabilidad en el manejo del dolor por parte de los profesionales de la salud abordándose este de una manera más reactiva que proactiva lo que determina un manejo poco eficaz de los pacientes con dolor.

Como estructura especializada para el tratamiento del dolor en nuestra comunidad, existe la Unidad de Dolor del Servicio de Anestesiología del CHN, que es única en toda la red asistencial de Navarra y que atiende pacientes de toda la Comunidad Foral mediante una cartera de servicios que cuenta con consultas externas, interconsultas hospitalarias, sala de bloqueos, sala de tratamientos y un quirófano semanal. El número de consultas y de interconsultas hospitalarias ha aumentado progresivamente llegando a 2771 y 382 en el año 2012.

ESTRATEGIAS NACIONALES DE SALUD

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través de la Agencia de Calidad y dentro del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud ha impulsado la elaboración de “Estrategias en Salud” para las patologías más prevalentes y las que suponen una mayor carga asistencial, familiar, social y económica. La finalidad de este tipo de herramienta es homogenizar el modelo de atención para estos problemas de salud. Son elaboradas por Comités Técnicos e Institucionales y aprobadas por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Tienen Comités de Seguimiento que las evalúan periódicamente. No todas las estrategias están en la misma fase de desarrollo y se siguen incorporando estrategias nuevas.

La situación en Navarra respecto a Cáncer, EPOC, Salud Mental, Diabetes, Ictus, Cardiopatía isquémica, Enfermedades Raras y Salud sexual y reproductiva ya ha sido tratada y nos centraremos aquí en las estrategias restantes.

Estrategia de Cuidados Paliativos

Tiene el objetivo de mejorar la calidad de la atención prestada a los pacientes en situación avanzada/terminal y sus familiares, promoviendo la respuesta integral y coordinada del sistema sanitario a sus necesidades y respetando su autonomía y valores.

En la Comunidad Foral de Navarra la atención se realiza según el documento “Atención al paciente oncológico en Cuidados paliativos en Navarra”, basado en la coordinación entre Atención Especializada, Atención Primaria y el Hospital San Juan de Dios.

Actualmente se está revisando el programa y se propone la existencia en todos los hospitales de referencia de unidades específicas de cuidados paliativos (ESH), extender el programa a todas las edades y patologías y contar con el apoyo de unidades específicas del ámbito socio-sanitario.

Estrategia de Enfermedades Reumáticas y Músculo-esqueléticas

Está en fase de elaboración y se va a centrar en cuatro grupos de pacientes, artritis y espondiloartritis de reciente comienzo, enfermedades autoinmunes sistémicas, gran discapacidad aguda reversible y síntomas ó signos de alarma de patología potencialmente grave.

Estrategia de Atención al Parto Normal

Para impulsar la Estrategia de Atención al Parto Normal se realizan en nuestra Comunidad actividades formativas en los hospitales y profesionales de medicina y

matronas que acuden a talleres organizados en el Ministerio. Como resultado se mantiene muy bajo respecto al Estado el número de cesáreas con una tasa de 15,98 en 2011, mientras que en España fue de 21,88; se siguen las recomendaciones de evitar la administración de enema, la realización de episiotomía sistemática, favorecer el contacto piel con piel al nacimiento; se constata un aumento exponencial del número de Planes de Parto recibidos y se dispone de camas para las salas de dilatación que permiten diferentes posturas.

Estrategia de Salud y Género

El objetivo de la Estrategia es incluir el “enfoque integrado de género” en el diseño, desarrollo y evaluación de las políticas, estrategias, planes, programas, acciones y actuaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

Esta primera edición de la Estrategia, pendiente de aprobar por el CISNS, intenta abordar aquellos aspectos para los que ya existe evidencia científica que pone de manifiesto la necesidad de actuar sobre ellos con enfoque de género.

El Departamento de Salud cuenta con profesionales diplomadas en Salud y Género y participa activamente en las Comisiones del Instituto Navarro para la Igualdad y Familia en la implantación de la Transversalidad o *Mainstreaming* de Género.

Estrategia de Seguridad de Pacientes

El estudio **ENEAS** (Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización) realizado en 2005 puso de manifiesto que un 8,4% de pacientes que han ingresado en los hospitales españoles presenta algún evento adverso relacionado directamente con la asistencia hospitalaria, considerando que un 42,8% de los eventos adversos eran evitables.

El estudio **APEAS** (Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud) realizado en nuestro país en el año 2007 indica que la prevalencia de efectos adversos (EA) fue de 0.8 pacientes por cada 100 visitas de Atención Primaria realizadas, siendo el factor causal más frecuente la medicación.

En 2007 el Ministerio de Sanidad español puso en marcha la Estrategia de Seguridad del paciente basada en tres pilares, el desarrollo de una cultura de seguridad, el fomento de la aplicación de prácticas seguras de acuerdo con la evidencia disponible y la promoción de la investigación en efectos adversos.

En Navarra se han realizado distintos proyectos en este campo como los programas de Bacteriemia y Neumonía Zero, el programa de Higiene de manos, el Proyecto de Seguridad quirúrgica, el de Identificación de pacientes, el Plan de actuación ante la urgencia vital, el proyecto de Seguridad de pacientes en el ámbito de salud mental y el de Conciliación y errores de medicación. También se están implantando proyectos de actuación integral para la mejora de la Seguridad de los pacientes como el Proyecto de Formación en seguridad de pacientes y el Sistema de notificación y aprendizaje.

OTRAS ACTUACIONES

II Plan Foral de Drogodependencias

En agosto de 2012, el Gobierno de Navarra aprobó el II Plan de Drogodependencias que cuenta con una red de trabajo local que potencia la capacidad de acción preventiva que

tienen las estructuras y servicios normalizados y cercanos a las personas y que permite llegar al 78,4% de la población Navarra.

El Plan desarrolla una serie de actuaciones dirigidas a personas y/o grupos que presentan una mayor vulnerabilidad tanto para el inicio del consumo de drogas como para su abuso. Dentro de este proyecto de prevención selectiva e indicada se está formando a profesionales de los servicios de salud, servicios sociales, del ámbito educativo, juventud, entidades sociales y familias y definiendo y consensuando criterios de intervención.

Entre sus líneas de trabajo prioritarias están la intervención sobre el **consumo de alcohol** en la que plantea una prevención ambiental con mayor papel de las administraciones locales, limitación de la accesibilidad al alcohol y otras sustancias y medidas educativas dirigidas a profesionales de hostelería y comercio así como a las familias. En prevención Comunitaria plantea intervenciones con el objetivo de retrasar los inicios de consumo, reducir los consumos intensivos y los problemas asociados.

Otra línea prioritaria es la que actúa **respecto al consumo de cannabis** en la que propone clarificar los discursos sociales sobre los efectos del consumo del cannabis y el logro de los objetivos educativos y de las competencias que son relevantes para la vida adulta.

En el marco de los acuerdos Departamento de salud/ Departamento de Educación se desarrolla un programa de prevención al inicio al **Consumo de tabaco** con actividades con los distintos grupos de la Comunidad educativa: alumnado, profesorado y padres y madres.

Respecto a los **adultos y familias** la red de salud mental atiende en sus distintos dispositivos a personas adultas con consumos problemáticos y plantea apoyar a las familias con algún familiar consumidor.

El Plan también plantea la prevención, asesoramiento, apoyo a las familias y rehabilitación de la **ludopatía** y la prevención de adicciones de las nuevas tecnologías.

[Programa de ayuda para dejar de fumar](#)

La campaña dirigida a población general denominada **CUIDATE** promueve hábitos saludables, incluido el tabaco.

En el ISPLN se elaboran y distribuyen **materiales informativos y educativos** para población general, profesionales y usuarios y se mantiene actualizada la página web.

Desde 2008 en la convocatoria anual de **subvenciones** del Departamento de Salud, en la línea de promoción de salud, se incluyen proyectos de entidades locales y asociaciones que actúan sobre el tabaquismo.

El **Programa de espacios sin humo** se encarga de la información, apoyo y seguimiento de la Ley 42/2010, de 30 de diciembre, que amplía la prohibición de fumar en espacios públicos cerrados y colectivos.

El **Programa de ayuda a dejar de fumar (PAF)** se realiza en todos los centros de salud de Navarra con tres tipos de intervenciones: Consejo breve, Educación individual

y Educación grupal para lo que se ha formado a los profesionales de los centros de salud.

Programa de SIDA

Desde el Programa se han llevado a cabo, según las directrices de los Planes multisectoriales de la Secretaría de Plan Nacional sobre SIDA, acciones dirigidas a la reducción de riesgos, nuevas prestaciones para mejorar la atención sanitaria y social a personas afectadas y diversos proyectos asociativos.

Programa de vacunación en población adulta

Los programas de vacunación en el adulto (gripe, neumococo, tétanos-difteria) han alcanzado coberturas similares a los de otros países y comunidades autónomas, pero todavía tiene márgenes amplios de mejora. En el año 2011 la cobertura en mayores de 65 años fue de 59,8%.

Actuaciones sobre violencia

La violencia es una realidad multidimensional y multicausal que produce muertes y menoscaba la salud y el bienestar de muchas personas y requiere una atención integral y coordinada.

Desde 1.996 el Departamento de Salud colabora con el Instituto Navarro de la Mujer en una línea de trabajo conjunta dirigida a la atención y prevención de la violencia de género. En 2010 se firmó el II Acuerdo Interinstitucional para la coordinación efectiva en la atención y prevención de la violencia contra las mujeres en el que participa el Departamento de Salud, que incluye en su programa docente actividades sobre violencia de género para la mejora de prevención, detección precoz y abordaje.

En Navarra, la coordinación institucional establecida para la violencia de género tiene una valoración positiva por las instituciones integrantes y sugieren la necesidad de extender esta forma de trabajo a los otros sectores de población con alta prevalencia de violencia y lesiones, principalmente la infancia, menores y personas mayores.

Desde un punto de vista de Salud Pública se considera que la conducta violenta y sus consecuencias pueden prevenirse pero la Administración ofrece una respuesta fundamentalmente terapéutica.

Estudios genéticos posnatales

El Servicio de Genética del CHN realiza el diagnóstico y el asesoramiento genético de desórdenes de base genético-hereditarios. Los estudios genéticos se clasifican en:

- **Diagnóstico:** Estudios genéticos que sirven para diagnosticar enfermedades o condiciones médicas en una persona con signos y síntomas de enfermedad/es.
- **Estudio presintomático:** Pruebas para predecir si una persona asintomática tiene una probabilidad alta de desarrollar una determinada enfermedad, generalmente de comienzo tardío.
- **Estudio de portadores:** Pruebas para determinar si una persona es portadora de una enfermedad aunque no esté afectada para saber si existe riesgo potencial de transmisión a su descendencia.
- **Farmacogenética y Farmacogenómica:** Pruebas con la intención de valorar la respuesta individual a una medicación (respuesta terapéutica o toxicidad).

El número de consultas de asesoramiento genético ha experimentado un incremento continuado a lo largo del tiempo. En estos momentos se está poniendo en marcha un sistema de gestión de datos clínicos y de laboratorio desde el punto de vista familiar. Es necesario establecer protocolos consensuados de actuación para evitar demandas al Servicio de Genética en ausencia de criterios claros de adecuación. Este Servicio necesita desarrollar nuevas técnicas de diagnóstico genético para mantenerse actualizado en un campo que avanza muy rápidamente.

Programa de promoción de salud de la minoría gitana

Según datos aportados por la Fundación Secretariado Gitano la población que integra este grupo étnico en Navarra está alrededor de las 6.500 personas, lo que representa el 1,1% respecto de la población total de Navarra. La cobertura del programa es de 3564 personas de 14 zonas básicas de salud.

Los objetivos del Programa se enmarcan dentro de una estrategia de reducción de desigualdades en salud desde un enfoque de Promoción de la salud, orientado a disminuir los riesgos asociados a los estilos de vida y a los principales determinantes de la salud por un lado, y a facilitar el acceso y la adecuada utilización de los servicios sanitarios por otro.

Cuenta con 11 Agentes comunitarias de salud contratadas a tiempo parcial. Los temas de trabajo se priorizan de acuerdo a las necesidades detectadas por ellas y teniendo en cuenta los datos de las Encuestas Nacionales de Salud. Gran parte del trabajo se concreta en mujer e infancia. En todas las zonas se realizan proyectos de Educación para la salud Grupal y se hace mediación en los centros hospitalarios.

En cuanto a resultados la cobertura de personas con TIS que alcanza es del 99,8%, la captación y control de embarazos del 97 %, acuden al Programa de prevención de cáncer de mama entre un 53% y un 70% de las mujeres gitanas dependiendo de las zonas, el Programa del Niño Sano tiene una alta cobertura hasta los dos años de edad, disminuyendo mucho a partir de esa edad, hay un seguimiento del 87% del Programa PADI, pero de 0 a 14 años alrededor del 26% de niños y niñas tienen el calendario de vacunaciones incompleto.

Se ve necesario extender la cobertura del Programa, consolidar los logros, aumentar el acceso a los programas de prevención y de seguimiento de crónicos, incorporar un enfoque de salud para todo el ciclo de vida y aumentar la intervención con hombres gitanos.

Actuaciones en materia de Salud Laboral

El Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra trabaja en la evaluación de riesgos y en la planificación de las actividades preventivas y en este momento tiene el reto de buscar estándares de calidad y seguimiento adecuados.

Es necesario fomentar la investigación sobre los efectos que las nuevas formas de trabajar tienen sobre la salud, impulsar la evaluación y la prevención de los factores de riesgo psicosocial en la empresa, adoptar un enfoque que tenga en cuenta las diferencias y desigualdades entre varones y mujeres y desarrollar sistemas de información con indicadores sensibles.

Se está trabajando en la elaboración de un nuevo Plan de Salud Laboral y una nueva encuesta de Salud y condiciones de trabajo. Se ve necesario poner en marcha un observatorio de salud laboral en Navarra para monitorizar de manera sistemática los resultados de las políticas públicas en seguridad y salud en el trabajo.

Actuaciones sobre accidentes

Navarra representa a España en el proyecto europeo JAMIE (Joint Action on Monitoring Injuries in Europe) dentro del programa de Salud Pública de la Comisión Europea. Se trata de una iniciativa suscrita en 2010 por 22 países para disponer, en 2015, de una metodología armonizada de recogida de información sobre accidentes en los hospitales de todos los países europeos, con el fin de prevenir los accidentes y lesiones más severas y mejorar la seguridad de la ciudadanía.

Este método debe permitir tener una visión global de todos los riesgos de lesiones en la Comunidad Europea, así como en cada Estado miembro, evaluar comparativamente a los Estados Miembros, apoyar la iniciación, desarrollo y mantenimiento de las políticas de prevención de lesiones y seguridad, determinar los riesgos específicos relacionados con determinados grupos de población, generar guías de información, promover esfuerzos educativos de sensibilización y medir el progreso de las políticas de prevención.

Programas y servicios de Atención Dental

Las prestaciones odontológicas del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea se realizan por la Sección de Salud Bucodental del SNS-O. Además de las actividades asistenciales recogidas en la Cartera de servicios común del Sistema Nacional de Salud, la Sección de Salud Bucodental es responsable de los programas de Atención Dental Infantil y Atención dental a personas con discapacidad.

El **Programa de Atención Dental Infantil (PADI)** oferta asistencia dental básica gratuita a la población residente en Navarra de 6 a 15 años.

La provisión de servicios se ha llevado a cabo de forma mixta mediante dentistas propios del SNS-O y dentistas en ejercicio privado concertados por el SNS-O. La modalidad de pago al sector concertado se basa principalmente en un sistema de captación, además de ciertos tratamientos pagados por acto médico.

El % de utilización fue en 2013 del 67,20 de la población diana, el número de dentistas habilitados se ha incrementado progresivamente hasta llegar a los 253 en 2011, un 65,5% del total de dentistas existentes.

El porcentaje de dientes sellados u obturados, así como los dientes extraídos tanto temporales como permanentes ha descendido desde 2001, probablemente en relación con una **Estrategia global de prevención**.

Esta estrategia se ha desarrollado a nivel escolar, principalmente en educación primaria e incluye actividades de educación para la salud y enjuagues fluorados semanales. El resultado global una buena posición de Navarra en higiene bucal y salud dental en comparación con España y con otros países. El porcentaje de niños de 14 años que se cepillan los dientes más de una vez al día del ha pasado del 23,4% en 1987 al 63,3% en 2007.

Para seguir mejorando los resultados se ve necesario aumentar la colaboración con los comedores escolares, algo en lo que ya se ha empezado a trabajar.

Tabla 24 . Evolución de nivel de salud dental en Navarra.

Índice	1987	1997	2002	2007
Prevalencia de caries en temporales los 6 años	62,80	35,60	35,40	35,90
Prevalencia de caries a los 12 años	70,00*	42,20	33,00	28,50
Prevalencia de caries a los 14 años	84,30	49,20	50,70	46,40
Índice cod ¹ a los 6 años	2,48*	1,16	1,28	1,26
Índice CAOD ² a los 12 años	2,30*	0,90	0,75	0,63
Índice CAOD ² a los 14 años	3,73	1,35	1,36	1,28
Índice de restauración ³ a los 12 años	42,17*	81,10	77,30	68,90
Índice de restauración ³ a los 14 años	38,90	76,30	78,70	74,22

* Dato estimado.

1. Media de dientes temporales que tienen o han tenido caries.
2. Media de dientes permanentes que tienen o han tenido caries.
3. Porcentaje de dientes cariados que están tratados (obturados).

La población diana del **Programa de Atención dental a personas con discapacidad** son personas que, teniendo derecho a asistencia sanitaria con cargo al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, tengan un grado de discapacidad igual o superior al 75%, si son mayores de 18 años tengan reconocida la asistencia de tercera persona y si son menores tengan reconocida la situación de dependencia en cualquiera de sus grados y que cumplan los criterios de riesgo de enfermedad oral determinados por la Sección de Salud Bucodental del SNS-O .

La Sección de Salud Bucodental realiza revisiones en los centros residenciales de personas menores de 65 años con discapacidad del Departamento de Política Social, asistencia ambulatoria cuando es factible y asistencia bajo anestesia general de las personas con discapacidad que la requieren. La media de pacientes atendidos bajo anestesia general es de 22 al año.

LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN EL SISTEMA SANITARIO

El desarrollo de la participación social en el sistema sanitario navarro ha sido positivo y amplio tanto en la dimensión individual como en la representativa. Diversa normativa que regula la actividad sanitaria establece, en derechos y deberes del ciudadano y del propio sistema, acciones y elementos para la participación.

Así mismo la recientemente promulgada ley de la transparencia y del gobierno abierto (LF 11/2012, de 21 de junio) establece como objetivo una Administración Pública más participativa, más cercana a las personas, que constantemente dialogue con ellas y consensúe las decisiones que adopte.

Existen en torno a 60 asociaciones directamente relacionadas con problemas de salud y hasta 200 asociaciones que participan en la convocatoria de subvenciones para el desarrollo de actividades de promoción de la salud.

Se han extendido actividades de fomento de estilos de vida saludables, de información y capacitación en autocuidados de determinadas patologías y sobre cuidados de personas dependientes, de educación para la salud y otras más. No obstante es necesario incorporar elementos de soporte normativo y organizativo tanto en la estructura como en el proceso de atención con el fin de extenderlas a todo el sistema sanitario y acercarlas lo más posible a todas las personas.

En este sentido se requiere prestar atención especial, para la participación directa individual, a las personas que pertenecen a colectivos más vulnerables a las condiciones sociales como son jóvenes, mujeres, trabajadores inmigrantes, enfermos crónicos y colectivos en situación de exclusión social, entre otros.

4. PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN

Como ya hemos señalado en la “Estrategia para el desarrollo del Modelo de Atención Sanitaria Pública de Navarra” elaborado por el Departamento de Salud se detallan los Principios de intervención del Sistema Sanitario de Navarra.

En la misma línea la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud ya se planteaban nuevos retos para garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud y se promovía que las Administraciones sanitarias adoptaran un enfoque integral en la atención a las enfermedades más prevalentes. Igualmente se insistía en la orientación a los resultados en salud, en la potenciación del papel de los usuarios como decisores, la implicación de los profesionales en las reformas administrativas, la toma de decisiones basadas en la evidencia científica, así como la búsqueda de mecanismos de integración en la atención sanitaria y la sociosanitaria, retos todos ellos que se ajustan plenamente a los principios a los que se hace alusión en el presente Plan.

Pero el Sistema Sanitario Público no se limita a prestar atención sanitaria a los ciudadanos sino que **“trata de contribuir a mejorar su nivel de Salud de manera proactiva”** y es precisamente el Plan de Salud el instrumento estratégico esencial para ello.

Es por ello que los principios de atención sanitaria ya enunciados se han de complementar con los principios del nuevo modelo de intervención en salud pública que nos exigen la evolución epidemiológica y social de la sociedad actual y que son los que han sido considerados como principios inspiradores del presente Plan de Salud.

Principios de intervención del Plan de Salud

- Continuar garantizando accesibilidad universal.
- Orientación a los Resultados en Salud.
- Enfoque poblacional y priorización.
- Estrategias integrales de intervención.
- Salud en todas las políticas.
- Intervención comunitaria intersectorial.
- Orientación socio-sanitaria.
- Corresponsabilidad, empoderamiento, y participación.
- Coherencia entre prioridades e instrumentos.

Continuar garantizando Accesibilidad Universal.

Un Plan de Salud no puede eludir abordar, al menos desde la óptica de los principios, la trascendental relevancia que el acceso universal a los servicios sanitarios tiene para preservar y mejorar la salud de los ciudadanos.

El Presente Plan establece como uno de sus objetivos generales garantizar la equidad y reducir las desigualdades en los resultados en Salud y para ello un requisito básico esencial es continuar garantizando la atención sanitaria a todos los ciudadanos con carácter universal, conquista social profundamente arraigada en nuestra Comunidad.

- La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la Salud como un derecho humano fundamental de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología o condición económica y social.
- La universalidad de la atención sanitaria ha sido reconocida como uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y un compromiso de todos los Estados Miembros de la OMS
- La Ley Foral de Salud 10/1990 establece que la asistencia sanitaria pública dentro del ámbito de la Comunidad Foral de Navarra se extenderá a todos los ciudadanos residentes en cualquiera de los municipios de Navarra.
- El Gobierno de Navarra ha manifestado su voluntad inequívoca de continuar garantizando la asistencia universal y se considera competente para regular la asistencia sanitaria de los excluidos en el Sistema Nacional de Salud, que de hecho se viene ejerciendo desde el año 1991.
- El Parlamento Foral ha explicitado una voluntad inequívoca en esta materia.

Pero el principio de Universalidad no ha de restringirse únicamente al ámbito del derecho de acceso a la atención sanitaria sino que debe extenderse al más amplio concepto de la Accesibilidad Universal.

La legislación vigente concibe la Accesibilidad Universal como la condición que debe cumplir cualquier, entorno, productos o servicio para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas de la forma más autónoma y natural posible.

El compromiso de eliminar las barreras arquitectónicas, sociales, geográficas, lingüísticas, culturales o intelectuales implica promover la estrategia de Diseño Universal. En concreto en el ámbito sanitario implica diseñar los servicios sanitarios pensando en todas las personas, es decir teniendo en cuenta las variables de edad, género, nivel y origen cultural y en particular teniendo en cuenta la diversidad funcional, sea esta del tipo que sea, física, psíquica, intelectual o sensorial.

La perspectiva de diseño universal, por cuanto implica una mayor dedicación a orientar los servicios a una diversidad de pacientes, acaba por lo general con un diseño mejor y más funcional del que todos acabamos beneficiándonos.

Orientación a los Resultados en Salud

Si la misión principal del Sistema Sanitario es elevar el nivel de salud de la población, el objetivo prioritario de este nuevo Plan de Salud habrá de ser el lograr que todo el Sistema Sanitario se oriente realmente al logro de resultados en Salud en términos poblacionales.

En consecuencia el presente Plan de Salud centra sus objetivos en la mejora de la salud poblacional.

El Plan pretende también contribuir a la sostenibilidad del Sistema Sanitario a través de las acciones encaminadas a promover la salud y prevenir y controlar la enfermedad. Sin embargo no se ha considerado oportuno incluir como objetivos propios de este Plan de Salud los objetivos de “gestión” sanitaria ni las intervenciones de carácter macroeconómico que entendemos más propias del Plan Estratégico, sin que ello suponga minusvalorar su importancia.

Orientar la organización a la mejora de los resultados implica lograr que los resultados en salud constituyan el eje central de la gestión clínica y pasen a formar parte de los objetivos clave de la gestión sanitaria.

Pretendemos que el Plan de Salud 2014-2020 suponga un antes y un después en la cultura de orientación del Sistema a logro de resultados en salud e implique un salto cualitativo en el desarrollo de los sistemas de medición y evaluación.

Enfoque poblacional y priorización sanitaria.

Todo ciudadano, a título individual, tiene derecho a recibir atención sanitaria con independencia de la importancia y frecuencia mayor o menor de su patología.

Pero este enfoque individual, propio de la atención sanitaria, se ha de complementar con el enfoque poblacional o de salud pública que nos indica que para “garantizar resultados en salud medibles” se hace imprescindible establecer criterios de priorización sanitaria.

Por definición un Plan de Salud implica priorizar los problemas de mayor magnitud e impacto en la población con un enfoque poblacional, ya que ni todos los problemas de salud tienen el mismo impacto en la población ni todas las intervenciones posibles son igualmente eficaces ni eficientes.

La evolución tecnológica, la evolución de la demanda, el envejecimiento, así como el consumismo y el desarrollismo que se han asentado en el sistema sanitario, presionan fuertemente sobre el mismo. Esta situación, que se reproduce en todos los sistemas sanitarios del mundo, está haciendo que la brecha entre oferta y demanda tienda a ampliarse.

En este contexto resulta todavía más esencial otorgar un verdadero carácter preferencial a los problemas de salud con mayor impacto, estableciendo los sistemas de garantía necesarios para asegurar una atención verdaderamente integral e integrada a las verdaderas prioridades sanitarias.

Estrategias integrales de intervención.

El nuevo Plan de Salud de Navarra prioriza de manera decidida el enfoque por Estrategias Integrales de Salud que den respuestas a las áreas prioritarias de intervención sanitaria que, como se verá, en buen parte son comunes en las distintas CCAA.

El Plan asume y es coherente con las Estrategias de Calidad, desarrolladas por el Ministerio en colaboración con las CCAA, y que pretenden para dar respuesta a los problemas de salud prioritarios, en línea con lo dispuesto en la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad.

Las citadas estrategias tienen un enfoque integral que no solo han de incluir las prestaciones diagnósticas, terapéuticas sino que debe prestar especial atención a las prestaciones rehabilitadoras y de salud pública, así como al conjunto de iniciativas organizadas por la sociedad para preservar, proteger y promover la salud de la población.

Las Estrategias de Calidad habrán de seleccionar las actuaciones de efectividad reconocida, identificar modelos de atención más adecuados para atender las patologías de manera integral garantizando seguridad, calidad y accesibilidad y deberán determinar los estándares mínimos y los modelos básicos de atención para la prevención, detección precoz, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de grupos de enfermedades.

Por otra parte el estructurar el Plan por Estrategias de Salud nos permite clarificar la estructura de responsabilidades y dotar a cada estrategia de los instrumentos adecuados para su efectivo despliegue.

Salud en todas las políticas

Siendo clave el papel del Sistema Sanitario no lo es menos la intervención de otros sectores que inciden en los determinantes de la salud.

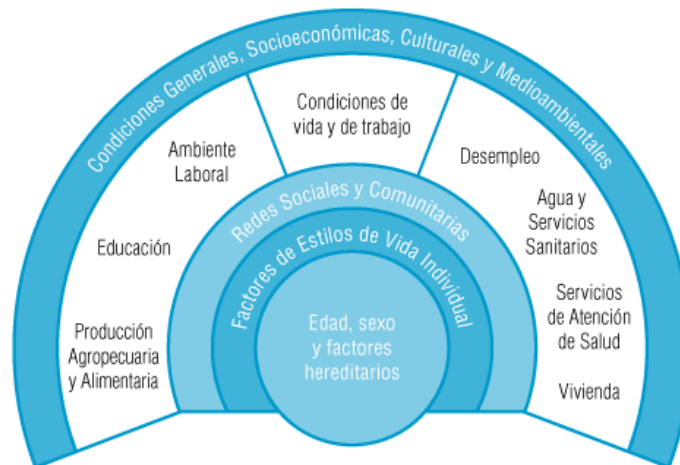
La estrategia la “Salud en Todas las Políticas”, promovida por la OMS, sitúa la responsabilidad de la salud al más alto nivel de Gobierno.

La mejor forma de alcanzar los objetivos de cualquier gobierno consiste en que todos los sectores incluyan la salud y el bienestar de los ciudadanos como componentes esenciales de la formulación de sus políticas. “Tener en cuenta la salud significa un gobierno más eficaz”. “Un gobierno más eficaz significa una mejora de la salud”.

La salud está influenciada por políticas de sectores no sanitarios y que a su vez la salud juega un papel importante en la consecución de los objetivos sociales y el crecimiento económico.

Tal como se refleja en el diagrama adjunto los determinantes ambientales, culturales y socioeconómicos inciden de forma muy notable en la salud. En algunos casos la influencia sobre la salud es directa pero en otros muchos casos actúa de manera indirecta al condicionar de manera notable los hábitos de vida, las habilidades sociales para resolver problemas o enfrentarse a la enfermedad, etc. Es conocido que las personas con menores oportunidades y recursos presentan una mayor morbimortalidad lo que origina desigualdades sociales en salud.

Determinantes en Salud de Dahlgren y Whitehead



La influencia en la salud del entorno laboral y del medioambiente es también notable.

De lo dicho se deduce la importancia de que las decisiones clave de Gobierno se adopten considerando entre otros aspectos su impacto en salud.

Considerar la sostenibilidad integral como parte integrante del proceso de desarrollo implica incorporar la sostenibilidad en todas las políticas desde una óptica de cohesión social (equidad intrageneracional) y de responsabilidad frente a las generaciones venideras (equidad intergeneracional).

Intersectorialidad e Intervención comunitaria

La Declaración de Adelaida nos recuerda que para promover la estrategia de “Salud en Todas las Políticas” el sector de la salud debe aprender a colaborar con otros sectores.

Se hace imperativo promover una acción conjunta de Gobierno para desarrollar procesos sistemáticos que promuevan iniciativas intersectoriales prácticas que ofrezcan una respuesta integral a las necesidades específicas de cada grupo de población.

Para lograr una verdadera intervención intersectorial se hace necesario desarrollar un marco legislativo adecuado que se apoye en comités y equipos de acción interdepartamentales e impulse el desarrollo de sistemas de información y evaluación transversales así como las alianzas con los sectores estratégicos.



Desde la concepción positiva y biopsicosocial de la salud promovida por la OMS resulta imprescindible la intervención intersectorial para el desarrollo de estrategias comunitarias de carácter transversal en objetivos tales como:

- Promover la corresponsabilidad del ciudadano en el cuidado de la salud.
- Promover hábitos saludables con atención especial al abandono del tabaco, la práctica ejercicio y la alimentación.
- Prevenir el riesgo psicosocial sobre todo en menores y niños.
- Prevenir la discapacidad y la dependencia.
- Reducir las desigualdades sociales en salud interviniendo en los determinantes socioeconómicos y socioculturales

En este ámbito la colaboración con los Departamentos de Educación, Políticas Sociales, Deporte y Juventud y con las Entidades Locales y Asociativas resulta crucial.

Orientación socio-sanitaria.

La orientación sociosanitaria habrá de constituir otra de las señas de identidad del presente Plan de Salud.

Si la acción intersectorial es necesaria en muchos campos en una sociedad que envejece la intervención sociosanitaria resulta esencial.

Para garantizar esta atención es necesario articular un sistema que vertebre los dispositivos, programas, servicios y recursos para atender a aquellas personas que precisen de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales con el fin de mejorar su salud, aumentar su autonomía, paliar sufrimiento y las limitaciones que les impiden realizar actividades personales y/o instrumentales de la vida diaria (AVD) y facilitar en lo posible su rehabilitación funcional y reinserción social.

El principio que ha de regir la intervención en esta materia es centrar la intervención en las necesidades reales de la persona, sin limitarlas al ámbito competencial de uno u otro Departamento, superando las difusas barreras existentes entre ambos ámbitos.

Las verdaderas necesidades de la persona han de ser evaluadas con una concepción integral, lo cual implica que se han de tomar en consideración todas sus necesidades de cuidados sanitarios y sociales, y sus determinantes y condicionantes, personales, culturales y socioeconómicos.

Ello exige redefinir los instrumentos de evaluación y compartir los sistemas de información.

Corresponsabilidad, empoderamiento, y participación.

La efectividad de la intervención sanitaria depende en buena medida del desarrollo de estrategias activas dirigidas a lograr que los ciudadanos se responsabilicen y se impliquen de una manera más activamente en el cuidado de su propia salud, especialmente en lo que respecta a sus estilos de vida. La obligación del Sistema Sanitario es capacitarles para que estén en condiciones efectivas de poder lograrlo.

Empoderar al paciente implica reconocerle como propietario de su propia salud y favorecer y respetar su autonomía en la toma de las decisiones que afectan a su salud en todas las fases del proceso asistencial. Nuestra obligación es informarles de forma adecuada de las alternativas existentes de sus beneficios y riesgos para una toma de decisiones informada.

Pero además, un Plan de Salud exige desarrollar estrategias activas dirigidas a lograr que los ciudadanos se responsabilicen e impliquen más activamente en la toma de decisiones relativas a la planificación y evaluación sanitaria.

El éxito de un Plan de Salud exige que tanto los profesionales como la sociedad en su conjunto se sientan concernidos y corresponsables de su desarrollo y para ello es necesario que participen y compartan sus objetivos y aspiraciones.

En primer término, para un efectivo despliegue del Plan de Salud resulta esencial concitar el consenso profesional con respecto a las prioridades sanitarias y sobre todo a la forma de evaluar el logro de los resultados. Este documento, elaborado con la activa participación de los profesionales más directamente implicados en cada una de las estrategias, ha de servir de base al diálogo con las distintas organizaciones profesionales cuya participación activa se considera esencial en su posterior desarrollo.

Participación, transparencia y rendición de cuentas constituyen elementos esenciales de la gobernanza a los que habrá de dar adecuada respuesta este Plan de Salud.

Coherencia entre prioridades e instrumentos

En el ámbito de la Planificación Sanitaria priorizar significa otorgar preferencia en la asignación de medios y en el control de sus logros.

Definir un ámbito de intervención como prioritario supone garantizar la disposición de los instrumentos necesarios para su efectiva materialización.

No es suficiente con que el Plan de Salud seleccione las prioridades, concrete los objetivos y metas y defina los indicadores, es necesario además que defina las responsabilidades, asigne los medios, garantice la formación requerida, desarrolle los instrumentos de ayuda precisos y ponga en marcha los sistemas de información y evaluación necesarios.

En definitiva deberemos garantizar la coherencia entre los objetivos propuestos y los medios asignados.

5. OBJETIVOS DE RESULTADOS

La pretensión del nuevo Plan de Salud es lograr que todo el Sistema Sanitario de Navarra se oriente al logro de resultados de salud en la población y desde una óptica biopsicosocial de la salud.

Los objetivos generales que se pretenden lograr son los siguientes:

Objetivos Generales del Plan de Salud

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

El desarrollo de estos objetivos generales se articula a través de los siguientes objetivos específicos.

Objetivos Específicos del Plan de Salud

En este capítulo se resumen los Objetivos Específicos del Plan de Salud que configuran un compendio general de los Objetivos Específicos identificados para cada Estrategia.

Como se ha señalado en el apartado de metodología, a la hora de diseñar el Plan de Acción se ha optado por realizar un abordaje por Estrategias de Salud y se ha definido para cada una de ellas el correspondiente Plan de Acción orientado al logro de los Objetivos Específicos de cada Estrategia. Siempre que se ha podido se han definido también las Metas de Resultado.

Se ha tratado de lograr que cada uno de los Objetivos Específicos haya sido formulado de tal manera que sea susceptible de evaluación directa mediante uno o varios indicadores lo que permitirá monitorizar de manera objetiva el logro de los resultados perseguidos.

La evaluación de los resultados globales del Plan de Salud se centrará por tanto en la evaluación de los Objetivos Específicos siguientes:

1. Disminuir la mortalidad prematura y evitable aumentando la esperanza de vida.

- 1.1. Aumentar la esperanza de vida al nacer 2 años en hombres y 1 año en mujeres.
- 1.2. Disminuir la mortalidad prematura total en un 10% respecto al quinquenio anterior, reduciendo la pérdida de años potenciales de vida.
- 1.3. Mantener las bajas tasas actuales de mortalidad perinatal e infantil en el quintil inferior europeo.
- 1.4. Disminuir en un 10%, tanto en adultos como en niños, la mortalidad total por causas evitables*.
- 1.5. Disminuir la mortalidad prematura por:
 - 1.5.1.1. cardiopatía isquémica: un 10% en hombres y 5% en mujeres
 - 1.5.1.2. diabetes mellitus: un 10% en hombres y 5% en mujeres
 - 1.5.1.3. enfermedades respiratorias: un 10% en hombres y 5% en mujeres
 - 1.5.1.4. suicidio: un 10% en hombres y mantener en mujeres
- 1.6. Contener la tendencia creciente de la mortalidad ajustada por cáncer.
- 1.7. Aumentar en un 5%, tanto en hombres como en mujeres, la supervivencia global a los cinco años del conjunto de los cánceres y un 15% la supervivencia específica del cáncer de colon y recto.

La Mortalidad Evitable es la causada por patologías en las cuales los servicios sanitarios pueden contribuir sustancialmente a reducir la mortalidad ya que se dispone de medidas de prevención y/o tratamiento que aplicadas de forma adecuada, en la mayor parte de los casos, pueden evitar la muerte. Está integrado por 34 grupos de causas (27 susceptibles de intervenciones de los servicios de asistencia sanitaria y 7 susceptibles a intervenciones de política sanitaria intersectorial) Ver Anexo X

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000300004

2. Disminuir la morbilidad y severidad de las patologías priorizadas.

- 2.1. Contener la incidencia creciente de cáncer de pulmón, vejiga y cuello de útero.
- 2.2. Disminuir el porcentaje de cánceres diagnosticados en estadios avanzados III y IV de cáncer de colon y recto (-20%) , mama (-5%) , cuello de útero (-10%), y cáncer familiar.
- 2.3. Reducir el tiempo entre diagnóstico de sospecha de cáncer hasta la confirmación diagnóstica (<15 días en el 90%) y entre esta y el inicio del tratamiento(<15 días en el 90%) .
- 2.4. Disminuir la incidencia ajustada por edad de infarto de miocardio (-10%), enfermedades cerebrovasculares agudas (-10%), depresión-ansiedad (-10% en mujeres, -3% en hombres).
- 2.5. Contener la incidencia de diabetes mellitus y de enfermedades respiratorias.
- 2.6. Disminuir la severidad del dolor crónico.
- 2.7. Reducir en un 10% los tiempos generales de activación y llegada de los Servicios de Urgencias en casos de sospecha de urgencia vital.
- 2.8. Incrementar en un 15% el número de pacientes con traumatismo grave que llegan al hospital en menos de 60´ tras la primera llamada.
- 2.9. Lograr que al menos el 75% de pacientes con IAM con elevación del ST y el 30% de pacientes con Ictus se sometan a algún tipo de revascularización primaria. (Analizar por género y área de salud).
- 2.10. Identificar y clasificar a los pacientes crónicos según su severidad clínica (>40%) asegurando una metodología de gestión de casos a los pacientes severos (>60%), con especial atención a los pacientes pluripatológicos (>80%).
- 2.11. Medir y reducir las reagudizaciones de los pacientes crónicos.
- 2.12. Medir y mejorar el cumplimiento terapéutico de los pacientes crónicos.
- 2.13. Medir y mejorar el % de pacientes crónicos que abandonan el tabaco y realizan el ejercicio físico prescrito.
- 2.14. Lograr que al menos el 60% de las interconsultas por reagudización de los procesos crónicos severos puedan ser atendidas en 24 h en consulta ambulatoria personalizada (presencial o no presencial).
- 2.15. Garantizar la consulta por Atención Primaria en las primeras 48 horas tras alta hospitalaria en más del 80% de los pacientes crónicos severos.
- 2.16. Coordinar las vistas y asegurar la periodicidad de las revisiones de seguimiento en las personas tratadas de un cáncer.

3. Disminuir la discapacidad y promover la autonomía personal.

- 3.1. Aumentar los años de vida libre de discapacidad en un 10%.
- 3.2. Disminuir la prematuridad y bajo peso (-10%) y las complicaciones en embarazo y parto (-20%).
- 3.3. Garantizar la cobertura al 100% de los recién nacidos del cribado neonatal de las enfermedades metabólicas y asegurar la detección de las anomalías congénitas y enfermedades hereditarias recogidas en la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud.

- 3.4. Garantizar el adecuado control evolutivo del desarrollo de niños y adolescentes, especialmente en colectivos vulnerables.
- 3.5. Lograr que el 60% de Zonas Básicas cuenten con un Programa Atención Sociosanitaria Domiciliaria y un Comité de Coordinación Sociosanitaria.
- 3.6. Lograr que el 40% de Zonas Básicas cuenten con un Programa de Ejercicio Terapéutico y Rehabilitación Funcional.
- 3.7. Incrementar las actividades de estimulación precoz, rehabilitación funcional de niños y adolescentes incluida la logopedia en colaboración con los Departamentos de Política Social y Educación.
- 3.8. Garantizar que el 100% de los niños menores de 6 años con déficits de desarrollo físico, psíquico o sensorial cuentan con una evaluación periódica integral y de carácter multidisciplinar.
- 3.9. Realiza una evaluación periódica de la capacidad funcional de los pacientes crónicos para prevenir su deterioro con especial atención a las enfermedades neurodegenerativas (90%) y cerebrovasculares (75%) y en general en mayores de 75 años (40%).
- 3.10. Prescribir al menos a un 20% de los pacientes crónicos moderados y severos ejercicio terapéutico y de tolerancia al esfuerzo como un componente esencial del Plan Terapéutico Integral.
- 3.11. Conseguir que al menos un 30% de EPOC severos, un 60% de IAM, un 70% de ictus y un 90% de fracturas de cadera reciban rehabilitación especializada.
- 3.12. Lograr que un 25% de los Ictus reciban rehabilitación funcional y adaptación a su entorno tras el evento.
- 3.13. Lograr que al menos un 20% de pacientes con demencia reciban estimulación cognitiva.
- 3.14. Conseguir que al menos un 50% de pacientes dependientes tengan realizada una valoración sociosanitaria integral y un Plan integral de cuidados.
- 3.15. Reducir las complicaciones en los cuidados del mayor: fracturas de cadera (-10%), úlceras por decúbito (-20%), etc.
- 3.16. Lograr que un 80% de las pacientes con linfedema tras cirugía oncológica de mama reciban tratamiento rehabilitador.
- 3.17. Valorar la sobrecarga al menos al 80% de las personas cuidadoras de pacientes en fase terminal, pacientes con demencia, y pacientes con trastorno mental grave o discapacidad intelectual.
- 3.18. Capacitar al menos al 25% de las personas cuidadoras de pacientes en fase terminal, pacientes con demencia, y pacientes con trastorno mental grave o discapacidad intelectual.

4. Mejorar la salud percibida y la calidad de vida relacionada con la salud

- 4.1. Mantener en torno al 80% el porcentaje de población general que considera bueno o muy bueno su estado de salud y alcanzar el 60% de esta percepción en mayores de 65 años.
- 4.2. Lograr que al menos a un 20% de los pacientes crónicos se les haya evaluado la calidad de vida (EQ5), la percepción de salud y la existencia o no de depresión/ansiedad subclínica, tanto en adultos como en niños.

- 4.3. Mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes crónicos.
- 4.4. Evaluar en los pacientes con cáncer su nivel de afrontamiento (70%) y prestarles el apoyo necesario para mejorar en lo posible su situación psicosocial (40%).
- 4.5. Realizar un seguimiento sistematizado mediante un instrumento validado al menos al 60% de los pacientes con dolor crónico, adecuándoles la escala terapéutica.
- 4.6. Realizar una evaluación integral en las distintas esferas, física, emocional, relacional, psicosocial, etc. al menos al 40% de los pacientes mayores de 75 años.
- 4.7. Garantizar que la cobertura del Programa de Cuidados Paliativos alcance a todos los pacientes terminales que lo requieran con independencia de su diagnóstico y su ámbito territorial, incluida la población infantil.

5. Promover estilos de vida saludables y reducir riesgos para la salud.

- 5.1. Aumentar el porcentaje de población general con estilos de vida saludable, considerando el gradiente social y de género.
- 5.2. Lograr que más del 70% de los pacientes que cumplen criterios para la valoración de riesgo cardiovascular tengan registrada esta variable en su historia clínica.
- 5.3. Aumentar el porcentaje de población general con bajo riesgo vascular o cuyo riesgo vascular está adecuadamente controlado.
- 5.4. Aumentar el porcentaje de pacientes diabéticos y/o con antecedentes de evento vascular cuyo riesgo vascular está adecuadamente controlado.
- 5.5. Aumentar un 10% el porcentaje de personas mayores que siguen las recomendaciones para un envejecimiento saludable desde el punto de vista físico (no fumar, hacer ejercicio, alimentación saludable, etc).
- 5.6. Disminuir en un 15% la prevalencia de consumo de tabaco en la población general y lograr que al menos el 60% de los pacientes crónicos o en situación de riesgo vascular abandonen el tabaco.
- 5.7. Disminuir la tasa declarada de sedentarismo en un 20% en mujeres y un 10% en hombres.
- 5.8. Disminuir la prevalencia de obesidad un 10% en adultos y un 20% en población infantil y adolescente.
- 5.9. Reducir en un 5% la tasa de bebedores de riesgo y la prevalencia declarada de consumo de drogas ilícitas en adultos en un 10%.
- 5.10. Conseguir que al menos el 75% de la población declare consumir diariamente frutas, verduras, ensaladas u hortalizas.
- 5.11. Conseguir que al 90% de menores de 5 años se les haya valorado el riesgo psicosocial con un instrumento de valoración normalizado.
- 5.12. Lograr que al menos el 50% de los ancianos frágiles tengan realizada una valoración de riesgo psicosocial con un instrumento de valoración normalizado.

- 5.13. Garantizar una cobertura vacunal superior al 93% en población infantil y reducir el diferencial existente en minorías étnicas, discapacitados y otros colectivos desfavorecidos.
- 5.14. Disminuir las infecciones nosocomiales (-10%) y el tromboembolismo pulmonar en pacientes ingresados (-10%) e incrementar la notificación de las reacciones adversas a medicamentos y los eventos adversos (+10%).

6. Fomentar el empoderamiento y el autocuidado

- 6.1. Conseguir que un 60% de los pacientes crónicos hayan recibido formación en Autocuidados sobre su proceso incluida la capacitación para reconocer los signos de alarma y las pautas de actuación en caso de descompensación.
- 6.2. Conseguir que un 25% de pacientes crónicos se corresponsabilizan del autocontrol de su proceso.
- 6.3. Incrementar el número de pacientes expertos (250) que asumen un protagonismo activo en el fomento del autocuidado y la autoayuda.
- 6.4. Lograr que al menos un 50% de padres y madres de menores con patología crónica severa reciban formación en materia de cuidados.
- 6.5. Conseguir que al menos un 5% de los docentes reciban formación en materias relacionadas con la salud.
- 6.6. Disminuir un 10% las urgencias y consultas en Atención Primaria relacionadas con procesos autolimitados.
- 6.7. Incrementar en un 15 % la población que considera que los profesionales del sistema sanitario informan adecuadamente a los pacientes.
- 6.8. Incrementar en un 15 % la población que considera que los profesionales del sistema sanitario toma en consideración sus opiniones y valores a la hora de adoptar decisiones sobre su proceso. Especial atención al cáncer, enfermedades raras, pacientes en fase terminal y pacientes con demencia.
- 6.9. Incrementar en un 40% el uso del Portal de Salud como instrumento de consulta y mejora de su autocuidado.
- 6.10. Aumentar un 30% el número de sugerencias formuladas por los ciudadanos.
- 6.11. Duplicar el número de sesiones realizadas por órganos y espacios de participación y lograr que al menos el 30% de los comités y grupos de mejora cuenten con la participación de ciudadanos o pacientes.

7. Reducir las desigualdades en los resultados de salud

- 7.1. Lograr que el 90% de Zonas Básicas cuenten con un Programa de intervención integral en desigualdad y riesgo psicosocial infantil y un Comité de intervención interdepartamental.
- 7.2. Lograr que el 90% de la población infantil y adolescente identificada en situación de riesgo psicosocial cuente con una valoración sociosanitaria integral y un Plan personalizado de intervención y un responsable definido de Gestión del Caso.

- 7.3. Lograr que al 100% de menores en situación de riesgo psicosocial se le haya realizado una valoración detallada para garantizar que su nutrición es suficiente y adecuada.
- 7.4. Lograr que en el 90% de las Historias Clínicas de los menores de 5 años y en el 50% de las Historias Clínicas del resto de pacientes consten las variables sociales recomendadas por la Sociedad Española de Epidemiología.
- 7.5. Medir y reducir el diferencial que pudiera existir entre las Áreas de Salud de Navarra en el acceso a las intervenciones previstas en el Plan de Salud tales como el acceso a técnicas intervencionistas primarias en los eventos vasculares IAM e Ictus, acceso a nueva terapias y a técnicas de rehabilitación y de estimulación cognitiva.
- 7.6. Equilibrar el porcentaje de pacientes hombres y mujeres que se beneficia de técnicas intervencionistas primarias en IAM.
- 7.7. Conseguir que al menos un 40% de los cuidadores de pacientes dependientes con TMG y DI tengan formación en autocuidados y estilos de vida.
- 7.8. Conseguir que al menos un 25% de los pacientes autónomos afectados de TMG y DI tengan formación en autocuidados y estilos de vida.
- 7.9. Medir y disminuir en un 15% el tiempo medio de identificación y diagnóstico en las enfermedades raras.
- 7.10. Realizar prevención selectiva en colectivos más vulnerables al inicio y al abuso en el consumo de drogas y otras adicciones.
- 7.11. Identificar otras diferencias de resultados en salud en colectivos vulnerables.

8. Contribuir a la sostenibilidad del Sistema Sanitario

- 8.1. Reducir en un 15% la tasa de hospitalizaciones potencialmente evitables en adultos (ACSC) y reducir en un 10% la tasa de hospitalizaciones potencialmente evitables en población pediátrica por determinados procesos.
- 8.2. Reducir en un 25% las tasas de ingreso hospitalario ajustadas por severidad de los pacientes incluidos en la Programa de Crónicos.
- 8.3. Reducir en un 25% las urgencias hospitalarias de los pacientes incluidos en la Programa de Crónicos.
- 8.4. Reducir en un 15% la tasa de reingresos al mes y en 10% la tasa de reingresos a los tres meses tras el alta hospitalaria.
- 8.5. Incrementar en un 50% la tasa de ambulatorización de procedimientos quirúrgicos.
- 8.6. Incrementar en un 100% el porcentaje de ingresos que se realizan en hospitalización a domicilio y hospitalización de día.
- 8.7. Incrementar los servicios de convalecencia y rehabilitación domiciliaria y residencial en el entorno y reducir las estancias hospitalarias por convalecencia y/o rehabilitación.
- 8.8. Reducir la variabilidad de la práctica clínica bajando en un 10% las tasas de Amigdalectomías y en un 15% la tasa de Histerectomías en condiciones no oncológicas.

- 8.9. Lograr que se realice la Conciliación de la Medicación al ingreso y al alta al 75% de los pacientes pluripatológicos que ingresen en el hospital.
- 8.10.Reducir en un 15 % el porcentaje de pacientes polimedicados por grupo de edad.
- 8.11.Incrementar en un 50% el número de pacientes polimedicados ambulatorios a los cuales se les ha realizado una Conciliación de la Medicación.
- 8.12.Reducir en un 20% el número de pacientes dislipémicos sin otros factores de riesgo cardiovascular que continúan en tratamiento con estatinas.
- 8.13.Desmedicalizar los procesos vitales adaptativos, emocionales y relacionales reduciendo en un 15% el consumo de ansiolíticos.

6. PLAN DE ACCIÓN

Toda vez que el objetivo central del presente Plan de Salud se centra en el **logro de resultados de salud** enunciados en el Capítulo 3, el Plan de Acción cuya síntesis se presenta a continuación ha de ser concebido como un instrumento flexible que deberá ser permanente readaptado a la vista de su efectividad real.

ESTRATEGIAS DE SALUD PRIORITARIAS

A la hora de establecer el Plan de Acción se ha considerado que la mejor manera de orientarlo a los resultados de salud es estructurándolo en torno al conjunto de Estrategias de Salud que se presentan a continuación.

Tal como se refleja en el apartado de Metodología, para la priorización de las Estrategias de Salud se han tomado en consideración las Estrategias de Salud del Sistema Nacional de Salud, el Diagnóstico de Situación de Navarra y los problemas emergentes y las prioridades establecidas por el Departamento de Salud en su documento estratégico.

Estrategias de Salud priorizadas

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

El factor determinante para priorizar las estrategias ha sido la consideración del impacto que las misma pudieran tener sobre los Objetivos de Resultados perseguidos.

Como se ha reiterado el Plan de Salud ha optado por intervenciones integrales con una concepción biopsicosocial y por tanto a la hora de priorizar sus estrategias no se ha limitado a considerar únicamente aquellas intervenciones con un mayor impacto en términos de mortalidad o morbilidad.

Con la evolución demográfica, epidemiológica y social actual resulta imperioso que las intervenciones priorizadas consideren su impacto sobre aspectos tan relevantes como la discapacidad, el empoderamiento del paciente, o el riesgo psicosocial, la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud, y tomen en consideración incluso su contribución a la sostenibilidad del Sistema.

Tal como puede observarse en la tabla adjunta las Estrategias priorizadas tienen o pueden tener un impacto muy significativo en la mayoría de los objetivos de salud perseguidos.

Impacto en Salud de las Estrategias Priorizadas

		OBJETIVOS EN RESULTADOS EN SALUD							
		Mortalidad prematura y evitable	Morbilidad Severidad	Discapacidad	Calidad de vida	Estilos y de vida y conductas de riesgos.	Empoderamiento Autocuidado	Equidad en resultados de Salud	Contribución a la sostenibilidad
ESTRATEGIAS DE SALUD	Promoción y Prev. Infantil								
	Promoción y Prev. en Adultos								
	Prev. y Atención Discapacidad								
	Cáncer								
	Salud Mental								
	Neurodegenerativas								
	Urgencias								
	Vasculares y Diabetes								
	Respiratorias								
	Pluripatológicos								
	Paliativos y Dolor								
	Seguridad del Paciente								

Las Estrategias de Salud se desplegarán en un conjunto de Programas de manera que el conjunto de programas que integran una Estrategia se corresponda con una estructura de responsabilidades coherente.

PROGRAMAS DE SALUD

Se presentan a continuación los Programas de Salud incluidos en cada Estrategia. Algunos programas se vinculan a varias estrategias pero se asignan a la estrategia con la cual guardan una mayor relación en función de la estructura de responsabilidades.

<p>PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de prevención de riesgos en embarazo y parto • Programa de prevención de la discapacidad y atención a las enfermedades crónicas infantiles • Programa de vacunaciones infantiles • Programa de salud en infancia y adolescencia en Atención Primaria • Programa de intervención integral en desigualdad y riesgo psicosocial infantil • Programa comunitario de promoción de la salud en infancia y adolescencia <p><i>Ver también “Progr. Salud Mental Infanto Juvenil”</i></p>	<p>PROMOCIÓN DE SALUD Y AUTOCUIDADOS EN ADULTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa comunitario de promoción de la salud • Programa de intervención personalizada sobre estilos de vida • Programa de envejecimiento saludable • Programas de capacitación en autocuidados • Programas de prevención selectiva en colectivos vulnerables
<p>ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD Y PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de Ejercicio Terapéutico y Rehabilitación Funcional en el nivel primario • Programas de prevención y atención a la discapacidad sensorial • Programa de capacitación y apoyo al cuidador • Programa de atención domiciliaria sociosanitaria • Programa de convalecencia residencial rehabilitadora • Programa de atención a la fragilidad y prevención de complicaciones en los cuidados del mayor • Programa de atención sanitaria a pacientes institucionalizados 	<p>ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN EN SALUD MENTAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programas de prevención en salud mental y erradicación del estigma en adultos • Programa de atención integrada al trastorno mental grave TMG • Programa de atención sociosanitaria al trastorno mental grave • Programas de prevención y atención en S. Mental Infanto Juvenil • Programa específico de capacitación y apoyo al cuidador de pacientes con TMG
<p>PREVENCIÓN Y ATENCIÓN AL CÁNCER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programas de prevención en cáncer • Organización y estructuras de atención al cáncer • Programa de alta resolución y atención personalizada al cáncer • Programa de apoyo psicosocial al cáncer 	<p>ATENCIÓN A LAS URGENCIAS TIEMPO DEPENDIENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ordenación de la atención a la urgencia vital • Sistemas de información y comunicación de urgencia vital • Capacitación ciudadana ante la urgencia vital

PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A ENFERM. VASCULARES Y DIABETES

- Prevención primaria de enfermedad vascular
- Prevención secundaria de enfermedad vascular
- Programa de atención y rehabilitación de la insuficiencia cardíaca
- Programa de atención y rehabilitación de la isquemia cardíaca
- Programa de atención y rehabilitación del ictus
- Programa de atención a la diabetes

Ver también estrategias de “Promoción de salud y autocuidados en población adulta” y de “Atención a la Urgencias Tiempo Dependientes”

ATENCIÓN A LA DEMENCIA Y OTRAS. NEURODEGENERATIVAS

- Programa de atención a la demencia
- Programa de atención al párkinson y otros trastornos del movimiento
- Programa de atención a las enfermedades neuromusculares
- Programa específico de capacitación y apoyo al cuidador de pacientes con deterioro cognitivo

Ver también programas de “Prevención de la discapacidad y atención a las enfermedades crónicas infantiles”, de “Atención domiciliaria sociosanitaria” y de “Rehabilitación funcional de ámbito comarcal”

PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

- Programa de prevención y detección precoz de EPOC y asma
- Programa de atención al asma y EPOC
- Programa de rehabilitación respiratoria y deshabituación tabáquica avanzada
- Programa de prevención y atención de la Neumonía

Ver también estrategia de “Promoción de salud y autocuidados en población adulta”

ATENCIÓN A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

- Programa de atención al pluripatológico
- Programa de conciliación de la medicación y adherencia al tratamiento

Ver también estrategia de “Promoción de salud y autocuidados en población adulta”

SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Programa de prevención de la infección nosocomial.
- Programa de prevención de los errores asociados a medicamentos y dispositivos sanitarios
- Programa para la prevención de complicaciones en el área quirúrgica y anestesia
- Programa para prevenir las complicaciones en relación con los cuidados sanitarios
- Programa para la prevención de complicaciones en áreas asistenciales médicas y de diagnóstico
- Sistemas de identificación inequívoca y notificación.

CUIDADOS PALIATIVOS Y DOLOR

- Programa de cuidados paliativos
- Evaluación y control sistemático del dolor
- Programa de atención al dolor crónico severo
- Programa de atención a dolor agudo y postquirúrgico

ACCIONES CLAVE

Se reflejan a continuación las Acciones Clave que se ha previsto implementar para el efectivo despliegue de los Programas previstos en cada una de la Estrategias.

A. ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE.

A.1. Programa de Prevención de Riesgos en Embarazo y Parto

- A.1.1. Plan de mejora en el control del embarazo incorporando perspectivas culturales y de riesgo psicosocial.
- A.1.2. Revisión del protocolo del Embarazo de Alto Riesgo.
- A.1.3. Plan de mejora en diagnóstico prenatal y asesoramiento genético.
- A.1.4. Revisión del Programa de atención al parto.
- A.1.5. Promoción de la lactancia materna.
- A.1.6. Sistema de evaluación de atención al embarazo y al parto.

A.2. Programa de Prevención de la Discapacidad y Atención a las Enfermedades Crónicas Infantiles

- A.2.1. Ampliación del cribado de metabolopatías congénitas.
- A.2.2. Revisar, reforzar y mejorar la coordinación del Programa de Atención Temprana a la discapacidad y extenderlo hasta los 6 años.
- A.2.3. Sistema de registro y evaluación de la atención a la discapacidad.
- A.2.4. Garantizar los cribados establecidos por la evidencia científica.
- A.2.5. Establecer y aplicar un Patrón Integral de Atención a las EE Crónicas Infantiles Severas según la metodología de crónicos. (Diabetes, Asma Severa, Enfermedades raras, etc.)
- A.2.6. Programa específico de apoyo a las madres y padres cuidadoras de niños o niñas con discapacidad física, psíquica, sensorial o intelectual, con atención especial en las enfermedades raras al período desde la sospecha hasta el diagnóstico.

A.3. Programa de Vacunaciones Infantiles

- A.3.1. Actualización del Calendario Vacunal basado en la evidencia.
- A.3.2. Plan de comunicación de vacunaciones recomendadas.
- A.3.3. Planificación eficiente de la vacunación infantil para garantizar coberturas.
- A.3.4. Puesta en marcha del Registro central de vacunaciones.

A.4. Programa de Salud en Infancia y Adolescencia en Atención Primaria

- A.4.1. Despliegue del nuevo Programa de Salud Infantil y del Adolescente en Atención Primaria (Intervención individual y grupal).
- A.4.2. Protocolo sistemático de detección de riesgo psicosocial. Concretar indicadores de riesgo psicosocial.

- A.4.3. Valoración sistemática de la nutrición y alimentación saludable, suficiente y adecuada, tanto en la infancia como en la adolescencia.
- A.4.4. Promoción del vínculo afectivo, parentalidad positiva y capacitación en el cuidado infantil
- A.4.5. Consejo sistemático e intervención para la prevención de accidentes y lesiones en infancia y adolescencia.
- A.4.6. Programa de obesidad infantil y de la adolescencia.
- A.4.7. Programa de capacitación y apoyo al centro educativo en la atención a los niños con patologías crónicas: Enfermera en la Escuela, Guía de actuación con enfermedades crónicas, etc.

A.5. Programa de intervención integral en desigualdad y riesgo psicosocial infantil

- A.5.1. Desarrollar un Programa de Intervención en red en riesgo psicosocial infantil.
- A.5.2. Constituir en cada Zona Básica un Comités de Riesgo Psicosocial Infantil de carácter interdepartamental.
- A.5.3. Establecer un diagnóstico integral de necesidades y definir un plan integral de intervención específico para cada niño o adolescente incluido en el Programa.
- A.5.4. Aplicar la metodología y asignar un responsable para la Gestión de cada Caso.
- A.5.5. Asegurar una nutrición suficiente y adecuada.
- A.5.6. Programa de promoción de la salud infantil en minorías y en menores con discapacidad intelectual.

A.6. Programa Comunitario de Promoción de la Salud en Infancia y Adolescencia

- A.6.1. Impulso a la Red de Escuelas Promotoras de Salud.
- A.6.2. Ejercicio en la escuela y prevención de la obesidad.
- A.6.3. Alianzas interdepartamentales y con entidades municipales para la mejora de los entornos.
- A.6.4. Escuela de Padres y Madres. Educación parental y autocuidados.
- A.6.5. Educación afectivo- sexual.
- A.6.6. Prevención de consumo de drogas y otras adicciones.
- A.6.7. Salud positiva, autocuidados y estilos de vida, etc.
- A.6.8. Capacitación del profesorado en valoración e intervención de conductas disruptivas.
- A.6.9. Hospitales Promotores de Salud amigos de los niños.
- A.6.10. Considerar el gradiente social en todos los programas de promoción de estilos de vida en la infancia y la adolescencia.

Ver Programas de Prevención y Atención en S. Mental Infanto Juvenil

B. ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE SALUD Y AUTOCUIDADOS EN POBLACIÓN ADULTA

B.1. Programa Comunitario de Promoción de la Salud *"Salud en todas las políticas"*

- B.1.1. Portal de salud orientado a promover estilos de vida saludables.
- B.1.2. Programa comunitario de intervención frente al Tabaco.
- B.1.3. Programa comunitario de promoción del Ejercicio.
- B.1.4. Despliegue efectivo del Plan de Drogodependencias y otras Adicciones, incluyendo cribado de bebedores de riesgo en Atención Primaria.
- B.1.5. Información a la población sobre los riesgos de la sobremedicación.
- B.1.6. Alianzas interdepartamentales y con entidades municipales para conseguir entornos seguros y accesibles.
- B.1.7. Estrategia Interdepartamental de Alimentación Saludable con atención a las desigualdades sociales.
- B.1.8. Continuar desarrollando la Estrategia de prevención de Accidentes Laborales y promover actividades sinérgicas entre Atención Primaria y Salud Laboral en áreas de promoción de la salud.
- B.1.9. "Informe previo de impacto en salud" en el análisis de la sostenibilidad integral de los proyectos clave de Gobierno.
- B.1.10. Considerar la perspectiva de género y el gradiente social en todos los programas de promoción de estilos de vida en adultos.

B.2. Programa de intervención personalizada sobre estilos de vida

- B.2.1. Evaluación sistemática del estilo de vida en H^a Clínica.
- B.2.2. Prescripción y apoyo para el abandono del Tabaco.
- B.2.3. Prescripción personalizada de Ejercicio Físico.
- B.2.4. Prescripción personalizada de hábitos dietéticos.
- B.2.5. Cribado y consejo personalizado en bebedores de riesgo.
- B.2.6. EpS talleres de apoyo para dejar el tabaco.
- B.2.7. EpS talleres educativos sobre alimentación saludable y obesidad.
- B.2.8. EpS talleres sobre estrés y ansiedad y desmedicalización del malestar.

B.3. Programa de Envejecimiento Saludable

- B.3.1. Evaluación sistemática de la capacidad funcional, del riesgo psicosocial y de la calidad de vida en mayores de 70 años.
- B.3.2. Promoción del ejercicio en mayores de 70 años.
- B.3.3. Impulso de Programas Municipales de Envejecimiento Saludable y de Ciudades Amigables con las Personas Mayores.
- B.3.4. Evaluación e intervención multifactorial y del entorno para la prevención de caídas.
- B.3.5. Fomento de otras iniciativas sociales de colaboración intergeneracional, estimulación cognitiva y participación social del mayor.

- B.3.6. Incluir en la cartera de servicios de las Residencias talleres de memoria y ejercicio.
- B.3.7. Promover la oferta de ejercicio físico y estimulación cognitiva y social en los centros de mayores.

B.4. Programas de Capacitación en Autocuidados

- B.4.1. Puesta en marcha de la Escuela de Pacientes y personas cuidadoras.
- B.4.2. Estrategia de Autocuidados en Procesos Crónicos.
- B.4.3. Estrategia de Autocuidados en Procesos Agudos Autorresolubles.
- B.4.4. Portal de Salud orientado al autocuidado.

B.5. Programas de prevención selectiva en colectivos vulnerables

- B.5.1. Analizar las desigualdades en salud según las variables sociales, género, cultura o etnia, entendidas como variables de equidad en todos los resultados de salud mediante la creación de un Observatorio de la Desigualdad.
- B.5.2. Puesta en marcha de acciones para corregir las desigualdades en salud prioritarias detectadas por el Observatorio de desigualdades.
- B.5.3. Programa de autocuidados y hábitos saludables para reducir la sobremorbilidad y sobremortalidad ya constatada en determinados colectivos vulnerables: pacientes con Trastorno Mental Grave o con discapacidad intelectual, minorías étnicas, colectivos en exclusión social, etc.
- B.5.4. Disminuir las posibles barreras físicas, sensoriales, geográficas, sociales, culturales o de género en el acceso al sistema sanitario.
- B.5.5. Completar el despliegue del protocolo de detección e intervención frente a la Violencia de Género.
- B.5.6. Inclusión sistemática de las variables sociales en Hª Clínica y en todos los registros sanitarios considerando la protección de datos
- B.5.7. Programa para reducir el estigma social asociado al Trastorno Mental Grave, la Discapacidad Funcional, el dolor crónico y la fibromialgia.

C. ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD Y PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA

C.1. Programa de Ejercicio Terapéutico y Rehabilitación Funcional en el nivel primario de atención

- C.1.1. Sistematizar la valoración periódica e integral de la capacidad funcional de las personas mayores y de los afectados por procesos crónicos para prevenir su deterioro.
- C.1.2. Prescripción personalizada y desde Atención Primaria de Ejercicio Terapéutico y medidas de Rehabilitación Funcional a los pacientes que lo requieran como elemento esencial de su Plan Terapéutico.

- C.1.3. Constitución de un Grupo Multidisciplinar e Interdepartamental para definir la Cartera de Servicios de rehabilitación integral de nivel primario y realizar una Planificación Territorial conjunta y por Zonas Básicas de los recursos sanitarios, sociales y educativos y de los distintos perfiles profesionales (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, monitores, etc) necesarios para garantizar una atención y coordinada de los servicios de rehabilitación integral en todos los ámbitos de nivel primario (ambulatorio, domiciliario, instituciones sociales, educativas, etc).
- C.1.4. Promover actividades grupales de Ejercicio Físico Terapéutico y Rehabilitación Funcional
- C.1.5. Promover la rehabilitación funcional y la readaptación al entorno de los pacientes que hayan sufrido una brusca pérdida de capacidad funcional.
- C.1.6. Promover la adaptación del hogar y el uso de servicios y productos de apoyo para posibilitar una vida independiente.

C.2. Programas de prevención y atención a la discapacidad sensorial.

- C.2.1. Generalizar la prevención de la retinopatía diabética y desarrollar protocolos de prevención de otras causas de ceguera basadas en la evidencia.
- C.2.2. Continuar desarrollando el programa de prevención de la hipoacusia.
- C.2.3. Sensibilizar a la población sobre la relación entre el tabaquismo en particular y el riesgo vascular en general con la ceguera.
- C.2.4. Promover la autonomía y disminuir las barreras sensoriales en el acceso a los servicios sanitarios.

C.3. Programa de Capacitación y Apoyo a la persona cuidadora

- C.3.1. Puesta en marcha de la Escuela de Pacientes y Personas cuidadoras.
- C.3.2. Programa de apoyo a la cuidadora principal desde los Centros de Salud y los Servicios Sociales de Base.
- C.3.3. Promocionar la participación de las personas cuidadoras en grupos de autoayuda.
- C.3.4. Analizar la repercusión del cuidado en las personas desde la perspectiva de género y promover en colaboración con el INAFI la participación de los hombres en el cuidado.
- C.3.5. Disposición de plazas de respiro y apoyo a la Persona Cuidadora.

C.4. Programa de Atención Domiciliaria Sociosanitaria

- C.4.1. Constitución de Comités de Coordinación Sociosanitaria de Zona Básica.
- C.4.2. Protocolización consensuada de la valoración de necesidades sociosanitarias considerando el gradiente social y la perspectiva de género.
- C.4.3. Cartera de Servicios de Atención Sociosanitaria domiciliaria.
- C.4.4. Plan Integral de atención. Gestión y Responsables de Caso.

C.4.5. Desarrollo progresivo de servicios de rehabilitación funcional domiciliaria para evitar el encamamiento.

C.4.6. Desarrollo de la Historia Clínica Socio-Sanitaria.

C.5. Programa de Convalecencia Residencial Rehabilitadora (física y psíquica)

C.5.1. Definición de perfiles de pacientes y procesos susceptibles de convalecencia residencial rehabilitadora (salud mental, ictus, fractura de cadera, etc).

C.5.2. Caracterización y disposición de camas en Centros Sociosanitarios de media estancia.

C.5.3. Definición de la Cartera de Servicios de los centros de media estancia.

C.5.4. Planificación de necesidades de camas sociosanitarias.

C.5.5. Definición de las necesidades temporales de atención por procesos.

C.6. Programa de atención a la fragilidad y prevención de complicaciones en los Cuidados del Mayor

C.6.1. Sistematizar la valoración periódica en las personas mayores de la fragilidad, capacidad funcional, presencia de síndromes geriátricos, etc. como predictores de discapacidad.

C.6.2. Protocolo de trabajo social en el seguimiento del anciano frágil.

C.6.3. Garantizar una valoración geriátrica integral en personas con trastornos de la marcha, antecedentes de caídas, déficits visuales y auditivos.

C.6.4. Elaborar una Guía de prevención de Complicaciones en los Cuidados de la Persona mayor.

C.6.5. Prevención de úlceras por decúbito

C.6.6. Generalizar la prescripción de ejercicio físico personalizado.

C.6.7. Evaluación del entorno y promoción de productos de apoyo o ayudas técnicas.

C.6.8. Prevención de la conducta suicida y del maltrato a la persona mayor.

C.7. Programa de atención sanitaria a Pacientes Institucionalizados (físicos y psíquicos)

C.7.1. Inclusión de pacientes institucionalizados en el Programa de Crónicos.

C.7.2. Monitorización permanente de la capacidad funcional asociado a la institucionalización en centros sociosanitarios de pacientes físicos y psíquicos y adopción de medidas de prevención del deterioro.

C.7.3. Gestión integrada de la Farmacia.

C.7.4. Acceso por los profesionales sanitarios de los centros sociosanitarios a la Historia Clínica del SNS-O delimitando niveles de acceso y responsabilidad.

C.7.5. Formación de cuidadores de personas con discapacidad intelectual en promoción y prevención de salud.

- C.7.6. Formación de los profesionales sanitarios de los centros en gestión de casos y en cuidados sanitarios.
- C.7.7. Observatorio de la discapacidad asociada a Salud Mental.

D. ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN AL CÁNCER

D.1. Programas de prevención en cáncer

- D.1.1. Reducir factores de riesgo: tabaco, obesidad alcohol, exposición al sol, etc. (*Ver Estrategia de Promoción de la Salud*)
- D.1.2. Promover estilos de vida saludables en ejercicio y alimentación. (*Ver Estrategias de Promoción de la Salud*)
- D.1.3. Divulgación de signos y síntomas cuya persistencia aconseja consultar al médico y promoción de la autoexploración.
- D.1.4. Continuidad de los Programas de detección Precoz de “Cáncer de Mama” y “Cuello de Útero”.
- D.1.5. Despliegue del Programa de detección Precoz de Cáncer Colorrectal (PDPCCR).
- D.1.6. Regulación, aplicación de la legislación y control de la exposición profesional a cancerígenos.
- D.1.7. Puesta en marcha de un Programa de Cáncer Familiar.
- D.1.8. Campañas de información poblacional sobre riesgos y recomendaciones en materia de cáncer.

D.2. Organización y Estructuras de atención al Cáncer

- D.2.1. Creación del Área Clínica de Cáncer.
- D.2.2. Creación de Unidades Funcionales Multidisciplinarias (UFM) para C. de Pulmón, Mama, Colorrectal, Hepato-pancreático, Urológico, Oncohematológico y Ginecológico.
- D.2.3. Puesta en marcha del Registro Hospitalario de Tumores vinculado on-line con el Registro Poblacional de Cáncer de Navarra y coordinado con otros registros poblacionales existentes en España.
- D.2.4. Puesta en marcha de nuevos Hospitales de Día de Oncología y Hematología en el CHN.
- D.2.5. Puesta en marcha del nuevo Hospital de Día de Oncología en el Hospital de Tudela.
- D.2.6. Ampliación del Hospital de Día de Oncología Pediátrica en el CHNA de Pamplona.
- D.2.7. Puesta en marcha de una Unidad de Cáncer Familiar vinculada al Área Clínica del Cáncer.
- D.2.8. Puesta en marcha de la atención continuada oncológica vinculada al Área Clínica del Cáncer.

D.3. Programa de Alta Resolución y Personalización en Cáncer

- D.3.1. Generalizar la aplicación de los protocolos y circuitos rápidos de sospecha fundada de cáncer.

- D.3.2. Monitorizar los tiempos desde la sospecha diagnóstica de enfermedad oncológica hasta la decisión terapéutica y el establecimiento efectivo del tratamiento.
- D.3.3. Puesta en marcha de consultas de Alta Resolución en las UFM de Cáncer.
- D.3.4. Unidad de Admisión específica para la alta resolución en Cáncer con gestión personalizada y monitorización de tiempos.
- D.3.5. Plan terapéutico multidisciplinario basado en protocolos nacionales o internacionales y personalizado y consensuado por Comités de Tumores.
- D.3.6. Especialista de referencia y seguimiento personalizado basados en la evidencia científica y aprobado por la UFM.
- D.3.7. Enfermeras de Enlace Hospitalarios y metodología de Gestión de Casos.
- D.3.8. Desarrollar un trabajo complementario entre AP y AE en el seguimiento de las personas supervivientes de cáncer.

D.4. Programas de Apoyo y Atención Psicosocial al Cáncer

- D.4.1. Consulta de Enfermería especializada y sistemática dirigida a evaluar y mejorar afrontamiento, información, calidad de vida, satisfacción e implicación en la toma de decisiones sobre su proceso.
- D.4.2. Atención al linfedema, cuidado de las osteotomías, recuperación de la voz etc.
- D.4.3. Formación y apoyo a familiares y cuidadoras para vivir la enfermedad con afrontamiento adecuado.
- D.4.4. Reforzar el apoyo psicosocial en coordinación con las Asociaciones de Pacientes con especial atención a la población infantil y juvenil.
- D.4.5. Colaboración con la Unidades de Bioética en la toma de decisiones.

E. ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

E.1. Programas de Prevención en Salud Mental. (Adultos)

- E.1.1. Programa de prevención de la depresión y el suicidio.
- E.1.2. Programa de autocuidados en pacientes con Trastorno Mental para reducir la sobremortalidad.
- E.1.3. Programa comunitario de salud mental en colectivos de alto riesgo social por parte de los equipos de salud mental comunitarios.
- E.1.4. Definir el modelo de atención adecuado para las consultas por problemas vitales, adaptativos, emocionales y relacionales que permita reducir la medicalización de este tipo de proceso y prevenir su cronificación.
- E.1.5. Despliegue efectivo del Plan de Drogodependencias y otras Adicciones. (Ver Estrategia de Promoción y Prevención en Adultos)
- E.1.6. Plan de comunicación para la erradicación del estigma del paciente con enfermedad mental con perspectiva de género. Análisis de la naturaleza del estigma y de sus causas.

E.2. Programa de atención integrada al Trastorno Mental Grave

- E.2.1. Desarrollar acciones para incrementar la capacidad resolutive de la Atención Primaria en la atención al Trastorno Mental Menos Grave.
- E.2.2. Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención a la Esquizofrenia por niveles de severidad según la metodología de crónicos.
- E.2.3. Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención a los Trastornos Depresivos Recurrentes por niveles de severidad según la metodología de crónicos.
- E.2.4. Protocolos informatizados compartidos de TMG.
- E.2.5. Enfermeras de enlace en Trastorno Mental Grave. Gestión de Casos.
- E.2.6. Garantizar la consulta en el día personalizada para intervención en crisis.
- E.2.7. Alternativas a la hospitalización en caso de reagudización
- E.2.8. Incrementar y mejorar el consentimiento informado en Salud Mental.
- E.2.9. Sistematizar el uso de escalas de estado de salud percibido y evaluación de calidad de vida EQ-5.

E.3. Programa de Atención Sociosanitaria al Trastorno Mental Grave (TMG)

- E.3.1. Programa de rehabilitación funcional ambulatoria.
- E.3.2. Programa de convalecencia residencial rehabilitadora.
- E.3.3. Programa de atención sanitaria a pacientes institucionalizados.
- E.3.4. Programa de capacitación y apoyo a la persona cuidadora de los pacientes con enfermedad mental.
- E.3.5. Colaboración con las Unidades de Bioética en los procesos de incapacitación.

E.4. Programas de Prevención y Atención en S. Mental Infanto Juvenil

- E.4.1. Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención al TMG Infantil por niveles de severidad según la metodología de crónicos.
- E.4.2. Programa de salud mental en la escuela. TMG, TDH, y otros trastornos de conducta.
- E.4.3. Desarrollar un trabajo complementario entre AP y Salud Mental en la aplicación del protocolo de intervención en red en menores con alto riesgo psicosocial.
- E.4.4. Formación y apoyo a familiares y personas cuidadoras.

E.5. Programa específico de Capacitación y Apoyo a la Persona cuidadora de pacientes con TMG

- E.5.1. Protocolizar un programa de psicoeducación para familiares y personas cuidadoras de personas con TMG.
- E.5.2. Capacitación específica en pautas de actuación y alteraciones conductuales.
- E.5.3. Identificación de la Persona cuidadora principal en Historia Clínica y evaluación sobrecarga y Euroqol.

- E.5.4. Promover plazas de respiro y apoyo a la Persona Cuidadora.
- E.5.5. Promocionar la participación de las personas cuidadoras en grupos de autoayuda.
- E.5.6. Promover la participación en el cuidado del resto de la familia, especialmente de los varones, y promover el apoyo de voluntariado.
- E.5.7.

F. ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A LA DEMENCIA Y OTRAS ENFERM. NEURODEGENERATIVAS

F.1. Programa de atención a la Demencia

- F.1.1. Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención a la Demencia por niveles de severidad según la metodología de crónicos.
- F.1.2. Protocolo informatizado compartido de Demencia previa evaluación de la implementación de la Guía de demencia en Atención Primaria.
- F.1.3. Valoración e intervención integral socio-sanitaria coordinada con Política Social.
- F.1.4. Poner en marcha una Unidad Multidisciplinar de Demencias.
- F.1.5. Enfermeras Gestoras de Casos en Primaria y Enfermera de enlace en Especializada.
- F.1.6. Protocolo de estimulación cognitiva y ejercicio tanto en pacientes ambulatorios, domiciliarios e institucionalizados. Criterios de derivación a Unidad de Memoria.
- F.1.7. Protocolo específico de atención a las alteraciones conductuales.
- F.1.8. Consulta urgente especializada para períodos de desestabilización. Presencial y no presencial.
- F.1.9. Alternativas a la hospitalización convencional en caso de reagudización.
- F.1.10. Planificación al alta y continuidad de cuidados. Visita a las 48 h.

F.2. Programa específico de Capacitación y Apoyo a la Persona cuidadora de pacientes con Deterioro Cognitivo

- F.2.1. Escuela de Personas cuidadoras. Aula específica de Cuidado a la Demencia. Persona Cuidadora Experta.
- F.2.2. Capacitación específica en pautas de estimulación cognitiva y alteraciones conductuales.
- F.2.3. Identificación de la Persona cuidadora principal en Historia Clínica y evaluación sobrecarga y Euroqol.
- F.2.4. Disposición de plazas de respiro y apoyo a la Persona Cuidadora.
- F.2.5. Promocionar la participación de las personas cuidadoras en grupos de autoayuda.
- F.2.6. Promover la participación en el cuidado del resto de la familia y apoyo de voluntariado.
- F.2.7. Atención continuada telefónica especializada.

F.3. Programa de atención al Párkinson y otros trastornos del movimiento

- F.3.1. Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención a Párkinson y otros trastornos del movimiento, por niveles de severidad y según la metodología de crónicos.
- F.3.2. Protocolo informatizado compartido de Párkinson.
- F.3.3. Poner en marcha una Unidad Multidisciplinar de Párkinson.
- F.3.4. Unidad de Rehabilitación Neurológica.
- F.3.5. Enfermeras de enlace en Especializada.

F.4. Programa de atención a Enfermedades Neuromusculares

- F.4.1. Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención a las Enfermedades Neuromusculares por niveles de severidad según la metodología de crónicos.
- F.4.2. Protocolo informatizado compartido de Enfermedades Neuromusculares.
- F.4.3. Poner en marcha una Unidad Multidisciplinar de Enfermedades Neuromusculares.
- F.4.4. Unidad de Rehabilitación Neurológica: rehabilitación de la marcha, foniatría y terapia ocupacional.
- F.4.5. Enfermeras de enlace en Especializada.

Ver también programas de “Atención domiciliaria sociosanitaria” y de “Rehabilitación funcional de ámbito comarcal”

G. ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A LAS URGENCIAS TIEMPO DEPENDIENTES

G.1. Ordenación de la atención a la Urgencia Vital

- G.1.1. Unificar la dirección técnica de la atención a la Urgencia Vital en toda Navarra.
- G.1.2. Regulación del Código Ictus .
- G.1.3. Regulación del Código IAM.
- G.1.4. Regulación del Código Trauma Grave.
- G.1.5. Regulación del Código de Parada Cardiorrespiratoria.
- G.1.6. Desarrollo progresivo de otros códigos: sepsis, hemorragia digestiva, etc.
- G.1.7. Iniciar el tratamiento y activar el Código de Activación correspondiente desde el primer contacto médico.
- G.1.8. Iniciar estrategia de reperfusión y tratamiento coadyuvante desde el primer contacto médico (según protocolo)
- G.1.9. Garantizar transporte primario en ambulancia medicalizada (SAMU-UCI).
- G.1.10. Establecer centros de referencia, criterios y circuitos de derivación.
- G.1.11. Optimizar los circuitos intrahospitalarios.

G.2. Tecnología y Sistemas de Comunicación en Urgencia Vital

- G.2.1. Desarrollo de la Historia Clínica móvil.
- G.2.2. Protocolo informatizado de registros de tiempos.
- G.2.3. Registros Hospitalarios de IAM, Ictus y Politraumatismos, vinculados on-line a los correspondientes registros poblacionales.
- G.2.4. Transmisión de ECG al CHN desde SAMU-UCI.
- G.2.5. Conexión telemática del CHN con los Hospitales Comarcales (Tele Ictus, Tele IAM)
- G.2.6. Análisis de indicadores de resultados de la atención a la Urgencia vital según edad y sexo por Áreas y Zonas de Salud

G.3. Capacitación Ciudadana frente a la Urgencia Vital

- G.3.1. Campaña de comunicación para divulgar pautas de actuación, IAM en mujeres, etc
- G.3.2. Programa de formación básica de personal de servicios públicos en atención a la urgencia vital.
- G.3.3. Planificación territorial y de desfibriladores en centros y servicios públicos.

H. ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A ENFERMEDADES VASCULARES Y DIABETES

H.1. Prevención Primaria de Enfermedad Vascul ar

- H.1.1. Sistematizar la evaluación periódica del riesgo cardiovascular individual a toda la población según recomendaciones por edad, sexo, etc.
- H.1.2. Cribado de Hiperglucemia en personas con factores de riesgo.
- H.1.3. Programas de control y tratamiento efectivo de la HTA y Diabetes.
- H.1.4. Prevención de la Insuficiencia Renal de origen vascular y cribado de Enfermedad Renal Crónica en población de riesgo.
- H.1.5. Despistaje de Hiperlipemia Familiar en At. Primaria, Cardiología, Neurología y Endocrinología.
- H.1.6. Prescripción de dieta, ejercicio físico y abandono del hábito tabáquico.
- H.1.7. Intervención específica y control según nivel de riesgo.
- H.1.8. Programa de Autocuidados.
- H.1.9. Coordinar y racionalizar los autocontroles y los controles entre Médico y Enfermera de AP.
- H.1.10. Colaboración de las farmacias extrahospitalarias en el control y autocontrol del paciente.

H.2. Prevención Secundaria de Enfermedad Vascul ar

- H.2.1. Programa de Autocuidados incluyendo prescripción de ejercicio físico terapéutico.
- H.2.2. Protocolos de tratamiento de la FA y la HTA, anticoagulación etc.

- H.2.3. Detección precoz de afectación de órgano diana de la HTA, nefropatía, retinopatía, etc.
- H.2.4. Coordinar y racionalizar controles entre AP y AE.

H.3. Programa de atención y rehabilitación de la Insuficiencia Cardíaca

- H.3.1. Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención a la Insuficiencia Cardíaca por niveles de severidad según la metodología de crónicos.
- H.3.2. Protocolo informatizado compartido de Insuficiencia Cardíaca y herramienta común en HCI
- H.3.3. Consulta monográfica de Insuficiencia Cardíaca de difícil control que ofrezca consulta en el día, presencial y no presencial, para casos de reagudización.
- H.3.4. Enfermeras Gestoras de Casos en Primaria y Enfermera de Enlace en Especializada.
- H.3.5. Alternativas a la hospitalización convencional en caso de reagudización. Hospital de Día, Hosp a Domicilio, etc.
- H.3.6. Planificación al alta y continuidad de cuidados
- H.3.7. Sistematizar el uso de escalas de estado de salud percibido y evaluación de calidad de vida EQ-5.
- H.3.8. Inclusión en el Programa de Rehabilitación Cardíaca.
- H.3.9. Programa de Autocuidados y Paciente Experto incluyendo prescripción de ejercicio físico terapéutico y adaptación al esfuerzo.
- H.3.10. Telemonitorización de pacientes severos.
- H.3.11. Inclusión de estos pacientes en los Programas de Cuidadores de Paliativos.

H.4. Programa de atención y rehabilitación de la Isquemia Cardíaca

- H.4.1. Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención a las Enfermedades Isquémicas del Corazón por niveles de severidad según la metodología de crónicos.
- H.4.2. Protocolos informatizados compartidos de Enfermedades Isquémicas del Corazón.
- H.4.3. Código IAM. Protocolo y circuito de revascularización. (Ver Estrategia de Urgencias Tiempo Dependientes).
- H.4.4. Enfermeras Gestoras de Casos en Primaria y Enfermera de Enlace en Especializada.
- H.4.5. Programa de rehabilitación cardíaca.
- H.4.6. Programa de Autocuidados / Paciente Experto incluyendo prescripción de ejercicio físico terapéutico.

H.5. Programa de atención y rehabilitación del Ictus

- H.5.1. Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención al Ictus por niveles de severidad según la metodología de crónicos.
- H.5.2. Protocolo informatizado compartido de Ictus.
- H.5.3. Código Ictus. Protocolo y circuito de revascularización. (Ver Estrategia de Urgencias Tiempo Dependientes).
- H.5.4. Conexión telemática del CHN con los Hospitales Comarcales (Tele Ictus, Tele IAM).
- H.5.5. Unidad de Ictus.
- H.5.6. Enfermeras Gestoras de Casos en Primaria y Enfermera de Enlace en Especializada.
- H.5.7. Programa de rehabilitación en fase aguda para lograr la máxima recuperación funcional posible tras un Ictus.
- H.5.8. Programa de convalecencia residencial rehabilitadora.
- H.5.9. Programa de Autocuidados / Paciente Experto incluyendo prescripción de ejercicio físico terapéutico.
- H.5.10. Programa de capacitación y apoyo a la persona cuidadora.

H.6. Programa de atención a la Diabetes

- H.6.1. Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención a la Diabetes por niveles de severidad según la metodología de crónicos.
- H.6.2. Protocolo informatizado compartido de Diabetes con utilización adecuada de nuevos fármacos y dispositivos.
- H.6.3. Unidad de Diabetes.
- H.6.4. Enfermeras Gestoras de Casos en Primaria y Enfermera de Enlace en Especializada.
- H.6.5. Favorecer la atención integral al paciente diabético hospitalizado por causas ajenas a su diabetes.
- H.6.6. Unificar protocolos de diabetes a aplicar en los servicios de urgencias y en pacientes ingresados.
- H.6.7. Alternativas a la hospitalización convencional en caso de reagudización.
- H.6.8. Planificación del alta hospitalaria y continuidad de cuidados.
- H.6.9. Programa de Autocuidados / Paciente Experto incluyendo prescripción de ejercicio físico terapéutico.
- H.6.10. Herramientas de ayuda al autocuidado. Aplicaciones telemáticas y consulta telefónica.

I. ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

I.1. Programa de Prevención y detección precoz de EPOC y Asma

- I.1.1. Prevención comunitaria universal frente al Tabaco.
- I.1.2. Prevención selectiva de tabaquismo en adolescentes y jóvenes.

- I.1.3. Recomendación general de abandono del tabaco.
- I.1.4. Prescripción indicada de abandono del tabaco en el embarazo.
- I.1.5. Talleres de ayuda para dejar de fumar en los Centros de Salud.
- I.1.6. Detección precoz selectiva de EPOC (>40 años, síntomas respiratorios e historia de tabaquismo).
- I.1.7. Vacunación antineumocócica y antigripal estacional en pacientes con EPOC.

I.2. Programas de atención al Asma y EPOC

- I.2.1. Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención al Asma por niveles de severidad según la metodología de crónicos.
- I.2.2. Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención al paciente EPOC por niveles de severidad según la metodología de crónicos.
- I.2.3. Protocolos informatizados compartidos de EPOC y ASMA.
- I.2.4. Ayuda al diagnóstico de EPOC Tele-espirometría.
- I.2.5. Consulta monográfica de Asma de difícil control.
- I.2.6. Enfermeras Gestoras de Casos en Primaria y Enfermera de Enlace en Especializada.
- I.2.7. Consulta urgente de reagudización. Presencial y no presencial.
- I.2.8. Alternativas a la hospitalización convencional en caso de reagudización.
- I.2.9. Programa de Autocuidados y Paciente Experto incluyendo prescripción de ejercicio físico terapéutico.
- I.2.10. Sistematizar el uso de escalas de estado de salud percibido y evaluación de calidad de vida EQ-5.
- I.2.11. Garantizar seguimiento neumológico de pacientes con ventilación mecánica no invasiva.

I.3. Programas de Rehabilitación Respiratoria y Deshabituación Tabáquica Avanzada

- I.3.1. Prescripción indicada de deshabituación tabáquica en pacientes con Enfermedades Respiratorias Crónicas. Captación paciente en ingreso, circuito AP/Especializada.
- I.3.2. Unidad de Enfermería Especializada en deshabituación tabáquica. EPOC Moderados y Severos con intentos previos.
- I.3.3. Estructurar Programas de Rehabilitación Respiratoria en los casos de EPOC moderado/grave.
- I.3.4. Prescripción de ejercicio físico terapéutico y adaptación al esfuerzo.
- I.3.5. Facilitar el acceso a terapia respiratoria domiciliaria y dispositivos móviles.
- I.3.6. Telemonitorización de pacientes severos.

I.4. Programa de prevención y vigilancia de neumonías nosocomiales y comunitarias en centros hospitalarios

- I.4.1. Vacunación antigripal y antineumocócica en pacientes de riesgo.
- I.4.2. Deshabituación tabáquica en pacientes de riesgo.

- I.4.3. Protocolo de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las neumonías por perfiles de riesgo de pacientes.
- I.4.4. Revisión sistemática y periódica de pautas de antibioterapia en la neumonía.
- I.4.5. Análisis de la mortalidad por neumonía.
- I.4.6. Registro de neumonías nosocomiales y comunitarias en centros hospitalarios.

J. ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

J.1. Programa de atención al Pluripatológico

- J.1.1. Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención al paciente Pluripatológico por niveles de severidad según la metodología de crónicos.
- J.1.2. Protocolo informatizado compartido de Pluripatológico.
- J.1.3. Creación de la Unidad Multidisciplinar de Pluripatológicos severos.
- J.1.4. Médico de Familia responsable principal del paciente. Enfermeras Gestoras de Casos en Primaria y Enfermera de Enlace y Especialista de Referencia en Especializada.
- J.1.5. Consulta urgente de reagudización. Presencial y no presencial.
- J.1.6. Alternativas a la hospitalización convencional en caso de reagudización.
- J.1.7. Planificación al alta y continuidad de cuidados. Visita a las 48 h.
- J.1.8. Valoración integral socio-sanitaria con perspectiva de género.
- J.1.9. Sistematizar el uso de escalas de estado de salud percibido y evaluación de calidad de vida EQ-5.
- J.1.10. Programa de Autocuidados y Paciente Experto
- J.1.11. Telemonitorización de pacientes pluripatológicos severos .

J.2. Programa de Conciliación de la Medicación y Adherencia al Tratamiento

- J.2.1. Conciliación de la medicación al ingreso y alta hospitalaria, especialmente en pacientes pluripatológicos.
- J.2.2. Conciliación de la medicación de pacientes institucionalizados.
- J.2.3. Prescripción electrónica asistida. (Ver Estrategia de Seguridad)
- J.2.4. Programa de Mejora de la Adherencia al Tratamiento en colaboración con la Oficinas de Farmacia.
- J.2.5. Conciliación periódica de la medicación de pacientes polimedicados en AP.

K. ESTRATEGIAS DE CUIDADOS PALIATIVOS Y DOLOR

K.1. Programa de Cuidados Paliativos

- K.1.1. Extender los Cuidados Paliativos a todos los pacientes en situación terminal con independencia de la edad y del diagnóstico.
- K.1.2. Regular servicios mínimos a garantizar a todo paciente en Cuidados Paliativos incluyendo la atención continuada personalizada tanto presencial como telefónica, la atención domiciliaria y el apoyo psicosocial y divulgarlos a la población.
- K.1.3. Establecer el patrón de atención Integral al paciente en cuidados paliativos, incluido el protocolo de sedación, aplicando la metodología de crónicos.
- K.1.4. Plan Integral de Cuidados Paliativos personalizado. Orientación socio-sanitaria y especial atención al dolor.
- K.1.5. Historia clínica domiciliaria y tapiz específico de paliativos.
- K.1.6. Contemplar la intervención a la unidad familiar, y garantizar la formación y atención a la persona cuidadora principal
- K.1.7. Gestión de casos.
- K.1.8. Programa de atención al duelo en Atención Primaria.
- K.1.9. Promover el voluntariado de acompañamiento a la unidad familiar tanto en el hospital como en el domicilio.

K.2. Evaluación y Control sistemático del Dolor en Atención Primaria

- K.2.1. Inclusión sistemática de escala visual analógica (EVA) y gráficos evolutivos de dolor como un parámetro básico de control. Determinar en qué procesos debe hacerse una evaluación sistemática: en paliativos, dolor crónico, fibromialgia, pluripatológico...
- K.2.2. Herramienta de valoración multidimensional (bio-psico-social) del dolor crónico. Barthel, Lawton Euroqol, Ansiedad-Depresión, escucha activa con perspectiva de género, etc.
- K.2.3. Sistema experto de prescripción basado en la escalera terapéutica.
- K.2.4. Incorporar pautas de atención al dolor en todos los Procesos Asistenciales Integrados que lo requieran.

K.3. Programa de atención al Dolor Crónico Severo

- K.3.1. Identificar y clasificar según severidad a los pacientes con dolor crónico.
- K.3.2. Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención al Dolor Crónico Severo según la metodología de crónicos.
- K.3.3. Gestión de casos de dolor crónico severo.
- K.3.4. Desarrollo de la Unidad Multidisciplinar de Dolor.
- K.3.5. Sistematización de la analgesia.
- K.3.6. Abordaje integral del dolor, incluida la intervención psicoterapéutica reglada cuando se valore como necesaria.
- K.3.7. Protocolo de atención al dolor crónico de causa desconocida.
- K.3.8. Estrategia de autocuidados en dolor crónico

K.4. Programa de atención al dolor en el ámbito hospitalario.

- K.4.1. Evaluación sistemática de la presencia de dolor como un parámetro básico de control en todos los pacientes ingresados.
- K.4.2. Aplicar la escala visual analógica (EVA) y gráficos evolutivos de dolor en los pacientes que presenten dolor.
- K.4.3. Garantizar que todos los Servicios Quirúrgicos cuenten con protocolos de tratamiento del dolor agudo postoperatorio.
- K.4.4. Protocolo de tratamiento del dolor en el paciente politraumatizado.
- K.4.5. Sistema experto de prescripción basado en la escalera terapéutica.
- K.4.6. Recomendaciones a pacientes ingresados de pautas de actuación en caso de dolor.

L. ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

L.1. Programa de prevención de la Infección Nosocomial.

- L.1.1. Bacteriemia, Neumonía Zero y neumonía por aspiración.
- L.1.2. Resistencia Zero, aislamiento y utilización adecuada de antibióticos.
- L.1.3. Establecer protocolos seguros de reutilización de materiales.
- L.1.4. Lavado de manos.
- L.1.5. Preparación del paciente previamente a la cirugía.

L.2. Programas de Prevención de los Errores asociados a Medicamentos y dispositivos sanitarios.

- L.2.1. Conciliación de la medicación para evitar los efectos de la sobremedicalización.
- L.2.2. Sistemas expertos y ayudas para la prescripción farmacológica adecuada.
- L.2.3. Programa de prevención de errores en la preparación y administración.
- L.2.4. Dispositivos sanitarios libres de errores.

L.3. Programa para la Prevención de Complicaciones en el área Quirúrgica (incluida anestesia)

- L.3.1. Listados de verificación.
- L.3.2. Prevención y control del sangrado postoperatorio.
- L.3.3. Conjunto de medidas para la prevención del tromboembolismo.

L.4. Programa de Prevención de Complicaciones en relación con los Cuidados Sanitarios

- L.4.1. Prevención de caídas.
- L.4.2. Prevención de úlceras por decúbito.
- L.4.3. Adecuación y control de medidas de sujeción físicas y farmacológicas.
- L.4.4. Prevención de deterioro asociado a la estancia hospitalaria.
- L.4.5. Prevención de la conducta suicida.

L.5. Programa para la Prevención de Complicaciones en áreas asistenciales Médicas y de Diagnóstico

- L.5.1. Seguridad en las transiciones asistenciales.
- L.5.2. Actuación ante la urgencia vital en los dispositivos sanitarios.
- L.5.3. Medidas técnicas y protocolos de indicación clínica para disminuir las radiaciones ionizantes.
- L.5.4. Indicación de biopsias prostáticas y de screening con PSA.

L.6. Sistemas de Identificación Inequívoca y Notificación

- L.6.1. Sistema de notificación y aprendizaje.
- L.6.2. Puesta en marcha de Comisiones de Seguridad del Paciente en los centros hospitalarios.
- L.6.3. Sistema de comprobación inequívoca de pacientes.
- L.6.4. Mejora de la comunicación y la información sobre los efectos adversos y mejora de la implicación del paciente y del acompañante familiar en la seguridad.
- L.6.5. Formación tanto en seguridad, notificación de efectos adversos y herramientas para gestionar el riesgo (AMFE, ACR, etc.).

7. TRANSFORMACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN

La “*Transformación del Modelo de Atención*” constituye el instrumento estratégico por antonomasia para el logro de los objetivos de salud y por ello se dedica un capítulo de este documento a reflejar los cambios que entendemos necesario promover en el sistema de atención para lograr los objetivos que se recogen en el nuevo Plan de Salud.

Toda vez que el Departamento de Salud ya ha hecho públicos sendos documentos específicos sobre el “Nuevo Modelo de Atención” (agosto 21012) y sobre la Estrategia de Crónicos” (agosto del 2013) nos limitaremos a recoger aquí una breve referencia a sus elementos esenciales.

Nuevo Modelo de Atención

De forma resumida el nuevo modelo de atención trata de dar respuesta a los principales problemas que plantea el modelo de atención actual.

PRINCIPALES PROBLEMAS DEL ACTUAL MODELO

- Un sistema sanitario más orientado a la demanda que a la necesidad.
- Un sistema que actúa de manera reactiva a una demanda que se retroalimenta de manera imparable.
- Escaso desarrollo de las intervenciones proactivas orientadas a la satisfacción de las verdaderas necesidades y prioridades sanitarias.
- Predominancia asistencialista en detrimento de las políticas comunitarias e intersectoriales de prevención y promoción de la salud.
- Incremento de la patología relacionada con el envejecimiento
- Aumento de las patologías crónicas derivado en buena parte de la generalización de hábitos no saludables.
- Consumismo sanitario y mayor utilización de los servicios de salud por parte de la población.
- Creciente medicalización de la vida que hace a los ciudadanos excesivamente dependientes del sistema sanitario.
- Modelo biomédico centrado en exceso en el diagnóstico clínico y en la figura del médico.
- Intervencionismo excesivo con escasa evidencia y generador de una creciente iatrogenia.
- Introducción progresiva de nuevas técnicas y tecnologías sanitarias que no siempre aportan un valor añadido significativo pero que sin embargo incrementan notablemente el gasto.
- Fragmentación del sistema y la falta de continuidad de la atención.
- Inadecuada concepción de la eficiencia que se vincula a la actividad sin evaluar de manera adecuada los resultados en salud ni la mejora de la calidad de vida lograda.

Atributos del nuevo Modelo de Atención

En el contexto actual la mejor manera, por no decir la única, de garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público pasa por impulsar un nuevo modelo de atención más racional, más proactivo y más orientado a la necesidad que a la demanda.

Modelo actual. Medicalizador	Modelo horizonte. Sostenible
Demanda creciente y poco racional	Demanda racional
Paternalista	Corresponsabilizador
Paciente dependiente	Paciente más autónomo
Asimetría de información	Paciente mejor formado
Centrado en la enfermedad	Promotor de la salud
Centrado en la figura del médico	Multidisciplinar
Diagnóstico clínico	Diag.clinico+Necesidades de cuidados
Tratamiento basado en fármacos	Tratamiento integral
Iatrogenia elevada	Menor iatrogenia

ATRIBUTOS DEL NUEVO MODELO

ORIENTADO A LA NECESIDAD

Adecuar el sistema más a la verdadera necesidad del paciente que a la demanda prestando una atención integral, proactiva, multidisciplinar y personalizada según tipos y grados de necesidad: diferenciando entre agudos y crónicos, etc.

ÁGIL Y ACCESIBLE

Rediseñar los circuitos y servicios asistenciales para centrarlos en el paciente a fin de garantizar una atención accesible y oportuna en el tiempo, mejorando los sistemas para conseguir cita, mejorando la disponibilidad horaria, diversificando las modalidades asistenciales, y evitando pasos y tareas sin valor añadido real para el paciente.

CALIDAD TÉCNICA

Desarrollar un modelo que garantice un nivel más homogéneo de calidad técnica y seguridad del paciente con una práctica clínica basada en la evidencia que reduzca la variabilidad.

ATENCIÓN INTEGRADA

Desarrollar un modelo de atención continuada y coordinada con integración de procesos asistenciales y sistemas de información compartidos entre niveles asistenciales.

CORRESPONSABILIDAD

Desarrollar una estrategia de corresponsabilidad en el cuidado de la Salud potenciando por un lado los programas de prevención y promoción de la salud y mejorando por otro lado la información y capacitación de los pacientes para que sean más proactivos en el cuidado y mejora de su salud.

EFICIENTE Y SOSTENIBLE

Desarrollar un sistema eficiente y sostenible que atienda y fomente una demanda razonable, un uso racional de los recursos, y que sea resolutivo en el nivel idóneo.

COMPROMISO PROFESIONAL

Promover el liderazgo de profesionales clínicos comprometidos con una concepción integral de la Calidad que aúna calidad técnica, calidad percibida y que se implican de forma activa en capacitar al paciente.

Estrategia y Modelo de Crónicos

En desarrollo del Plan Estratégico y tras un amplio proceso participativo, el Gobierno de Navarra aprobó en agosto del 2013 la “Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos”. Este proyecto, calificado de máxima prioridad estratégica por el del Departamento de Salud, ha logrado concitar un amplísimo consenso tanto social como profesional y se encuentra en fase de implantación.

La Estrategia de Crónicos constituye una herramienta estratégica esencial del Plan de Salud imprescindible para el logro de buena parte de sus Objetivos de Resultados.

Resumimos a continuación los elementos esenciales de la Estrategia en Navarra.

Líneas Estratégicas

La Estrategia de Crónicos despliega un Plan de Acción que contempla 8 grandes Líneas Estratégicas que se corresponden con los componentes clave del nuevo modelo de atención:

- Estratificar la población identificando Perfiles de Pacientes con necesidades homogéneas.
- Garantizar continuidad e integralidad a todos los crónicos, en particular a los severos.
- Desarrollar planes operativos con patrones de atención integrada en los perfiles de pacientes priorizados.
- Promover el autocuidado y garantizar la atención al cuidador.
- Adaptar el modelo organizativo a los requerimientos de calidad de atención.
- Desarrollar un modelo colaborativo para la gestión del cambio.
- Garantizar la formación y promover la investigación e innovación en la cronicidad.
- Desarrollar tecnologías y sistemas compartidos de información y comunicación.

Estratificación de la población

Se ha realizado una primera Segmentación Poblacional que ha permitido identificar en Navarra a 120.000 pacientes crónicos de los procesos crónicos priorizados, estimar sus niveles de severidad y conocer sus patrones de uso de recursos, y costes.

Nº de pacientes identificados en Navarra de las Patologías priorizadas

	Una sola enfermedad	Dos enfermedades	Tres o más enfermedades	Demencia + otras enferm.	TOTAL
Asma	31.834	2.477	774	277	35.363
Ictus. Ac. Cerebrovasc.	7.284	6.421	1.059	1.344	16.109
Cardiopatía Isquémica	8.536	8.296	1.651	712	19.195
Insuficiencia Renal	7.109	6.412	1.344	712	15.577
EPOC.	7.558	4.496	1.861	514	14.428
Insuficiencia Cardíaca	2.625	3.516	2.177	672	8.990
Diabetes	24.402	11.719	2.968	1.661	40.749
Demencia	3.539			3.954	7.493
TOTAL	92.887	20.446	3.497	3.954	120.784

Patrón de Atención para cada perfil de paciente

Para cada uno de los “Perfiles de Paciente” que cuente con la suficiente casuística se definirá un Patrón de Atención específico, que posteriormente deberá ser personalizado.

Los nuevos patrones de atención se diferencian de los protocolos en que se orientan al logro de objetivos de resultados predefinidos y medibles e incorporan diversos instrumentos de ayuda para facilitar el cumplimiento de dichos objetivos.

COMPONENTES DE LOS PATRONES DE ATENCIÓN por Perfiles de Pacientes

1. Definir Objetivos Específicos a lograr en cada Perfil de Paciente (Comunes para todo el Sistema)
2. Criterios de inclusión en el programa e identificación del paciente en el Tapiz Administrativo.
3. Criterios de diagnóstico integral. Diagnóstico clínico y de necesidades.
4. Criterios de clasificación. Severidad y/o Estados clínicos.
5. Definición de protocolos de atención para cada estado / nivel de severidad.
6. Definición del modelo de información compartida en Hª Clínica. Tapiz Específico del Perfil de Paciente.
7. Criterios de normalización de la información. Registro y codificación.
8. Medios y estrategias de autocuidados – autocontrol. Signos de alarma.
9. Objetivos y criterios de tratamiento integral. Plan de tratamiento.
10. Definición de parámetros clave de control, recordatorios y alertas.
11. Herramientas de ayuda a la toma de decisiones clínicas.
12. Criterios y herramientas de seguimiento y gestión de casos. Panel de Control.
13. Pautas y circuitos en caso de descompensación.
14. Recursos y Servicios de referencia.
15. Monitorización y evaluación de resultados. Cuadros de Mando Clínicos y de Gestión.

Modalidades según severidad

Adicionalmente los patrones de atención específicos de cada perfil de paciente deberán ajustarse según la severidad aplicando los principios de la proporcionalidad de cuidados de la Pirámide de Kaiser, tal y como se muestra en la siguiente figura.

Modalidades de atención según severidad



Autocuidado - Autocontrol

La estrategia pone el acento en promover el Autocuidado en todos los pacientes crónicos y trata de facilitar el Autocontrol a aquellos pacientes motivados y capacitados para ello. Las acciones previstas incluyen formación reglada en Autocuidados, Planes personalizados de Autocuidados pactados con el paciente, Herramientas de Ayuda al Autocuidado / Autocontrol, Portal Web orientado al autocuidado e Historia Clínica Personal.

Priorización de Perfiles de pacientes..

Si bien **de forma progresiva el modelo se deberá aplicar a todo paciente crónico** se ha acordado que su extensión comenzará por los perfiles de pacientes siguientes.

PERFILES DE PACIENTES Y PROCESOS CRÓNICOS PRIORIZADOS	
Pacientes pluripatológicos	A corto y medio plazo se definirán Patrones de Atención específicos para cada uno de los perfiles de pacientes priorizados con Objetivos de Resultados medibles por niveles de severidad. Todos los afectados por estas patologías deberán ser clasificados según su nivel de severidad utilizando criterios predefinidos. Los crónicos severos serán identificados de forma inequívoca en la Historia Clínica electrónica y se les asignará un Gestor de Casos. Se desarrollarán los instrumentos de ayuda específicos y las tecnologías necesarias para garantizar objetivos de resultados preestablecidos: Protocolos informatizados, Paneles de Control, etc. Tanto a los leves y moderados como a los severos les serán de aplicación todas las previsiones contenidas en el modelo de crónicos con especial atención a la capacitación en Autocuidados.
Accidente Cerebro Vascular	
Asma *	
Cardiopatía Isquémica	
Demencia	
Diabetes *	
Insuficiencia Cardíaca	
Insuficiencia Hepática	
Insuficiencia Renal	
EPOC	
Parkinson	
Esquizofrenia,	
Trastornos depresivos recurrentes	

* Tanto en Asma como en Diabetes se definirán dos versiones de Patrón de Atención Específicos una Infantil y otra para Adultos.

Generalización del Modelo de Atención al resto de Crónicos

Progresivamente el nuevo modelo de atención se extenderá a todos los crónicos con independencia de su diagnóstico.

A todos los pacientes Crónicos Severos, con independencia de su diagnóstico, les deberán ser de aplicación las garantías y atributos de calidad generales del modelo de atención proactivo y se le deberá asignar un Gestor de Casos. Para ello resulta necesario que todo paciente crónico que a juicio del facultativo precise una atención proactiva esté correctamente identificado en la Historia Clínica Electrónica.

PACIENTES AFECTADOS POR EL RESTO DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS

PACIENTES CLASIFICADOS COMO SEVEROS.

Se priorizará la extensión de la Gestión de Casos a los siguientes perfiles de pacientes:

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

PACIENTES CLASIFICADOS COMO LEVES Y MODERADOS.

Cuando la casuística de un determinado proceso o perfil de paciente lo justifique se definirá un Patrón Integral de Atención, incluidos los criterios de clasificación de severidad.

Los pacientes clasificados como severos serán identificados de forma inequívoca en la Historia Clínica electrónica.

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

A los pacientes Severos les serán de aplicación las garantías y atributos de calidad generales del modelo de atención proactivo y se deberá garantizar la Gestión de Casos.

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

A corto y medio plazo se beneficiarán de las medidas estructurales generales establecidas para mejorar la continuidad e integralidad de la atención.

De forma progresiva se les aplicará el modelo general de atención con el grado de normalización que resulte factible en función de su casuística y del nivel de evidencia disponible.

Nuevos perfiles y responsabilidades

La estrategia establece nuevos perfiles: Enfermera Gestora de Casos, Enfermera de Enlace Hospitalaria, Especialista de Referencia personalizado, y define nuevas tareas y responsabilidades a los distintos profesionales resaltando el rol del Médico de Familia como responsable principal del proceso global de atención.

Nuevos servicios

En función de su estado y de su nivel de severidad el paciente crónico se beneficiará de un conjunto de Nuevos Servicios dirigidos principalmente a garantizar la continuidad de la atención, y a prevenir las descompensaciones: Gestión de Casos proactiva de los Pacientes Severos, Consejo Telefónico, Consultas no presenciales, Consultas de Alta Resolución.

Se establecen nuevas Unidades Multidisciplinares para garantizar una atención integral en el ámbito especializado.

Así mismo se establecen nuevas modalidades y garantías adicionales para asegurar que las descompensaciones reciban una atención precoz y en el recurso más idóneo: Cita

Día en Atención Primaria, Interconsulta Especializada en 24 h (presencial y no presencial), Acceso directo a Hospitalización a Domicilio sin pasar por Urgencias y otras alternativas a la hospitalización convencional.

En caso de que finalmente el paciente tenga que ingresar se deberá garantizar la Conciliación de la Medicación, la Planificación del alta, un Plan de Cuidados posthospitalización y Consulta de At. Primaria en 24-48 h (Concertada desde el Hospital).

Progresivamente y una vez consolidados muchos de los nuevos servicios podrán generalizarse de modo que de ellos puedan beneficiarse todos los pacientes del Sistema Sanitario, sean o no crónicos.

Sistemas de información y modelo tecnológico

Para superar la actual fragmentación del sistema otro componente esencial en la atención al crónico es el desarrollo de sistemas tecnológicos y de información cuyo núcleo es un nueva Historia Clínica 2.0.

Un modelo de Historia único para todo el sistema sanitario que integre toda la información clínica del paciente y que esté dotada de instrumentos y herramientas de ayuda para la toma de decisiones clínicas.

Atención socio-sanitaria

Un complemento esencial aunque no exclusivo de la estrategia de crónicos es el modelo de atención sociosanitario.

Los objetivos a los que se orienta son:

- ✓ Articular un sistema centrado en las necesidades del paciente con una concepción integral de forma que constituya una verdadera alternativa a la hospitalización reiterada o a la institucionalización de los pacientes crónicos.
- ✓ Paliar el sufrimiento y prevenir el deterioro funcional y la dependencia.
- ✓ Promover la máxima autonomía y recuperación funcional del paciente crónico y adaptación a su entorno habitual.
- ✓ Garantizar un conjunto integrado de servicios y/o prestaciones sociales y sanitarias que solvante los límites competenciales de los Departamentos y vertebrar los dispositivos, programas, servicios y recursos para atender a personas con complejas necesidades de cuidados en torno a objetivos compartidos.
- ✓ Capacitar y apoyar a las personas cuidadoras para promover su propia salud, ayudándoles a mantener un cuidado efectivo.

Despliegue de la Estrategia de Crónicos

Los elementos organizativos y de gestión clínica se desplegarán por ámbitos poblacionales en tanto que los patrones y modelos funcionales de atención se irán desplegando por perfiles de pacientes (pluripatológico, etc.) .



8. INSTRUMENTOS ESTRATÉGICOS

Tanto la Ley General de Sanidad como la Ley Foral de Salud establecen el carácter preceptivo del Plan de Salud como instrumento de planificación estratégica sanitaria. La Ley Foral de Salud, modificada en 2002, encomienda al Gobierno de Navarra su elaboración y remisión al Parlamento de Navarra para su debate y aprobación.

La mayoría de los expertos consideran incuestionable la importancia técnica del Plan de Salud por cuanto constituye el instrumento central de la planificación en salud de un territorio. En él se establecen las prioridades de intervención sanitaria, se fijan objetivos, se definen los programas necesarios y se asignan los recursos para mejorar los resultados en salud en la comunidad.

Lamentablemente sin embargo los mismos expertos señalan la existencia de importantes barreras que impiden que los Planes de Salud tengan la utilidad y efectividad real esperable de un instrumento de tal importancia estratégica. Los problemas que en opinión de los expertos restan efectividad a los Planes de Salud son los siguientes.

PROBLEMAS QUE RESTAN EFECTIVIDAD A LOS PLANES DE SALUD

Diferencias entre las prioridades de la Planificación y las prioridades de Gestión

“Los planes de salud (planificación) y los contratos (gestión) carecen de coherencia entre ellos”. Juan Cabasés

Falta de asignación de recursos

“En la mayoría de las Comunidades el efecto de los Planes de Salud en la asignación de recursos es prácticamente inapreciable”. Rosa Gispert

“Muchos Planes de Salud se han limitado a la parte teórica, ya que no se han puesto los medios”. Francesc Moreu

Carencia de instrumentos de implementación.

“Los Planes son solo útiles si se aplican”. José Ramón Repullo

“Si no se implementan no es por capricho. Por eso hay que diversificar los instrumentos de acción”. José Ramón Repullo

“Fijar objetivos requiere establecer la forma de obtener resultados” Rosa Gispert

Necesidad de Intervención en salud pública y atención sanitaria.

“Falta decididamente la intersectorialidad. No se entiende que un Plan de Salud no se puede reducir solo al ámbito sanitario” Francesc Moreu

“Es necesario considerar qué solo una fracción de los objetivos de salud son realmente vulnerables desde los servicios sanitarios” Antonio Durán

Carencias en los sistemas de evaluación de resultados

“La forma de obtener resultados es desarrollar instrumentos de medición y evaluación de resultados” Rosa Gispert

“Existen de dos vías compatibles para implementar los Planes de Salud y ambas son necesarias, los Programas poblacionales e intersectoriales y los Contratos con los proveedores”. Gispert Rosa

Aún en las Comunidades más punteras en esta materia se ha podido constatar un bajo grado de conocimiento del Plan de Salud entre los profesionales del sistema sanitario

debido principalmente a su escasa difusión y a su limitada influencia sobre los objetivos operativos.

Son minoría las Comunidades Autónomas que publican evaluaciones y son excepción las que tiene una arraigada tradición de realizar una evaluación pormenorizada y exhaustiva de la utilidad del Plan de Salud y del grado de consecución de los objetivos en salud prefijados.

Navarra se sitúa entre las Comunidades que evalúan el grado de cumplimiento del Plan pero por lo general no evalúa sus resultados en términos de resultados de salud ya que sus Planes de Salud definen sus objetivos en términos de acciones a implementar pero sin embargo no concretan objetivos de resultados ni establece indicadores cuantitativos. Además nuestra Comunidad no dispone tampoco de un adecuado sistema de evaluación de resultados en salud.

Sin embargo se ha podido comprobar que aquellas CCAA que trasladan sus objetivos de salud a los contratos y pactos de gestión consiguen mejores resultados. Los cambios que los expertos proponen para lograr que el Plan de Salud constituya realmente el instrumento central de la planificación en salud son los siguientes:

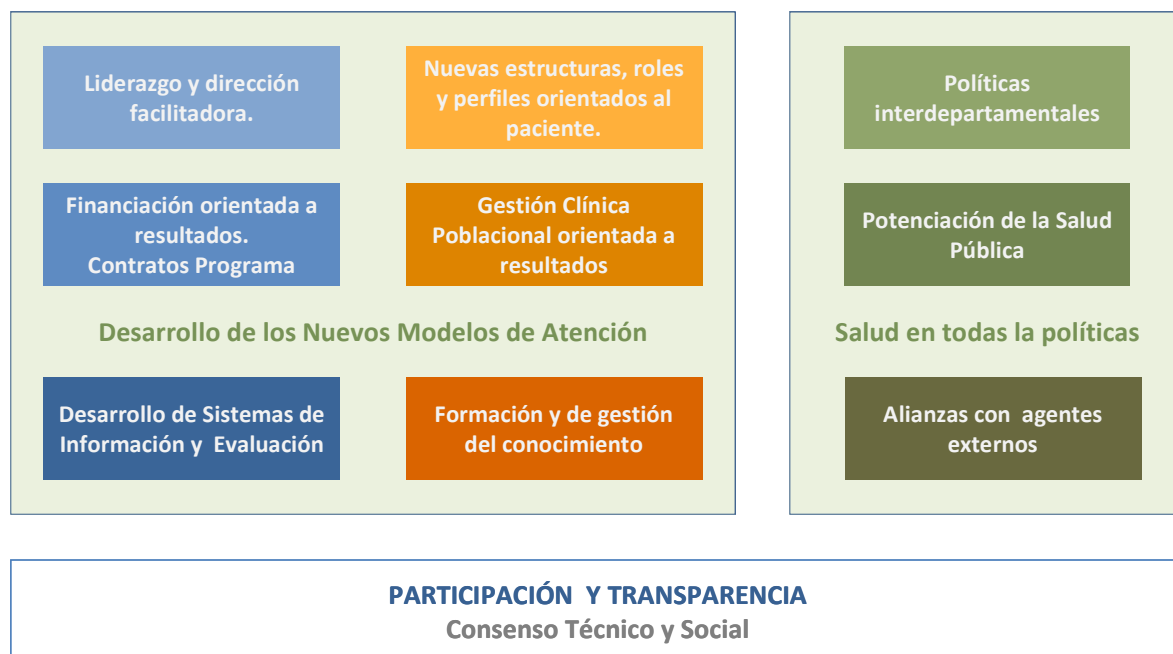
CAMBIOS NECESARIOS PARA QUE EL PLAN DE SALUD SEA UNA HERRAMIENTA EFECTIVA

Cambios estructurales	Cambios en la formulación del Plan
Garantizar que las dotaciones presupuestarias se asignen al comprador de servicios sanitarios.	La estrategia de salud debe situarse a nivel de Gobierno.
Integrar la planificación estratégica y la función central de compra.	Incorporar objetivos diferentes a los de salud.
Asignar responsables y recursos.	Definir estrategias adecuadas a los objetivos perseguidos.
Elaborar Planes de servicios.	

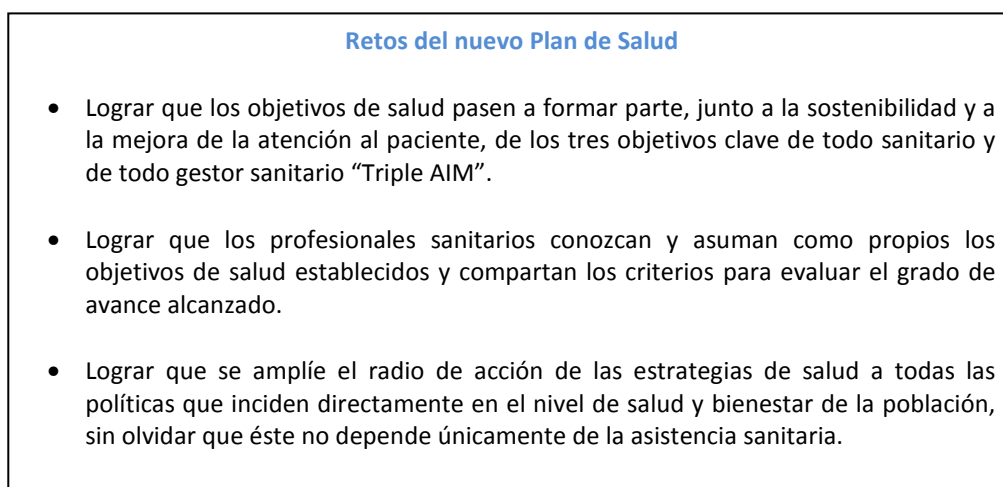
Para lograr que aquello que se defina como prioridad de salud realmente acabe siéndolo y los Planes de Salud tengan la utilidad y efectividad real es imprescindible actuar simultáneamente en un doble frente: por una parte desarrollar instrumentos para orientar al Sistema Sanitario hacia las prioridades de salud apoyadas en los “nuevos Modelos de Atención” y por otra promover estrategias interdepartamentales que favorezcan el desarrollo de la estrategia de “salud en todas las políticas”

Los instrumentos estratégicos que consideramos prioritario desarrollar como palancas del cambio son los siguientes:

Palancas para la efectividad del Plan de Salud



Orientar la organización a los resultados de salud medibles supone un importante cambio cultural para la organización que debe afrontar los siguientes retos:



Se pretende lograr que el Plan de Salud constituya el eje central de la Gestión Clínica y que ayude a los sanitarios a complementar su visión asistencial individualizada, paciente a paciente, y muy centrada en la demanda con una nueva visión de salud más poblacional, proactiva y centrada en la necesidad.

Es necesario también que los gestores incorporen los resultados de salud a la ecuación lo que nos permitirá superar la inadecuada concepción de la eficiencia medida en términos de productividad y centrada en la actividad y que nos lleva a realizar cada día más y más actos de dudoso valor añadido en términos de salud. Afortunadamente la informatización de la Historia Clínica y el desarrollo de los sistemas de información clínica nos empiezan a permitir evaluar resultados clínicos.

Por otra parte es necesario no olvidar que aunque de manera generalizada aceptamos la definición de Salud promulgada por la OMS como el "estado de bienestar físico, mental y social", sin embargo la realidad es que el sistema sanitario continúa centrado en exceso en el modelo biomédico. Por ello el nuevo Plan incorpora nuevas variables tales como la promoción de la salud, el bienestar emocional, la prevención de riesgo psicosocial, la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud, la equidad en los resultados de salud, la promoción de la autonomía personal o a la reducción de la discapacidad.

Por último necesitamos alumbrar un nuevo modelo de salud pública que nos ayude a situar la estrategia de salud al más alto nivel de Gobierno, favoreciendo y haciendo esencial las políticas interdepartamentales en particular con educación y políticas sociales.

Desarrollaremos someramente cada uno de los instrumentos enunciados.

Liderazgo y dirección facilitadora

En buena medida los elementos que se consideran prioritarios como palancas del cambio se corresponden con los denominados agentes facilitadores en el modelo EFQM de Excelencia y el primero de ellos es sin duda el **Liderazgo**.

El sistema sanitario es **una organización basada en las personas que gestiona conocimiento** y pertenece al subgrupo de empresas inteligentes en las cuales para alcanzar el éxito es imprescindible que todos los agentes (políticos, clínicos y gestores, etc.) tengan objetivos y estímulos coincidentes y para ello son necesarios líderes capaces de innovar, transmitir energía, generar ideas y conocimiento útil, conferir sentido y concitar las voluntades de los profesionales para “construir y orientar la organización al logro de resultados”.

En toda organización y más aún en una organización sanitaria para lograr un objetivo es necesario que los profesionales conozcan los objetivos y comprendan el por qué de su elección, que cuenten con la formación y los medios requerida y dispongan de la motivación necesaria.



Un modelo de atención proactivo que aspira a lograr resultados en calidad técnica, prescripción basada en la evidencia, integración de los procesos asistenciales, priorización clínica, información y capacitación del paciente precisa de un elevado grado de implicación profesional que no puede lograrse con un modelo de dirección reactivo y centrado en la productividad.

Para lograrlo se precisa identificar, impulsar y apoyar a los **Líderes Clínicos** que:

- Asuman el liderazgo técnico y operativo.
- Sean capaces de motivar e implicar a sus profesionales en la mejora continua de los procesos.
- Se impliquen activamente en el rediseño de los circuitos asistenciales orientándolos al paciente.
- Promuevan la coordinación entre niveles.
- Sepan conjugar la calidad técnica, la calidad percibida y la eficiencia.
- Monitoricen sus resultados medibles en términos de calidad integral.

Asimismo son necesarios gestores que comprendan que el margen de mejora no está tanto en la productividad como en la adecuada gestión clínica del proceso y que por tanto promuevan un modelo de **Dirección Facilitadora** más basada en el liderazgo y el apoyo al clínico que en la autoridad jerárquica que:

- Asumen un liderazgo estratégico y tratan de promover valores compartidos.
- Apoya la creatividad facilitando el proceso de innovación y resolución de problemas.
- Fomentan la implicación de los profesionales en los procesos de mejora continua.
- Exigen y reconocen resultados coherentes con los medios asignados.
- Promueven el desarrollo de sistemas de información y de herramientas de ayuda al clínico.
- Promueven el desarrollo profesional de todos los estamentos adecuando sus perfiles profesionales, capacitación y atribuciones a las nuevas necesidades asistenciales.

El punto de encuentro entre clínicos y gestores se ha de asentar en el desarrollo consensuado de Pactos de Gestión que se basen en los principios y valores de la Calidad Total “Triple AIM” y en los cuales los resultados en salud han de tener un peso central por cuanto hacen referencia a la Misión de la organización.

Para lograrlo hace falta promover un mayor acercamiento entre ambos roles profesionales lo cual en buena medida pasa por:

- Reconocer la necesidad y complementariedad de ambos roles profesionales para lograr un sistema sanitario sostenible y de calidad.
- Promover los valores del profesionalismo sanitario.
- Promover la progresiva profesionalización de los gestores.
- Asegurar procedimientos de elección que refuercen la autoridad moral.
- Reconocer y exigir resultados tanto a unos como a otros.

Estructuras de coordinación orientadas al paciente

Nuestro Sistema Sanitario se caracteriza por su fragmentación derivada de la creciente especialización y división de tareas, lo cual sin duda ha permitido mejorar muy notablemente la calidad técnica de la atención pero en la actualidad está originando importantes problemas de continuidad de la atención. “Lo que condujo al éxito en el pasado no necesariamente llevará al éxito en el futuro”.

En efecto la especialización mejora la calidad técnica de cada una de las tareas pero su enorme desarrollo ha traído como consecuencia que los procesos y circuitos asistenciales se han complejizado en exceso.

Ello comporta que con frecuencia se pierda la visión global del proceso, origina importantes problemas de continuidad asistencial, merma la eficiencia global de los procesos, dificulta identificar tareas con escaso valor añadido y prolonga los tiempos globales hasta que se confirma un diagnóstico o se culmina el tratamiento.

El cambio de modelo asistencial propuesto incide en este problema y para hacerlo factible hace falta también que de manera progresiva nuestras estructuras asistenciales vayan orientándose al paciente.

Frente a la estructura de Atención Primaria que está adecuadamente personalizada el ámbito hospitalario se organiza casi en exclusiva por estamentos y especialidades lo que comporta ventajas pero origina problemas de continuidad que dificultan garantizar los resultados globales del proceso.

Se hace por tanto necesario desarrollar una cierta estructura matricial que complemente la visión especializada de los actos médicos con la visión global del proceso de atención al paciente y con una orientación a los resultados finales lo cual implica reforzar la personalización de la atención y desarrollar estructuras de carácter multidisciplinar.

No corresponde al Plan de Salud definir con precisión cuales hayan de ser y como hayan de regularse las nuevas estructuras que se creen, pero si se ha de señalar la imperiosa necesidad de impulsar su desarrollo para propiciar una mejora en los resultados de salud.

Las estructuras y responsabilidades orientadas al usuario que se considera necesario desarrollar o impulsar son las siguientes:

La Atención Primaria y su función de agencia.

En Atención Primaria las estructuras y responsabilidades asistenciales están plenamente orientadas al paciente y por ello cualquier modelo de atención deberá apoyarse en las figuras del Médico y Enfermera personales del paciente cuyo rol como agente del paciente ante el Sistema Sanitario debe ser reforzado dotándolo de las atribuciones pertinentes para ello mediante la oportuna norma reglamentaria. Esta función es especialmente relevante en la atención a los crónicos.

El seguimiento personalizado en Especializada

Asimismo debe generalizarse el seguimiento personalizado de los pacientes ambulatorios en especializada, en particular de los pacientes crónicos severos. Impulsar fórmulas como la autocita de consultas sucesivas o las listas de espera personalizadas de consultas sucesivas ayuda a orientar la organización al paciente.

Unidades Funcionales de carácter Multidisciplinar

Las Unidades Funcionales de carácter Multidisciplinar son las encargadas de desarrollar un sistema integral de atención que cubra las necesidades de un determinado perfil de paciente y diseñe modelos operativos específicos.

Corresponde a los responsables de los Servicios asignar los recursos más capacitados en el área de conocimientos propios de las Unidades Multidisciplinares. La asignación puede ser a tiempo total o parcial y deberá garantizarse la máxima estabilidad posible.

Al menos se pondrán en marcha las siguientes Unidades Funcionales:

- Cáncer de Mama, Cáncer de Pulmón, Colorectal, Hepato-pancreático, Urológico, Oncohematológico, Ginecológico, Cáncer Familiar y Cáncer Infantil
- Demencia, Parkinson y otros movimientos anormales, Enfermedades Neuromusculares
- Ictus
- Diabetes
- Pluripatológicos severos
- Dolor Crónico Severo

Las Unidades Funcionales Multidisciplinares deberán contar con sistemas multicita y podrán evolucionar a Unidades de Gestión Clínica si así se considera oportuno.

Áreas Clínicas o Institutos

Puesta en marcha de nuevas Áreas Clínicas o Institutos que integren en su seno a las distintas especialidades médico-quirúrgicas y estamentos profesionales que se orientan a la atención de un determinado segmento de pacientes. Área del Corazón, Área del Cáncer, etc.

Las Áreas Clínicas tendrán el carácter de unidad orgánica de carácter multidisciplinar y estarán integradas por un conjunto de recursos humanos y materiales, para la prestación de un servicio integral y de calidad a los usuarios, y que se responsabiliza de los resultados sanitarios y de la gestión eficiente de los recursos empleados.

Las Áreas Clínicas deberán gozar de amplia autonomía organizativa y de gestión y deberán contar con una estructura flexible y dinámica, constituida por unidades funcionales y multidisciplinarias orientadas al proceso asistencial y que se adapten, permanentemente, a las cambiantes demandas y necesidades de los pacientes.

Estructuras de coordinación interniveles.

Garantizar la continuidad de la atención es sin duda uno de los elementos críticos para el logro de resultados en salud y por ello se hace imprescindible volver a relanzar las estructuras de coordinación entre niveles asistenciales que serán de tres tipos:

- Los Grupos de Trabajo por Perfiles de Pacientes a los que les corresponde definir los “Patrones Integrados de Atención” orientados a objetivos predefinidos para cada patología crónica, detallando aspectos organizativos, personal sanitario responsable, modelo de relación y aspectos tecnológicos necesarios.
- Los Grupos de Trabajo por Especialidades que definen protocolos diagnósticos, terapéuticos y criterios de derivación y que formulan objetivos y planes de mejora para equilibrar la oferta y la demanda de interconsultas y optimizar los circuitos de derivación.
- Los Equipos Virtuales de Gestión de Casos que coordinarán la atención interdisciplinar de pacientes pluripatológicos severos y otros casos de especial seguimiento con el fin de establecer objetivos terapéuticos y monitorizar las tareas a realizar. Se apoyarán en plataformas colaborativas y nuevas tecnologías de comunicación en red (mensajería instantánea, chat, webcasting, audio y videoconferencia, etc) dotadas de amplias garantías de seguridad.

Hospitalización a domicilio

Otro de los elementos estructurales que resulta necesario potenciar para orientar la atención a los pacientes es la Hospitalización a Domicilio, modalidad de atención cuya utilización es necesario incrementar de forma notable por cuanto permite garantizar calidad técnica y mejorar el confort y la satisfacción de un buen número de pacientes que prefieren permanecer en su domicilio, siendo además una alternativa más eficiente.

De manera progresiva la Hospitalización a Domicilio ha de ampliar su cobertura territorial de manera que de cobertura al menos al 90% de la población.

En todo caso es obvio que la distancia es un factor limitante que determina los servicios de Hospitalización a Domicilio que se pueden ofertar con garantía de calidad técnica.

Por ello para lograr universalizar este servicio se precisa readaptar la estructura del Servicio, adecuar las indicaciones y perfiles de pacientes y establecer distintos niveles y modalidades asistenciales que pueden garantizarse en función de la isócrona.

Pero sobre todo se precisa que el personal sanitario conozca y oferte estas nuevas modalidades asistenciales a los pacientes previa una completa y adecuada información al propio paciente y a la persona que vaya a asumir la función de cuidadora.

También, y tal como se prevé en el Programa de Crónicos, se podrá facilitar el acceso directo al Servicio de Hospitalización de Día desde Atención Primaria en pacientes descompensados, siempre que su estado no requiera una asistencia urgente más propia de los Servicios de Urgencias.

Nuevos Roles y Perfiles Profesionales

El hecho de que el Plan de Salud incluya nuevos servicios, y nuevos objetivos implica obligatoriamente la necesidad de readaptar los roles y/o definir nuevos perfiles profesionales, máxime cuando se pretende desarrollar un nuevo modelo con una orientación más bio-psico-social.

La Estrategia de Crónicos, define los nuevos roles y concreta los nuevos perfiles profesionales que entendemos suficientemente desarrollados y que **no consideramos por tanto necesario reiterar.**

- Médico de Atención Primaria
- Enfermera de Atención Primaria
- Especialista Consultor
- Especialista de Referencia
- Especialista de Atención Personalizada
- Especialista en Geriatría / Medicina Interna
- Enfermera Gestora de Casos
- Enfermera de Enlace Hospitalaria
- Enfermera de Atención Especializada
- Enfermera de Consejo telefónico
- Trabajador Social de Atención Primaria
- Trabajadora Social Hospitalaria
- Servicios de Rehabilitación
- Farmacéutico de Atención Primaria
- Farmacéutico Hospitalario
- Farmacéutico de Oficina de Farmacia
- Personal de Salud Pública
- Personal de Admisión

En dicho documento ya se resalta el rol del Médico de Atención Primaria al que con carácter general se designa como responsable principal del paciente crónico en colaboración con la Enfermera de Atención Primaria asignada al “cupo”.

Igualmente se destaca la importancia crucial de los nuevos perfiles de Enfermera Gestora de Casos, Enfermera de Enlace Hospitalaria o de la figura y rol del Especialista de Referencia Personalizado.

Asimismo en la Estrategia de Crónicos se desarrollan con suficiente profundidad los nuevos roles que la Atención Primaria ha de asumir para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el seguimiento y cumplimiento terapéutico, así como la adaptación y el entrenamiento para el autocuidado. Elementos todos ellos cruciales para el logro de los objetivos de este Plan de Salud y en los cuales la figura de la Enfermera resulta esencial.

Igualmente ya en la Estrategia de Crónicos se destaca la relevancia del Trabajo Social Sanitario, y se concretan las importantes tareas que desarrollan las Trabajadoras Sociales sin embargo las nuevas acciones previstas en el nuevo Plan de Salud obligan a reforzar el rol y la responsabilidad asignada a este colectivo profesional.

Otro tanto ocurre con otros roles y perfiles profesionales de apoyo a la Atención Primaria que en la Estrategia de Crónicos únicamente se enumeran y que a la vista de los nuevos objetivos incluidos en este Plan adquieren especial relevancia por estar estrechamente vinculados al desarrollo de la estrategia de prevención de la dependencia y al desarrollo de las acciones de apoyo psicosocial.

Nuevos roles y perfiles de rehabilitación en el nivel primario

Un objetivo estratégico del Plan es prevenir la dependencia y para ello, entre otras acciones, se ha previsto la puesta en marcha de un nuevo “Programa de rehabilitación integral en el nivel primario de atención” dirigido a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente.

Este nuevo programa persigue el objetivo de generalizar, desmedicalizar y acercar al entorno del paciente las actividades y servicios necesarios para promover el Ejercicio Físico Terapéutico y las medidas de Rehabilitación Funcional para quienes lo requieran como elemento esencial de su Plan Terapéutico, y cuya prescripción se realizará desde Atención Primaria.

Las actividades previstas se habrán de desarrollar tanto en el entorno ambulatorio, como domiciliario, incluyendo las instituciones sociales, educativas, municipales, etc. Se fomentarán al máximo las actividades grupales y se promoverá el desarrollo progresivo de atención domiciliaria para evitar el encamamiento.

Para definir la Cartera de Servicios de rehabilitación integral de nivel primario y realizar una Planificación Territorial conjunta y por Zonas Básicas de los recursos sanitarios, sociales y educativos necesarios para una actuación coordinada y eficiente se constituirá un Grupo de Trabajo Multidisciplinar e Interdepartamental.

El desarrollo de este nuevo modelo de atención será progresivo y comportará la incorporación a Atención Primaria de la figura del fisioterapeuta que asumirá un rol activo en la prescripción del ejercicio terapéutico y de aquellas técnicas de fisioterapia que se determinen en los protocolos predefinidos.

Así mismo comportará la participación de Terapeutas Ocupacionales, Monitores y otros perfiles profesionales necesarios para garantizar una atención integral y eficiente que incluya la adaptación del hogar y el uso de servicios y productos de apoyo para posibilitar una vida independiente para los pacientes que hayan sufrido una brusca pérdida de capacidad funcional.

Nuevos roles de Trabajo Social Sanitario

La Estrategia de Crónicos ya establece las tareas que desarrollan las Trabajadoras Sociales sin embargo la nueva orientación biopsicosocial del nuevo Plan de Salud y el amplio desarrollo que en el mismo se otorga a las acciones dirigidas a identificar e intervenir ante los determinantes sociales que condicionan las desigualdades en los resultados de Salud obliga a reforzar el rol y la responsabilidad asignada a este colectivo profesional.

Procede por tanto resaltar aquí y detallar algunas de las funciones que se consideran esenciales para el desarrollo efectivo del modelo previsto en el Plan. Se considera por tanto necesario la aprobación de la nueva Cartera de Servicios de Trabajo Social Sanitario en At. Primaria considerando su participación activa en todas las Estrategias.

Además de las funciones ya asignadas en el Programa de Crónicos, se considera necesario reforzar las siguientes:

- Dedicar una atención preferente a la captación y seguimiento de la población infantil en riesgo.
- Actuar como referente principal del Equipo de Atención Primaria en los programas de intervención integral en desigualdad, riesgo psicosocial, colectivos vulnerables e intervención sociosanitaria que afecten a tipo de pacientes: adultos o niños, crónicos o no.
- Asumir la función de Gestora de Casos en el seguimiento de determinados pacientes vulnerables o de alto riesgo social.
- Participar en los programa de Capacitación y Apoyo a la persona cuidadora.
- Coordinar los protocolos y procedimientos de Trabajo Social con los de Política Social en discapacidad, salud mental, demencia, ictus, pluripatológico y dolor.
- Promover la consolidación de una red social de apoyo y de otros recursos comunitarios necesarios para una atención integral y actuar como referente del Equipo ante los mismos.

Otros Servicios de apoyo psicosocial

La atención integral a determinados colectivos priorizados implica la necesidad de reforzar los servicios de apoyo psicosocial en especial en las estrategias de cáncer, paliativos, discapacidad en población infantojuvenil, etc.

Será por tanto necesario reforzar los Servicios de Apoyo Psicológico tanto al paciente como al cuidador, que permitan que ambos adquieran habilidades y estrategias para afrontar y saber responder de una forma adecuada y favorable posible a sus problemas.

Financiación orientada a resultados

Una de las carencias que restan efectividad a los Planes de Salud es que los planes de salud y los contratos de gestión carecen de coherencia entre sí por lo cual en la mayoría de Comunidades su efecto en la asignación de recursos es prácticamente inapreciable.

Dos de los cambios estructurales más importantes que los expertos proponen para que el Plan de Salud constituya realmente el instrumento central de la planificación en salud son los siguientes:

- Garantizar que las dotaciones presupuestarias se asignen al “comprador” de servicios sanitarios.
- Integrar la planificación estratégica y la función central de “compra”.

Aunque el término “compra” tiende a asociarse a la concertación externa de servicios en términos técnicos la función “compra” hace referencia a cualquier fórmula de financiación prospectiva que permita vincular el pago a los servicios efectivamente realizados y puede y debe por tanto aplicarse también a la contratación interna de servicios.

En la última década el modelo de financiación de los Centros Sanitarios de Navarra es de tipo retrospectivo tratando de cubrir en lo posible los gastos históricos que dicha unidad viene ejecutando y en la previsión de nuevas actividades o compromisos.

Todo el presupuesto disponible se posiciona inicialmente en los propios Centros Sanitarios lo que reduce notablemente los incentivos financieros al logro de objetivos.

Los Contratos Programa han tenido un limitado y oscilante desarrollo y cuando se han materializado lo han sido entre el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y los Hospitales.

Selección de objetivos e indicadores

Los Contratos Programa y los Pactos de Gestión no son el único instrumento mediante el que se han de trasladar los objetivos de salud a los profesionales ya que muchos de los objetivos de carácter técnico pueden lograrse mediante la formación, la gestión del conocimiento los protocolos informatizados y otras herramientas de ayuda, etc.



Deben evitarse Contratos y Pactos plagados de objetivos e indicadores que abrumen, dispersan la atención y generan desaliento. También deberá evitarse focalizar la atención en un número muy reducido de indicadores excesivamente específicos que no sean representativos e impidan evaluar el desempeño global de la atención.

Por ello el proceso de despliegue de los objetivos del Plan de Salud exige una selección y priorización muy adecuada de los objetivos ya que no todos los objetivos e indicadores tienen el mismo nivel de prioridad ni son adecuados para un Contrato Programa. Será necesario asimismo diseñar indicadores sintéticos que permitan representar de manera adecuada a un subconjunto de objetivos.

El diagrama adjunto trata de representar el proceso de descremado que ha de realizarse para trasladar los objetivos de las estrategias de salud a los objetivos de los servicios asistenciales.

Características del Contrato Programa

Se considera por tanto necesario promover un nuevo modelo de financiación y contratación interna de servicios públicos de carácter prospectivo y progresivamente vinculado al logro de los resultados que se caracteriza por:

- Tener un enfoque poblacional
 - Que se formula como un sistema de base capitativa que toma en consideración el perfil epidemiológico o la carga de enfermedad de la población asignada en base a criterios demográficos, socioeconómicos y de morbilidad de su población, etc.
 - Que contempla factores correctores vinculados al logro de los objetivos.
 - Que promueve un modelo colaborativo de atención entre niveles, con objetivos comunes e incentivos conjuntos.
- Establecer las Metas a lograr en términos de resultados de calidad total: resultados de salud/calidad técnica, calidad percibida y eficiencia (Triple AIM) y no tanto en términos de actividad.
- Alinear los objetivos de calidad técnica a los objetivos del Plan de Salud.
- Establecer objetivos de Tiempos de Espera y los objetivos de Cumplimiento Presupuestario como objetivos de gestión esenciales de cualquier Contrato Programa con un Centro Sanitario.
- Asignar el peso adecuado a los objetivos de investigación, innovación y gestión del conocimiento.

Pactos de Gestión Clínica Poblacional

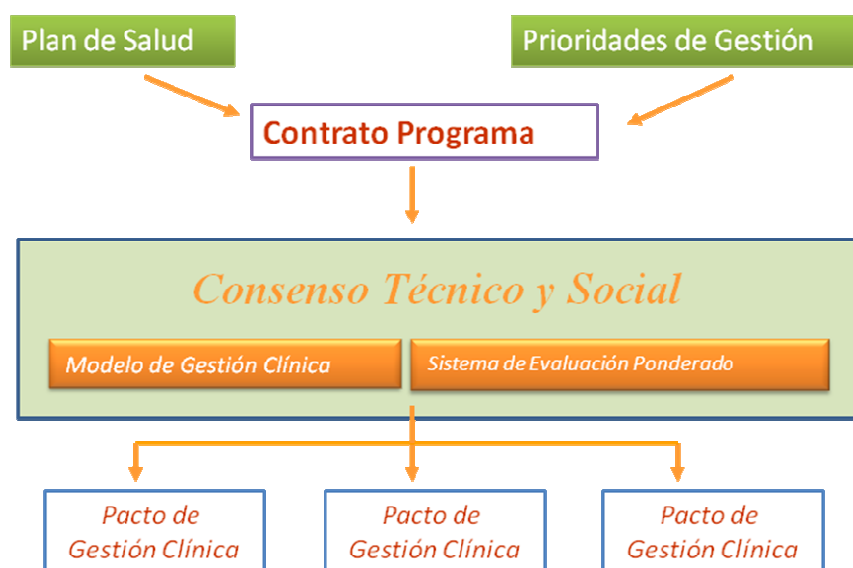
El impulso de una Gestión Clínica orientada al logro de resultados con una visión de calidad total “Triple AIM” constituye sin duda un factor clave para trasladar a los profesionales sanitarios los objetivos de salud previstos en el Plan de Salud

Así lo entienden no solo los expertos en gestión sanitaria sino también los propios profesionales sanitarios, tal como se ha constatado en los recientes acuerdos alcanzados entre el Ministerio de Sanidad y el Foro de la Profesión Médica o el Consejo General de Enfermería.

La Gestión Clínica es un instrumento integrador, colaborativo y multidisciplinario que busca mejorar la eficiencia y la calidad de la práctica clínica mediante la responsabilización de los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos utilizados en su ejercicio profesional, organizando y coordinando las actividades que se genera en cada proceso asistencial con objeto de lograr los mejores resultados.

Lamentablemente el elevado consenso existente sobre la imperiosa necesidad de impulsar el instrumento contrasta con la diversidad de visiones y valores, en ocasiones enfrentados, que entran en juego a la hora de optar por un modelo concreto de Gestión Clínica, en particular cuando se hace referencia a cambios normativos que pueden modificar el régimen de relaciones entre los profesionales y el Sistema Sanitario.

No corresponde a este documento analizar las ventajas e inconvenientes de las distintas modalidades de gestión clínica sino únicamente definir el enfoque que debieran tener los Pactos de Gestión Clínica para constituir un verdadero instrumento de orientación del sistema a las prioridades de salud.



El enfoque y los objetivos que deberán incluirse en los Pactos de Gestión Clínica serán similares a los ya mencionados en el Contrato Programa, al cual deberán estar alineados:

- Tener un **enfoque poblacional** orientado a resultados con el fin de promover un modelo colaborativo de atención entre niveles, con objetivos comunes e incentivos conjuntos.
- 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.
- Establecer las Metas a lograr en términos de resultados de calidad total: resultados de salud/calidad técnica, calidad percibida y eficiencia (Triple AIM) no limitándose a cuantificar actuaciones o costes.
- Alinear los objetivos de calidad técnica a los objetivos del Plan de Salud. Los indicadores poblacionales de utilización y resultados deberán constituir la base para la evaluación del desempeño, reforzándose para ello el ámbito de la información sanitaria.
- Establecer objetivos de Tiempos de Espera y los objetivos de Cumplimiento Presupuestario como objetivos de gestión esenciales de cualquier Contrato Programa con un Centro Sanitario.

- Promover la responsabilidad e implicación activa del personal asistencial en la transformación de la práctica clínica.
- Dotar a las unidades asistenciales de los requisitos, atribuciones y autonomía necesaria, coherente con la calidad acreditada y el nivel de responsabilidad asumido.
- Asignar el peso adecuado a los objetivos de investigación, innovación y gestión del conocimiento.
- Garantizar la coherencia entre los objetivos pactados y los recursos asignados, trasladando gradualmente a los profesionales un mayor nivel de responsabilidad en la gestión de los recursos; asumible y voluntariamente aceptado.
- Adecuar los niveles de incentivación a las responsabilidades asumidas y a los resultados globales obtenidos, medidos en términos de calidad total “Triple AIM”.

Un elemento clave para lograr resultados es establecer objetivos comunes e incentivos compartidos a los distintos dispositivos y niveles asistenciales que atienden a un mismo colectivo poblacional.

En todo caso el Pacto de Gestión deberá asegurar la coherencia entre resultados obtenidos y los beneficios o incentivos obtenidos, monetarios o no monetarios. Los profesionales de los distintos niveles asistenciales debieran participar en la percepción o no de incentivos conjuntos en función de los resultados obtenidos.

Siendo esencial el adecuado diseño de los Pactos de Gestión no es sin embargo condición suficiente para garantizar su efectividad.

El sistema sanitario pertenece al subgrupo de empresas inteligentes en las cuales para alcanzar el éxito es imprescindible que todos los agentes (políticos, clínicos y gestores, etc.) tengan objetivos y estímulos coincidentes y por ello para lograr que los Pactos de Gestión sean realmente efectivos se requiere como requisito previo inexcusable la existencia de un amplio Consenso Técnico y Social.

El consenso debe hacer referencia tanto al modelo de pacto de gestión, al nivel de autonomía al que se aspira así como a la tipología de objetivos y al sistema de evaluación, que deberá incluir en todo caso resultados de salud / calidad técnica, calidad percibida y eficiencia (Triple AIM).

Un elemento esencial a consensuar es la ponderación que se otorga a cada uno de los tres componentes de la calidad total que deben considerarse en todo Pacto de Gestión no limitándose a cuantificar únicamente la actividad y los costes.

Así mismo el consenso deberá incluir la posibilidad de establecer distintos niveles de autonomía en función del grado de responsabilidad y/o asunción de riesgos posibilitando el desarrollo de modelos de excelencia.

Como órgano para promover el consenso e impulsar el desarrollo de la Gestión Clínica se constituirá el CONSEJO DE GESTIÓN CLÍNICA DEL SERVICIO NAVARRO DE SALUD

El Consejo de Gestión Clínica deberá incluir a directivos del SNS-O, representantes de alto nivel de las Profesiones Sanitarias y en el mismo deberán tener presencia los pacientes.

Las Funciones del Consejo serán las siguientes:

- Acordar las Bases del Modelo.
- Acordar la estructura de evaluación y su ponderación.
- Acordar el modelo y los criterios generales de Incentivación.
- Informar las propuestas de los Objetivos Específicos a incluir en los Pactos periódicos.
- Informar las propuestas de Indicadores de Evaluación de los Objetivos periódicos.
- Informar las propuestas de Incentivación a aplicar en cada evaluación

Las evaluaciones de los Pactos de Gestión serán transparentes y públicas a nivel de centro y servicio sanitario.

La metodología propuesta tanto para la fijación de objetivos como para la ponderación de los resultados de la evaluación se basará en los modelos de calidad orientados a la excelencia tipo EFQM, modelos que con las debidas adaptaciones y simplificaciones se considera el idóneo para representar la Calidad Total a la que se aspira como punto de encuentro.

El consenso y la mejora de los sistemas de evaluación permitirán el desarrollo progresivo y consensuado de Sistemas de Incentivación económica y no económica y de una Carrera Profesional orientada al profesionalismo y coherente con la responsabilidad asumida y los resultados alcanzados.

Sistemas de Información Clínica y Evaluación Sanitaria

Un instrumento clave para el logro de resultados es el desarrollo de sistemas de información y Evaluación que ayuden a superar la actual fragmentación de nuestra organización derivada de la especialización.

Historia Clínica 2.0.

El núcleo del nuevo modelo tecnológico es la nueva Historia Clínica 2.0 que deberá caracterizarse por:

- Orientada al paciente y única para todo el sistema sanitario (integral, integrada, y multiproceso) y vinculada a la Historia Sociosanitaria.
- Ha de contar una pantalla común de acceso universal para todos los profesionales del sistema que ofrezca los datos esenciales del paciente y de acceso directo a los distintos episodios activos del paciente. (Tapiz del Paciente) Esta pantalla deberá ser permanentemente actualizada y depurada por el médico de Atención Primaria.
- Ha de incorporar protocolos informatizados por procesos. (Tapiz del proceso integrado)

- Pero también ha de incluir una visión multiproceso que unifique y simplifique la atención al paciente pluripatológico, cada día más frecuente. (Tapiz del perfil del paciente)
- Ha de garantizar un Curso Clínico Compartido.
- Ha de identificar de manera visible los parámetros críticos de control.
- Dotada de alarmas, herramientas de ayuda y sistemas expertos de alto valor añadido que faciliten la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia.
- Ha de permitir la gestión integrada de la imagen médica.
- Debe integrar instrumentos específicos de apoyo a la interconsulta no presencial.
- Ha de estar vinculada a los dispositivos de telemonitorización y a la Historia Personal del Paciente disponible en el Portal de Salud de modo que el paciente pueda incorporar datos de sus propios autocontroles, y el sanitario pueda acceder a los mismos mediante los correspondientes algoritmos de alarma etc.
- Ha de estar vinculada a las herramientas específicas para la Gestión Proactiva de Casos y a los Cuadros de Mandos Clínicos.
- Ha de ser operable desde dispositivos móviles. (tablets)

Los registros de parámetros clave y los desarrollos específicos de la Historia Clínica 2.0 necesarios para dar respuesta a las Estrategias del Plan Salud tendrán carácter de prioridad sanitaria.

El desarrollo de la Historia Clínica 2.0 ha sido contemplado como un componente nuclear de la Estrategia de Crónicos, figura en su cronograma y en las previsiones presupuestarias del programa aprobado por el Gobierno de Navarra. (Ver Modelo Tecnológico de Crónicos). Con el fin de acelerar el proceso de desarrollo de la Historia Clínica única 2.0 se configurará un Grupo Técnico Específico que trabajará, con visión de medio y largo plazo, y de manera coordinada con los distintos grupos de desarrollo que en la actualidad trabajan para dar respuesta a corto plazo a los distintos proyectos operativos necesarios.

Historia Sociosanitaria

Tal como se recomienda por el Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales en su reciente informe sobre el desarrollo de la Atención Sociosanitaria en nuestro país, se hace necesario desarrollar una Historia Sociosanitaria compartida que permita garantizar una atención verdaderamente integrada a los pacientes que requieren de una intervención concertada de los servicios sanitarios y sociales.

Este instrumento no solo será de gran utilidad para normalizar la atención a los pacientes institucionalizados sino que extenderá su campo de acción a cuantos ciudadanos o pacientes precisen de una atención interdepartamental: niños en situación de alto riesgo, enfermos mentales, ancianos frágiles, pacientes dependientes, crónicos severos, paliativos, etc.

Este instrumento deberá incorporar entre otros los siguientes elementos:

- Protocolos informatizados de Evaluación Integral de Necesidades
- Planes Integrales de Atención
- Instrumentos de monitorización de las tareas a realizar por cada una de los profesionales intervinientes
- Instrumentos de de valoración multidimensional

- Instrumentos de evaluación de la situación del cuidador

Sistemas de Evaluación e Inteligencia Sanitaria BI

Disponemos de aplicaciones para la explotación de la información heterogéneas y poco integradas, con una gran diversidad de tecnologías y con diferente cobertura funcional. Coexisten multitud de sistemas de origen de la información, no solo a nivel general, sino en particular en cada uno de los casos estudiados –SNS-O, Atención Primaria, CHN, Salud Mental y Administración y Servicios Generales–*.

Además, desde un punto de vista de la información generada, se ofrece un gran número de datos a través de un proceso manual de cálculo de indicadores y cumplimentación de ficheros de manera poco visual y entendible, y no se dispone de herramientas avanzadas para realizar un adecuado análisis de los mismos.

Para la monitorización del Plan Estratégico, del Plan de Salud, de los Contratos Programa y de los Pactos de Gestión es preciso disponer de herramientas adecuadas de evaluación y por ello el Departamento de Salud de Navarra ha acometido un ambicioso proyecto de desarrollo de un nuevo Sistema de Evaluación e Inteligencia Sanitaria que ayude a la toma de decisiones en los distintos niveles de responsabilidad de la organización.

Objetivos del Sistema de Evaluación y BI



Objetivos operativos del nuevo Sistema de Información

Gestores	Clínicos
<ul style="list-style-type: none"> • Todo Directivo o Jefe de Servicio Administrativo, Responsable de una Estrategia o de un Programa de Salud deberá disponer de Cuadros de Mandos específicos e interactivos. • Todo Ámbito de Gestión y toda Estrategia de Salud debe contar con técnicos con capacidades de análisis avanzadas. • Todo Técnico de Gestión Sanitaria debe poder acceder y ser capaz de manejar los Cubos Olap de su ámbito de gestión con facilidades de análisis avanzadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Todo Jefe de Equipo o Unidad de atención sanitaria deberá disponer de Cuadros de Mandos de Gestión Clínica con capacidades básicas de análisis. • Todo profesional sanitario debe poder acceder a sus propios Cuadros de Mandos Clínicos con capacidades básicas de análisis, que le permitan navegar hasta la Hª Clínica del Paciente . • Todo profesional sanitario deberá poder contar con herramientas y servicios para la extracción de datos.

El objetivo primero es facilitar a los profesionales sanitarios Cuadros de Mandos Clínicos y herramientas amigables que les permitan analizar y mejorar sus resultados clínicos .

Cuadro de Mandos Clínicos y Panel de Control.

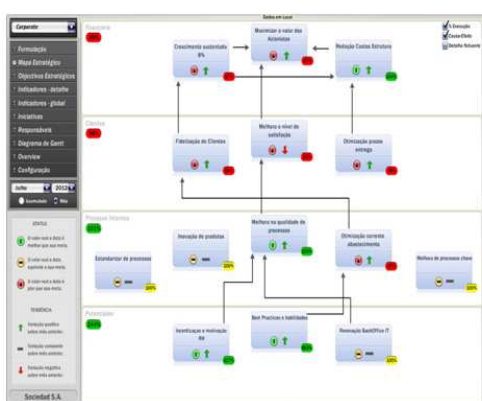
Especial relevancia adquieren para el logro de los objetivos previstos en el Plan de Salud el desarrollo de instrumentos que ayuden al clínico a la autoevaluación y mejora continua de sus resultados clínicos. Los instrumentos previstos para ello son:

- **Cuadros de Mandos Clínicos.** Esta herramienta ofrecerá una visión estadística evolutiva y comparada de los resultados obtenidos en cada uno de los indicadores clave establecidos en el Pacto de Gestión Clínica para el conjunto de pacientes asignados.
- **Panel de Control de Casos.** Esta herramienta de control clínico ofrece diversas funcionalidades para facilitar la labor de control y seguimiento personalizado de un grupo de pacientes.
 - Permite monitorizar en cada uno de los pacientes objeto de seguimiento el nivel de avance y la situación de los parámetros clave de control que se hayan establecido como objetivo.
 - El módulo de supervisión ofrecerá diversas vistas (cronológica, por Gap's, etc.) y contará con alarmas e indicadores visuales, gráficas y tablas de las diferentes situaciones que facilitan la labor de control, lo que resulta especialmente útil a quienes realizan funciones de gestión de casos.
 - Una vista de especial interés es la que permite ordenar a los pacientes por el número de "Gap's" existentes entre los objetivos establecidos en su planes personales y la realidad observada.

Cuadros de Mandos de Gestión

El modelo por el que se ha apostado es el **Cuadro de Mandos Integral (Balanced Score Card)** por ofrecer las siguientes ventajas:

- Orientación estratégica.
- Balanceado en términos de resultados de salud, calidad técnica, calidad percibida y eficiencia. Triple AIM.
- Ayuda a divulgar los objetivos estratégicos y facilita su interiorización.
- Jerarquizado por niveles de relevancia y responsabilidad
- Visual lo que facilita centrar la atención en las desviaciones (gestión por excepción)
- Desplegable por capas de menor a mayor detalle.
- Proporciona indicadores interconectados a modo de causa efecto.



Unidades Técnicas de Información

Se ha previsto el desarrollo de un sistema en red integrado por las Unidades Técnicas de Información y Evaluación de los distintos Centros que mantendrá una vinculación funcional con una Unidad Central de Evaluación Sanitaria y BI de nueva creación.

La nueva Unidad Central de Evaluación Sanitaria y BI asumirá las siguientes funciones:

FUNCIONES DE LA UNIDAD CENTRAL DE INTELIGENCIA SANITARIA

- ✓ Impulsar el desarrollo del Sistema de Evaluación e Inteligencia Sanitaria
- ✓ Evaluar el Plan de Salud y el Plan Estratégico del Departamento de Salud
- ✓ Garantizar la coherencia técnica y la adecuada orientación estratégica de todos los Cuadros de Mando de la organización.
- ✓ Garantizar la adecuada Gestión del Dato
- ✓ Asegurar la adecuada definición, construcción y utilización de los Indicadores Estratégicos y Clave en toda la organización.
- ✓ Optimizar las herramientas y tecnologías evitando duplicidades
- ✓ Gestionar la Central de Resultados del Departamento de Salud
- ✓ Poner en marcha el Observatorio de Salud

Cada una de las Unidades periféricas asumirá la gestión de la información correspondiente a su propio ámbito de Gestión y además prestará apoyo para el

desarrollo de los sistemas de información y evaluación de las Estrategias de Salud que se les encomiende.

Las Unidades Técnicas de los Centros asumirán las siguientes responsabilidades:

- Facilitar la autoevaluación por parte de los profesionales. Cuadros de Mandos Clínicos.
- Evaluar el cumplimiento de objetivos de gestión y de gestión clínica de su ámbito de competencia: Cuadros de Mando de Gestión y de Gestión Clínica.
- Evaluar las Estrategias de Salud cuya responsabilidad institucional les haya sido asignada.
- Realizar análisis de la información disponible en las Bases de Datos correspondientes a su ámbito de influencia (Datamart's).
- Atender las demandas de información que reciban.

Cada responsable de un ámbito de gestión o de una estrategia de salud debe disponer de una Cuadro de Mandos Integral y de herramientas amigables para realizar el análisis de sus datos .

Desarrollo Tecnológico de BI.

Para dar soporte al Sistema de Evaluación se está trabajando en el modelo tecnológico.

Se prevé la creación de un Datamart Poblacional, repositorio de datos permanente de información transversal, que permita obtener indicadores agregados de todo el sistema sanitario y posibilite el desarrollo futuro de los sistemas de segmentación.

Adicionalmente se crearán Datamarts Específicos, repositorios de explotación de datos específicos de cada ámbito de gestión y de cada estrategia de salud que estarán dotados de herramientas amigables para el análisis de datos con dos niveles de detalle.

- Herramientas de análisis de nivel avanzado para ser utilizadas por los Usuarios Expertos de las Unidades Técnicas de Evaluación, Técnicos de Gestión, etc. Cubos OLAP.
- Herramientas amigables accesible a los profesionales sanitarios y que les permitan realizar un análisis básico de sus datos, seguir su evolución realizar comparaciones con terceros, etc. Desarrollos en soporte Web.

El nuevo Sistema de Evaluación e Inteligencia Sanitaria deberá contar también con herramientas avanzadas de Business Intelligence y a medio plazo se beneficiará de instrumentos de minería de datos y big data que no solo nos permitirán evaluar los resultados sino que nos ayudarán a segmentar la población e identificar áreas de mejora.

Registros

Adicionalmente se procederá implementar aquellos Registros Hospitalarios y/o Poblacionales que hayan sido autorizados por la Autoridad Sanitaria. En dichos registros se recopilará información de personas de forma individual que han tenido una enfermedad concreta, una condición (como por ejemplo un factor de riesgo) que predispone a la ocurrencia de un evento relacionado con la salud o la exposición previa

de sustancias (o circunstancias) para las que se conocen o se sospecha que produzcan efectos adversos en la salud.

El procedimiento de autorización exigirá acreditar su ética, pertinencia y utilidad pública, y exigirá garantizar las medidas de seguridad exigibles a los ficheros y tratamientos automatizados del Real Decreto 1720/2007 relativo a protección de datos de carácter personal.

Los registros previstos en este Plan de Salud son los siguientes:

- Registro poblacional de vacunaciones
- Registro hospitalario y poblacional de Tumores
- Registro hospitalario y poblacional de IAM
- Registro hospitalario y poblacional de Ictus
- Registro hospitalario de complicaciones de embarazo y parto
- Registro hospitalario y poblacional de diabetes
- Registro asistencial de discapacidad y atención temprana
- Registro poblacional de enfermedades raras o infrecuentes
- Registro de pacientes en atención sociosanitaria
- Registros de atención a urgencias tiempo dependientes
- Registro asistencial de pacientes pluripatológicos severos
- Sistema de notificación de eventos adversos

Central de Resultados del Departamento de Salud

Con objeto de divulgar los resultados del Departamento de Salud y del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea se pondrá en marcha una Central de Resultados que a modo de observatorio permanente permitirá ofrecer información actualizada global y por centros y servicios de los resultados logrados.

La Central de Salud, que será accesible tanto a los profesionales como ciudadanos y pacientes, persigue los siguientes objetivos:

- Rendir cuentas a los ciudadanos del uso de los recursos públicos
- Evaluar de manera transparente los resultados
- Compartir las mejores prácticas y promover el benchmarking entre los centros y servicios que integran el sistema sanitario.

Observatorio de Salud de Navarra

Como órgano de análisis, investigación y comunicación en materia de desigualdades de resultados en salud se constituirá el Observatorio de Salud de Navarra.

El Observatorio, que estará integrado en la Unidad Central de Inteligencia Sanitaria, se responsabilizará de analizar el impacto de los determinantes en las desigualdades en salud y para ello asumirá las siguientes funciones:

- Realizar estudios comparativos del nivel de salud por ámbitos geográficos que permitan evaluar la evolución de las desigualdades territoriales y asociarlos a factores internos o externos, conocidos o nuevos.
- Realizar estudios /estadísticas longitudinales del impacto en la salud en grupos específicos especialmente vulnerables con especial atención al bienestar infantil.

- Promover la inclusión sistemática en todos los sistemas de información sanitaria de variables de estratificación social que permitan analizar las desigualdades sociales en el estado de salud, en los determinantes de la salud y en la utilización y calidad de los servicios de salud: clase social, género, cultura o etnia, etc.
- Definir ejes de desigualdad, y estratificar a la población para identificar a los grupos sociales más vulnerables.
- Establecer indicadores que permitan medir el impacto en la salud de los determinantes sociales estructurales y de las situaciones coyunturales.
- Realizar informes periódicos relativos a las desigualdades sociales en salud con recomendaciones y propuestas de intervención.
- Comunicar los resultados a la sociedad y sensibilizar sobre el impacto de los determinantes en los resultados en salud.

Políticas Interdepartamentales

Para promover la estrategia de “Salud en Todas las Políticas” el sector de la salud debe colaborar con otros sectores.

Para lograr una verdadera intervención intersectorial se hace necesario desarrollar un marco legislativo adecuado y apoyarse en comités y equipos de acción interdepartamentales que impulsen el desarrollo de sistemas de información y evaluación transversales así como las alianzas con los sectores estratégicos.

En este ámbito la colaboración con los Departamentos de Educación y Política Social resulta vital como se puede apreciar a lo largo de todo el documento.

Programas que requieren la colaboración con Políticas Sociales

En 14 de los programas previstos en el Plan de Salud puede ser necesaria la cooperación entre los Departamentos de Política Social y Salud preferentemente en los relacionados con el campo de la discapacidad y la atención sociosanitaria, el apoyo a los cuidadores y en la prevención e intervención en situaciones de riesgo psicosocial en colectivos especialmente vulnerables, niños y mayores etc.

En concreto los Programas que requieren la cooperación con el Departamento de Política Social son:

- Prevención de la discapacidad y atención a las enfermedades crónicas infantiles
- Envejecimiento saludable
- Prevención selectiva colectivos vulnerables
- Rehabilitación funcional ámbito comarcal
- Atención domiciliaria sociosanitaria
- Convalecencia residencial rehabilitadora
- Prevención en los cuidados del mayor
- Atención sanitaria a institucionalizados
- Atención sociosanitaria al TMG
- Prev. y atenc. S. Mental Infante Juvenil
- Capacitación y apoyo al cuidador
- Capacitación y apoyo al cuidador de personas con demencia

- Capacitación y apoyo al cuidador de personas con TMG
- Cuidados paliativos

Programas que requieren la colaboración con Educación

Al menos en 5 de los programas previstos en el Plan de Salud resulta necesaria la cooperación entre los Departamentos de Educación y Salud. En concreto en los siguientes:

- Promoción comunitaria infantil
- Prevención de la discapacidad y atención a las enfermedades crónicas infantiles
- Vacunaciones infantiles
- Salud Infantil en Atención Primaria
- Prevención y atención en Salud Mental Infanto Juvenil

También se recogen en el Plan de Salud objetivos, acciones, protocolos y programas en los que la cooperación es necesaria, y en las que en muchas ocasiones ya venimos colaborando como son:

- Programa de obesidad infantil y de la adolescencia
- Protocolo sistemático de detección de riesgo psicosocial
- Intervención en red en riesgo psicosocial. Comités de ZB y Gestión de Casos
- Capacitación y apoyo al centro educativo en la atención a los niños con patologías crónicas. Elaboración de una guía de actuación con enfermedades crónicas
- Impulso a la Red de Escuelas Promotoras de Salud
- Prevención de consumo de drogas y otras adicciones
- Prevención de riesgos y educación sexual y afectiva

Los temas prioritarios a desarrollar en colaboración con la escuela incluyen:

- La alimentación
- El ejercicio
- La prevención de accidentes
- El bienestar emocional
- Las relaciones personales:
 - prevención de la violencia, incluidos el bullying y la violencia de género
 - respeto a otras culturas, razas, personas discapacitadas o enfermas...
- El consumo de tóxicos
- Afectividad y sexualidad
- Hábitos posturales

Otras colaboraciones interdepartamentales

Pero también en otros campos se hace necesaria la intervención interdepartamental como puede apreciarse en los ejemplos de acciones que tienen incidencia en la salud y que aconsejan una acción de gobierno conjunta:

- Prevención del consumo de drogas y otras sustancias adictivas
- La seguridad alimentaria
- Las políticas de fomento de la alimentación saludable

- Las características y accesibilidad de las viviendas
- La planificación y accesibilidad de las infraestructuras bien diseñadas
- Diseño urbanístico
- Tráfico
- Seguridad ciudadana
- La planificación de servicios comunitarios que permitan hacer frente a algunos de los determinantes más fundamentales de la salud entre las personas y las comunidades desfavorecidas.
- Los hábitos de consumo de la población, que también pueden mejorar la salud humana
- Las condiciones medioambientales
- Las políticas de trabajo y empleo

En particular se considera necesario promover la realización de Informes de Impacto en Salud de los principales proyectos estratégicos de Gobierno de gran impacto para la comunidad.

Estructuras de cooperación interdepartamental

La indudable importancia de la cooperación interdepartamental en el desarrollo de las estrategias de salud, con frecuencia minusvalorada, exige el desarrollo o la consolidación de las estructuras de coordinación, en concreto se proponen como estructuras permanentes las siguientes:

Como instrumento para promover la estrategia de "Salud en todas las políticas" se constituirá el
CONSEJO INTERDEPARTAMENTAL DE SALUD

- **El Consejo Interdepartamental de Salud** estará presidido por la Directora Gerente del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra e integrado por altos directivos con competencia en la planificación estratégica de los Departamentos cuyas políticas se considera que tienen más impacto en los determinantes de salud.
- **El Comité de Coordinación Sociosanitaria** coordinará todas las políticas de intervención entre los Departamentos de Políticas Sociales y Salud anteriormente mencionadas. En su seno se configurarán los grupos de trabajo que se consideren necesarios.
- **El Comité de Coordinación Educación y Salud** coordinará las políticas de intervención entre los Departamentos de Educación y Salud. En su seno se configurarán los grupos de trabajo que se consideren necesarios.
- **Los Comités Intersectoriales de Gestión de Casos** coordinarán la atención interdisciplinar de determinados pacientes / usuarios especialmente vulnerables con el fin de consensuar Planes Integrales de Cuidados Personalizados y monitorizar las actuaciones a realizar. Estas estructuras se apoyarán en plataformas colaborativas y nuevas tecnologías de comunicación en red

(mensajería instantánea, chat, webcasting, audio y videoconferencia, etc) con de amplias garantías de seguridad.

Al menos se pondrán en marcha las siguientes estructuras interdepartamentales de gestión de casos

- **Comités de gestión de casos de nivel regional**
 - Gestión de Casos de menores con TMG
 - Gestión de Casos de adultos con TMG
- **Comités de gestión de casos Zona Básica**
 - Gestión de Casos de menores en situación de riesgo
 - Gestión de Casos de atención socio sanitaria de pacientes dependientes

Potenciación de la Salud Pública

En los últimos años se está fraguando un cambio trascendental para el futuro de la salud pública que en el 2010 se ha formalizado en la llamada Declaración de Adelaida sobre la “*Salud en Todas las Políticas*”.

Este nuevo enfoque no hace sino reconocer la importancia de los determinantes de la salud relacionados con los entornos y los estilos de vida y pone de manifiesto la imperiosa necesidad de realizar intervenciones coordinadas y adecuadamente alineadas desde los diferentes ámbitos de responsabilidad pública.

Necesitamos alumbrar un nuevo modelo de salud pública que nos ayude a situar la estrategia de salud al más alto nivel de Gobierno, favoreciendo y haciendo esencial las políticas interdepartamentales en particular con Educación y Política Social.

Por otra parte los expertos nos recuerdan permanentemente la necesidad de aproximar la visión y los lenguajes de los profesionales de la Salud Pública con el de los profesionales asistenciales. Ello no solo está fragmentado el Sistema Sanitario Asistencial sino que además está alejado de la visión poblacional que aportan los epidemiólogos y en general todos cuantos desarrollan una labor especializada en el ámbito de la salud pública.

En particular se considera imprescindible reforzar la cooperación y coordinación entre Salud Pública y Atención Primaria con particular atención a las políticas de Promoción de la Salud. La colaboración actual está adecuadamente orientada pero resulta insuficiente el desarrollo de los servicios de promoción que deberán ser reforzados para poder asumir la importante misión que se les otorga en el presente Plan de Salud.

Esta necesidad de cooperación entre servicios asistenciales y de salud pública se pone igualmente de manifiesto en la mayoría de las estrategias de salud (Cáncer, Cardiovasculares, etc.) pero también en ámbitos como el de las enfermedades infecciosas y aconseja establecer fórmulas estables de coordinación o de vinculación funcional.

En términos generales se considera necesario potenciar los servicios de salud pública y acercarlos más a los servicios asistenciales para que desplieguen todo su potencial de conocimiento e impregnen al Sistema de una mayor orientación poblacional.

Alianzas con Agentes Externos

Además de lo ya expuesto en relación con las políticas de salud resulta necesario recordar la necesidad de formalizar alianzas explícitas con otros agentes de la sociedad civil especialmente necesarios para promover cambios de valores, desarrollar entornos o prestar servicios complementarios.

Alianzas con Entidades Municipales

Las Entidades Municipales constituyen privilegiados agentes de salud en razón de su estrecha vinculación con la realidad social y ciudadana, su relevancia en la definición de entornos saludables y su amplio ámbito de competencias sociales, todos ellos factores esenciales en el desarrollo tanto de las políticas de salud como de las sociosanitarias

Los ámbitos de colaboración más destacados serían:

- Promoción de la Salud Comunitaria.
- Entornos saludables. "Accesibilidad universal y diseño para todos".
- Programas Municipales de Envejecimiento Saludable.
- Fomento de iniciativas sociales de colaboración intergeneracional, estimulación cognitiva y participación social del mayor.
- Colaboración de los Servicios Sociales de Base en:
 - El desarrollo conjunto del programa de atención domiciliaria sociosanitaria.
 - La capacitación y apoyo al Cuidador Principal.
 - El programa comunitario de salud mental en colectivos de alto riesgo social.
 - El seguimiento conjunto del riesgo psicosocial infantil.
- Mejora de la seguridad de los entornos infantiles.
- Impulso a la Red de Escuelas Promotoras de Salud.

Alianzas con Colegios y Asociaciones Profesionales

No resulta necesario justificar la importancia de lograr el consenso técnico de los Colegios y Asociaciones en la formulación del Plan de Salud y sobre todo la relevancia de contar con su estrecha participación activa y colaboración en su implementación.

Su legitimidad legal, técnica y social es incuestionable por su relevancia en la ordenación del ejercicio profesional su colaboración en la formación y desarrollo profesional y sobre todo por su papel como garantes ante los ciudadanos de los principios y valores de la profesión.

En razón de lo expuesto se considera necesario promover **Acuerdos Marco con los Colegios Profesionales de Médicos y de Enfermería** para impulsar el desarrollo de los objetivos previstos en el Plan de Salud.

Los ámbitos de colaboración más destacados serían:

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

Se promoverán alianzas de colaboración con otros colegios profesionales.

Un caso particular de la colaboración con los Colegios y Asociaciones Profesionales es el que hace referencia a la colaboración con las Oficinas de Farmacia, por constituir recursos sanitarios de utilización pública esenciales en el funcionamiento general del Sistema Sanitario.

Los ámbitos de colaboración previstos con las Oficinas de Farmacia podrán ser:

- Promoción de autocuidados en Procesos Crónicos.
- Colaboración en el control y autocontrol del paciente crónico.
- Autocuidados en Procesos Agudos Autorresolubles.
- Promover estilos de vida saludables y reducir factores de riesgo.
- Información, recomendación y colaboración en la detección precoz selectiva de determinados procesos.
- Información y recomendación de otros programas preventivos comunitarios.
- Identificación de situaciones de fragilidad.
- Cumplimiento terapéutico.
- Conciliación periódica de la medicación.
- Prevención de errores relacionados con medicación.

Alianzas con Asociaciones Ciudadanas y de Pacientes

Dado que el documento incluye un capítulo específico dedicado a la Participación de los Ciudadanos en el desarrollo del Plan nos limitaremos aquí a reflejar las entidades y ámbitos de colaboración más directamente vinculados a los objetivos previstos en este Plan.

Será preciso promover alianzas con diversos colectivos y asociaciones. Los ámbitos de colaboración más destacados serían:

Alianzas con Asociaciones de Pacientes

- Reforzar la relación con la Asociaciones de pacientes y familias.
- Colaboración en el desarrollo de Escuela de Pacientes y Cuidadores.
- Promoción y colaboración en el programa de Paciente Experto.
- Promover la participación de Pacientes Crónicos en Grupos de Autoayuda.
- Promover la participación de los Cuidadores en Grupos de Autoayuda.

- Reforzar el apoyo psicosocial a los pacientes en coordinación con las Asociaciones de Pacientes con especial atención a la población infantil y juvenil y al Cáncer.

Asociaciones de Mayores

- Envejecimiento Saludable.
- Fomento de iniciativas sociales de colaboración intergeneracional, estimulación cognitiva y participación social del mayor.
- Programa de mejora de la actividad física en la tercera edad.
- Promover la oferta de ejercicio físico y estimulación cognitiva y social en los centros de mayores.

Alianzas con otras Asociaciones Ciudadanas

- Promoción de hábitos saludables.
- Impulso a la Escuela de Padres y Madres.
- Envejecimiento Saludable.
- Fomento de iniciativas sociales de colaboración intergeneracional, estimulación cognitiva y participación social.

Alianzas con Universidades

Los ámbitos de colaboración más destacados serían:

- Divulgación en la formación pregraduada de las Estrategias y Objetivos de Salud.
- Orientación de la formación del postgrado a las prioridades de formación definidas en el Plan de Salud.
- Desarrollo conjunto de plataformas de gestión del conocimiento
- Colaboración en el análisis del impacto de las desigualdades en la salud y propuestas de actuación.

Formación y Gestión del Conocimiento

La formación es sin duda uno de los dos o tres instrumentos estratégicos más determinantes para lograr que las prioridades definidas en el Plan de Salud pasen a ser realmente interiorizadas como tales por los propios profesionales sanitarios. En la misma línea haremos referencia a la gestión del conocimiento como instrumento de actualización continuada.

Formación

En materia de formación, un elemento que ha demostrado una notable eficacia, es alinear la formación continuada con los objetivos del Plan Estratégico y del Plan de Salud, huyendo de acciones formativas fragmentarias e inconexas.

Por ello en la actualidad el Departamento de Salud se encuentra en proceso de elaboración de un Plan Plurianual de Formación y Desarrollo Profesional alineado con los objetivos estratégicos. Los objetivos que persigue el Plan Plurianual de Formación son:

- Elaborar el mapa de nuevas competencias profesionales de los distintos perfiles profesionales derivadas de las nuevas prioridades y necesidades emergentes.
- Elaborar un plan plurianual de formación que priorice el desarrollo de las nuevas competencias profesionales preestablecidas y sea coherente con los nuevos perfiles profesionales definidos por el SNS-O.
- Adecuar las estrategias y metodologías formativas a los nuevos objetivos docentes aprovechando al máximo las oportunidades que brindan las nuevas tecnologías.
- Establecer criterios y procedimientos de acreditación de competencias avanzadas.
- Establecer criterios para la autoevaluación del desempeño profesional.
- Promover alianzas con las principales instituciones sanitarias y universitarias, colegios y asociaciones profesionales de Navarra para el desarrollo de la estrategia de formación.

Definidas las prioridades sanitarias del Plan de Salud procede formular planes de carácter plurianual y largo alcance orientados a logro de las Competencias Profesionales necesarias, entendidas éstas como comportamientos observables causalmente relacionados con un buen o excelente desempeño que le permiten actuar de manera pertinente en un contexto particular de un trabajo concreto.

La formación continuada de los profesionales sanitarios debe promover tanto el desarrollo de las competencias técnicas como de las genéricas o transversales.

Formación en Competencias Técnicas

El Plan Plurianual de Formación y Desarrollo Profesional del Departamento de Salud incorporará programas específicos de desarrollo para cada una de las Estrategias de Salud.

Corresponderá a los Comités Técnicos de cada Estrategia formular las propuestas de Planes formativos específicos a incorporar al Plan Plurianual del Departamento para el desarrollo de las Competencias Técnicas requeridas.

Para ello el Plan Plurianual contemplará capítulos específicos de formación en:

- Cáncer.
- Salud Mental.
- Urgencia Vital.
- Seguridad.
- Enfermedades Crónicas.
- Diagnóstico multidimensional.
- Promoción de la salud y autocuidado.
- Atención sociosanitaria.

En el capítulo correspondiente a las Enfermedades Crónicas se incluirá la formación referente a Pluripatológicos, Enfermedades Vasculares y Diabetes, las Respiratorias, Neurodegenerativas, etc.

La formación en Diagnóstico Multidimensional trata de poner el acento en promover el nuevo enfoque bio-psico-social definido por el Plan de Salud. Pone en valor la

importancia de los cuidados y de la escucha activa y promueve el desarrollo y usos de instrumentos de valoración multidimensional incluida la situación psicosocial, el nivel de autonomía, la calidad de vida, la presencia de dolor crónico, necesidades y preferencias del paciente etc. Deberá dirigirse a sanitarios de los distintos estamentos profesionales.

Por lo que hace referencia a la Promoción de la salud y autocuidado se podrá el acento en capacitar a los profesionales en nuevas fórmulas más efectivas de promover cambios de hábitos en sus pacientes y en dotarles de los conocimientos necesarios para prescribir pautas personalizadas de estilos de vida actividad física, alimentación, abandono del hábito tabáquico, etc.

Formación en competencias transversales

Las Competencias Transversales son aquellas competencias genéricas que se relacionan con la puesta en práctica integrada de aptitudes, conocimientos y valores adquiridos. Y que sirven para todas las profesiones sanitarias y todas las especialidades.

El Plan de Formación Plurianual y Desarrollo profesional incluirá al menos la formación en las siguientes materias transversales:

- Comunicación con el paciente/ciudadano
- Bioética
- Desigualdades en Salud
- Gestión de Casos
- Comunicación y trabajo en equipo
- Gestión Clínica
- Calidad Integral
- Seguridad del paciente
- Evidencia científica y uso racional
- Innovación
- Liderazgo, motivación
- Metodología de investigación sanitaria
- Metodología para la docencia y acompañamiento profesional: aplicada a los tutores de especialistas y a la formación continuada

Simulación y otras metodologías innovadoras de formación

Para facilitar el acceso a la formación y para mejorar su impacto y aplicabilidad se están incorporando nuevas metodologías docentes que permitan favorecer la transferencia de las competencias adquiridas al puesto de trabajo, con el principio de “aprender haciendo”.

El Plan Plurianual de Formación y Desarrollo Profesional, prevé incrementar la formación a distancia, y potenciar las actividades semipresenciales a través de la plataforma educativa Moodle, que venimos empleando desde 2006 y potenciar nuevas formas de acceso vía webcasting y videoconferencia.

Más relevancia adquiere si cabe la decisión de reforzar de manera muy significativa el uso de metodología de simulación que ya se venía aplicando en diferentes programas

del Plan Docente como en soporte vital, laparoscopia, ecografía, comunicación, cuidados de enfermería, pero que ahora se pretende expandir de forma notable.

El uso de las simulaciones comporta importantes ventajas desde el punto de vista educativo, lo que la convierte en la herramienta ideal para afrontar algunos de los nuevos retos de la formación de los profesionales sanitarios, ya que favorece una cultura sanitaria segura, humana, ética y centrada en el paciente, valores que forman parte del nuevo Modelo de Atención Sanitaria de Navarra.

Siguiendo con esta línea de acción, el Plan Plurianual de Formación y Desarrollo Profesional, tiene como objetivo impulsar e intensificar la aplicación de esta metodología tanto en el aprendizaje de técnicas (laparoscopia, etc) como en el entrenamiento en las áreas de comunicación con el paciente, entrevista clínica, motivación para el autocuidado del paciente, seguridad clínica, resolución de conflictos éticos y en el trabajo en equipo.

Colaboración del Personal Sanitario Jubilado

No resulta socialmente razonable desaprovechar el gran bagaje de conocimientos acreditado por un número significativo de profesionales sanitarios que tras acceder a la jubilación manifiestan su deseo de mantener un cierto nivel de actividad docente o investigadora.

Asociaciones y Colegios profesionales se muestran favorables a que se permita a aquellos profesionales que así lo deseen continuar aportando sus capacidades docentes e investigadoras en beneficio del Sistema Sanitario Público de Navarra, que ayudaron a desarrollar, ya que entiende que ello contribuiría a mejorar la gestión del conocimiento y favorecería un relevo generacional más progresivo y ordenado, siempre que ello no suponga un menoscabo de las funciones que han de quedar reservadas a profesionales en ejercicio.

Por ello, y en línea con lo demandado por distintas organizaciones profesionales se prevé habilitar los mecanismos normativos necesarios para que los profesionales que lo deseen y acrediten circunstancias de idoneidad puedan continuar realizando funciones de formación, gestión del conocimiento, asesoría, o apoyo a la investigación, al servicio del Sistema Sanitario en tanto sus condiciones de salud se lo permitan.

Gestión del Conocimiento

La actualización permanente de conocimientos a lo largo de toda su vida profesional es una responsabilidad propia e ineludible de todo sanitario (Personal Knowledge Management) que debe ser apoyada de manera explícita por la organización sanitaria cuya responsabilidad radica en facilitar los medios y las herramientas y desarrollar los sistemas necesarios de gestión del conocimiento (Knowledge Management) para hacer factible y eficaz el esfuerzo de los profesionales.

En la actualidad la evolución del conocimiento en el sector sanitario es de tal magnitud que sin una estrategia activa de gestión del conocimiento por parte de la organización es prácticamente imposible garantizar una actualización y mejora continua de los procesos basada en la evidencia. Tan solo en PubMed indexa más de 20 millones de artículos y publica al año un millón y medio de originales.

Para lograrlo se hace necesario acercar al máximo posible el conocimiento al momento de la toma de decisión clínica, proveer herramientas de ayuda al clínico vinculadas en lo posible al acto asistencial (protocolos informatizados, sistemas expertos, etc) y facilitar la revisión y actualización del conocimiento (productos de síntesis, etc).

Para dar respuesta a esta necesidad la Estrategia de Gestión del Conocimiento del Departamento de Salud prevé una doble vía de desarrollo:

- Garantizar el acceso gratuito, tanto desde su puesto de trabajo como mediante acceso remoto desde su propio domicilio, a la Biblioteca Virtual y a las distintas fuentes de productos de síntesis, sinopsis, sumarios, guías de práctica clínica, etc. (UpToDate, Clinical Evidence, Fistera, NICE Pathways, Cochrane Library Plus, etc.).
- Desarrollar sistemas, herramientas y servicios específicos estructurados por **áreas temáticas**, para la ayuda al profesional en la toma de decisiones clínicas en los procesos prioritarios. Permanentemente actualizadas y basadas en la evidencia.

Es precisamente esta segunda línea de desarrollos específicos por áreas temáticas la que enlaza con las prioridades de salud establecidas en el Plan de Salud.

En el Portal de Salud cada una de las Estrategias contará con un espacio web propio de gestión del conocimiento concebido como una "Comunidad de Práctica Profesional"

La figura clave para el desarrollo del espacio compartido de gestión del conocimiento específico será el Responsable de Formación e Investigación de cada Estrategia que deberá identificar a los profesionales generadores de nuevo conocimiento, y se deberá apoyar en quienes actúan como adoptadores precoces del nuevo conocimiento y divulgadores entre sus compañeros de las buenas prácticas como elementos tractores de la gestión eficaz del conocimiento en la organización.

De manera progresiva se deberá dotar a las distintas Estrategias de los servicios de apoyo necesarios para una gestión específica y autónoma de su área de conocimiento: informática clínica, gestión documental, gestión de bases de datos, etc.

Igualmente se deberá priorizar el apoyo a las actividades de formación interna y dotarla de los instrumentos de apoyo requeridos (sistemas webcast, formación online compartida, redes sociales etc.).

Participación y transparencia.

La participación y la transparencia constituyen objetivos irrenunciables para una sociedad democrática avanzada y han de suponer por tanto un compromiso para cualquier administración pública, más aún en el caso del Sistema Sanitario en el cual se considera como uno de los valores esenciales para lograr su eficiencia y sostenibilidad.

Siendo la Salud una dimensión intrínseca del individuo resulta necesario promover y facilitar su participación activa a lo largo de todo el proceso de enfermedad, tanto a la hora de identificar sus necesidades como a la hora de definir seleccionar las alternativas de intervención, y tanto en la vertiente individual como colectiva.

Una visión completa e integradora de lo que significa un buen gobierno y una buena administración exige contemplar conjuntamente los derechos a una actuación transparente, el derecho de participación de los ciudadanos y el derecho de éstos a colaborar y contribuir en la mejora de los servicios públicos.

Participación Ciudadana

Además de promover el autocuidado y favorecer el empoderamiento del paciente individual en la toma de decisiones sobre su proceso se hace necesario trabajar por reconstruir constantemente la práctica de la participación en salud.

Para ello se requiere disponer de un proceso institucional coherente que garantice el derecho a la participación y que ésta se traduzca en efectos prácticos para mejorar la calidad del sistema de salud.

La participación ciudadana, en cuya base se encuentra la corresponsabilidad, ha estado siempre presente en el desarrollo legislativo de los actuales sistemas de salud.

Ya la Ley Foral de Salud, 10/1990 de 23 de noviembre, configuraba la “*Participación Ciudadana*” como uno de los principios que han de informar toda la actuación del sistema sanitario y en su Artículo 41 establecía como órganos de participación el Consejo Navarro de Salud, los Consejos de Salud de Área y los Consejos de Salud de Zona Básica, órganos todos ellos con un modelo de participación predominantemente representativa y con presencia municipal.

Sin embargo en los últimos años se ha experimentado un verdadero cambio cultural en relación al rol que tanto ciudadanos como pacientes pueden y deben jugar en su relación con las Administraciones Públicas en general y en particular en el Sistema Sanitario. Haremos referencia únicamente a dos hitos esenciales

- Ya en la conocida como “Declaración de Barcelona” de 2003 se aprobó el “Decálogo de los Pacientes” tres de cuyos puntos hacen referencia expresa a la participación de los pacientes y en ella se reclama:
 - Que los ciudadanos, y sobre todo los pacientes y las organizaciones que los representan, participen de forma más activa en la determinación de prioridades en la asistencia sanitaria.
 - Que se establezcan mecanismos formales que favorezcan una mayor implicación de los ciudadanos en la definición de las políticas públicas relacionadas con la asistencia sanitaria.
 - Que se reconozca a las organizaciones de pacientes como agentes de la política sanitaria.

- Como culminación del proceso de cambio cultural surge en Navarra la Ley Foral 11/2012, de 21 de Junio, de la Transparencia y del Gobierno Abierto que promueve la transparencia y la participación, capaz de entablar una permanente conversación con los ciudadanos y ciudadanas con el fin conocer sus necesidades y preferencias, que facilita la participación y la colaboración de la ciudadanía en la definición de sus políticas y en el ejercicio de sus funciones, que proporciona información y comunica aquello que decide y hace de forma transparente, que se somete a criterios de calidad y de mejora continua, y que está preparado para rendir cuentas y asumir su responsabilidad ante los ciudadanos y ciudadanas a los que ha de servir. Prevé la creación del Registro de Participación y Colaboración Ciudadanas y promueve nuevas fórmulas de participación tales como los Foros de consultas, los Paneles y los Jurados ciudadanos.

Otro cambio fundamental observado en los últimos como manifestación de la participación ciudadana lo constituye el incremento muy significativo del Voluntariado Organizado, también en el ámbito sanitario, expresión de la solidaridad desde la libertad y el altruismo. Se requiere una disposición del propio Sistema Sanitario que favorezca la promoción y protección de esta valiosa actividad organizada que ayuda a mejorarlo y que favorece la calidad de vida de los pacientes.

Se elaborará una nueva “**Norma de Participación Ciudadana**” que garantizará su presencia en los Comités Técnicos, reforzará el papel de los Consejos de Salud en el desarrollo y evaluación del Plan de Salud, etc.

En concreto para promover la Participación en la definición y desarrollo del Plan de Salud se han previsto las siguientes Acciones:

- **Diagnóstico de la Participación en el Sistema Sanitario.** Realizar un diagnóstico de la situación actual de la Participación con la Salud y el Sistema Sanitario de Navarra como paso previo a su regulación, en el que se aborde la participación a lo largo de todo el proceso de la planificación estratégica: diseño, ejecución y evaluación.
- **Ciudadanos en los Comités Técnicos.** Incorporar Representantes de los Ciudadanos en el Comité Técnico del Plan de Salud y en los Comités Directores de las distintas Estrategias.
- **Consejos de Salud.** Reforzar el papel del Consejo Navarro de Salud en el seguimiento y evaluación del Plan de Salud y del Plan Estratégico y otorgar un mayor papel a los Consejos de Salud de Área y Zona en la formulación y evaluación de los Contratos Programa y los Pactos de Gestión.
- **ForoSalud.** Impulsar [ForoSalud](#), como espacio de participación para la mejora de la sanidad Navarra. Se trata de un instrumento multifunción que todavía se encuentra en desarrollo debido a su recientemente creación (2012). En él usuarios y profesionales de la salud debaten y plantean en torno a ámbitos, temas o proyectos específicos. Permite formular **propuestas de mejora conjuntas** de profesionales y pacientes a las cuales la Administración se compromete a dar una respuesta pública inmediata, que además se divulga en Internet. Así mismo ayuda a favorecer el desarrollo de una cultura de comprensión mutua entre usuarios y profesionales que permita la cooperación de ambos en el mejor funcionamiento del sistema.

- **Registro de Participación y colaboración ciudadanas en materia de Salud:** en él se podrán inscribir voluntariamente las entidades ciudadanas y las personas interesadas en recibir información sobre Salud al objeto de tomar parte activa en los instrumentos específicos de participación y colaboración ciudadana puestos en marcha por el Departamento de Salud.
- **Encuestas a Ciudadanos y Pacientes.** Analizar la demanda y satisfacción de los usuarios de forma sistemática y permanente con información de los resultados y mejorar la identificación de nuevas necesidades y expectativas de los pacientes, y de los ciudadanos en general. Complementar la Encuesta de Salud promovida por el Ministerio de Salud y Políticas Sociales a fin de disponer de una muestra representativa de Navarra.
- **Portal de Salud y nuevos Canales de Participación.** Desarrollar nuevos Canales de participación directa apoyadas en las nuevas tecnologías y en las redes sociales para posibilitar la formulación de propuestas de actuación, mejora o sugerencias respecto del funcionamiento de los servicios públicos.
- **Innovación desde la Experiencia del Usuario:** Desarrollar una política proactiva de captación de iniciativas innovadoras y propuestas de mejora de los procesos desde la experiencia de uso de los pacientes, mediante el acompañamiento y observación de los diferentes procesos.
- **Promoción del voluntariado.** Se desarrollarán acciones para promover el voluntariado en colaboración con el Departamento de Política Social y las entidades y organizaciones del ámbito local y en el marco de la Atención Sociosanitaria domiciliaria.
- **Estrategia de relación con asociaciones de pacientes.** Desarrollar una estrategia global de relación con asociaciones de pacientes para mejorar el ajuste de los proyectos a las verdaderas necesidades de los ciudadanos, fomentar el asociacionismo y la capacidad de ayuda mutua y para promover alianzas en el fomento de la corresponsabilidad del paciente en el cuidado de su salud, de la cual las asociaciones de afectados podrían y debieran convertirse en sus mejores y más acreditados prescriptores.
- **Informe anual de participación.** La Evaluación anual y final del Plan de Salud incluirá un Informe específico sobre las actividades de Participación efectivamente desarrolladas que se elaborará en coordinación con las direcciones responsables de los diferentes elementos de participación establecidos en el sistema sanitario: Consejos, Unidades de Atención al Paciente, Foro, Encuestas, sugerencias recibidas a través de las nuevas tecnologías y en las redes sociales, etc.

Transparencia

Generar normas que promuevan la Transparencia y desarrollar procedimientos que permitan el acceso de los ciudadanos a la información pública constituye una de las estrategias clave para alcanzar la buena gobernanza. La Transparencia es el primer paso para la rendición de cuentas, y es esencial para la participación no manipulada.

En materia de Transparencia en el ámbito sanitario una de las experiencias más exitosas y reconocidas es la que ha venido desarrollando el Servicio Nacional de Salud del Reino

Unido (National Health Service, NHS), reconociendo el valor de integrar al proceso al paciente como un elemento central para el éxito de las políticas sanitarias (Department of Health, 2010) y mediante un uso intensivo de las TIC.

Por lo que hace referencia a Navarra hace poco más de un año se aprobó la Ley Foral 11/2012, de 21 de Junio, de la Transparencia y del Gobierno Abierto que obliga a la Administración Pública a promover la transparencia mediante la implantación de un sistema integral de información que utilice diferentes canales para proporcionar información pública de forma que resulte garantizado el acceso de todos los ciudadanos y ciudadanas a la misma.

Dicha Ley obliga a difundir de “forma permanente” y mediante “publicidad activa” aquella información pública más relevante y en concreto en su Artículo 13 obliga entre otras a divulgar la siguiente información:

- La información sobre los planes, en particular, los adoptados en cumplimiento de lo previsto en una disposición normativa. En el caso del Plan de Salud este mandato deviene de la propia Ley Foral de Salud.
- La información sobre los programas anuales y plurianuales que se vayan a acometer.
- La información sobre el resultado de las evaluaciones de la calidad de los servicios públicos, así como de la incidencia social de las políticas públicas.

El Plan de Salud contará con un espacio web propio en el Portal de Salud concebido como una doble función: Divulgación de sus objetivos y de rendición de cuentas de sus resultados.

En cumplimiento de dicho mandato legal y por lo que hace referencia al Plan de Salud se ha previsto que:

- Se comunicará a los ciudadanos cuando se ponen en marcha las estrategias y programas de salud y cuando se abandonan.
- El Plan de Salud empleará indicadores objetivables, cuantitativos y evaluables.
- El Plan de Salud se evaluará anualmente y al final de su período de vigencia (2014-2020) y empleando los indicadores acordados previamente. Sus resultados se harán públicos en el Portal de Resultados de Salud y de los mismos se dará traslado al Consejo Navarro de Salud y al Parlamento Foral de Navarra.
- Se facilitará el acceso libre a cualquier ciudadano a las bases de datos públicas con la limitación que impongan las leyes de protección de datos. Como norma general, toda información generada con dinero público debe ser de dominio público, salvo que afecte a la privacidad individual.
- Se favorecerá la comparación pública de los resultados de los distintos centros asistenciales entre sí y con respecto al pasado y con respecto a otros centros incluidos los centros de excelencia.

Instrumentos de cada Estrategia

Una vez enunciados los Instrumentos Estratégicos Generales procede realizar, aunque sea brevemente, una revisión de los instrumentos necesarios para el efectivo desarrollo de las distintas Estrategias.

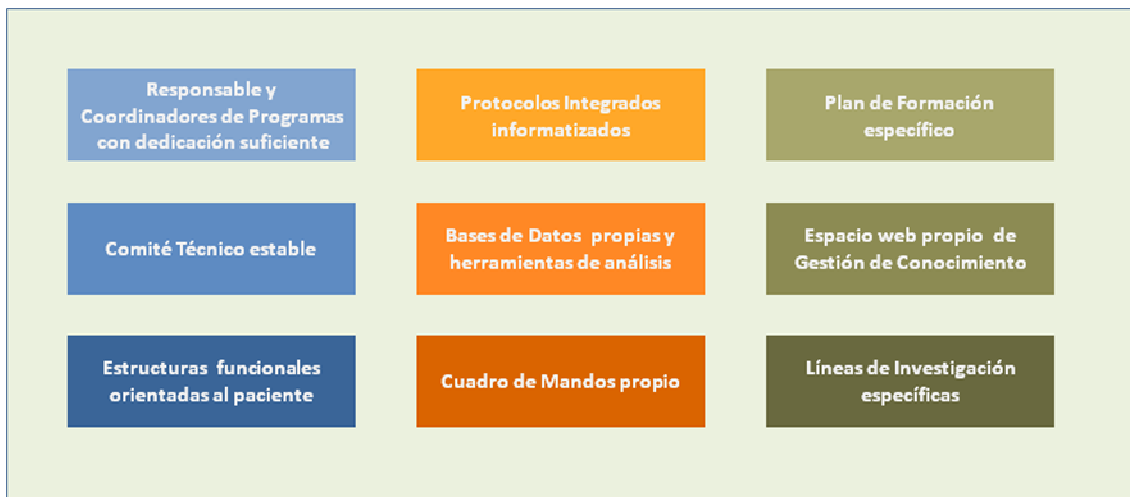
Para el éxito del proceso de despliegue de las estrategias es esencial:

- Asegurar la coherencia entre las responsabilidades y las atribuciones que se asignan a sus Responsables.
- Garantizar la coherencia en los objetivos y los medios asignados.

Toda vez que las responsabilidades que se asignan a los Responsables de las Estrategias de Salud y a los Coordinadores de los Programas de Salud son de tipo técnico, y no propiamente de gestión, procede que las atribuciones y medios que se les otorguen hagan referencia también al ámbito técnico.

El esquema que sigue refleja un modelo de asignación de instrumentos a cada una de las Estrategias.

Instrumentos con los que ha de contar cada Estrategia



Se ha de garantizar que lo que se define como Prioridad Estratégica de Salud cuente con los instrumentos necesarios para llegar a ser una auténtica prioridad de acción del Sistema.

9. PRIORIDADES DE INVESTIGACIÓN

A pesar de que la investigación ha producido una explosión de nuevos hallazgos, la comunidad médica es lenta generalizando la implantación de los nuevos descubrimientos. Se requiere por tanto avanzar en la transferencia del conocimiento a la práctica asistencial, tal como hemos señalado en el capítulo dedicado a la formación y gestión del conocimiento.

Pero por otra parte, aunque la investigación favorece o enriquece el conocimiento, sin embargo no toda la investigación mejora la calidad de la asistencia sanitaria y con frecuencia minusvalora la importancia de la efectividad y eficiencia como elementos esenciales para asegurar que su impacto beneficie a toda la población.

Tal como señala la Commission on Health Research for Development...

“Muy a menudo las prioridades de investigación en el sector público se deciden teniendo muy poco en cuenta la magnitud del problema que se aborda y el grado de evidencia de que nuevas productos y técnicas sean más coste-efectivas que las alternativas disponibles”.

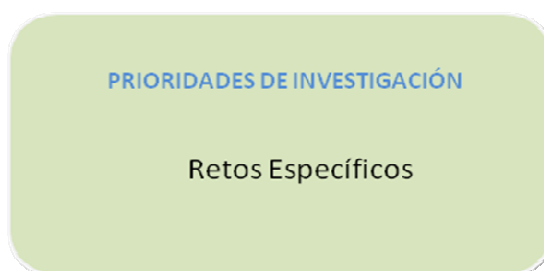
Identificar y valorar las necesidades de investigación y priorizarlas teniendo en cuenta y alineándolas con los Objetivos de Salud perseguidos ha de constituir un componente esencial del Plan de Salud.

Tal como comentamos en el apartado de Metodología, para determinar las Prioridades de Investigación tomamos en consideración los Objetivos de Resultado que se pretende lograr y analizamos si en la actualidad disponemos del nivel de conocimiento necesario para intervenir de manera efectiva y eficiente sobre las áreas de intervención prioritaria.

OBJETIVOS DE RESULTADOS EN SALUD

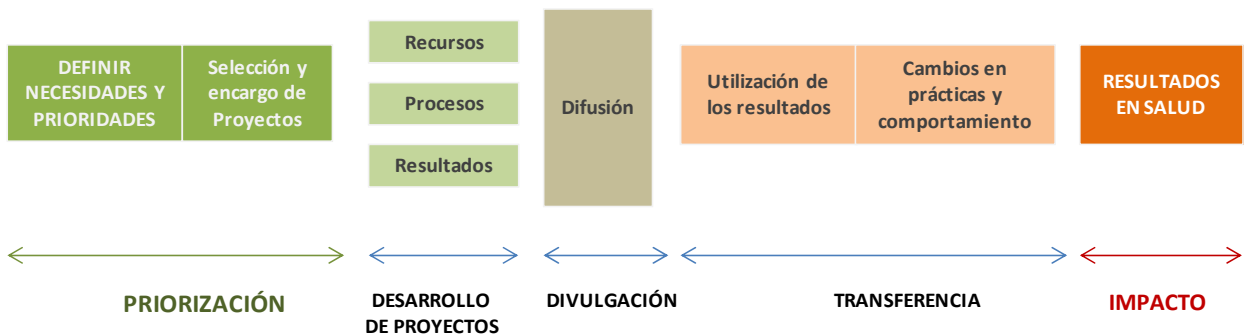
Prioridades Sanitarias

Conocimiento actual insuficiente
para una intervención efectiva y eficiente.



Dado que los recursos destinados a investigación son en general limitados es esencial profundizar en el proceso de priorización, que constituye el primer punto dentro de la cadena de valor de la investigación biomédica.

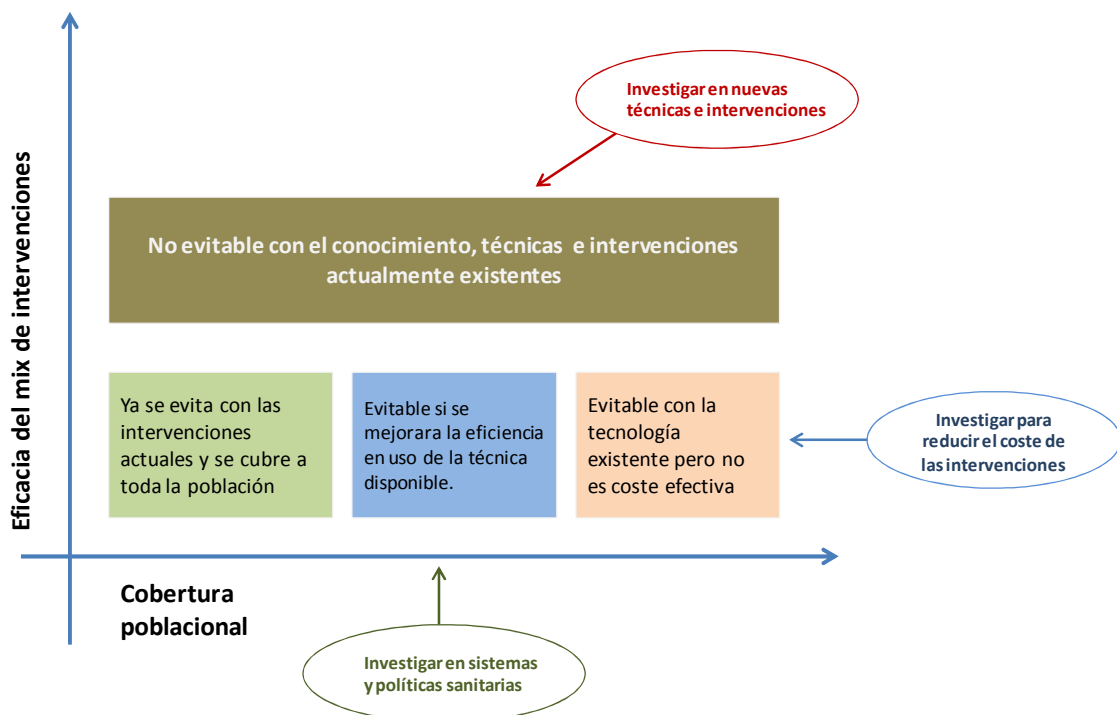
Cadena de valor de la investigación biomédica.



En los últimos 20 años se ha realizado un notable esfuerzo para sistematizar el proceso de priorización con el fin de que sea más transparente y basado en datos con el fin de disminuir la discrepancia (gap) entre la inversión en investigación y el impacto de la misma. Al respecto existen diversos enfoques pero todavía no hay acuerdo sobre cuál es la mejor manera de hacerlo, es decir, cual es la mejor práctica.

En todo caso, para establecer las necesidades y prioridades de investigación se han de tomar en consideración tanto la carga del problema de salud como su previsible impacto, lo que determina distintos tipos de objetivos de investigación.

Necesidades de investigación según carga del problema de salud e impacto.



Áreas y Líneas de Investigación Prioritaria

A la hora de definir las prioridades de investigación para el presente Plan de Salud, se ha optado por considerar como prioridades de investigación las líneas que pertenecen a alguna de las siguientes áreas de investigación prioritaria:

Áreas y Líneas de Investigación Prioritaria

ÁREAS	LÍNEAS
ESTRATEGIAS DE SALUD PRIORIZADAS	<ul style="list-style-type: none"> Prevención y promoción infantil y adolescente Promoción de la salud y autocuidados en adultos Prevención de la dependencia y atención a la discapacidad. Prevención y atención al cáncer Prevención y atención en salud mental Atención a la demencia y otras neurodegenerativas Atención a las urgencias tiempo-dependientes Prevención y atención a enfermedades vasculares y diabetes Prevención y atención a enfermedades respiratorias Atención a pacientes pluripatológicos Cuidados paliativos y dolor Seguridad del paciente
TRANSFORMACIÓN DE MODELOS DE ATENCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Estrategia integral de intervención en Patologías Crónicas Continuidad de la atención y coordinación de servicios sanitarios. Coordinación sociosanitaria Ingresos evitables y alternativas a la hospitalización Innovación en modelos de atención: e-health, etc Variabilidad de la práctica clínica Evaluación de resultados (PROMS, análisis de utilidad, etc.)
PRIORIDADES DE SALUD CON LIMITADA EVIDENCIA O CAPACIDAD DE INTERVENCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Desigualdades en salud Intervención integral en riesgo psicosocial infantil Salud y género en pacientes y personas cuidadoras. Accidentes en el hogar. Infantiles, etc. Enfermedades raras Impacto en salud de nuevos contaminantes del entorno, emisiones... Evaluación de nuevas actividades preventivas y prevención cuaternaria Empoderamiento y participación del paciente Adherencia al tratamiento
ESTRATEGIAS EN GESTIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS	<ul style="list-style-type: none"> Gestión y priorización de listas de espera Uso racional del medicamento Evaluación y uso racional de tecnologías Segmentación y financiación orientada a resultados Gestión clínica Formación y gestión del conocimiento
GENÉTICA Y BIOTECNOLOGÍA	<ul style="list-style-type: none"> Genética Ómicas Tecnología biomédica Nuevos métodos diagnósticos incluyendo diagnóstico por imagen

En el presente Plan de Salud la intervención en las “*Estrategias de Salud*” y en la “*Transformación de Modelos de Atención*” han sido consideradas tanto como prioridades de Acción y tanto como prioridades de Investigación. En todas ellas, además de aplicar la evidencia ya disponible, resulta necesario promover la mejora continua de los resultados mediante la investigación de nuevas técnicas o procedimientos más efectivos y eficientes.

Aunque en el presente Plan de Salud se incluyen muchas acciones relacionadas con las “*Área de Prioridades de salud con limitada evidencia o capacidad de intervención*” sin embargo en este caso la intervención esencial es Investigadora, ya que por el momento se requiere un mayor nivel de conocimiento o evidencia para desarrollar una verdadera estrategia de acción efectiva.

La investigación en Servicios Sanitarios está más relacionada con la eficiencia que con los resultados de salud propiamente dichos, aunque los límites entre ambos tipos de objetivos son difusos.

Las líneas de investigación en genética y en avances biotecnológicos son también esencialmente una Prioridad Investigadora.

Otro aspecto que no se deberá descuidar es la necesidad de incrementar la coordinación y colaboración entre los grupos de innovación e investigación.

Retos de Investigación del SNS-O

El Departamento de Salud promoverá que la investigación se oriente de manera preferente a las Prioridades de Investigación establecidas pero además con el fin de incrementar el impacto de su actividad investigadora promoverá un proceso participativo entre sus profesionales y grupos de investigación para concretar los principales Retos de Investigación como instrumento para definir su política proactiva de fomento de la investigación del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Para establecer los Retos se ha definido una metodología que permite perfilar de forma específica el objeto de la investigación. La metodología incluye:

- Elaboración de Cuestionarios Específicos para cada Área de Investigación prioritaria que tiene una estructura común que incluye:
 - Selección y priorización de las áreas de investigación más relevantes en el Área de Investigación prioritaria objeto de análisis. (Por ejemplo en Salud Mental se identifican: errores en medicación, suicidio esquizofrenia, factores relacionados con el estigma, etc.)
 - Selección y priorización de la población objetivo (niños y adolescentes, personas desempleadas, etc.)
 - Selección y priorización de los ámbitos de intervención (hospitalización, centros de salud, domicilio, etc.)
 - Selección y priorización del tipo de investigación (investigación sobre el diagnóstico, tratamiento, en servicios de salud, etc.).
- Los cuestionarios son anónimos y se realizan vía web. Previamente han sido validados a través de una consulta realizada a agentes claves.
- El perfil de los profesionales sanitarios destinatarios del cuestionario se determina en función del Área de Investigación objeto de análisis.

- Se han diseñado cuestionarios específicos para las siguientes estrategias:
 - Salud mental,
 - Seguridad de pacientes,
 - Cuidados paliativos y dolor,
 - Oncología,
 - Prevención y promoción de la salud,
 - Urgencias tiempo-dependientes,
 - Enfermedades vasculares,
 - Enfermedades respiratorias,
 - Enfermedades neurodegenerativas.

Hasta el momento, se ha culminado la recogida y análisis de la información y se han realizado informes sobre los retos de investigación en Salud Mental y en Seguridad del Paciente. Se ha observado que el instrumento permite obtener información suficientemente específica para identificar y priorizar los Retos de Investigación por lo se va a extender la metodología al resto de las estrategias.

Instrumentos Estratégicos de apoyo a la Investigación

Como instrumentos para promover la Investigación y orientarla a las prioridades sanitarias en el último año el Departamento de Salud ha puesto en marcha tres Proyectos Estratégicos enmarcados en su Plan Estratégico. Nos referiremos a ellos de manera esquemática.

Programa de Promoción de la Investigación en el SNS-O

La investigación constituye, junto a la asistencia y la formación, una de las funciones esenciales de cualquier centro sanitario, sin embargo hasta el presente la investigación ha recaído casi en exclusiva sobre los hombros de un número muy limitado de profesionales que han asumido esta labor como tarea personal.

En diciembre de 2013 se presentó el Programa de Promoción de la Investigación del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea con el reto de lograr que la investigación deje de ser una tarea casi exclusivamente individual y se incorpore a la agenda y labor colectiva de los Servicios Sanitarios.

El citado programa pone en marcha un conjunto de acciones dirigidas a incrementar de manera notable el volumen y la calidad de la investigación que se desarrolla en el SNS-O. Ampliar el número de profesionales sanitarios que desarrollan una actividad investigadora significativa, promover grupos estables de investigación y su integración en redes de investigación, etc.

El programa destaca la importante contribución del Instituto de Salud Pública y Laboral, confía en que Salud Mental prosiga línea de excelencia y se apoya en la oportunidad que brinda la unificación hospitalaria para reforzar y estructurar la ya muy significativa pero aún insuficiente investigación del Complejo.

Así mismo el Programa promueve acciones específicas para aprovechar el enorme potencial de la atención primaria, la enfermería, las trabajadoras sociales, etc. especialmente capacitadas para investigar en campos tan prioritarios como los cuidados,

la cronicidad, la discapacidad, la infancia, etc. y que en Navarra se benefician del gran desarrollo alcanzado por la historia electrónica de Atención Primaria.

Puesta en marcha de Navarrabiomed

La puesta en marcha en diciembre del 2013 del nuevo Centro de Investigación Biomédica “Navarrabiomed”, ubicado en el recinto del Complejo Hospitalario de Navarra y gestionado por la Fundación Miguel Servet ha supuesto un hito que permitirá incrementar de manera progresiva pero constante las plataformas tecnológicas y los servicios de apoyo requeridos por los Investigadores del Sistema Sanitario Público.

Constitución del Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra.

El logro de la excelencia investigadora y el desarrollo de líneas de investigación punteras exige siempre un trabajo en red y por ello, de conformidad con lo dispuesto en el Real Decreto 339/2004, de 27 de febrero, se ha iniciado el proceso de acreditación del Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IISN), al que se aspira desde hace más de una década.

El nuevo IISN se ha configurado como una entidad de carácter autonómico que aspira a abarcar la práctica totalidad del tejido investigador sanitario existente en la Comunidad fomentando la asociación entre los hospitales las principales instituciones sanitarias y universitarias de la Comunidad y otros organismos de investigación, públicos y privados, ubicados en Navarra.

10. DESPLIEGUE DEL PLAN DE SALUD

Cronograma

RESPONSABILIDADES

- Designación de Responsable de las Estrategias de Salud
- Designación Coordinadores de los Programas de Salud
- Constitución Comités Técnicos de cada Estrategia
- Constitución Comité Director del Plan de Salud
- Potenciar los servicios de Salud Pública
- Potenciar los servicios de Atención Sociosanitaria
- Reforzar el rol de Atención Primaria
- Potenciar las estructuras de coordinación interniveles

COOPERACIÓN Y ALIANZAS

- Constitución de Consejo Interdepartamental de Salud
- Acuerdo Marco con el Departamento de Políticas Sociales
- Acuerdo Marco con el Departamento de Educación
- Acuerdo Marco con la Federación de Municipios
- Acuerdo Marco con las Asociaciones de Pacientes
- Acuerdo Marco con las Asociaciones de Mayores
- Acuerdo Marco con las Oficinas de Farmacia

CONTRATACIÓN INTERNA Y GESTIÓN CLÍNICA

- Constitución del Consejo de Gestión Clínica del SNS-O
- Puesta en marcha de la Unidad Técnica de Contratación
- Contratos Programa con las Áreas de Estella y Tudela
- Contratos Programa con el CHN, At. Primaria y Salud Mental
- Consensuar el nuevo modelo de Pacto de Gestión Clínica
- Desarrollar los nuevos Pactos de Gestión Clínica Poblacional

EVALUACIÓN E INTELIGENCIA SANITARIA

- Puesta en marcha de la Unidad Central de Evaluación (BI)
- Creación arquitectura técnica de BI. Datamart's, Cubos, etc.
- Dotar de herramientas de BI a las Unid. Técnicas de los Cuadros Mandos Estratégicos a Responsables de Gestión
- Cuadros de Mandos Estratégicos a Responsables Estrategias
- Modelo de Cuadro de Mandos de Gestión Clínica
- Desarrollar Paneles de Control y Cuadros de Mandos Clínicos

HISTORIA CLÍNICA

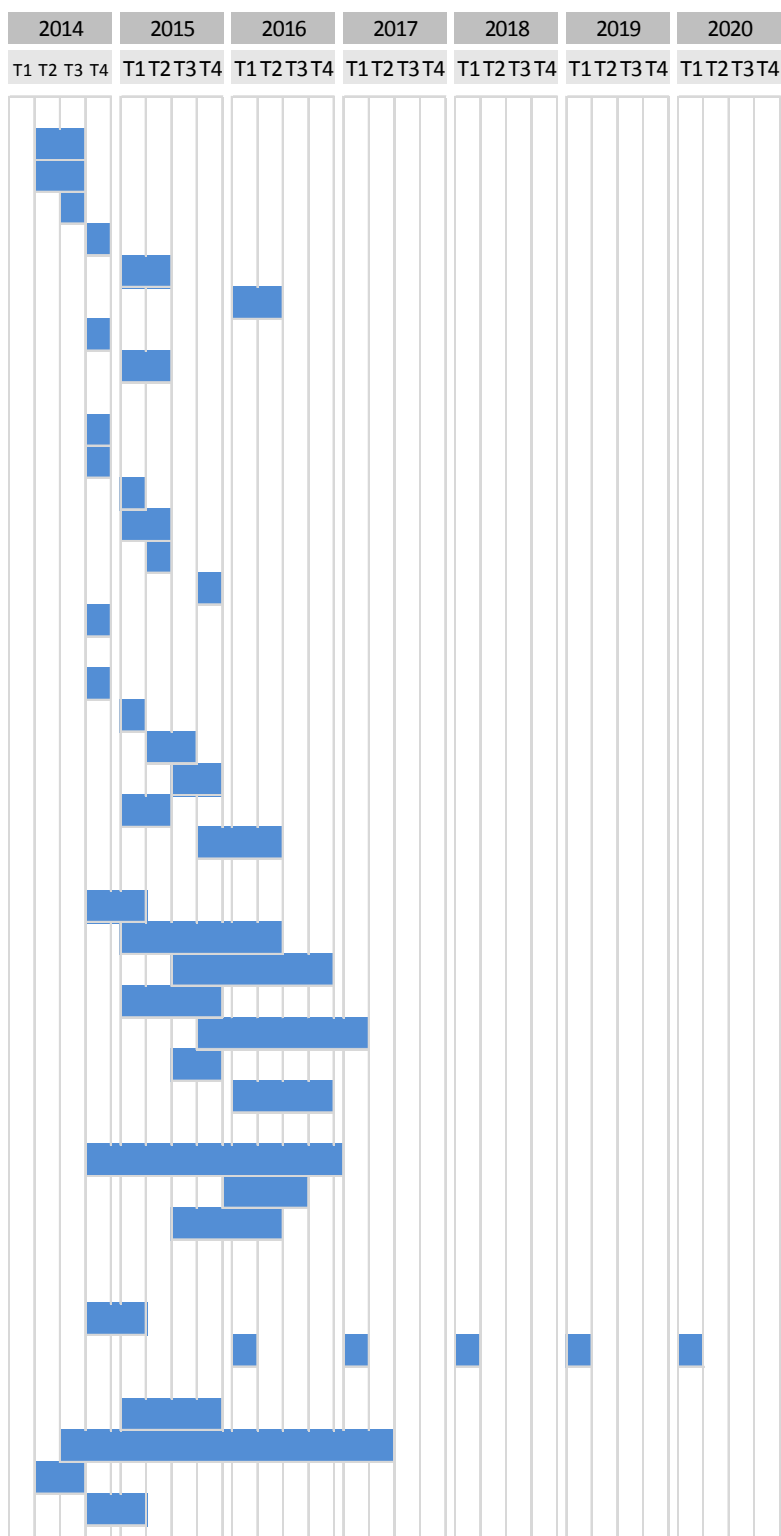
- Constituir un Grupo Técnico Específico de la Hª CIª única 2.0
- Desarrollar la Historia Sociosanitaria compartida
- Desarrollar la Historia Clínica móvil

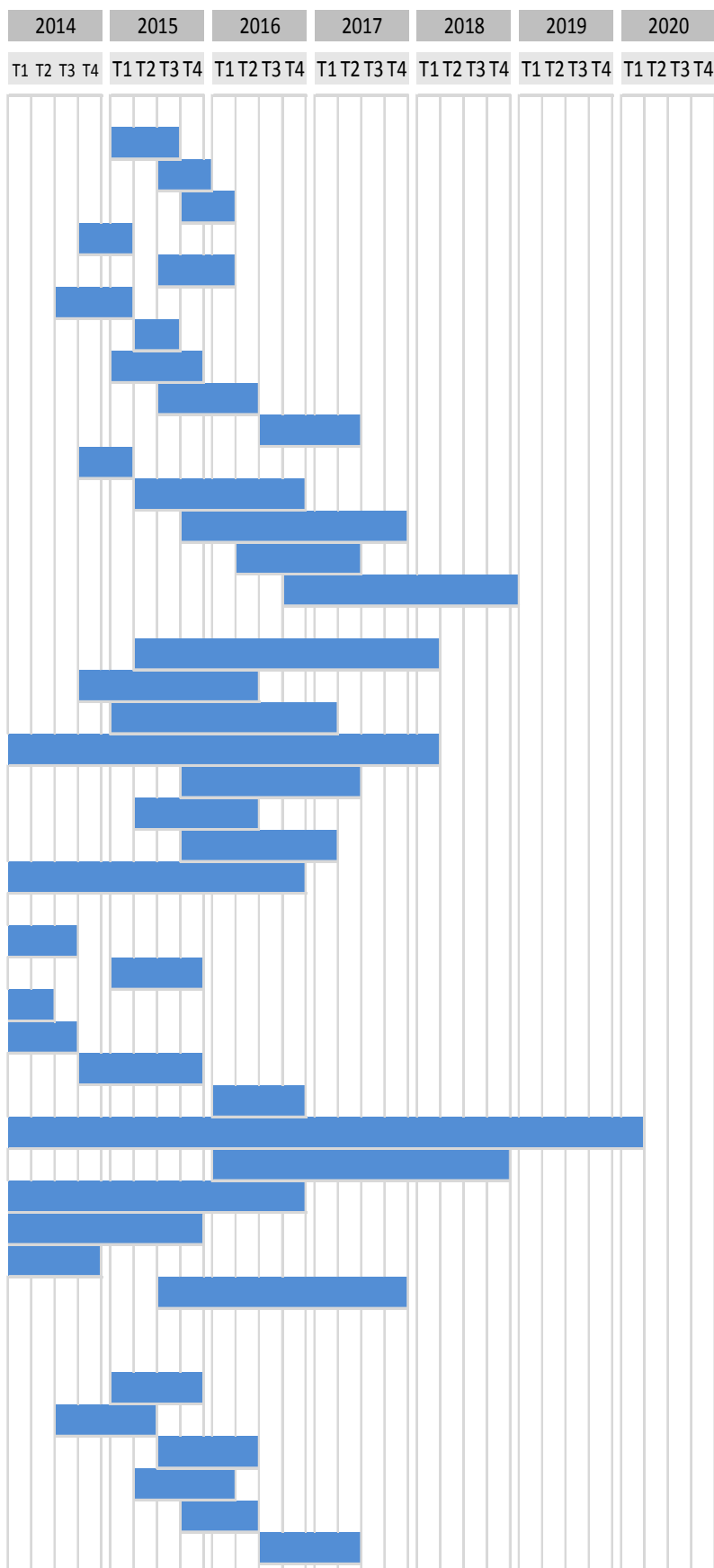
PARTICIPACIÓN Y TRANSPARENCIA

- Nueva normativa de Participación Ciudadana
- Dotar al Plan de Salud de un espacio web propio en el Portal
- Realizar y hacer pública la Evaluación anual del Plan de

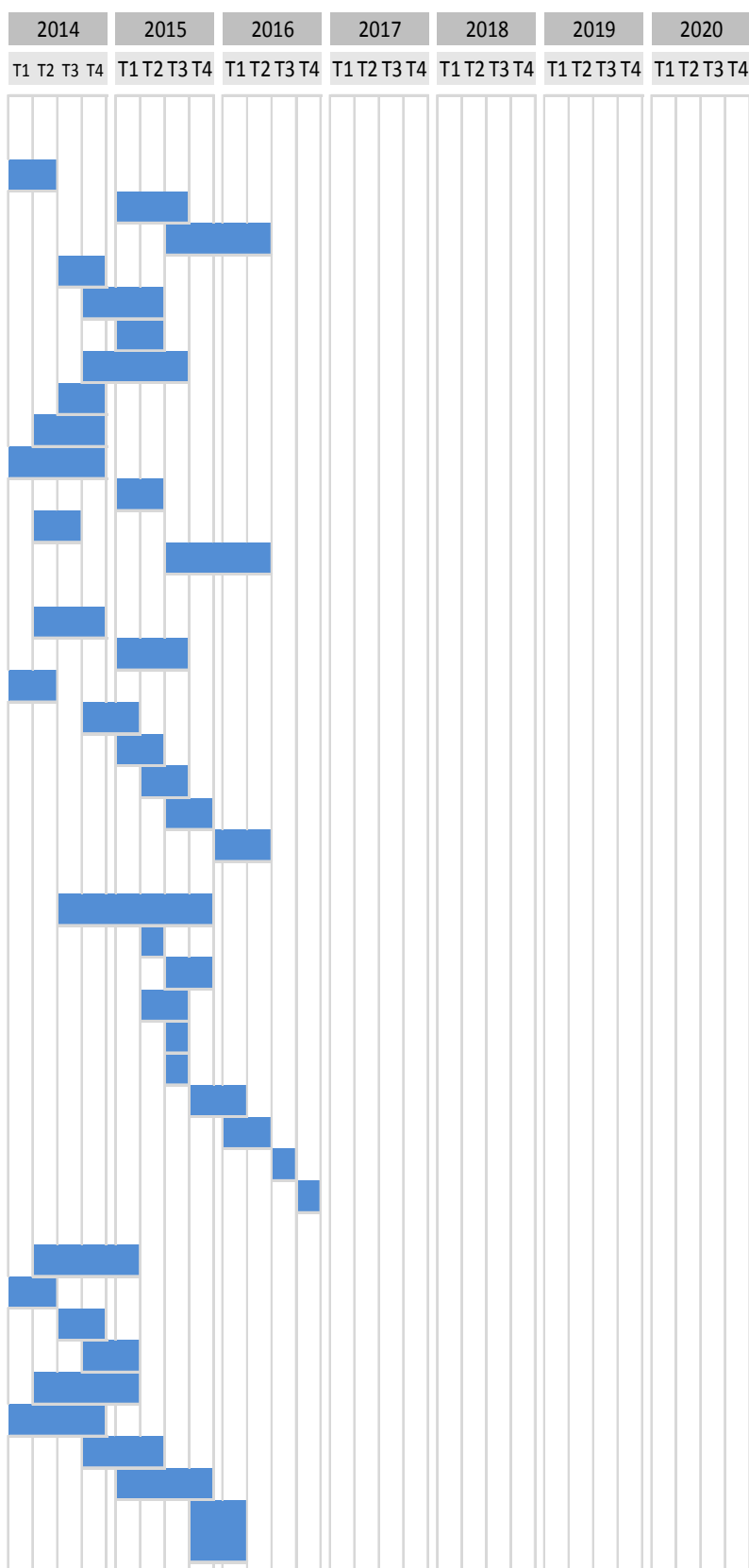
FORMACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

- Programas de formación específicos de cada Estrategia
- Dotar a cada Estrategia de un espacio web propio
- Actualización Convenios con las Universidades.
- Actualización Convenios con Colegios y Asoc. Profesionales





	2014				2015				2016				2017				2018				2019				2020			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ESTRATEGIA DE CANCER																												
Extensión Progr. Detección Precoz de Cáncer Colorrectal	■																											
Creación del Área Clínica de Cáncer	■																											
Uds. Func. Multidisciplinar Cáncer Mama, Pulmón y Colorectal	■																											
Programa de Cáncer Familiar.	■																											
Unidad Funcional Multidisciplinar de Cáncer Familiar	■																											
Uds. Func. Multidisciplinar de otros cánceres priorizados	■																											
Consolidación de la Unidad Funcional de Cáncer Infantil	■																											
Registro hospitalario de Tumores	■																											
Unidad de Admisión específica en Cáncer	■																											
Consultas de Alta Resolución en Cáncer	■																											
Nuevos Hospitales de Día Oncología y Hematología en el CHN	■																											
Nuevo Hospital de Día de Oncología en el Hospital de Tudela.	■																											
Ampliación Hospital de Día Oncología Pediátrica en el CHN	■																											
Acuerdo con Asoc. Pacientes en apoyo psicosocial al Cáncer	■																											
Campaña poblacional recomendaciones en materia de cáncer	■																											
ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL																												
Programa de prevención de la depresión y el suicidio	■																											
Patrón Integrado de Atención a la Esquizofrenia	■																											
Patrón Integrado de Atención Trastornos Depresivos	■																											
Patrón Integrado de Atención al TMG Infantil	■																											
Programa de salud mental en la escuela	■																											
Programa de psicoeducación para cuidadores de TMG	■																											
Programa de autocuidados en Trastorno Mental	■																											
Campaña para la erradicación del estigma de enfermo mental	■																											
Programa de Atención Sociosanitaria al TMG	■																											
ESTRATEGIA DE NEURODEGENERATIVAS																												
Patrón Integrado de Atención a la Demencia	■																											
Unidad Funcional Multidisciplinar de Demencia	■																											
Criterios de derivación a Unidad de Memoria	■																											
Protocolo de atención a las alteraciones conductuales.	■																											
Programa de capacitación y apoyo al Cuidador Principal	■																											
Atención continuada telefónica para Cuidadores en Demencia	■																											
Patrón Integrado de Atención a Párkinson	■																											
Unidad Funcional Multidisciplinar de Parkinson	■																											
Patrón Integrado de Atención a Enf. Neuromusculares	■																											
Unidad Funcional Multidisciplinar de Neuromusculares	■																											
ESTRATEGIA DE URGENCIAS VITALES																												
Dirección Técnica Unificada de Urgencia Vital	■																											
Regulación del Código Ictus de activación de urgencias	■																											
Regulación del Código IAM -EST	■																											
Regulación del Código Trauma Grave	■																											
Registros de Atención a Urgencias Tiempo Dependientes	■																											
Planificación de desfibriladores en centros públicos	■																											
Historia Clínica móvil	■																											
Transmisión de ECG a CHN- H ICP desde SAMU-UCI	■																											
Conexión telemática con Hosp. Comarcales (Tele Ictus, etc)	■																											
Campaña ciudadana actuación ante síntomas de riesgo vital	■																											



Difusión del Plan

Aún en las Comunidades más punteras se ha podido constatar un bajo grado de conocimiento del Plan de Salud entre los profesionales sanitarios.

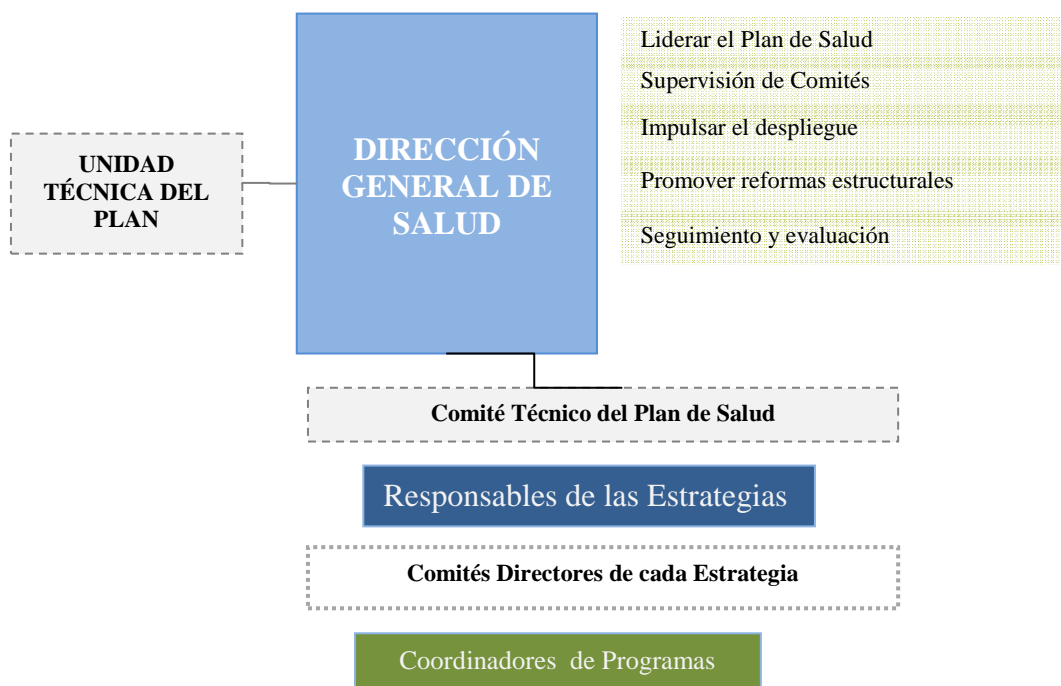
Resulta por tanto imprescindible que tras su aprobación se desarrollen acciones específicas para comunicar los elementos esenciales del Plan de Salud. Las acciones previstas son:

- Editar una Edición de Carácter Divulgativo del Plan de Salud de un máximo de 8 páginas.
- Editar un Resumen Ejecutivo del Plan de Salud de un máximo de 50 páginas.
- Realizar un Vídeo Divulgativo del Plan de Salud con una duración máxima de 5 minutos y colgarlo en el Portal de Salud y en Intranet.
- Utilizar la tecnología de webcasting para realizar presentaciones de emisión simultánea.

En todo caso no debemos olvidar que son aquellas CCAA que trasladan sus objetivos de salud a los contratos y pactos de gestión las que consiguen mejores resultados.

Responsabilidades

Dado el carácter estratégico del Plan de Salud se considera necesario establecer estructuras técnicas específicas encargadas de definir el conjunto de prácticas y políticas que deben regir las actuaciones enmarcadas en el mismo, definiendo mecanismos de seguimiento y evaluación.



Por su propia esencia la Dirección del Plan de Salud corresponde a la Dirección General de Salud que deberá contar con el apoyo de la Unidad Técnica del Plan como staff de apoyo para garantizar la visión global y del Plan y su monitorización y evaluación.

Comité de Dirección del Departamento-Servicio Navarro de Salud

Dadas las dimensiones de la Comunidad Foral y en aras a la eficiencia no se considera necesario constituir un Comité de Dirección específico del Plan de Salud sino que se considera que sus funciones debieran ser asumidas por el ya existente Comité de Dirección del Departamento-Servicio Navarro de Salud, cuyas funciones con respecto al Plan de Salud serán:

- a) Establecer las prioridades y directrices de gestión generales del Plan de Salud
- b) Definir la prioridad de actuación sobre determinados colectivos
- c) Aprobar los planes operativos
- d) Supervisar el desarrollo general de las directrices definidas
- e) Realizar el control y monitorización de los aspectos económicos
- f) Realizar los procesos de seguimiento y evaluación del Plan

Para garantizar un efectivo ejercicio de dichas funciones el citado Comité celebrará dos reuniones anuales monográficas para la monitorización del Plan.

Comité Técnico del Plan de Salud

Para la adecuada coordinación y seguimiento del Plan de Salud se constituirá el Comité Técnico del Plan de Salud que será presidido por la Dirección General de Salud y del que formarán parte los Responsables de las distintas Estrategias de Salud y un representante de la ciudadanía, en el que actuará como secretario el responsable de la Unidad Técnica del Plan

Las funciones del Comité Técnico del Plan de Salud serán las siguientes:

- a) Prestar apoyo al Comité Director
- b) Planificar el despliegue efectivo del Plan y priorizar los objetivos e indicadores clave a incorporar a los Contratos Programa y Pactos de Gestión relacionados con el Plan de Salud
- c) Realizar el seguimiento del despliegue efectivo del Plan y analizar los obstáculos y proponer medidas para su subsanación
- d) Proponer modificaciones operativas al Plan de salud
- e) Aprobar la evaluación anual y final del Plan de Salud
- f) Coordinar las actuaciones entre las distintas Estrategias

Responsables y Coordinadores Técnicos

Al frente de cada una de las Estrategias de Salud priorizadas se nombrará un Responsable Técnico, y al frente de cada Programa de Salud se designará un Coordinador.

Tanto los Responsables de las Estrategias como los Coordinadores de los Programas deberán reunir los requisitos de liderazgo y dedicación que se reflejan en el Capítulo 9.

Para garantizar el adecuado desarrollo de las actividades de formación, gestión del conocimiento y promoción de la investigación se designará un Responsable de Formación e Investigación, que asumirá entre otras la función de gestionar en el Portal de Salud el espacio web específico de Gestión de Conocimiento que se asignará a la Estrategia.

Las funciones de los Responsable de cada Estrategia y de los Coordinadores de los Programas serán definidas de manera específica para cada una de las Estrategias mediante la correspondiente Orden Foral.

A modo de ejemplo se presentan a continuación las funciones del Responsable y de los Coordinadores Técnicos de los Programas incluidos en la Estrategia de Urgencias Tiempo Dependientes.

Funciones del Responsable de Urgencias Tiempo Dependientes:

- Asumir la dirección técnica de la atención a la Urgencia Vital en toda Navarra.
- Dictar las instrucciones técnicas oportunas para garantizar la aplicación efectiva de los protocolos y Códigos de Activación de Urgencia Vital y sobre la utilización del transporte en ambulancia medicalizada.
- Dictar instrucciones para la aplicación de los criterios y circuitos de derivación de la urgencia vital.
- Impulsar el desarrollo de las tecnologías y Sistemas de Comunicación en Urgencia Vital.
- Establecer los criterios de registro de la atención a la urgencia vital, incluidos los relativos a los tiempos de atención.
- Desarrollar el sistema de evaluación de resultados de la atención a la Urgencia Vital.
- Promover las actividades de formación en urgencia vital del personal de los Servicios de Urgencia Intra y Extrahospitalarios.
- Gestionar un espacio web específico de Gestión de Conocimiento relacionado con la atención a la Urgencia en el Portal de Salud.
- Analizar las estructuras organizativas y su repercusión en los resultados de la estrategia.

Funciones de los Coordinadores Técnicos de sus Programas:

- Actualizar de manera periódica los Protocolos de actuación y los Códigos de Activación específicos del proceso de que se trate.
- Establecer los criterios técnicos de calidad de la atención.
- Proponer los criterios y circuitos de derivación y atención.
- Proponer las tecnologías y Sistemas de Comunicación en Urgencia Vital .
- Definir los criterios de registro y evaluación de resultados de la atención.
- Proponer los contenidos formativos en relación al proceso.

Comités Directores de cada Estrategia

Los Comités Directores de cada Estrategia estarán integrados por los siguientes miembros:

- El Responsable de la Estrategia
- Los Coordinadores de cada uno de los Programas integrados en la Estrategia
- El Responsable de Formación e Investigación de la Estrategia

- Los Responsables de Gestión Sanitaria que se consideren necesarios en función del ámbito de cada Estrategia
- Uno o dos representantes de las Asociaciones Ciudadanas o de Pacientes más relacionadas con el ámbito de la Estrategia

La presencia de representantes de los Ciudadanos se considera un elemento esencial para orientar los servicios al usuario, sus necesidades y expectativas, pero también modular las visiones y posibilidades reales de intervención.

Pero además, sobre todo y ante todo escuchar la voz del paciente nos permitirá promover la innovación desde la experiencia del usuario, ya que nos ayudará a evaluar la utilidad efectiva para el paciente de nuestras actuaciones, nos permitirá revisar nuestros circuitos desde el punto de vista del paciente lo que nos permitirá racionalizar nuestros actos y pasos tomando siempre en consideración el valor añadido real que aporta al paciente de cada una de las intervenciones sanitarias.

En definitiva la presencia de pacientes nos ayudará a impulsar el cambio de un sistema fragmentado, orientado a la tarea y a la calidad técnica a un nuevo sistema más integrado, orientado al paciente y con vocación de calidad total. Bastará para ello con que reforcemos nuestra empatía, sepamos intercambiar nuestras batas y tratemos de aplicar a nuestros pacientes los circuitos que consideraríamos racionales para nuestros pacientes o para nosotros mismos.

Las funciones de los Comités Directores de cada Estrategia serán las siguientes:

- Prestar apoyo al Responsable de la Estrategia.
- Planificar el despliegue efectivo de la Estrategia y proponer los objetivos e indicadores clave a incorporar a los Contratos Programa y Pactos de Gestión relacionados con el Plan de Salud.
- Realizar el seguimiento del despliegue efectivo de la Estrategia, analizar los obstáculos y proponer medidas para su subsanación.
- Proponer modificaciones operativas de la Estrategia.
- Proponer mejoras organizativas para la mejora de los resultados de la Estrategia.
- Proponer los planes formativos necesarios para el adecuado desarrollo de la misma.
- Definir y desarrollar el espacio web específico habilitado en el Portal de Salud para la Gestión del Conocimiento de la Estrategia y promover su utilización como "Comunidad de Práctica Profesional".
- Impulsar líneas de investigación propias y favorecer la formación de grupos de investigación orientados a las mismas.
- Aprobar la evaluación anual y final de la Estrategia de Salud.
- Coordinar las actuaciones entre los distintos Programas.

La estructuración de las distintas Estrategias y la designación de sus responsables será realizada mediante Ordenes Forales específicas.

Preferentemente el perfil profesional de responsables y coordinadores se corresponderá con el del ámbito que se indica en la tabla que sigue.

ESTRATEGIAS / PROGRAMAS

RESPONSABLES / COORDINADORES

PREV. Y PROMOC. INFANTIL/ ADOLESCENTE

Prevención de riesgos en embarazo y parto
Prevención de discapacidad y enfermedades crónicas infantiles
Vacunaciones infantiles
Salud Infantil en Atención Primaria
Progr. de intervención en desigualdad y riesgo psicosocial infantil
Promoción comunitaria infantil

INSTITUTO DE SALUD PUBLICA Y LABORAL

S° de Ginecología CHN
S° de Pediatría CHN
S° Epidemiología, Prevención y Promoción ISPLN
S° Planificación y Gestión Clínica AP^a
S° Planificación y Gestión Clínica AP^a
Sección de Promoción de la Salud ISPLN

PROMOCIÓN/ AUTOCUIDADOS EN ADULTOS

Promoción comunitaria de la salud
Intervención personalizada en estilos de vida
Envejecimiento saludable
Capacitación en autocuidados
Prevención selectiva colectivos vulnerables

INSTITUTO DE SALUD PUBLICA Y LABORAL

Sección de Promoción de la Salud del ISPLN
S° Planificación y Gestión Clínica AP^a
Sección de Promoción de la Salud del ISPLN + Geriatría
Sección de Promoción de la Salud del ISPLN
S° Planificación y Gestión Clínica AP^a

PREV. Y ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD

Rehabilitación integral en el nivel primario de atención
Capacitación y apoyo al cuidador
Atención domiciliaria sociosanitaria
Convalecencia residencial rehabilitadora
Prevención en los cuidados del mayor
Atención sanitaria a institucionalizados

COORDINACIÓN DEL PLAN SOCIOSANITARIO

S° Planificación y Gestión Clínica AP^a
Sección de Promoción de la Salud del ISPLN
S° Planificación y Gestión Clínica AP^a
Coordinación del Plan Sociosanitario
S° Planificación y Gestión Clínica AP^a
S° Planificación y Gestión Clínica AP^a

PREVENCIÓN Y ATENCIÓN AL CÁNCER

Programas de prevención en cáncer
Organización y estructuras en cáncer
Alta resolución y atención personalizada al cáncer
Apoyo psicosocial al cáncer

ÁREA DE ONCOLOGÍA

Sección de Prevención del ISPLN
Área de Oncología CHN
Área de Oncología CHN
Área de Oncología CHN

PREVENCIÓN Y ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

Prevención en salud mental
Atención integrada Trastorno Mental Grave
Atención sociosanitaria al TMG
Prevención y atención Salud Mental Infanto Juvenil
Capacitación y apoyo al cuidador de TMG

DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL

S° Área Atención Comunitaria y Centros de Salud Mental
S° Área Atención Comunitaria y Centros de Salud Mental
Coordinación del Plan Sociosanitario
Hospital de Día Infanto-juvenil
S° Técnico-Asistencial y de Enfermería de SM

DEMENCIA Y OTRAS NEURODEGENERATIVAS

Atención a la demencia
Atención enfermedades neuromusculares
Capacitación y apoyo al cuidador demencia

URGENCIAS TIEMPO DEPENDIENTES

Ordenación atención a la urgencia vital
Sist. Inform. y comunicación urgencia vital
Capacitación ciudadana en urgencia vital

ENFERMEDADES VASCULARES Y DIABETES

Prevención primaria de enfermedad vascular
Prev. secundaria de enfermedad vascular
Atención a la insuficiencia cardiaca
Atención y rehabilitación isquemia cardiaca
Atención y rehabilitación del ictus
Atención a la diabetes

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Prevención y detección precoz de EPOC y asma
Atención al asma y EPOC
Rehabilitación respiratoria

PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

Atención al paciente pluripatológico
Conciliación de la medicación y adherencia

CUIDADOS PALIATIVOS Y DOLOR

Cuidados paliativos
Evaluación y control sistemático del dolor
Atención al dolor crónico severo

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Prevención de la infección nosocomial.
Prevención de errores en medicamentos
Prevención de complicaciones quirúrgicas
Prevención de complicaciones en cuidados
Prevención de complicaciones médicas
Sistemas de identificación y notificación.

SERV. DE NEUROLOGÍA CHN

Sº Neurología CHN
Sº Neurología CHN
Sº Enfermería APª

SERV. DE URGENCIAS DEL CHN

Sº Urgencias CHN
Subdirección de Urgencias de APª
Sección de Promoción de la Salud del ISPLN

ÁREA DEL CORAZÓN

Sº Planificación y Gestión Clínica APª
Sº Planificación y Gestión Clínica APª
A definir
Sº Cardiología del CHN
Sº Neurología CHN
Sº Endocrinología CHN

SERV. DE NEUMOLOGÍA DEL CHN

Sº Planificación y Gestión Clínica APª
Sº Neumología del CHN
Sº Neumología del CHN

Sº PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN CLÍNICA APª

Unidad de Pluripatológicos del CHN
Sº Ordenación e Inspección Sanitaria

SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

Subdirección de Atención Primaria
Sº Planificación y Gestión Clínica APª
Sº Planificación y Gestión Clínica APª

Sº DE PREVENTIVA, HIG. HOSP. Y G. C. CHN

Sª Medicina Preventiva CHN
Farmacia
Área Quirúrgica del CHN
Dirección Enfermería CHN
Área Médica del CHN
Responsable de la Estrategia de Seguridad del Paciente

11. IMPACTO ECONÓMICO

Una vez definido el Plan de Acción procede realizar una estimación del impacto económico previsto para su implementación.

Dado el carácter estratégico del Plan de Salud procede realizar un Escenario de Impacto Económico pero no puede ni debe hablarse propiamente de una previsión presupuestaria, más propia de los planes operativos, y sujeta a la responsabilidad de la gestión.

Dado el carácter integral del que se pretende dotar al Plan de Salud se ha considerado presentar un desglose del impacto económico por funciones, de manera que resulte posible visualizar la relevancia que se pretende otorgar a las distintas políticas de prevención y promoción, asistencia, rehabilitación, formación, desarrollo de sistemas de información, etc.

Seis de las doce Estrategias previstas en el Plan de Salud guardan relación directa con el Programa de Crónicos y de hecho su despliegue se realizará mediante dicha estrategia, que se integra en el Plan de Salud como su principal herramienta estratégica, por lo que no resulta posible realizar un análisis diferenciado de su impacto económico, más todavía si se pretende realizar un análisis funcional.

Las acciones del Plan de Salud se entrelazan con las del Programa de Crónicos , que es su principal herramienta estratégica y por ello se presenta un análisis integrado de su impacto

Como se recordará la Estrategia de Crónicos, aprobada por el Gobierno de Navarra en Agosto del 2013, contemplaba el escenario de impacto económico que se refleja en la siguiente tabla.

Estimación de necesidades prevista en el Programa de Crónicos

Gastos Anuales	2013	2014	2015	2016	2017
Recursos Humanos	75.000	1.000.000	1.250.000	1.750.000	2.500.000
Programa de Autocuidados	20.000	200.000	250.000	300.000	300.000
Modelo Tecnológico	34.913	621.378	1.087.405	929.468	914.125
Programa de Formación	75.000	100.000	125.000	150.000	150.000
	204.913	1.921.378	2.712.405	3.129.468	3.864.125

Como primer paso para el análisis del impacto económico se han identificado todas aquellas actuaciones que se considera que puedan suponer un uso adicional de recursos significativos.

Los gastos adicionales previstos en el Plan de Salud vendrán derivados principalmente de los siguientes factores:

- En materia de Promoción y Prevención el mayor impacto económico se derivará de los Programas de prevención de Cáncer de Colon, Programa de Autocuidados y desarrollo de la Escuela de Pacientes, Cribado de

metabolopatías congénitas, Programa y Unidad de Cáncer Familiar, y del impulso a los Programas Comunitarios y de Promoción de la Salud y Reducción de las Desigualdades, tanto en adultos como infantil, lo que implica reforzar las estructuras de Salud Pública.

- El impacto económico principal en el ámbito Asistencial se relaciona principalmente con los objetivos de mejora en la atención al cáncer y sobre todo con la Estrategia de Crónicos, que como se ha dicho permite el despliegue de seis de las Estrategias del Plan de Salud.
- El desarrollo de la Rehabilitación contempla tanto la puesta en marcha de la Rehabilitación Cardíaca y Respiratoria como el despliegue progresivo del Programa de ejercicio terapéutico y rehabilitación funcional de Atención Primaria.
- Por lo que hace referencia a la Atención Sociosanitaria se contemplan como principales factores de impacto económico tanto el Programa de convalecencia residencial sociosanitario como el Programa de Atención Sociosanitaria en Atención Primaria, incluido el Apoyo al Cuidador
- La inversión en Sistemas de Información hace referencia sobre todo al desarrollo del Modelo Tecnológico del Programa de Crónicos, incluida la Historia Clínica 2.0, la Historia Sociosanitaria, el Panel de Gestión de Casos, y el desarrollo de los Sistemas de Evaluación e Inteligencia Sanitaria, los Cuadros de Mandos Clínicos y de Gestión, los Registros Hospitalarios y la puesta en marcha de la Central de Resultados y el Observatorio de Salud y Equidad.
- En el ámbito de la Investigación se incorporan las previsiones del Programa de Promoción de la Investigación, y el desarrollo de proyectos de innovación dirigidos principalmente a mejorar la corresponsabilidad del paciente.
- Por último y por lo que hace referencia al ámbito de la Formación se contempla el desarrollo del Plan Plurianual de Formación, el incremento de la colaboración docente con los Colegios Profesionales y la apuesta por la simulación como metodología docente.

Dado su carácter funcional, las estructuras multidisciplinares suponen únicamente una nueva forma de organización más orientada al paciente, por lo que, con carácter general, no se considera que tengan que suponer un incremento de gasto.

Se ha previsto que tanto los Responsables de las Estrategias como los Coordinadores de Programas asuman una nueva responsabilidad de carácter técnico sin que ello implique la necesidad de creación de nuevos cargos

La estimación de necesidades es la siguiente:

ESTIMACIÓN DE NECESIDADES DEL PLAN DE SALUD
Incluidas las acciones previstas en la Estrategia de Crónicos

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

Ha de tenerse en cuenta que en muchos casos las necesidades se podrán cubrir mediante recursos internos y no se generará un sobrecoste adicional, ya que su dotación ya está contemplada en los presupuestos. En particular en el caso de los Recursos Humanos en bastantes casos su realización puede ser asumida por la estructura actual mediante la adecuada priorización o mejora de la eficiencia por lo que únicamente se trataría de una reasignación de funciones.

Por otra parte se prevé que a medio plazo el desarrollo de las Estrategias de Crónicos y de Atención Sociosanitaria puedan implicar notables ahorros en el ámbito de la hospitalización ya que promueven alternativas mucho más eficientes y técnicamente más idóneas.

La puesta en marcha inminente de la Contabilidad Analítica nos permitirá objetivar de manera más adecuada la correcta aplicación de los fondos a los objetivos previstos y evaluar lo acertado o no de nuestras previsiones.

Las acciones del plan estarán supeditadas a la existencia de crédito presupuestario suficiente.

12. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

La pretensión primera del presente Plan de Salud es orientar la acción del Sistema Sanitario al logro de resultados medibles en términos de mejora de la salud poblacional; ello exige por tanto un adecuado sistema de seguimiento y control.

Pero además de un requisito esencial la evaluación constituye para el Departamento de Salud una obligación legal, ya que en virtud de lo dispuesto en el Art 22 de la Ley Foral 10/1990 de Salud, tras la modificación dada por la Ley Foral 5/2002, el Departamento de Salud viene obligado a:

- Remitir al Parlamento de Navarra, en el primer trimestre de los años de vigencia del plan, la evaluación y análisis del cumplimiento de los objetivos del plan, así como un informe detallado de las acciones realizadas para su cumplimiento.
- Remitir al Parlamento de Navarra, en el primer trimestre del año siguiente a la finalización del plan la evaluación y análisis definitivo del Plan previo a la presentación de un plan nuevo.

Una adecuada evaluación de un plan estratégico requiere siempre dos modalidades complementarias de seguimiento y evaluación:

- El seguimiento y evaluación del cumplimiento del Plan de Acción, que se centra en la efectiva realización de las acciones e hitos previstos en el cronograma.
- La monitorización y evaluación de los Resultados logrados tras la aplicación del Plan medidos mediante los indicadores de resultados preestablecidos.

Seguimiento del Plan de Acción

La verdadera clave para que el Plan de Salud logre los resultados previstos es sin duda garantizar su efectivo despliegue según el cronograma del Plan de Acción previsto.

Para su seguimiento se han previsto dos sistemas complementarios:

- Panel de Control informatizado
- Reuniones monográficas de los Comités

Panel de Control

Como “instrumento” para confirmar periódicamente que el recorrido emprendido se ajusta al rumbo estratégico elegido se habilitará en la Intranet un Panel Informatizado de seguimiento del Cronograma conforme al modelo que se contiene en la siguiente página.

MODELO DE PANEL DE CONTROL

ESTRATAGIA DE CÁNCER	2015	2016	2017	2018	Estado actual	% Cobertura	Observaciones:
Organización y estructuras de atención al Cáncer							
Creación del Área Clínica de Cáncer					Si		
Creación de Unidades Funcionales Multidisciplinarias (UFM)					Demorado	25%	
Puesta en marcha del Registro Hospitalario de Tumores					Si		
Puesta en marcha nuevos Hosp de Día de Onco y Hemato. CHN					No		
Puesta en marcha del nuevo Hosp de Día de Oncología HRS					No		
Ampliación del Hospital de Día de Oncología Pediátrica CHN					Si		
Puesta en marcha de una Unidad de Cáncer Familiar					-		
Programa de alta resolución y atención personalizada al cáncer							
Protocolos de sospecha fundada					Si		
Puesta en marcha de consultas de Alta Resolución							
Unidad de Admisión específica					Si		Indefinición de objetivos.
Plan terapéutico multidisciplinario					-		
Especialista de referencia					No		
Enfermeras de Enlace Hospitalarias					-		

El Coordinador de cada Programa se responsabilizará de mantener permanentemente actualizado en el Panel de Control el estado de evolución del plan de acción correspondiente y anotará en el mismo el cambio de estado siempre que se produzcan o se alcancen hitos o logros significativos; y en todo caso al menos una vez al trimestre.

Cuando se observen demoras persistentes o se constate la existencia de dificultades que aconsejen la toma de decisiones el Coordinador del Programa cumplimentará y remitirá al Responsable de la Estrategia una Ficha de Seguimiento en la que reflejará el estado actual y la cobertura alcanzada y describirá brevemente el grado de implementación, las dificultades encontradas y en su caso las propuestas de intervención necesarias.

Para quienes tienen la responsabilidad de gestionar el día a día en una organización tan compleja como la sanitaria, sometida a la constante presión de la demanda, los instrumentos de planificación y control estratégico son los únicos que ayudan a evitar que lo urgente acabe siempre prevaleciendo sobre lo verdaderamente importante.

Reuniones de seguimiento del Plan

Los expertos en control estratégico recomiendan encarecidamente humanizar los sistemas de control y no limitarlos a fríos “reports” informatizados. Por ello se prevé celebrar reuniones monográficas tanto de los Comités de Dirección de cada Estrategia como del Comité Técnico del Plan que no solo mejoran la calidad del control sino que ayudan a remover los obstáculos o reorientar las acciones para el logro de los objetivos. Las reuniones que se prevé celebrar son:

- Reunión semestral de evaluación del Comité de Dirección de cada Estrategia que se celebrará en febrero y septiembre de cada año en la que se revisará y aprobará la evaluación semestral para su remisión al Comité de Dirección del Departamento de Salud-Servicio Navarro de Salud.
- Reunión anual del Comité de Técnico del Plan de Salud que se celebrará en el primer trimestre de cada año de vigencia del Plan en la que se revisará y aprobará la evaluación anual que se someterá a la consideración del Comité de Dirección del Departamento de Salud-Servicio Navarro de Salud previamente a su remisión al Consejo Navarro de Salud y al Parlamento.

Evaluación de Resultados. Panel de Indicadores.

La monitorización y evaluación de los Resultados logrados tras la aplicación del Plan se realizará mediante los indicadores que figuran en el siguiente Panel de Indicadores:

PANAL DE INDICADORES DE RESULTADOS Y METAS

MORTALIDAD Y ESPERANZA DE VIDA.

- Esperanza de vida al nacer.
- Años potenciales de vida perdidos
- Tasa de mortalidad infantil
- Tasa de mortalidad perinatal
- Tasa de mortalidad evitable
- Tasa de mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias, suicidios, hepatopatía alcohólica, fractura de cadera, sepsis, politraumatismos
- Tasa de mortalidad prematura por cáncer ajustada por edad
- Supervivencia global del conjunto de cánceres a 5 años
- Supervivencia global de cáncer de colon y recto a 5 años

MORBILIDAD Y SEVERIDAD

- Tasa de incidencia de cánceres de vejiga y cuello de útero.
- Tasa de incidencia de cánceres de colon-recto, mama y cuello de útero diagnosticados en estadios III y IV.
- % de cánceres de colon-recto, mama y cuello de útero diagnosticados en estadios III y IV.
- Media y mediana de tiempo transcurrido desde el diagnóstico de sospecha de cáncer hasta la confirmación diagnóstica.
- Media y mediana de tiempo transcurrido desde la confirmación diagnóstica hasta el comienzo del tratamiento.
- Tasa de incidencia de cardiopatías, enfermedades vasculares, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades respiratorias y de intentos de suicidio ajustada por edad y sexo
- Prevalencia declarada de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales (medida percibida)
- Prevalencia observada de EPOC vs Prevalencia esperada
- % de fumadores mayores de 40 años a los que se ha realizado espirometría
- Prevalencia observada de Diabetes vs Prevalencia esperada
- % pacientes diabéticos que debutan con cetoacidosis
- % y tasa de pacientes diabéticos con complicaciones microy/o macrovasculares en el momento del diagnóstico

- Nº de personas con hiperlipemia familiar que reciben hipolipemiantes
- % de pacientes con artrosis, cefaleas, dolor neuropático, fibromialgia, artritis y dolor lumbar inespecífico en los que consta que se les ha realizado valoración del dolor.
- % de pacientes con dolor crónico en los que consta su nivel de severidad
- Tiempo medio desde la entrada de la llamada de sospecha de urgencia vital hasta la llegada del recurso y tiempo de traslado al hospital
- % de pacientes de IAM, Ictus y Trauma Grave que llegan al hospital en menos de una hora desde la llamada.
- Porcentaje de pacientes con IAM y/o ictus cerebral isquémico que han recibido algún tipo de revascularización.
- Cobertura poblacional de la Estrategia navarra de atención al paciente crónico y pluripatológico
- Porcentaje de crónicos de las patologías prioritizadas incluidos en el Programa sobre el total de Crónicos previstos
- Porcentaje de pacientes crónicos incluidos en el Programa que han sido clasificados según su nivel de severidad
- % de pacientes pluripatológicos severos incluidos en Gestión de Casos y con especialista personal asignado
- % de otros pacientes crónicos severos incluidos en Gestión de Casos y con especialista personal asignado
- Promedio de urgencias hospitalarias por paciente de los incluidos en el Programa de Crónicos
- Tasa de ingresos hospitalarios ajustados por severidad de los pacientes incluidos en el Programa de Crónicos
- Promedio de días de estancia hospitalaria por paciente de los incluidos en el Programa de Crónicos
- Porcentaje de pacientes con conciliación de la medicación al ingreso y tras alta hospitalaria
- % de los pacientes incluidos en el Programa de Crónicos en los que consta su nivel de cumplimiento terapéutico
- Promedio de medicamentos por paciente de los incluidos en el Programa de Crónicos
- % de pacientes crónicos en cuya Hª Clª consta que se ha prescrito ejercicio físico y abandono del tabaco

- % de personas pluripatológicos, EPOC, IAM, Ictus que continúan fumando
- % de personas pluripatológicos, EPOC, IAM, Ictus que realizan ejercicio
- Porcentaje de descompensaciones que reciben una interconsulta en 24 horas
- Porcentaje de pacientes con alta hospitalaria atendidos por su UBA de AP en 48 horas
- Tasa de incidencia de infecciones nosocomiales, tromboembolismo pulmonar, RAM y complicaciones en partos
- Tasa de pacientes polimedificados por grupo de edad

DISCAPACIDAD Y AUTONOMÍA PERSONAL.

- Esperanza de vida libre de discapacidad ajustado por edad
- Tasa de partos prematuros y de niños con bajo peso al nacer ajustados por edad de las madres
- Tasa de complicaciones en partos ajustadas por edad
- Cobertura de cribado de las metabolopatías incluidas en la Cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud
- Cobertura del Programa del Niño Sano
- % de Menores de 5 años en cuya Hª Clínica consta el nivel de riesgo psicosocial.
- Número de niños valorados en el programa de estimulación precoz y nº de niños que reciben rehabilitación funcional
- % de niños con déficits de desarrollo físico, psíquico o sensorial a los que se les ha realizado una evaluación
- Número de pacientes con enfermedad neurodegenerativas, cerebrovasculares o mayores de 75 años a los que se les ha realizado una evaluación de su capacidad funcional
- % pacientes que reciben rehabilitación cardiológica tras IAM
- % de pacientes con EPOC severos que reciben rehabilitación respiratoria
- % de pacientes con ictus y fractura de cadera que han recibido rehabilitación
- % de pacientes con ictus y fractura de cadera que han recibido rehabilitación funcional y ayudas para su adaptación al entorno
- % de pacientes con enfermedades neurodegenerativas que reciben estimulación cognitiva y rehabilitación funcional

- % Pacientes dependientes a los que se les ha realizado una valoración sociosanitaria domiciliaria.
- Tasa de fracturas de cadera ajustadas por edad.
- Tasa de incidencia de úlceras de decúbito
- % de pacientes con linfedema tras cirugía de mama
- % de pacientes con linfedema tras cirugía de mama que reciben tratamiento rehabilitador
- % de pacientes con antecedentes de cáncer y buena calidad de vida
- % de personas cuidadoras de pacientes en programa de cuidados paliativos, pacientes con demencia y de pacientes con trastorno mental grave a los que se les ha realizado la escala de sobrecarga y formación específica

SALUD PERCIBIDA Y CALIDAD DE VIDA

- % de la población que considera su estado de salud como bueno o muy bueno.
- Índice de mala salud mental en adultos
- % de pacientes crónicos severos a los que se les ha evaluado la calidad de vida (EQ 5)
- % de pacientes crónicos severos a los que se les ha evaluado la percepción de salud y la existencia o no de depresión/ansiedad subclínica.
- % de pacientes crónicos que consideran su estado de salud como malo o muy malo estratificado por severidad
- % de pacientes con cáncer a los que se ha valorado su calidad de vida
- % de pacientes con dolor crónico en cuya Historia Clínica consten al menos dos valoraciones de la escala del dolor
- % de pacientes con dolor crónico severo en cuya Historia Clínica conste una valoración multidimensional
- % de pacientes del programa de cuidados paliativos que son pediátricos y/o no oncológicos
- Estilos de vida saludables y riesgos para la salud.
- Tasa de bebedores de riesgo, tabaquismo, consumo de drogas, sedentarismo, apoyo social funcional y obesidad
- % de pacientes diagnosticados de dislipemia a los que se ha valorado el riesgo cardiovascular
- % de población atendida en Atención Primaria no fumadora o exfumadora, con TAS/TAD

- menor de 140/90 mmHg en la última medición
- % de diabéticos y/o con eventos cardiovasculares no fumadora o ex fumadora, con TA <140/90, LDL <100 e IMC <25 Kg/m²
- % de personas mayores de 65 años no fumadoras, no bebedoras y no sedentarias
- % de personas mayores de 65 años que disponen de una red social o de apoyo adecuado
- % de fumadores en la población general por edad, sexo y clase social
- % de la población general por edad sexo y clase social que realiza actividad física
- % de población adulta con sobrepeso y obesidad por edad, sexo y clase social
- % de población infantil y adolescente con sobrepeso y obesidad por edad, sexo y clase social
- % población bebedora habitual y bebedora de riesgo por edad, sexo y clase social
- % población que consume diariamente frutas, verduras u hortalizas edad, sexo y clase social.
- Número de campañas realizadas sobre consejos de exposición solar adecuada, estrés, cuidados de espalda, sexualidad, problemas adaptativos, afrontamiento
- Número de cursos de formación a pacientes realizados sobre consejos de exposición solar adecuada, estrés, cuidados de espalda, sexualidad, problemas adaptativos, afrontamiento
- Número de cursos de formación de profesionales realizados sobre consejos de exposición solar adecuada, estrés, cuidados de espalda, sexualidad, problemas adaptativos, afrontamiento
- % de población escolar que se beneficia de la Red de Escuelas Promotoras de Salud
- % de población > 65 años que reside en Municipios que cuentan con Programas Municipales de Envejecimiento Saludable
- % de población > 65 años que reside en Ciudades Amigables con las Personas Mayores
- Número de Proyectos planes o programas de otros Departamento sobre los que se han realizado un Informes de Impacto en Salud
- Nº de personas > 75 años en cuya Hª Clª consta una valoración del riesgo psicosocial
- % de Zonas Básicas que cuentan con Comité de Gestión de Casos de riesgo psicosocial Infantil
- Cobertura vacunal en la población diana.
- Aumentar la tasa de notificaciones de eventos adversos por 1.000 habitantes

EMPODERAMIENTO Y AUTOCUIDADO

- % pacientes incluidos en programa de crónicos en los que consta que se ha realizado formación en autocuidados
- % pacientes crónicos severos en los que consta que se ha evaluado su capacitación para reconocer los signos de alarma y pautas de actuación
- % de pacientes incluidos en programa de crónicos y de prevención cardiovascular que se autocontrolan
- Número de Pacientes Expertos capacitados que colaborar en la formación y promueven la autoayuda.
- % padres y madres de menores incluidos en Estrategia de crónicos con formación adecuada en cuidados sobre la población diana
- Número de docentes formados en temas de Salud
- % población que se considera corresponsable de su estado de salud en su relación con el sistema sanitario
- % población que se considera capacitada para el autocuidado de su estado de salud
- Tasa de procesos autolimitados atendidos en Atención Primaria y Urgencias.
- Grado de satisfacción del ciudadano con la información recibida en la consulta del médico especialista por su problema de salud
- Grado de satisfacción con el conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud en el centro de AP
- % de pacientes incluidos en algún grupo de autoayuda
- Nº de entradas en la pestaña de ciudadanía del Portal de Salud de navarra.es
- % de Comités y Grupos de Mejora que cuentan con presencia de ciudadanos o pacientes
- Número de propuestas formuladas por los ciudadanos a través de los distintos canales de participación
- Número de sesiones realizadas de órganos y espacios de participación ciudadana establecidos
- Número de personas que participan en los órganos y espacios de participación por edad, sexo, Zona Básica.
- Número de Informes de participación realizados

EQUIDAD EN LOS RESULTADOS DE SALUD

- Porcentajes de revascularización en IAM por Área de Salud
- Porcentajes de revascularización en Ictus por Área de Salud
- Porcentajes de pacientes mayores de 75 años con rehabilitación tras fracturas de cadera por Área de Salud
- Tasa de pacientes con deterioro cognitivo que reciben estimulación cognitiva por Área de Salud
- Tasa de pacientes con enfermedad neurodegenerativa que reciben rehabilitación por Área de Salud
- % de pacientes que reciben técnicas intervencionistas primarias en IAM por sexo
- Tasa de mortalidad en pacientes con enfermedad mental grave en menores de 75 años
- Número de campañas dirigidas a la población para reducir el estigma de determinadas enfermedades (mentales, dolor crónico, etc.)
- Número de pacientes de Cuidados Paliativos, TMG y Demencia en cuya Hª Clª consta la persona cuidadora principal
- Número de otros pacientes crónicos severos en cuya Hª Clª consta la persona cuidadora principal
- % de adolescentes que consumen alcohol, tabaco y/o drogas ilegales por sexo y nivel social
- Desigualdades en esperanza de vida a los 30 años por nivel social y sexo

- Desigualdades en mala salud percibida por nivel social y sexo

CONTRIBUCIÓN A LA SOSTENIBILIDAD

- Tasa de hospitalizaciones potencialmente evitables (ACSC ambulatory care sensitive conditions)
- Tasa de urgencias totales y en pacientes crónicos
- Tasa de estancias hospitalarias ajustadas por edad
- Estancia media ajustada por casuística.
- Tasa de reingresos al mes, a los tres meses y al año
- Porcentaje episodios atendidos en Hospital de Día y Hospitalización a Domicilio sobre total de episodios de hospitalización
- Estancia media hospitalaria de pacientes con ICTUS, fractura de cadera.
- Disminuir la variabilidad en procedimientos o tratamientos en los que hay una clara evidencia
- Número de Guías y Protocolos implementados
- % de pacientes dislipémicos sin otros FRCV que llevan tto con estatinas
- % de pacientes polimedicados con revisión de su medicación