

# **Plan de Salud de Navarra 2014-2020**

Departamento  
de Salud



## INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. DIAGNOSTICO DE SITUACIÓN .....	6
3. PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN .....	75
4. METODOLOGÍA.....	81
5. OBJETIVOS DE RESULTADOS .....	88
6. PLAN DE ACCIÓN .....	95
8. TRANSFORMACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN .....	115
9. INSTRUMENTOS ESTRATÉGICOS.....	132
10. DESPLIEGUE DEL PLAN DE SALUD .....	164
11. IMPACTO ECONÓMICO .....	173
12. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.....	175

BORRADOR

# 1. INTRODUCCIÓN

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.

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.

Hoy me complace presentar el proyecto de Plan de Salud 2014-2020 que sometemos a la consideración pública y que habrá de constituir el eje central de las políticas de salud de nuestro Sistema Sanitario para los próximos años.

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 medibles y en términos poblacionales.

El Plan de Salud 2014-2020 establece Objetivos Específicos de Resultados medibles, y pretendemos que suponga un antes y un después en la cultura de orientación de la organización al resultado e implique un salto cualitativo en el desarrollo de los sistemas de evaluación de resultados en salud.

A la hora de establecer el Plan de Acción se han identificado doce áreas prioritarias o Estrategias de Salud que se despliegan en un conjunto de Programas de Salud para cuyo desarrollo se han definido responsabilidades personales, que no cargos, configurando un auténtico organigrama funcional que pretende orientar la organización a los resultados en salud.

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 “el qué” en tanto que en la Estrategia de Crónicos se hace referencia a “el cómo”.

Los expertos identifican barreras para que las prioridades de salud se conviertan en prioridades reales de acción del Sistema Sanitario y proponen instrumentos 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 esperable de un instrumento de tal importancia estratégica.

Asignar responsabilidades bien definidas, divulgar los Planes de Salud a los profesionales, 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 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 “*Triple AIM*”. 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 con esto no basta. El segundo requisito que los expertos señalan para conseguir buenos resultados de salud es que el Plan de Salud no se limite a establecer objetivos para el Sistema Sanitario sino que amplíe su radio de acción a todas las actividades,

sanitarias o no, que inciden directamente en el nivel de salud y bienestar de la población. Con frecuencia, incluso los propios sanitarios, minusvaloran la importancia de lo proactivo, intersectorial y comunitario. Se tiende a olvidar que el nivel de salud de una comunidad no depende únicamente de la asistencia sanitaria que prestan.

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.

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 Políticas 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.

Invitamos a cuantos ciudadanos, pacientes, profesionales sanitarios y no sanitarios, representantes políticos, universidades, entidades sociales y en general a toda la Sociedad Navarra a hacernos llegar cuantas aportaciones consideren oportunas.

Sin duda el período de exposición pública que ahora se abre nos permitirá enriquecer el Plan y lograr el consenso profesional, político y social que un proyecto de esta naturaleza requiere dada su trascendencia y vigencia temporal.

## 2. DIAGNOSTICO 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 [www.xxxxx](http://www.xxxxx). 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 de desigualdades de salud.

El tercer y último apartado se refiere al Sistema Sanitario. Se proporciona y se analiza información referida a sus recursos, servicios y prestaciones. Se dedica un esfuerzo importante a la descripción de 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

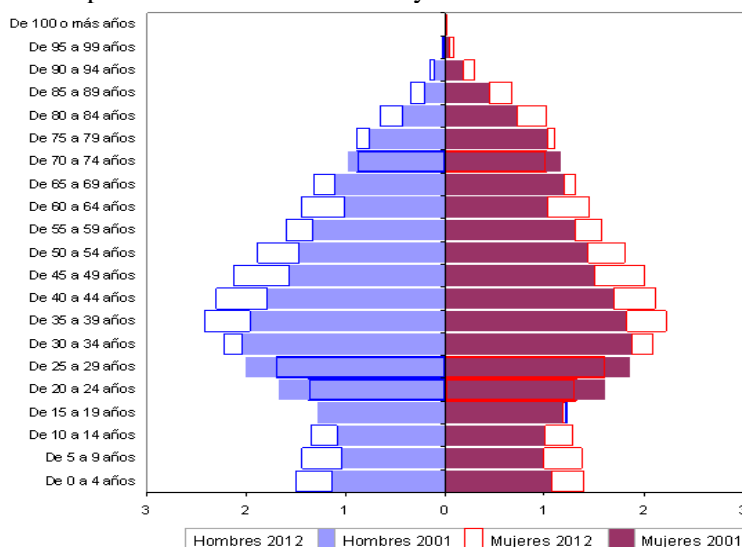
#### 1.1. DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS

##### Estructura de la población

La población residente en Navarra a 1 de enero de 2012 es de 643.713 habitantes. En los últimos 10 años ha experimentado un crecimiento progresivo con una tasa de crecimiento anual desde 1991 de 1,33%, habiendo bajado el último año a un 0,25% coincidiendo con una disminución de la población extranjera.

La pirámide de la población de Navarra muestra la forma característica de una población regresiva, con una base más estrecha que el cuerpo y un porcentaje de personas mayores relativamente grande, aunque, probablemente en relación con la inmigración, presenta signos de rejuvenecimiento de la población en estos últimos años. El crecimiento natural de la población se ha duplicado pasando de 813 personas en 2002 a 1.797 en 2010. El índice de masculinidad es del 99,8%.

**Figura 1.** Pirámides de población de Navarra 2001 y 2012



Es necesario destacar que los índices de recambio de la población activa han sufrido un descenso importante en los últimos diez años.

Respecto a la distribución geográfica la densidad de población a 1 de enero de 2011 es de 61,8 personas/Km<sup>2</sup> para el conjunto de Navarra, por debajo de la de España que es de 93,5, oscilando entre los 449,2 habitantes/ Km<sup>2</sup> de Pamplona y comarca y los 6,65 habitantes/ Km<sup>2</sup> de Pirineo Este. En todas las zonas la densidad de población se ha incrementado en los últimos 10 años.

#### Inmigraciones y emigraciones. Variaciones de residencia internacionales

La población extranjera residente en Navarra ha aumentado en números absolutos y relativos respecto al total de población hasta el año 2009, momento en el que comienza a descender. En el año 2012 hay 69.148 extranjeros residentes en Navarra, lo que representa un 9,2% de la población total. Es una población con un ligero predominio masculino 1.1, y joven, concentrándose en el tramo de edad de 30 a 50 años. Los países de procedencia predominantes son los de América Latina y los de Europa del Este. La inmigración produce un incremento del grupo de población de entre 20 y 39 años y en los niños de corta edad.

En los movimientos internacionales se va produciendo un equilibrio entre emigraciones e inmigraciones, en 2002 la proporción era de 30% versus 70% respectivamente y en 2011 es de 44% versus 56%.

Respecto a 2010, las salidas al extranjero de personas con nacionalidad española han aumentado en 8 puntos porcentuales, han sido 771 emigraciones. Los principales países de destino son Ecuador, Francia, Reino Unido, Estados Unidos y Alemania por este orden.

#### Movimiento natural de la población

La evolución del nº de nacimientos y de la tasa bruta de natalidad desde el año 2002, 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 en todo

el periodo, hasta alcanzar el 8,0 % en 2010. La nupcialidad tiene una tendencia descendente en todo el periodo.

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

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Natalidad y fecundidad</b>									
Nº Nacimientos	5.802	6.180	6.293	6.149	6.551	6.595	7.029	6.844	6.778
T. Bruta Natalidad	10,4	10,9	10,9	10,5	11,1	11,0	11,5	11,1	10,9
% nacidos madre extranjera	11,1	13,4	15,0	15,5	18,1	19,5	21,2	20,7	21,6
Índice de fecundidad	1,3	1,4	1,4	1,3	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5
Edad media a la maternidad	30,2	30,0	30,1	30,4	29,9	29,9	29,8	30,1	30,3
<b>Mortalidad</b>									
T. Bruta Mortalidad General (%)	8,8	9,1	8,6	8,8	8,2	8,5	8,6	8,3	8,0
<b>Nupcialidad</b>									
Matrimonios	2.828	2.868	2.920	2.684	2.763	2.732	2.714	2.523	2.323
T. Bruta Nupcialidad	5,0	5,0	5,1	4,6	4,7	4,5	4,4	4,1	3,7
% al menos un cónyuge extranjero	8,2	9,4	12,4	12,1	13,0	15,8	15,0	16,2	15,6

Fuente: Instituto de Estadística de Navarra

## 1.2. 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, estando por encima de España, la Unión Europea y la OCDE en el porcentaje de población que ha completado un nivel de formación de enseñanza post-obligatoria o superior.

País \ Nivel	Cine 0,1,2	Cine 3	Cine 4,5,6
<b>Navarra</b>	40,9	23,4	35,7
<b>España</b>	48,8	21,9	29,2
<b>Media Unión Europea</b>	29	43,6	28,3
<b>Media Países OCDE</b>	27,9	46,8	25,3

Respecto al abandono escolar prematuro en el período comprendido entre 2001 y 2011 los índices de abandono escolar de Navarra se mantienen por debajo de la media de España siendo en 2009 11 puntos porcentuales inferior. Este mismo año Navarra estaba 5 puntos por encima de la media de la Unión Europea. En todos los casos se da mayor abandono escolar prematuro entre hombres que entre mujeres siendo las diferencias por sexo menores en Navarra que en España y en la Unión Europea.

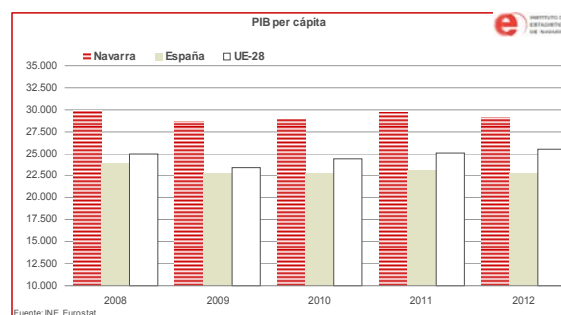
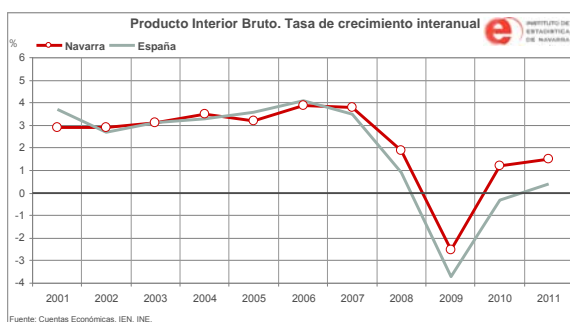
### Vivienda

Los datos obtenidos de la encuesta de condiciones de vida (ECV) de 2012 realizada por el Instituto de Estadística de Navarra 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 que hace que se pase a tasas de decrecimiento en 2009.



Los datos del PIB por habitante de la Comunidad Foral supuso en el 2012 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, que se trata de un índice sintético que engloba aspectos de salud, educación y nivel de riqueza, fue en 2010 de 0,918, similar a los países más desarrollados.

### 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 Encuesta Nacional de Salud 2011, 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.

La **tasa de riesgo de pobreza** en Navarra, calculada con los ingresos percibidos por los hogares en 2011 de Navarra, fue del 21,0%. Se observaron unas tasas mayores en los menores de 16 años (29,5%) y mayores de 65(22,9%).

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.

### 1.3. 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.

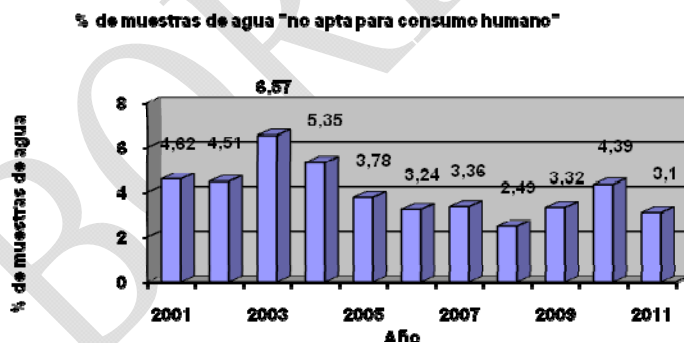
Se recogen los valores de distintos contaminantes y se constata si superan los límites para la protección humana de la salud. En el período 2007-2011 solo se registró una superación del valor límite horario para el dióxido de azufre, no superando el límite diario; 35 superaciones en el año 2007 del límite horario de partículas sólidas PM<sub>10</sub>, 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.

El siguiente gráfico describe la evolución en Navarra del porcentaje de análisis de calidad del agua de consumo humano con resultado “no apto para 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 m<sup>3</sup>/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 aparecidos en los últimos años, cabe destacar la *Escherichia coli* productora de toxinas, la presencia de archilamida en leche y lácteos, la presencia de dioxinas en piensos, carnes y huevos, la aparición de cepas de agentes zoonóticos resistentes a antimicrobianos, la presencia de organismos modificados genéticamente no autorizados en la Unión Europea o 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.

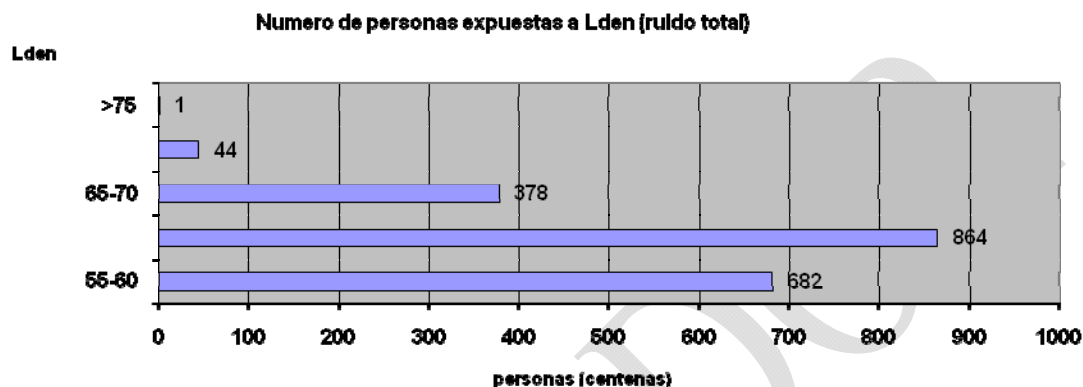
En 2010 se inspeccionaron en Navarra 5 empresas químicas dentro del Programa europeo de inspección Reach in Force-1 de comprobación del cumplimiento del Reglamento REACH (Registro, evaluación, autorización y restricción de las sustancias químicas) por parte de las empresas.

En 2011 el Registro de Servicios plaguicidas incluía 330 empresas, se impartieron ocho cursos de aplicadores de plaguicidas fitosanitarios, se gestionó una alerta de sustancias que afectaba a la Comunidad y se participó en la formación y preparación del Programa de inspección Reach in Force 2 cuyas inspecciones se realizaron en el primer trimestre de 2012.

### 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 ionizantes

Las radiaciones no ionizantes, los campos de radiofrecuencia y los campos electromagnéticos, de amplio uso en la vida moderna, 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, disminuyendo los valores de referencia, aproximadamente a la mitad.

Tanto la OMS como la Comisión Europea concluyen que no existen datos 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, pero 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. En ningún de los dos casos estos resultados se han confirmado ni explicado mediante experimentos con animales y cultivos celulares.

No existe suficiente conocimiento científico para evaluar los posibles riesgos de la exposición ambiental a los campos de radiofrecuencia, frecuencia intermedia y frecuencia extremadamente baja por lo que es necesario profundizar en la investigación,

especialmente sobre la exposición a largo plazo y sobre efectos sobre los niños y el personal que trabaja con equipos que generan fuertes campos.

#### Actividades de prevención en instalaciones de riesgo de legionelosis

Navarra cuenta con un Plan de control de la legionelosis que conlleva la inspección de edificios de uso colectivo y/o industrias, en cada una de las visitas se inspeccionan todas y cada una de las instalaciones potencialmente transmisoras de legionelosis existentes en dichos edificios.

Para facilitar la inspección y control preventivo de las instalaciones de riesgo el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra gestiona el “Censo de torres y condensadores evaporativos”, con 540 instalaciones inscritas en el año 2011, en un total de 221 edificios de uso colectivo y/o industrial. El Instituto también gestiona un registro de empresas de tratamiento con 205 empresas autorizadas en 2011, y de entidades autorizadas para impartir y acreditar cursos de cualificación.

En aplicación del Decreto Foral 54/2006, de 31 de julio, por el que se establecen medidas para la prevención y control de la legionelosis, el ISPL investiga los casos y brotes de legionelosis y las comunicaciones de presencia de Legionella en puntos de consumo del sistema de agua caliente sanitaria en centros sanitarios con internamiento, en centros socio sanitarios residenciales, o en el agua del sistema de refrigeración de torres de refrigeración y condensadores evaporativos.

El año 2006 se produjo un brote de legionelosis en Pamplona que 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.

### **1.4. ESTILOS DE VIDA**

Por “Estilos de vida” se entiende la “manera general de vivir” de las personas, grupos y comunidades. Incluye el modo de comer, el ejercicio, consumo de alcohol, vida sexual, conducción, manejo del estrés, tabaco, etc. abarcando las formas de pensar y de comportarse, las relaciones interpersonales, la relación con el entorno...

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.

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.

### Tabaco

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud 2011 (ENS 2011), 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 y un 14,7% son exfumadores, concentrándose estos en el grupo de edad de 45 a 64 años; el consumo diario de tabaco en hombres aumenta a medida que la clase social es más desfavorecida y la edad media para empezar a fumar es de 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 Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2007, muestra que la prevalencia de consumo diario de tabaco en jóvenes de 14 a 29 años es del 32,5% en los chicos y del 26,1% en las chicas, aumenta con la edad en ambos sexos, en todos los grupos de edad fuman más los chicos y un 13% de los jóvenes son fumadores ocasionales.

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 es más avanzada que Ley 28/2005 en la protección de la salud, ampliando la prohibición de fumar en espacios públicos cerrados y colectivos.

Las tendencias de consumo entre 2005-2010 muestran descenso en la venta de cajetillas y aumento de unidades de cigarrillos, picadura para liar y picadura de pipa.

En cuanto a la concienciación respecto al tabaquismo la mitad de la población española, según el CNPT, 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** 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, y la de cocaína de 0,06. 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. Tres de cada cuatro jóvenes se han emborrachado alguna vez en la vida, uno de cada tres el último mes. 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.

#### 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.

#### 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 se 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 sedentaria, siendo esta en España de un 41,3% y de un 32,3% de la población mayor de 16 años. Son más sedentarias las mujeres que los hombres y 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 trata 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.

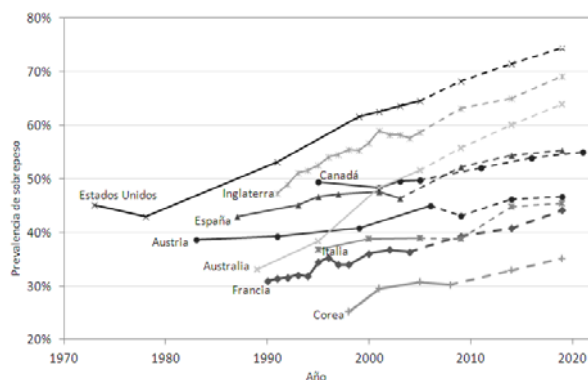


Gráfico: Informe OCDE

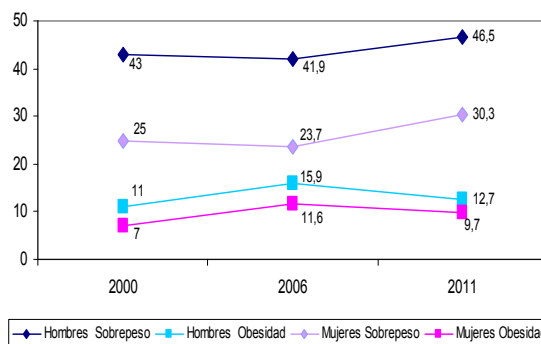


Gráfico: Evolución temporal sobrepeso y obesidad en Navarra, según sexo

La ENS 2011 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.

Coincidiendo con los resultados de otros estudios, 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

En los últimos años, como consecuencia de la crisis financiera, han crecido y profundizado las fuentes de estrés. En la ENS 2011, en Navarra la valoración del nivel de estrés laboral alcanza una puntuación de 4,0 en una escala de 1 (nada estresante) a 7 (muy estresante) y el estrés es mayor en hombres 4,2 que en mujeres 3,8.

Según la ENS 2011, 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.

La salud mental se relaciona en muchos casos con el estrés. 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%).

## 2. ESTADO DE SALUD

### 2.1. 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 2000-2010. Las comparaciones con datos de España se han realizado utilizando los datos publicados por el Centro Nacional de Epidemiología e INE 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 4984 personas residentes en Navarra, de ellas 2523 eran hombres y 2461 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.

En el año 2010, la esperanza de vida al nacer en Navarra fue 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. Navarra es la Comunidad Autónoma que presenta la esperanza de vida al nacer más alta, tanto en hombres como en mujeres.

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.

#### Mortalidad por grupos de edad y sexo

En la siguiente tabla se presentan el número medio anual de fallecimientos por grupos de edad y sexo en los quinquenios 2001-2005 y 2006-2010; las tasas específicas de mortalidad, el ratio entre las tasas de los hombres y mujeres y el porcentaje de cambio entre las tasas del segundo quinquenio respecto al primero.

En ambos quinquenios, las tasas de mortalidad por edad presentan un pico en los menores de un año para descender en el siguiente grupo de edad y aumentar posteriormente. Se observa una sobremortalidad de los hombres respecto a las mujeres en todos los grupos de edad, alcanzado un ratio de 3,4 en el grupo 20-29 años.

Tabla 1. Número de defunciones y tasas específicas de mortalidad por edad y sexo. Ratio de las tasas de los hombres respecto a las mujeres en el periodo 2006-2010 y porcentaje de cambio en 2006-2010 respecto 2001-2005.

Edad	HOMBRES				MUJERES				Razón tasas	% cambio tasas en 2006-2010 vs 2001-2005	
	2001-2005		2006-2010		2001-2005		2006-2010			Hombre / Mujer	Hombres
	Tasa x100000	Nº de muert es año	Tasa x100000	Nº de muert es año	Tasa x100000	Nº de muert es año	Tasa x100000	Nº de muert es año			
<1	362,7	10	267,3	9	295,4	8	209,7	7	1,3	-26	-29
1-9	19,7	5	22,8	7	13,9	3	13,0	4	1,7	16	-6
10-19	29,9	9	33,9	10	12,0	3	15,9	4	2,1	13	32
20-29	83,4	39	53,4	22	29,3	13	15,7	6	3,4	-36 *	-46 *
30-39	104,5	53	77,4	43	52,8	25	35,8	18	2,2	-26 *	-32 *
40-49	228,5	98	183,4	90	120,5	49	93,1	43	2,0	-20 *	-23 *
50-59	544,4	190	502,3	192	224,8	77	219,1	81	2,3	-8	-3
60-69	1340,5	347	1143,3	328	501,5	136	440,7	130	2,6	-15 *	-12 *
70-79	3565,9	766	3045,9	667	1666,3	445	1455,9	388	2,1	-15 *	-13 *
>=80	12086,0	1155	11107,3	1291	8899,5	1641,4	8289,0	1795	1,3	-8 *	-7 *

\* Las diferencias son estadísticamente significativas

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. Entre la población de 20-50 años, el descenso porcentual de las tasas se situó entre el 20 y el 46%.

### Mortalidad perinatal e infantil

En la siguiente tabla se presentan el número de nacidos vivos en Navarra entre 2001 y 2010, la tasas de mortalidad perinatal, infantil y neonatal en Navarra y el número de fallecidos en el primer año de vida.

Tabla. Número de recién nacidos vivos, defunciones de menores de 1 año y tasas de mortalidad perinatal, infantil y neonatal por 1000. Navarra 2006-2010.

Año	Número de recién nacidos vivos	Muertes < 1 año	Tasa mortalidad perinatal*	Tasa mortalidad infantil	Tasa mortalidad neonatal
2006	6551	18	4,1	2,7	2,1
2007	6595	15	2,4	2,3	1,4
2008	7029	16	3,4	2,3	1,1
2009	6844	15	4,7	2,2	1,2
2010	6873	13	3,5	1,9	0,7

\*Muertes fetales tardías más las defunciones de menores de una semana por mil nacidos

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

Considerando la clasificación de los grandes grupos de mortalidad de la CIE-10, el cáncer fue la primera causa de muerte en 2010 entre los hombres (34.5%) y las enfermedades del sistema circulatorio la segunda (27%), el tercer y cuarto lugar lo

ocupan las enfermedades respiratorias y las causas externas, con un 12.1% y 5.5% respectivamente.

Entre las mujeres destacan por su frecuencia, las muertes por cáncer (34,5%), enfermedades del aparato circulatorio (33,5%), enfermedades respiratorias (11,1%) y, en cuarto lugar, las enfermedades del sistema nervioso (7,9%).

**Tabla. Mortalidad por grandes grupos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE- 10) y lista desagregada de causas de muerte. Número y porcentaje de defunciones en 2010 y tasas ajustadas por edad a la población europea por 100.000 en el periodo 2001-2005 y 2006-2010. Navarra. Hombres y mujeres.**

	Hombres				Mujeres			
	n° muertes en 2010	%	Tasas ajustadas x 100.000		n° muertes en 2010	%	Tasas ajustadas x 100.000	
			2001- 2005	2006- 2010			2001- 2005	2006- 2010
<b>TOTAL</b>	<b>2523</b>	<b>100</b>	<b>691,0</b>	<b>609,6</b>	<b>2461</b>	<b>100</b>	<b>367,1</b>	<b>328,7</b>
Infecciosas y parasitarias	43	1,7	12,7	10,3	39	1,6	7,2	5,4
Tumores	870	34,5	232,8	215,0	532	34,5	106,9	101,6
Sangre, inmunidad	7	0,3	1,3	1,6	14	0,6	1,1	1,2
Endocrinas, nutrición, metabólicas	65	2,6	15,2	14,3	99	4,0	13,1	11,4
Trastornos mentales y comportamiento	47	1,9	11,3	11,4	104	4,2	10,8	10,9
Sistema nervioso, ojo y oído	129	5,1	20,4	24,2	194	7,9	20,8	22,9
Sistema circulatorio	682	27,0	196,1	159,8	825	33,5	110,5	92,7
Sistema respiratorio	305	12,1	82,3	70,0	274	11,1	33,9	31,6
Sistema digestivo	132	5,2	33,4	33,1	150	6,1	16,7	16,4
Enf. de la piel y del tejido subcutáneo	10	0,4	1,2	1,4	12	0,5	1,7	1,9
Sistema osteomusc. y tej. conjuntivo	16	0,6	4,3	4,0	52	2,1	4,9	4,4
Sistema genitourinario	46	1,8	12,7	11,3	61	2,5	7,5	6,4
Afecciones originadas en el periodo perinatal	4	0,2	3,3	1,8	0	0,0	2,5	0,5
Malform congénitas y anom. cromosom.	3	0,1	1,9	3,1	3	0,1	2,7	2,6
Mal definidas	24	1,0	11,9	6,6	42	1,7	9,5	5,4
Causas externas	140	5,5	52,5	43,2	60	2,4	19,5	14,5

Los tumores y las enfermedades circulatorias han presentado un descenso significativo de las tasas en el último quinquenio, tanto en hombres como en mujeres (7% en hombres y 4,9% en mujeres en el caso de los tumores y 18% en hombres y 16% en mujeres en el caso de las enfermedades circulatorias), así como las causas externas que descendieron un 17,7% en hombres y un 25,9% en mujeres.

Las causas de muerte más frecuentes varían dependiendo del grupo de edad. Entre los 0-19 años, destacan los accidentes de tráfico y ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal. Entre los 20-44 años, las muertes por accidentes de tráfico en hombres y el cáncer de mama entre las mujeres ocupan las primeras posiciones. Entre los varones de 45-64 años destacan el cáncer de pulmón e infarto de miocardio mientras que entre las mujeres las 4 primeras causas se encuentran diferentes tipos de cáncer (mama, pulmón, colon y ovario). Entre la población de 65-84 años, el cáncer de pulmón continúa siendo la primera causa de muerte en los hombres y la enfermedad cerebrovascular en las mujeres. 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.

La evolución reciente de las 20 causas de muerte más frecuentes de la lista desagregada muestra el importante descenso de las causas de muerte de origen cardiovascular (infarto agudo de miocardio, otras enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares y la insuficiencia cardiaca) tanto en hombres como en mujeres. Los descensos de las tasas de mortalidad por estas causas son responsables en buena medida del incremento de la esperanza de vida en Navarra, junto al descenso importante de la mortalidad por accidentes de tráfico.

#### 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.

**Tabla. APVP en Navarra. Causas, tasas estandarizadas a población europea y porcentaje de cambio en 2006-2010 respecto a 2001-2005.**

Capítulo CIE-10	%	Tasas ajustadas por 100.000		% cambio de 2006-2010 vs 2001-2005
		2001-2005	2006-2010	
<b>Hombres</b>				
Tumores	35,3	1431,0	1284,7	-10
Causas externas	28,7	1386,8	1047,2	-24
Sistema circulatorio	16,6	703,5	605,5	-14
Sistema digestivo	4,3	180,6	156,9	-13
Infecciosas y parasitarias	3,6	165,5	132,6	-20
<b>Mujeres</b>				
Tumores	50,2	863,7	816,7	-5
Causas externas	18,2	443,6	296,4	-33
Sistema circulatorio	10,6	181,5	171,9	-5
Infecciosas y parasitarias	4,3	78,5	69,6	-11
Sistema nervioso, ojo y oído	3,9	96,4	64,1	-34

Los indicadores que presentan una evolución positiva en el periodo 2006-2010 son el aumento de la esperanza de vida al nacer que se sitúa en 80,9 en los hombres y 87 años en las mujeres, el marcado descenso de las tasas de mortalidad entre los 20-50 años, la disminución de las tasas de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares e insuficiencia cardiaca en ambos sexos, el descenso de

la mortalidad por cáncer de estómago y cáncer de próstata, el importante descenso de la mortalidad por accidentes de tráfico y que se mantiene el descenso de las enfermedades respiratorias.

El indicador más preocupante en el periodo 2006-2011 es la falta de un descenso sustancial de la mortalidad por los tumores malignos relacionados con el tabaquismo, lo que evidencia la necesidad de incrementar los esfuerzos en la lucha antitabáquica para asemejarnos a países como los del norte de Europa o Estados Unidos donde ya ha comenzado a descender.

## 2.2 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, suponiendo los GRDs (Grupos relacionados con el diagnóstico) más frecuentes un 47,10% de todas las altas.

Los GRD's más frecuentes fueron el parto vaginal sin complicaciones que supuso un 5,51% de todas las altas hospitalarias, los problemas médicos de la espalda con un 2,52%, los problemas respiratorios exceptuando la bronquitis y asma y asociados a otras comorbilidades o complicaciones mayores con 2,40% de casos y el parto vaginal con complicaciones que supuso un 2,35%. El resto de GRD's supusieron, cada uno de ellos, menos del 2% de las altas.

### 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.** 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	<b>16.109</b>
Cardiopatía Isquémica	8.536	8.296	1.651	712	<b>19.195</b>
Insuficiencia Renal	7.109	6.412	1.344	712	<b>15.577</b>
EPOC.	7.558	4.496	1.861	514	<b>14.428</b>
Insuficiencia Cardíaca	2.625	3.516	2.177	672	<b>8.990</b>
Diabetes	24.402	11.719	2.968	1.661	<b>40.749</b>
Demencia	3.539			3.954	<b>7.493</b>
<b>TOTAL</b>	<b>92.887</b>	<b>20.446</b>	<b>3.497</b>	<b>3.954</b>	<b>120.784</b>

## 2.3. MORTALIDAD Y MORBILIDAD POR LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

### 2.3.1. CÁNCER

#### Mortalidad

En 2011, el cáncer ha sido la primera causa de muerte entre los hombres (36,4%) y la segunda entre las mujeres y ha originado un total de 1.548 muertes, 926 en hombres y 622 en mujeres.

Si se considera el quinquenio 2007-2011 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 en hombre (-7%) y se mantiene estable entre las mujeres (0%). La disminución de las muertes por cáncer de mama (-12%) se compensa con un aumento de la mortalidad por cáncer de pulmón en este colectivo.

En el último quinquenio el cáncer de pulmón (15%) es la tercera causa de mortalidad prematura y en las mujeres el cáncer de mama la primera.

#### 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.

El 65 % de los cánceres registrados durante el quinquenio 2003-2007 en hombres y el 56 % en mujeres se diagnosticaron en personas con más de 65 años. 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 comparación con el quinquenio anterior se observó un aumento de riesgo de ser diagnosticado de cáncer del 1,2% y 3%, en los hombres y mujeres, respectivamente.

En el último quinquenio 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.



### 2.3.2. 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.

Existe un importante descenso de las causas de muerte de origen cardiovascular 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

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 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.

La prevalencia en nuestra Comunidad según el estudio RIVANA y la evolución de los factores de riesgo entre 2006 y 2012 identificados en Atención Primaria se muestran en las siguientes tablas:

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

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

Fuente: Cartera de Servicios Centros de Salud

#### Morbilidad vascular

En la siguiente tabla se muestran los datos de Atención Primaria respecto a la evolución de la prevalencia de enfermedades vasculares en Navarra.

**Tabla . 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	<b>2,60%</b>
Enferm. cerebrovascular	10.062	12.115	12.925	13.902	<b>2,20%</b>
Arteriopatía periférica	5.860	7.213	7.987	9.082	<b>1,44%</b>
Insuficiencia renal		5.318	7.521	9.842	<b>1,56%</b>
Insuficiencia cardiaca		5.484	5.923	5.978	<b>0,94%</b>

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 esta aumenta progresivamente con la edad, y es algo más alta en los varones que en las mujeres. El último estudio publicado en España realiza una aproximación a la incidencia poblacional de las ECV en el año 2002 en Cataluña, da una 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 son la cardiopatía isquémica y la hipertensión arterial, ocasionan el continuo aumento de prevalencia de insuficiencia cardiaca (IC) en nuestra población. Además 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. En 2011 hubo 1407 altas en los Centros Hospitalarios de Navarra que incluían el diagnóstico de IC, el 77% de ellos en Servicios de Medicina Interna.

### 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 cardíaca (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. La FA supone el 5% de las interconsultas no presenciales de cardiología.

**Tabla** Evolución de los pacientes con tratamiento anticoagulante

AÑO	2005	2008	2011
Pacientes anticoagulados	6.295	9.276	11.970

### 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](http://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.** Datos del estudio [di@bet.es](http://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).

**Tabla .** Incidencia de diabetes tipo 1 por grupos de edad y sexo. Navarra 2009-2011

Grupo Edad	Global	IC95%	Varones	IC95%	Mujeres	IC95%	P
0-4 años	13.61	6.5-20.7	7,58	0,15-15,0	19,95	7,6-32,3	0,109
5-9 años	17.39	9.1-25.6	14,02	3,63-24,4	20,92	7,95-33,8	0,467
10-14 años	31.03	19.5-42.5	41,16	22,7-59,7	20,43	7,1-33,7	0,059
15-29 años	15.58	11.3-19.9	22,42	15,2-29,6	8,34	3,8-12,8	0,001
30-44 años	8.06	5.5-10.6	9,48	5,69-13,3	6,50	3,2-9,8	0,150
≥45 años	2.33	1.29-3.4	2,32	0.8-3.84	2.35	0,89-3.79	0,819
<b>Global</b>	8.75	7.4-10.1	10,48	8,4-12,5	7,01	5,3-8,7	0,011

Se estima que en Navarra hay en seguimiento por diabetes tipo 1 de 1.800 a 2.000 pacientes.

Respecto a la **actividad hospitalaria** el número de pacientes ingresados en los hospitales de Navarra en 2011 con la diabetes como diagnóstico primario fue de 382, 255 hombres y 157 mujeres y con la diabetes como diagnóstico secundario 6525, 3625 hombres y 2900 mujeres.

Las **complicaciones** más frecuente de los diabéticos tipo 1 son la retinopatía diabética (30,67%), la nefropatía (16,59%) y la neuropatía periférica (11,69%).

En los diabéticos tipo 2, según los datos que recogidos en 2009 en la Estrategia en Diabetes del Ministerio de Sanidad, la incidencia acumulada de cardiopatía isquémica a 10 años oscila entre 14,7 y 17%, la arteriopatía periférica entre 5,6 y 24,5%, los ictus entre 3,3 y 11,8% y la ECV entre 10,5 y 19,8% de los diabéticos.

En pacientes diabéticos tipo 1 y 2 juntos, la retinopatía diabética afecta al 40%, la RD proliferativa al 4-6%, el edema macular al 1,4-7,9% y la nefropatía al 24,5%. La polineuropatía distal tiene una incidencia acumulada a 10 años de 12,9% en diabéticos tipo 1 y 24,1% en diabéticos tipo 2. 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%.

### **2.3.3. MORTALIDAD Y MORBILIDAD POR 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, habitualmente entre la quinta y sexta décadas de la vida. 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. Para poder hablar de EPOC la obstrucción ha tenido que ser demostrada mediante una espirometría.

Respecto al 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.

### Mortalidad

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 en hombres y un 10.2 % en mujeres.

#### **Mortalidad por grandes grupos de causas de la CIE-10 en Navarra y España en el periodo 2002-2011. Tasas ajustadas por edad a la población europea por 100.000.**

Enfermedades del sistema respiratorio				
	% sobre el total de defunciones en 2011	Tasa de Navarra 2007-2011**	Tasa de España 2009**	Tasa de Navarra respecto a España
Hombres	12.2	67	76	-11*
Mujeres	10.2	31	32	-5

\*Diferencia estadísticamente significativa

\*\*Tasa ajustada a la población europea

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

Globalmente las tasas de mortalidad descienden respecto al quinquenio anterior.

#### **Mortalidad por causas en Navarra. Número de defunciones, tasas ajustadas por edad a la población europea por 100.000 y porcentaje de cambio de las tasas del periodo 2007-2011 respecto a 2002-2006**

	Número anual		Tasa ajustada pob. europea		% cambio tasas
	2002-2006	2007-2011	2002-2006	2007-2011	
<b>Enfermedades del sistema respiratorio</b>					
Hombres	350	337	81	67	-17*
Mujeres	271	287	34	31	-10
	Número anual		Tasa ajustada pob. europea		% cambio tasas
	2002-2006	2007-2011	2002-2006	2007-2011	
<b>Enfermedades crónicas respiratorias (excepto asma)</b>					
Hombres	155	149	35	30	-14*
Mujeres	44	41	6	5	-13
<b>Asma</b>					
Hombres	2	5	1	1	66
Mujeres	10	12	1	2	22

\*Las diferencias son estadísticamente significativas

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

En la tasa de mortalidad ajustada por edad y en mortalidad prematura, Navarra se encuentra ligeramente mejor que 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 infradiagnóstico 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%.

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.

En un estudio realizado dentro de la “**Estrategia Navarra de Atención integral a pacientes crónicos y pluripatológicos**” en mayo de 2013 se detectaron 36.597 pacientes con diagnóstico de Asma con una edad media de 31 años. El porcentaje de pacientes mayores de 65 años era de 9.79% y el de menores de 17 años un 37.05% , porcentaje que 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.

El Estudio Europeo de Salud Respiratoria en nuestro país constató unas tasas muy variables de unas regiones a otras, que un 52% de las personas con asma no habían sido diagnosticadas y que hasta un 26% de éstas, y a pesar de padecer síntomas frecuentes, no seguía ningún tratamiento.

En España la prevalencia de asma en adultos es inferior a la de los países anglosajones y centroeuropeos y ha sufrido un aumento significativo en el grupo de niños de 6 a 7 años. La OMS-Europa tiene en estudio esta patología por ser una de las enfermedades en las que se ha registrado un aumento en la edad infantil.

#### **2.3.4: DEMENCIA Y OTRAS ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS**

##### **Mortalidad**

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.

**Mortalidad por causas en Navarra. Número de defunciones, tasas ajustadas por edad a la población europea por 100.000 y porcentaje de cambio de las tasas del periodo 2007-2011 respecto a 2002-2006**

	Número anual		Tasa ajustada pob. europea		% cambio tasas
	2002-2006	2007-2011	2002-2006	2007-2011	
<b>E. Alzheimer</b>					
Hombres	40	59	9	11	23
Mujeres	111	148	13	15	13
	Número anual		Tasa ajustada pob. europea		% cambio tasas
	2002-2006	2007-2011	2002-2006	2007-2011	
<b>Otras enfermedades del Sistema Nervioso y órganos de los sentidos</b>					
Hombres	41	57	11	13	16
Mujeres	43	46	8	7	-8

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

**Morbilidad**

En el estudio realizado dentro de la “Estrategia Navarra de Atención integral a pacientes crónicos y pluripatológicos” en mayo de 2013 se detectaron 7493 pacientes con diagnóstico de **Demencia** en Historia clínica de Atención Primaria. En cuanto a la incidencia, según las tasas del estudio EURODEM, se calcula que 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. Según el estudio las tasas aumentan en función de la edad y la incidencia fue de 2 por 1000 en el grupo de 65 a 69 años hasta 66 por 1000 mil en el grupo de mayores de 85 años, y la prevalencia pasó del 1.3% en el grupo de 60-69 años al 32.7% en mayores de 90 años.

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 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.

**2.3.5: DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA**

Discapacidad es la incapacidad para realizar actividades esenciales de una vida independiente en tanto que Dependencia la situación de las personas que tienen

necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria.

El 8,5% de la población residente en hogares españoles 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.

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. La distribución por grado y tipo de minusvalía se reflejan en las tablas siguientes.

Distribución por grado de minusvalía	
Grado de minusvalía	Nº afectados
33-45%	12.374
46-65%	5.432
66-75%	7.055
75%	4.947
Minusvalía por orden judicial	226
<b>Total</b>	<b>30.034</b>

Tipo de minusvalía	
Grupo	Nº afectados
Deficiencias auditivas	2.122
Deficiencias expresivas	241
Deficiencias visuales	2.692
Enfermedad crónica	5.228
Mixtas	12
Neuromuscular	3.976
Osteoarticular	7.041
Otras	17
Retraso mental	3.809
Trastorno mental	4.896
<b>Total</b>	<b>30.034</b>

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.

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.

### **2.3.6: SALUD MENTAL**

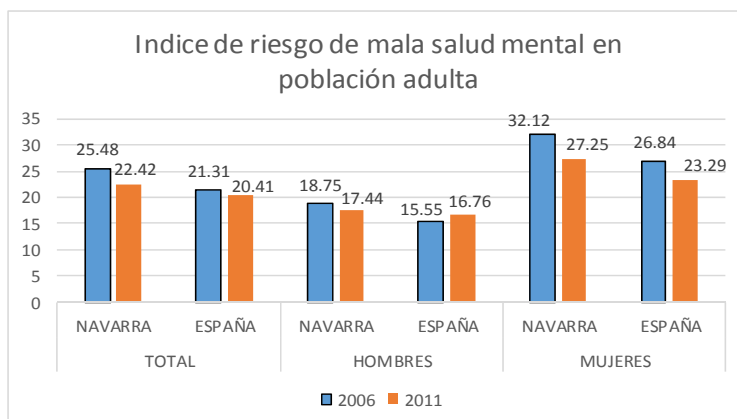
#### **Mortalidad**

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

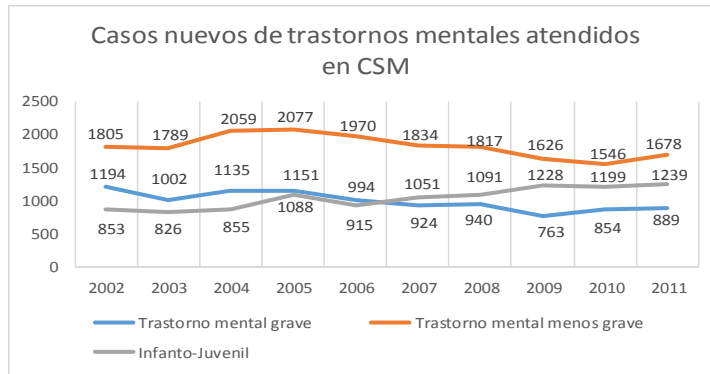
A nivel nacional no se encuentran diferencias significativas en función de vivir en áreas urbanas o rurales, sin embargo constata una prevalencia de mala salud mental mayor entre las mujeres de clases sociales más desfavorecidas y las personas con menores niveles de estudios.

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.



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

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 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 el Programa Infanto-Juvenil los trastornos de conducta son los más relevantes, seguidos de los trastornos de ansiedad. Es destacable el aumento del número de pacientes nuevos de menos de 17 años que son atendidos en los Centros de Salud Mental.

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).

### ***2.3.7: 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:** 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%
<b>Menos de 14 años</b>	<b>70.435</b>	<b>98.819</b>	<b>+ 40,3%</b>

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

Los motivos de muerte mas frecuentes en la infancia son los accidentes de tráfico, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal y las malformaciones congénitas. La tasa de mortalidad infantil de Navarra se encuentra en el quintil inferior europeo. 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 todo el período 2010-2011 Navarra, tiene, después de País Vasco, las tasas más bajas de España. [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Ev\\_de\\_Tasa\\_Cesareas.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Ev_de_Tasa_Cesareas.pdf)

### 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).

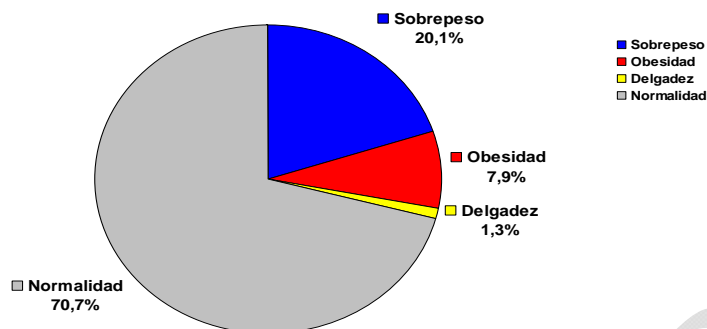
Un 20-23% de la mortalidad pediátrica y un 5% de la observada en la población de 1 a 18 años es secundaria a desórdenes genéticos. Más de un 70% de las admisiones pediátricas y un 80% del gasto pediátrico hospitalario son atribuibles a enfermedad de base genética (monogénicas o multifactoriales).

### 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 conoce la prevalencia gracias a un estudio realizado en 2011, a partir de 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.

**Grafico.** Prevalencia de sobrepeso y obesidad. Población <15 años. Navarra

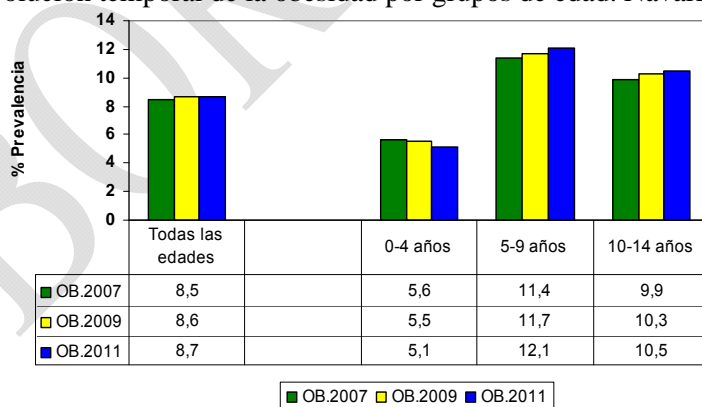


Destacan los siguientes resultados:

- 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 mas bajas que las zonas rurales
- La prevalencia de obesidad es mayor en los hijos de mujeres inmigrantes

Como se muestra en el siguiente gráfico la evolución desde 2007 muestra una disminución en el grupo de edad de 0-4 años y un aumento en los otros dos (5-9 y 10-14)

**Grafico 5.** Evolución temporal de la obesidad por grupos de edad. Navarra



### Enfermedades transmisibles

Las coberturas vacunales en la infancia han sido tradicionalmente muy altas en Navarra y debe ser una prioridad mantenerlas. Los pequeños brotes de sarampión y de tos ferina no han tenido gran difusión debido a la cobertura vacunal. En España y otros países de Europa se han registrado numerosos brotes de enfermedades vacunales.

**Tabla . Cobertura vacunal (%). Navarra 2012**

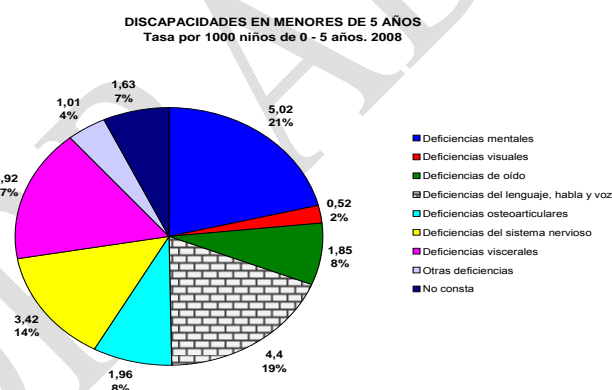
	Primovacunacion. Niños 0-1 año. 3 dosis	Vacunacion refuerzo Niños 1-2 años.	Vacunacion refuerzo Niños 4-6 años	Vacunacion adolescentes
Poliomielitis	97,83	95,75		
DTPa	97,83	95,75	91,33	82,9 (Td)
Hib	97,83	95,758		
Hepatitis B	97,83			
Meningitis C	99,21 (2 dosis)	98,68 (3ª dosis)		
VPH (3 dosis)			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

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS 2006) la prevalencia de agresión o maltrato sufrido en el último año en Navarra fue del 1,8% tanto en población adulta como en infantil. La prevalencia estatal era de 2,9%, aunque se considera que sólo se detecta un 10-20% de casos. La violencia incluye agresiones físicas, sexuales y psíquicas y el abandono, todas ellas con importante repercusión por su incidencia en fases críticas del desarrollo personal

Otro riesgo importante actual 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** 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 en los últimos 10 años han descendido debido al incremento de las actividades de educación sexual, a una mayor accesibilidad a métodos anticonceptivos habituales, a la aparición en el mercado de los llamados anticonceptivos de emergencia con menores efectos secundarios que los anteriores y a la Ley de interrupción voluntaria del embarazo.

En Navarra los anticonceptivos de emergencia fueron inicialmente dispensados de forma gratuita en los centros sanitarios antes de pasar a dispensarse en las farmacias sin necesidad de prescripción médica.

El número de partos en mujeres menores de 18 años en los últimos 10 años oscila en torno al 1% del total de partos, habiendo sido en 2012, 58 . Aunque no se dispone de información del nº de IVES en población adolescente se sabe que con la aplicación de la ley de Interrupción voluntaria del embarazo el número de partos en este grupo de edad ha disminuido a menos de la mitad de los embarazos que se producen.

### **2.3.8: 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.

### 2.3.9: OTROS PROBLEMAS DE SALUD

#### Enfermedades Transmisibles

Salvo la viruela, que se erradicó en todo el mundo, los agentes infecciosos siguen presentes en el mundo y podrían reintroducirse en cualquier momento.

Un grupo importante de enfermedades 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.

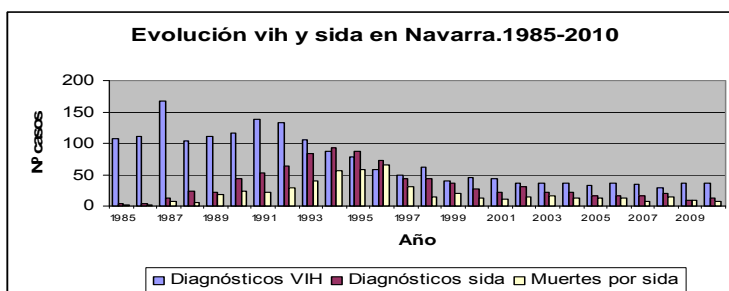
Simultáneamente cada vez se detectan más agentes emergentes o reemergentes, reaparecen enfermedades en zonas donde antes no había o se producen brotes por nuevas variedades de agentes conocidos. Para hacer frente a estas amenazas es prioritario mantener la vigilancia epidemiológica, manejar adecuadamente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

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 fundamentalmente en hombres que tiene sexo con hombres.

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 (de ser la CCAA 1ª-2ª más incidente ha pasado a ser la 8ª-9ª), pero respecto a los países del norte de Europa la prevalencia es alta, en la misma línea que los demás países del sur de Europa.

Si exceptuamos la infección por VIH y el SIDA la transmisión de **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.

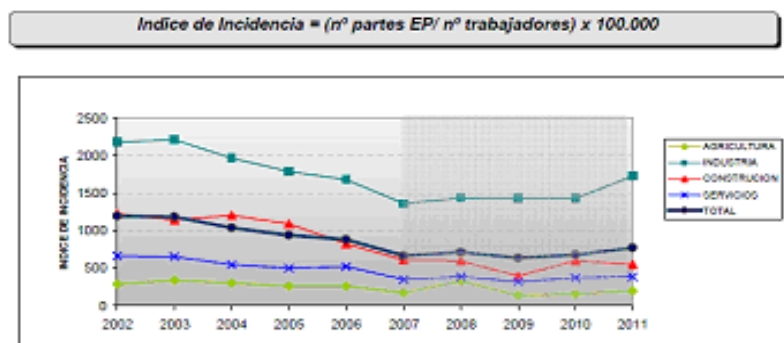
La evolución de los **accidentes de trabajo** en el período 1994-2011 desde 2001 sigue una tendencia descendente para todos los grados de lesión, estando los índices de accidentes de trabajo con baja en 2011 en 35,8 por 1000 trabajadores. En 2011 se han alcanzado valores mínimos en la serie histórica 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 datos y observaciones recogidos en el informe “Las lesiones en la Unión Europea” (‘Europe Injuries Database’), las lesiones son una de las primeras causas de mortalidad, morbilidad y discapacidad en la sociedad europea 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** 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 son factores de personalidad presentes en violencia de la gente joven.

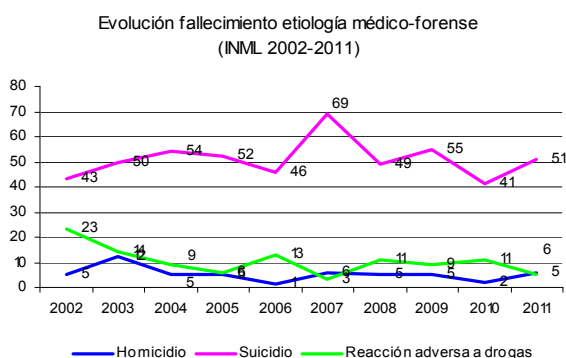
El “Mobbing” o violencia en el trabajo está ampliamente extendido, según algunas investigaciones el 53% de personas empleadas han sufrido intimidación en el trabajo, el 78% han presenciado dicho comportamiento y en el 10-15% de los suicidios tal padecimiento con efecto acumulativo ha sido un factor.

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. La evaluación del fallecimiento con etiología médico-forense INML 2002-2011 se muestra en el siguiente gráfico:

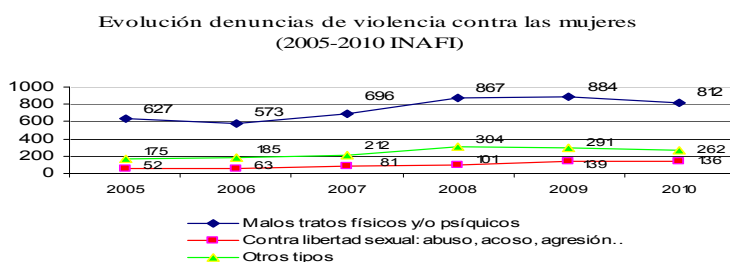


Fuente: Memoria 2011 Instituto INML Servicio de Patología.

### 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.

**Figura.** 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 se tienen datos de Atención Primaria y solo unos pocos de los servicios de Urgencias. Según estos registros en Navarra, 1,2/1000 mujeres de más de 14 años sufre violencia de género siendo 341 mujeres las que en el año 2011 reconocieron por primera vez en Atención Primaria, sufrir malos tratos.

**Tabla** Tasa por grupos de edad en el trienio 2009-2011

Grupos de edad	2009		2010		2011	
	Nº	Tasa/100.000	Nº	Tasa/100.000	Nº	Tasa/100.000
14 a 29 años	392	702,98	310	565,19	106	196,49
30 a 44 años	336	439,78	305	396,28	145	187,57
45 a 64 años	133	172,07	120	151,63	69	85,74
65 y más años	36	57,88	38	60,27	21	32,64

**Tabla** Distribución según el tipo de maltrato

Tipo de maltrato	2009		2010		2011	
Psicológico	93	10,4 %	87	11,2 %	88	25,8 %
Sexual	4	0,4 %	33	4,3 %	23	6,7 %
Físico	800	89,2 %	653	84,5 %	230	67,5 %

**Tabla** Relación de convivencia con el maltratador

Tipo de maltrato	2009		2010		2011	
Cónyuge/Pareja	269	30,0 %	290	37,5 %	275	80,6 %
Hijos	22	2,5 %	20	2,6 %	27	7,9 %
Padres	12	1,3 %	10	1,3 %	16	4,7 %
No se sabe	594	66,2 %	453	58,6 %	23	6,8 %

**Tabla .** La 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 o escasa información de los que hay, 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 ampliación del cribado neonatal de enfermedades metabólicas, 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.

### ***2.3.10: 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.

#### ***Problemas en población infantil***

Los profesionales de Atención Primaria han señalado como más relevante en esta franja de edad la repercusión que los problemas sociales tienen en los niños y niñas. Han destacado como causas los problemas económicos actuales, la precariedad laboral y los problemas de convivencia en adultos que producen en niños una **patología psicosocial** que se manifiesta como trastornos de comportamiento, alteraciones emocionales, soledad, descenso del rendimiento y problemas escolares. También ven casos de hacinamiento o falta de cuidado en la convalecencia.

La **violencia** también es señalada como un problema. Violencia de los progenitores hacia los niños y niñas, manifestándose como negligencia parental en los cuidados, abuso o maltrato infantil y de los propios niños, expresados como falta de capacidad de frustración o conductas desafiantes que a veces generan problemas de convivencia en el colegio con falta de respeto, actitudes sexistas y acoso escolar.

Respecto a los **estilos de vida** los profesionales observan hábitos alimentarios inadecuados con dietas no equilibradas y sedentarismo.

Como enfermedades con aumento de incidencia señalan el TDAH, la obesidad y las alergias.

También señalan que la cobertura vacunal está disminuyendo por la negativa de los padres a vacunar.

### Problemas en población juvenil

En población juvenil destacan el aumento de la Diabetes Mellitus tipo 2 y toda la patología relacionada con **estilos de vida** y **problemas psicosociales** en relación con la falta de expectativas, paro, conflictividades paternas, interculturalidad, diversidad sexual, desconocimiento de los derechos laborales... y su repercusión en la salud en forma de trastornos adaptativos, ansiedad y depresión reactivas, hiperactividad e inatención, violencia machista, consumo de drogas...

### Problemas en Adultos

En adultos los profesionales de Atención Primaria también detectan un importante aumento de la **patología psicosocial** como consecuencia de la situación económica y la falta de expectativas. Señalan los problemas emocionales que generan la dificultad en el acceso al mundo laboral, la precariedad de los trabajos, el paro, la vuelta a la casa materna... También señalan el aumento de población sin recursos y la dificultad de acceso a los alimentos.

Señalan el aumento de la **violencia** de hijos a padres y la sobrecarga de las mujeres emigrantes que ejercen de madres sin apoyos familiares como fuente de problemas de salud.

En relación con **estilos de vida** les preocupa el aumento de prevalencia de obesidad, diabetes e HTA, la falta de ejercicio, la alimentación inadecuada, el abuso de speed y de cocaína y la falta de conocimiento de autocuidados.

Ven también problemático el aumento de la resistencia a los antibióticos y el aumento de la rinoconjuntivitis primaveral, la fibromialgia, el asma en adultos y la patología de hombro y muñeca de origen laboral.

### Problemas en personas mayores

Los mayores problemas que señalan en las personas mayores tienen que ver con el deterioro y dependencia y con los problemas socioeconómicos.

Detectan un aumento de la **dependencia** y señalan como problema la pérdida de capacidad tras los ingresos hospitalarios como consecuencia de la falta de movilización, el aumento de personas dependientes que viven solas, la disminución de ayudas económicas relacionadas con la dependencia y la sobrecarga de las personas que cuidan.

Ven que han aumentado los **trastornos emocionales** en los ancianos en forma de somatizaciones, estrés, ansiedad y depresión reactiva en parte relacionados con el deterioro de la cohesión social que produce soledad y aislamiento. Dentro de este contexto incluyen la sobrecarga por cuidado de los nietos como consecuencia de los problemas económicos de sus padres.

Dentro de las patologías orgánicas señalan el aumento de los problemas derivados de la demencia, los pacientes crónicos pluripatológicos, el policonsumo de fármacos y el aumento de pacientes mayores en cuidados paliativos por neoplasias.

## 2.4. PERCEPCIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA

Según la Encuesta Nacional de Salud 2011 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.

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 vida de la población Navarra de 2012.

En la ENS 2011 se aplica el Euroqol-5 como instrumento de medición de calidad de vida. En la dimensión que más personas declaran tener problemas es en el dolor que 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 y en todas las dimensiones hay un empeoramiento con la edad.

La valoración 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.

**Tabla 1.** 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/depresion	8,7	18,6	13,7

Fuente: ENS 2011

## 2.5. DESIGUALDADES EN SALUD. INEQUIDAD.

España ha dispuesto de un sistema de provisión de servicios sanitarios 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 paliar esta situación.

En cuanto a la **etnia** podemos destacar que Navarra aborda las desigualdades en la salud de la población gitana mediante un programa específico de intervención.

Respecto al **género** decir que la mayor parte de los registros sanitarios recogen la variable sexo, sin embargo no siempre se muestran y analizan los datos desagregadamente.

En Navarra se constata que los hombres tienen estilos de vida menos saludables con un mayor consumo de tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas ilegales, peores hábitos alimentarios y mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad. Sin embargo los hombres hacen más actividad física en tiempo libre que las mujeres.

Se mantienen en el tiempo mejores indicadores de esperanza de vida en mujeres pero la percepción del estado de salud, que es un indicador que se correlaciona bien según toda la literatura científica con el estado de salud de la persona, es peor en mujeres que en 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. Los datos de la ENS 2011 en Navarra señalan que en las clases más desfavorecidas se da una peor percepción del estado de salud en ambos sexos?, una mayor prevalencia de sobrepeso, un mayor consumo diario de tabaco en los hombres y un menor consumo de alcohol en las mujeres.

## 3. SISTEMA SANITARIO

### 3.1. 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 45/2006, de 3 de julio, aprueba los Estatutos del 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.



Los Decretos Forales 62/2012 y 63/2012 de 18 de julio, aprueban los Estatutos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, modifican la estructura de este organismo autónomo y traen como consecuencia la creación del Instituto Navarro de Salud Pública y Laboral que junto al Centro de Investigación Biomédica dejan de estar integrados en el SNS-Osasunbidea.

Falta el nuevo decreto de estructura del Departamento de 2013.

### 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, la nueva estructura de la Red de Salud Mental (Ley Foral de Salud Mental 21/2010) y la desagregación del Banco de sangre de Sangre y Tejidos de Navarra (Ley Foral 1/2013, de 30 de enero).

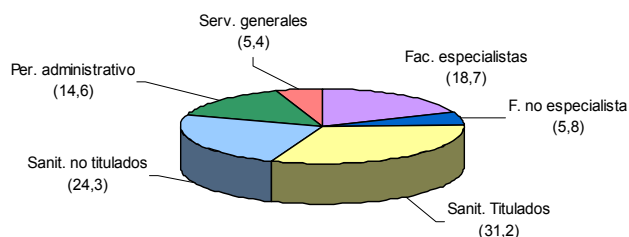
En el ámbito de **Atención Primaria** existe desde 1998 de un Plan de Gestión Clínica, cuyos objetivos son mejorar la calidad de la atención en los Centros de Salud en términos de calidad científico-técnica, efectividad, eficiencia, y aceptabilidad del ciudadano. En 2007 comenzó el pilotaje del “Proyecto 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.

### Recursos humanos

La plantilla total (fija y temporal) del SNS-O, durante el año 2011 ha sido de 10.160 personas, de las que el 20% prestaron servicio en el ámbito de Atención Primaria, el 73% en Asistencia Especializada y el 5% en Salud Mental. La distribución del personal por estamentos profesionales se muestra en el siguiente gráfico.

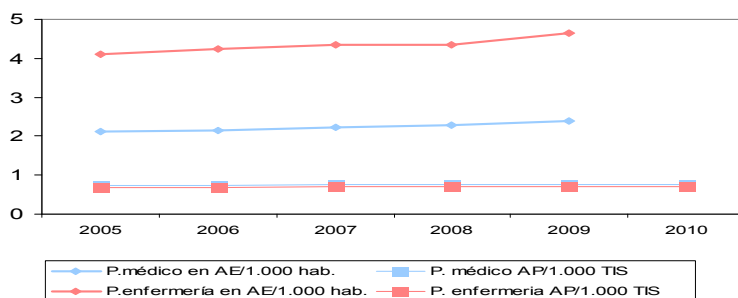
**Figura .** Plantilla total el SNS-O por estamentos profesionales. (%).



A 31 de diciembre de 2011, el 60,8% de la plantilla era fija. El 75% de la plantilla fija del SNS-O son mujeres predominando las estas en todos los estamentos. Tres de cada cuatro personas tienen entre 41 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.

**Figura.** Personal medico y de enfermería en Atención especializada por 1.000 habitantes y en Atención Primaria por 1.000 TISs



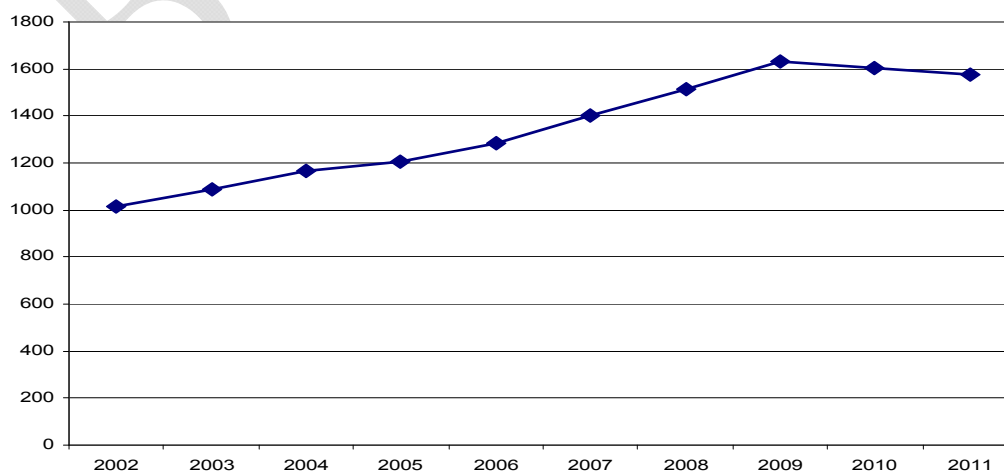
Fuente:

Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Elaboración propia.

### 3.2. FINANCIACIÓN

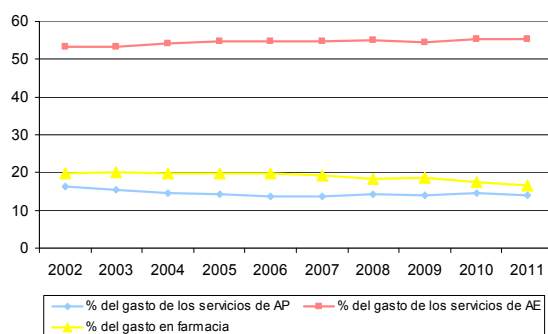
Se presenta en tres gráficos la evolución en los últimos 10 años del gasto sanitario público total, por función asistencial y por clasificación económica

**Figura .** Evolución del gasto sanitario público por habitante protegido. Navarra



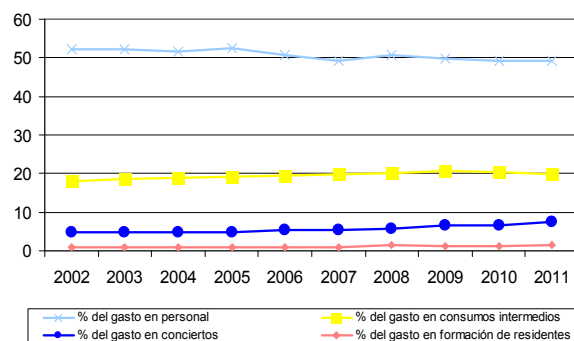
Fuente: Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud.

**Figura.** Evolución del gasto sanitario público por función asistencial. Navarra



Fuente: Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud.

**Figura.** Evolución del gasto sanitario público por clasificación económica. Navarra



Fuente: Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud.

### Dotaciones

En el año 2011 los recursos físicos más significativos de la red hospitalaria del SNS-O se presentan en la tabla 1.

**Tabla 1.** Dotación de recursos hospitalarios públicos. Navarra 2011

	AMB	HNA	HVC	CU	HGO	HRS	TOTAL
Camas instaladas		499	499	99	95	186	1.378
Acelerador lineal		3					3
Angiografía digital		1					1
Gammacámaras		2					2
Incubadoras			26		2	5	33
Litotricia			1				1
Mamógrafos		1	1		1	1	4
Monitores de hemodiálisis		50	31			12	93
Paritorios			4		1	2	7
Quirófanos		10	16	4	4	4	38
Resonancia magnética	1	1	1				3
R. Magnética móvil							1
Sala de hemodinámica		1					1
TAC		3	2		1	1	7
TAC móvil							1

Fuente: Memoria SNS-O 2011.

### 3.3. ACTIVIDAD

#### Atención Primaria

Los datos registrados indican que durante el año 2011, en Atención Primaria, se han realizado 2.550.239 consultas de medicina general, 508.258 de pediatría y 2.066.737 de enfermería.

Esta actividad supone una frecuentación de 4,78 visitas al médico, 5,04 al pediatra y 3,27 a enfermería por persona y año. Estos indicadores tienen una tendencia ligeramente

descendente desde el año 2006 y el mayor descenso corresponde a la frecuentación en enfermería que es el estamento profesional que tiene el porcentaje de consulta programada más alto, aunque en los últimos 6 años este porcentaje ha bajado en enfermería y subido en medicina.

El porcentaje de consulta a domicilio es de un 6,8% en enfermería y de un 3,1% en medicina general, en ambos casos supone una ligera disminución respecto a los años anteriores.

### Salud Mental

La actividad de los Centros de Salud Mental ha aumentado desde 2006, tanto en pacientes como en número de consultas. Durante 2011 se atendieron en los CSM a 19.809 pacientes de los que un 25,7% eran nuevos. Se realizaron 104.842 consultas individuales y 2.158 grupales. El mayor incremento proporcional se produjo en las consultas sucesivas.

Desde el año 2007 se ha venido trabajando en una nueva organización de la Atención Infanto-Juvenil. Desde el año 2007 existe un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil referente suprasectorial para la atención ambulatoria, además de un Hospital de Día Infanto-Juvenil dirigido a la hospitalización parcial y tratamiento intensivo para el Trastorno Mental Grave Infanto-Juvenil. En 2011 se atendieron 1.067 pacientes de los que un 31% eran nuevos. Se realizaron 9.294 consultas individuales y 2.234 consultas grupales. La actividad ha aumentado respecto a 2006 fundamentalmente a expensas de pacientes nuevos, disminuyendo el número de consultas sucesivas.

El número de estancias en los 2 hospitales de día de Pamplona y en el centro de día de Tudela han sido en 2011 de 8.468 y 1.857 respectivamente. Las estancias de Tudela tienen una tendencia ascendente desde 2006, las de Pamplona con pequeñas oscilaciones se mantienen estables.

Se conciertan 92 plazas en tres comunidades terapéuticas para el tratamiento de las personas drogodependientes. En 2011 se atendieron a 242 pacientes que generaron 30.928 estancias, cifras que se mantienen estables desde 2007.

En 2010 inició su actividad la Unidad de trastornos de la conducta alimentaria de adultos y posteriormente se puso en marcha la Hospitalización de Día y el programa grupal suprasectorial. En 2011 se atendieron 77 pacientes con 1.653 consultas y 29 ingresos.

### 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 los últimos seis años hay una disminución de las estancias y de las urgencias sobre todo desde 2009 y un aumento de las consultas, tanto primeras como sucesivas.

El mayor descenso corresponde a la frecuentación en urgencias por 1.000 habitantes que ha disminuido un 10%.

El número de consultas de especialista por mil habitantes fue en 2006 de 1.470,2 y de 422,7 la de consultas en urgencias.

El número de ingresos hospitalarios por mil habitantes ese año fue de 94,5. En 2011 en la red sanitaria pública se produjeron 58.425 ingresos y 347.210 estancias hospitalarias.

La evolución de los principales indicadores de funcionamiento de la red hospitalaria pública desde el año 2006 es la siguiente:

**Tabla .** Principales indicadores de funcionamiento de los centros del S.N.S.-O. Navarra 2006-2011

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2011/2006
Indice de Ocupación	79,6%	78,8%	77,3%	74,6%	72,1%	71,5%	-10,2%
Estancia Media	6,7	6,6	6,4	6,3	6,1	5,9	-11,2%
Indice de Rotación	43,4	43,4	44,2	43,6	43,5	43,9	1,1%
Consultas Suces/prim	1,7	1,8	1,6	1,7	1,7	1,8	2,3%
Presión de urgencias	63,8%	63,4%	62,6%	62,5%	62,0%	62,3%	-2,3%
% Urgencias ingresadas	14,3%	14,1%	14,8%	14,5%	15,1%	14,9%	4,4%
Indice de Mortalidad	3,0%	3,1%	2,9%	2,8%	2,6%	2,8%	-6,3%
% Necropsias	6,6%	5,9%	9,9%	9,8%	10,6%	9,0%	36,4%

Fuente: Memoria SNS-O 2011. Elaboración propia

En 2011 se realizaron en el SNS-O 44.430 intervenciones quirúrgicas, el 85% de ellas programadas. Un 25,9% de todas las intervenciones y un 44,1% de las programadas se realizaron con anestesia local. La tasa de intervenciones por 1.000 habitantes fue en el mismo año de 109,6, de las que el 59,3% correspondieron al SNS. Desde el año 2006 ha cambiado poco la actividad quirúrgica.

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.

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 el año 2011 se realizaron 44.439 TACs y 33.265 RMs. Las tasas por 1.000 habitantes/año del uso de tecnologías se han incrementado desde el año 2005.

La evolución de las listas de espera se puede ver en el siguiente gráfico:

**Figura 11.** 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

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.

En esa fecha la espera media prospectiva para una primera consulta era de 69 días siendo las especialidades de traumatología y dermatología las que más personas tenían en espera. Hay que señalar sin embargo que la espera media que han esperado los pacientes vistos en el mes de diciembre de 2013 fue de 38 días.

Respecto a las pruebas complementarias el número de días de espera media varía mucho en función de la exploración y del centro siendo la mayor espera para ecocardiografía en el Hospital de Tudela.

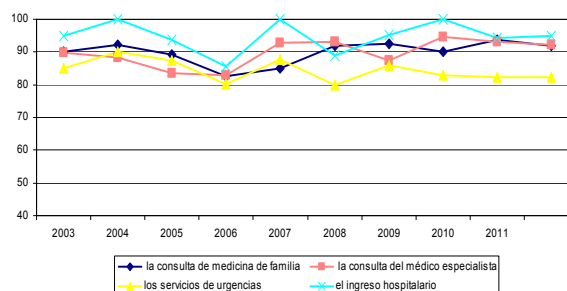
### 3.4. RESULTADOS

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.

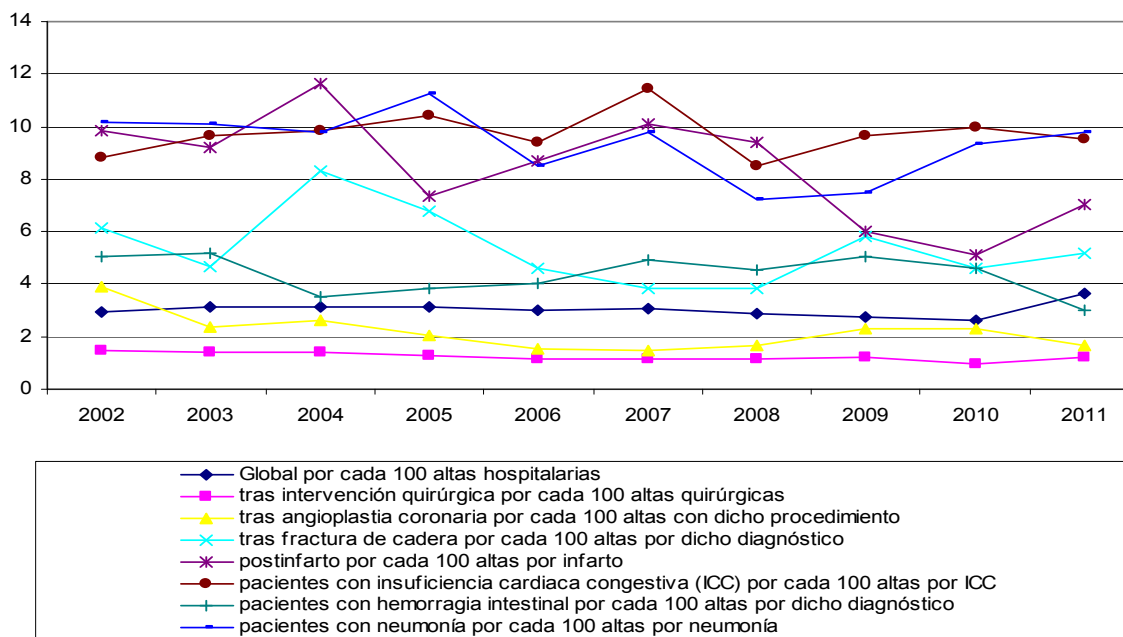
**Figura.** Tasa de amputaciones en miembros inferiores por cada 1.000 personas diabéticas



**Figura .** Porcentaje de personas satisfechas con la atención recibida



**Figura .** Mortalidad intrahospitalaria



### 3.5. ACTUACIONES DEL SISTEMA SANITARIO DE NAVARRA

#### 3.5.1.: 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 promover los principios de equidad y cohesión territorial, 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.

Las estrategias de Cáncer, EPOC, Salud Mental, Diabetes, Ictus, Cardiopatía isquémica, Enfermedades Raras y Salud sexual y reproductiva son consideradas en otra parte de este documento.

#### Estrategia de Cuidados Paliativos

La Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud 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 se publicó en el año 2000 un protocolo de Atención a la persona en situación terminal y a su familia. En el año 2004 se comenzó a trabajar en el documento “Atención al paciente oncológico en Cuidados paliativos en Navarra”, actualmente vigente, 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, profundizar en la coordinación, mantener la atención psicológica y contar con el apoyo de unidades específicas del ámbito socio-sanitario.

#### [Estrategia de Enfermedades Reumáticas y Músculo-esqueléticas](#)

Es una Estrategia en fase de elaboración que 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, debido al alto impacto psicosocial y económico que producen.

#### [Estrategia de Atención al Parto Normal](#)

Para impulsar la Estrategia de Atención al Parto Normal se realizan en nuestra Comunidad actividades formativas en los diferentes hospitales y se asegura la asistencia a Talleres organizados en el Ministerio de profesionales de medicina y de matronas. 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](#)

A partir de la publicación en 1999 del documento “To err is human: building a safe health system” que puso de manifiesto la importante repercusión sobre la morbimortalidad los eventos adversos derivados de la asistencia sanitaria , la Seguridad del Paciente se convirtió en prioritaria en los países desarrollados.

En España el estudio **ENEAS** (Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización) 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 y que se relacionaban sobre todo con el uso de los medicamentos (37,4%), las infecciones hospitalarias (25,3%) y la aplicación de procedimientos quirúrgicos (25%), en particular si requieren anestesia.



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, aunque la comunicación y la gestión estaban en la raíz de muchos de los EA.

En 2007 el Ministerio de Sanidad español desarrolló la Estrategia de Seguridad del paciente adhiriéndose las CCAA a las propuestas y actuaciones de la misma. Esta Estrategia se basaba 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.

### **3.5.2: ACTUACIONES SOBRE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD**

#### **3.5.2.1. 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 Estrategia personal se basa en planteamientos de autocuidado y la Estrategia poblacional apuesta por una estrategia poblacional de difusión del Código europeo contra el cáncer dentro de la estrategia general de prevención global de la cronicidad.

Las actuaciones de **Detección precoz** sistemática del cáncer se centran principalmente en tres tumores: mama, cérvix 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%.

La tasa de detección media de estos 10 años se sitúa en 4,1 por 1000 mujeres exploradas. Alrededor del 55% de los tumores son intraductales o invasivos de carácter mínimo. Del total de tumores invasivos, aproximadamente un 70% no presentan invasión ganglionar.

En cuanto a resultados finales hay una reducción importante de mortalidad por cáncer de mama tanto en 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 de detección precoz en 1.990.

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, el test de cribado que se realiza es la determinación de sangre oculta en heces y cuya prueba de confirmación diagnóstica es la colonoscopia con sedación y cuyo intervalo entre exploraciones será cada 2 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). El test de cribado consiste en una Citología triple o líquida de cérvix y si es preciso determinación de HPV. El intervalo recomendado es de dos años consecutivos en la primera ocasión y posteriormente si el resultado de ambas es normal, cada tres años en mujeres de riesgo alto y cada 5 en las de bajo riesgo.

No existe un sistema de información específico del programa. En la última valoración realizada a través de Anatomía Patológica e Historia Clínica Informatizada se vio que la práctica de la citología está bien localizada en el grupo de edad de 25 a 64 años, que había una alta cobertura media a 3 y 5 años (60y 73% respectivamente) en este grupo de edad aunque con una inferior cobertura en áreas rurales (59,55% frente a 76,82% en áreas 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. Por lo general el Servicio de Oncología Médica realiza la primera visita en los siguientes 10 días tras su solicitud, y el tratamiento se puede comenzar sin ninguna demora a menos que el paciente necesita alguna otra exploración complementaria. Casi la totalidad de los pacientes se evalúan en el seno de comités multidisciplinares.

Existen circuitos de seguimiento en los casos de tumores de mama y ginecológicos que mejoran la coordinación del seguimiento. La Asociación Española Contra el Cáncer proporciona la atención psicológica a los pacientes con una subvención del Departamento de Salud.

Próximamente se abrirá 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. La incidencia de cáncer en edad pediátrica está en torno a los 15 casos nuevos por 100,000 niños menores de 15 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 mejorar 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 curso del año 2014 -2015.

### [3.5.2.2. Actuaciones sobre enfermedades vasculares y diabetes](#)

#### *Riesgo vascular*

Los profesionales de Atención Primaria trabajan con el RCV 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.



## Componentes del Plan Personal

Que la persona se plantee sus objetivos

- Afrontamiento
- Tabaco
- Alimentación
- Ejercicio físico
- Estrés
- Medicación
- Controles



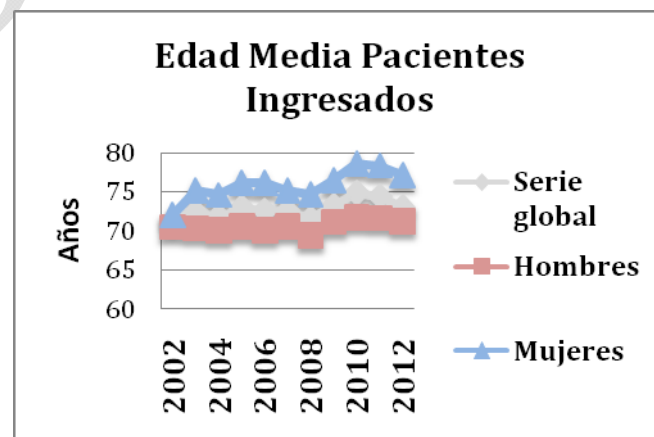
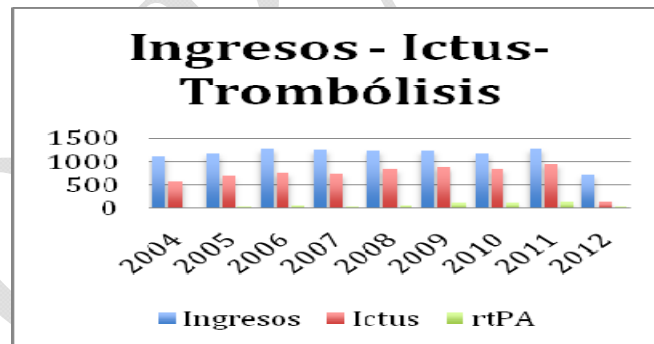
**Hacerse un plan personal es transformar el riesgo en oportunidad**  
**"Objetivos concretos, realistas y con un plazo de cumplimiento"**

50

El Área del Corazón del CHN, consciente de que la formación debe iniciarse en el mismo momento de la detección del factor de riesgo o diagnóstico de enfermedad vascular, comienza la información-formación del paciente durante el ingreso por un IAM o Angina inestable.

### Enfermedad Cerebrovascular

En el año 1998 se creó la Unidad de Ictus del CHN que en 2005 se transforma en Unidad de Ictus de referencia para toda la Comunidad de Navarra. El 73% de todos los ictus ingresan en la Unidad de Ictus del CHN. En las siguientes figuras se muestran los ingresos en los últimos 12 años, en los que los pacientes ingresados por ictus han sido 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 AITs.

La Unidad de Ictus viene experimentando 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 AP, actualizar la monitorización en la fase aguda e implantar la angioplastia carotidea programada.

### *Insuficiencia cardiaca*

Recientemente se ha constituido en Navarra un Grupo de Trabajo multidisciplinar para definir el modelo de atención a la Insuficiencia Cardiaca (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.

Los aspectos de promoción y prevención se encuentran en las estrategias de Promoción de la Salud. Respecto al diagnóstico precoz destacar que en 2008, sobre 533.879 personas las que tenía factores de riesgo para desarrollar diabetes eran 194.842, 99.489 mujeres y 95.353 hombres.

Respecto al tratamiento en Navarra, el 16,1% de los diabéticos tipo 2 llevan tratamiento con insulina bien en monoterapia o en tratamiento combinado y el resto medidas higiénico-dietéticas (19,9%) o antidiabéticos orales (64%).

El control metabólico según datos de 2008 tenían buen control (hemoglobina glicosilada <7%) un 55,4% de los pacientes diabéticos y 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 viene realizando desde hace 25 años campamentos para niños en los que participa el equipo sanitario con una doble vertiente, asistencial y educativa.

### *3.5.2.3. Actuaciones sobre enfermedades respiratorias*

#### *EPOC*

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 EPOC es una enfermedad crónica y compleja y que como tal debe incluirse 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.

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.

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 el síndrome reactivo de disfunción de la vía aérea (RADS), si se consigue el control del asma, con o sin tratamiento médico, no es necesario el cambio de puesto de trabajo.

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

#### *3.5.2.4. 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.

La Guía presenta un algoritmo diagnóstico en pacientes con quejas de memoria, recoge la elaboración de un Plan de cuidados multidisciplinar cuando el paciente ha sido diagnosticado de demencia, establece los criterios de interconsulta a las diferentes especialidades y contempla las consideraciones ético-legales que acompañan a este proceso. Además contempla la atención a la persona cuidadora.

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” que consideró como puntos críticos crear una Unidad de Demencia en el Complejo Hospitalario de Navarra, crear una Unidad de Neuropsicología adscrita al Servicio de Neurología, consensuar y sistematizar un modelo de información al paciente, mejorar el acceso y ajustar las indicaciones, contenidos y duración del tratamiento del Programa de Estimulación Cognitiva, mejorar la coordinación entre los profesionales y mejorar la atención a las personas cuidadoras.

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 que hasta el momento ha atendido a 800 pacientes. Sus objetivos son:

- Crear una base de datos para la prevalencia e incidencia en Navarra.
- Crear protocolos diagnósticos y terapéuticos consensuados
- Colaborar en proyectos de investigación
- Crear grupos de atención multidisciplinar

Se ve necesario que los enfermos neuromusculares de la Comunidad Foral sean atendidos en Unidades neuromusculares multidisciplinares que dispongan de experiencia y medios suficientes para su estudio y manejo y estén incluidas en una red colaborativa más extensa que permita el intercambio de servicios y conocimientos con Unidades de otras comunidades de España y de otros países europeos.

La atención multidisciplinar de los pacientes con *Enfermedad Lateral Amiotrófica* ha mejorado la calidad de vida de los pacientes y sus familias, ha aumentado la satisfacción con la atención, se ha reducido el número de atenciones en los servicios de urgencias, de hospitalizaciones y de ingresos en UCI y 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.

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 pertenecen al grupo europeo de estudio *Enfermedad de Huntington* Euro-HD y aunque atienden a pacientes de fuera de la Comunidad no cuentan con una consulta monográfica multidisciplinar.

#### 3.5.2.5. 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% y en mayores de 65 años es de un 32%. La demencia es la causa más frecuente de discapacidad severa y gran dependencia (48.3%) en la Comunidad Foral.

Los cambios sociales influyen en la atención a la discapacidad. La tecnología actual facilita la atención pero la encarece, hay menor disponibilidad en las familias para el cuidado familiar, la mayor supervivencia prolonga las situaciones de dependencia y la situación económica dificulta la atención adecuada de estas personas.

Un aspecto que no podemos obviar es la 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.

También propuso establecer indicadores en Atención temprana, actuar sobre grupos vulnerables en riesgo de mala salud mental en población joven, dar soporte a las personas cuidadoras, trabajar en el ámbito domiciliario y residencial y elaborar programas de envejecimiento activo.



### [3.5.2.6. 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 casi exclusivamente asistencial, con poca orientación a promoción y prevención.

Navarra dispone de un mapa de servicios extenso y diversificado, con sectorización de la RSMNa adecuada a la masa crítica de los sectores. Se hace necesario mejora la definición de la cartera de servicios y potenciar los programas asistenciales estructurados, lo que produce excesiva variabilidad en la práctica clínica. Existe un déficit de oferta de procedimientos psicoterapéuticos y escasos recursos ocupacionales y asistenciales de media y larga estancia.

Existe una carencia de políticas activas contra el estigma y la discriminación social de la personas con trastorno mental y es necesario mejorar los procedimientos de coordinación intersectorial.

La RSMNa está formada por equipos multidisciplinares y cuenta con programas de formación pero en ocasiones, estos están alejados de las necesidades asistenciales reales de las personas con trastorno mental, que tienen escasa participación en los procesos de mejora.

Es necesario dotar de todo su potencial a la recién creada Unidad Docente Multiprofesional y potenciar la cultura de la evaluación de los pactos de gestión por objetivos y de las actividades regladas de gestión del conocimiento. En la RSMNa se realiza investigación de alto impacto pero poco diversificada en cuanto a áreas de investigación y equipos investigadores.

La financiación de la Salud Mental dentro del SNS-O (3.7%) está lejos del 6-7% de los países de nuestro entorno y lo recomendado por organismos internacionales.

### [3.5.2.7. 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.

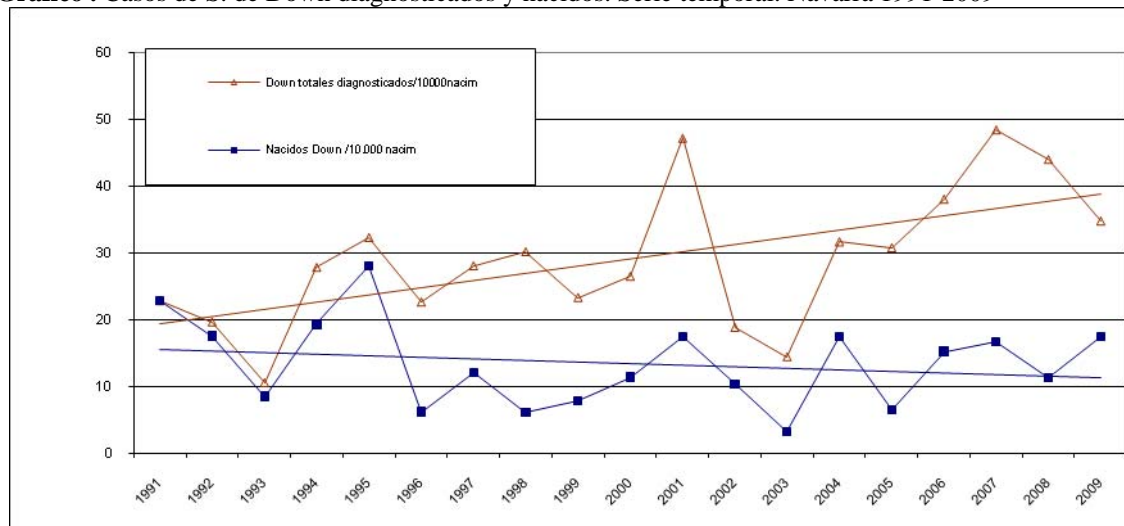
En la etapa preconcepcional es necesario evitar el tabaco y alcohol, controlar las enfermedades crónicas, actualizar el calendario vacunal, mantener un peso adecuado y tomar suplementos de ácido fólico. En el embarazo, además de lo anterior, hay que evitar las radiaciones ionizantes y el contacto con tóxicos.

Durante toda la infancia hay que favorecer vínculos afectivos y entornos saludables para evitar el riesgo psicosocial así como prevenir los accidentes.

En la primera infancia hay que detectar precozmente todas las alteraciones congénitas incluidas alteraciones sensoriales, del desarrollo psicomotor y de conducta.

Desde 1995 se desarrolla el programa de **Diagnóstico Prenatal de cromosopatías** a nivel autonómico para el Síndrome de Down. El porcentaje de amniocentesis en relación al número total de partos fue de un 5% en 1995 y de un 12% en 2011. La tasa de detección de anomalías cromosómicas en líquido amniótico ha sido de un 4,4% desde el año 1995 hasta la actualidad, un 50% de ellas fueron trisomías 21 y un 25% adicional correspondieron a otras aneuploidías. Más de la mitad de estas gestaciones se interrumpieron voluntariamente y un 44% fueron recién nacidos vivos. Desde 1991 a 2009 se diagnosticaron un total de 317 casos con SD, un 55% de ellos durante el periodo antenatal.

**Grafico . Casos de S. de Down diagnosticados y nacidos. Serie temporal. Navarra 1991-2009**



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 y cuyo test de cribado son las otoemisiones acústicas (OEA) en tres fases y cuya confirmación diagnóstica se realiza mediante potenciales evocados auditivos (PEA). 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.

**Tabla . Hipoacusias detectadas. Datos evolutivos de los últimos cinco años. Navarra**

	1ª OEA	2ª OEA	3ª OEA	PEA	Hipoacusias detectadas	Tasa detección total (por 1000 rn)
2007	6214	482	149	89	31	4,98
2008	6595	414	89	57	25	3,79
2009	6447	401	71	51	26	4,2
2010	6520	414	72	40	20	3,06
2011	6738	275	66	57	29	4,3

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 metabolopatías congénitas la población diana son todos los recién nacidos en la Comunidad, a los que se realiza cribado de Hipotiroidismo neonatal y de Fenilcetonuria. Durante 2008, 2009 y 2010 se detectaron, 6, 6 y 9 casos de hipotiroidismo congénito respectivamente y uno 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.

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 . 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

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.

Es un programa biopsicosocial en el que intervienen los Departamentos de Salud, Política Social y Educación y que sigue los principios de universalidad, gratuidad y descentralización. Comprende programas de valoración, estimulación y rehabilitación.

Sus mayores dificultades son de coordinación entre los departamentos implicados y de accesibilidad según lugar de residencia.

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

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 (planificación familiar, programa joven, programa de atención sanitaria a mujeres que trabajan en prostitución, vasectomías y consulta de psicosexología) 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 INSPL participa en las estructuras de coordinación y colaboración entre ambos Departamentos y 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.

Son centros que se esfuerzan en mejorar la salud del alumnado, profesorado y personal del centro y ponen empeño en desarrollar su capacidad como lugares saludables para vivir, aprender y trabajar.

#### 3.5.2.8. 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.

**Tabla 1.** Actividad de la Unidad de dolor

	2010	2011	2012
Nº Consultas (P/S)	2.613 (717/1.896)	2.694 (742/1952)	2771 (705/2.066)
Interconsultas hospitalarias	326	374	382
Tratamientos *	1.579	1.769	2.137
Consultas telefónicas**	631	508	708
I. Quirúrgicas	50	45	69

\* Bloqueos, infiltraciones, Tratos iv, iontoforesis, Qtenza, bombas perfusión analgésicas.

\*\* 47% por temas administrativos.

### **3.5.3: OTRAS ACTUACIONES**

#### **3.5.3.1. 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, 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.

#### **3.5.3.2. Programa de ayuda para dejar de fumar**

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.

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

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.

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

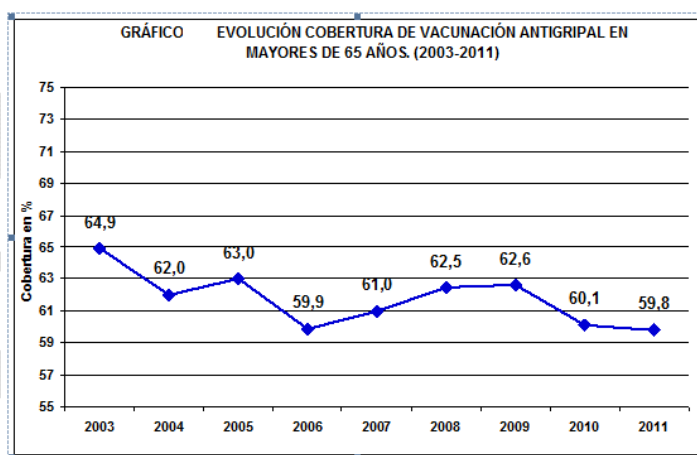
Desde 2008 en la convocatoria anual de subvenciones del Departamento de Salud, en la línea de promoción de salud, se incluyen proyectos de entidades locales y asociaciones que actúan sobre el tabaquismo.

### [3.5.3.3. 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.

### [3.5.3.4. 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. La cobertura vacunal antigripal se muestra en el siguiente gráfico:



### [3.5.3.5. 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 Salud Pública se considera que la conducta violenta y sus consecuencias pueden prevenirse pero la Administración Sanitaria ofrece una respuesta fundamentalmente terapéutica.

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.

#### 3.5.3.6. 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.

#### 3.5.3.7. 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 par 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, de 0 a 14 años alrededor del 26% de niños y niñas tienen el calendario de vacunaciones incompleto, hay un seguimiento del 87% del Programa PADI. El absentismo y abandono escolar en secundaria en algunas de las zonas llega al 80%.

Se ve necesario extender la cobertura del Programa, consolidar los logros y estabilizar la financiación, 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.

#### *3.5.3.8. 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 hace necesario realizar un nuevo Plan de Salud Laboral, una nueva encuesta de Salud y condiciones de trabajo y 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.

#### *3.5.3.9. Actuaciones sobre accidentes*

El Gobierno de Navarra fue designado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad representante de España en el proyecto europeo JAMIE (Joint Action on Monitoring Injuries in Europe), cofinanciado por la Comisión Europea en el programa de Salud Pública (DGSANCO). 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, 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.



Experiencias en países como Reino Unido, Suecia, Países Bajos y Austria demuestran que los programas de prevención de lesiones domésticas y de ocio pueden reducir los accidentes en un 20 a 30% y el retorno de la inversión suele oscilar entre 3 y 10 veces la realizada.

### 3.5.3.10. 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. Se puso en marcha en 1991 mediante el Decreto Foral 58/1991, y aunque fue ampliado durante un tiempo hasta los 18 años el Decreto Foral 249/2011 vuelve a definir la población con derecho desde los 6 hasta los 15 años de edad.

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 capitación, además de ciertos tratamientos pagados por acto médico.

**Tabla . Evolución de indicadores clave del PADI**

<b>Concepto</b>	<b>2001</b>	<b>2006</b>	<b>2011</b>
<b>Población:</b>			
Edades incluidas	6 - 15	6 - 18	6 - 18
Población Diana (con derecho)	49.730	72.200	80.025
Porcentaje de utilización	65,22	65,17	69,32
<b>Concepto</b>	<b>2001</b>	<b>2006</b>	<b>2011</b>
<b>Dentistas proveedores:</b>			
Nº de dentistas habilitados PADI	157	183	235
% del total de dentistas existentes	60,7	65,7	65,5
<b>Gasto (en miles de euros)</b>			
Gasto en miles de euros	1.454	2.500	3.340
<b>Perfil asistencial</b>	<b>2001</b>	<b>2006</b>	<b>2011</b>
% pacientes sin tratamiento	64,5	64,7	62,9
Dientes sellados / 100 PA	46,5	30,4	24,0
% pacientes con obturación/es	14,8	15,0	15,2
Dientes obturados / 100 PA	30,3	31,0	30,8
Radiografías intraorales/100 PA	6,2	9,1	14,0
Dientes endodonciados / 100 PA	1,2	1,5	1,6
Fluorizaciones tópicas / 100 PA	3,27	2,5	2,1
Permanentes extraídos / 100 PA	1,0	1,0	0,9
Temporales extraídos / 100 PA	10,1	6,6	7,0

PA: pacientes atendidos/as

Simultáneamente al PADI este grupo de población se ha beneficiado de una estrategia global de prevención que ha venido desarrollándose a nivel escolar, principalmente en educación primaria, y que incluye actividades de educación para la salud y enjuagues fluorados semanales. El resultado global es una mejora de la higiene bucal y del nivel

de salud dental, con una buena posición de Navarra en comparación con España y con otros países, pasando el porcentaje de niños de 14 años que se cepillan los dientes más de una vez al día del 23,4% en 1987 al 63,3% en 2007.

**Tabla .** 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 <sup>1</sup> a los 6 años	2,48*	1,16	1,28	1,26
Índice CAOD <sup>2</sup> a los 12 años	2,30*	0,90	0,75	0,63
Índice CAOD <sup>2</sup> a los 14 años	3,73	1,35	1,36	1,28
Índice de restauración <sup>3</sup> a los 12 años	42,17*	81,10	77,30	68,90
Índice de restauración <sup>3</sup> 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).

Como necesidades de futuro del programa destacan la de mantener la estrategia global de prevención y la de incrementar la colaboración de los comedores escolares, algo en lo que ya se ha empezado a trabajar desde el ISPLN.

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 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 en el Hospital San Juan de Dios. La media de pacientes atendidos bajo anestesia general es de 22 al año.

### 3. PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN

En el documento de la “Estrategia para el desarrollo del Modelo de Atención Sanitaria Pública de Navarra” elaborado por el Departamento de Salud se detallan 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.

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.

En efecto en este tiempo se ha venido 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” y pretende situar la estrategia de salud al más alto nivel de Gobierno.

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 la organización del Sistema Nacional de Salud, como son la orientación a los resultados en salud, la potenciación del papel de los usuarios como decisores, la implicación de los profesionales en las reformas administrativas, las actuaciones clínicas y 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.

Con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, también en dicha Ley se promovía que las Administraciones sanitarias adoptaran un enfoque integral en la atención a las enfermedades más prevalentes

En consecuencia los principios de atención sanitaria ya enunciados se han de complementar con los principios del nuevo modelo de salud pública que nos exigen la evolución epidemiológica y social de la sociedad actual.

- Orientación a los Resultados en Salud.
- Enfoque poblacional y priorización.
- Estrategias integrales de intervención.
- Salud en todas las políticas.
- Intersectorialidad e intervención comunitaria.
- Orientación socio-sanitaria.
- Corresponsabilidad y participación.
- Coherencia entre prioridades e instrumentos.

### **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.

- Establecer objetivos y metas en términos de resultados y no solo de acción.
- Trasladar a clínicos y gestores los objetivos y metas de salud definidos.
- Implementar los instrumentos necesarios para apoyar las estrategias prioritarias de intervención.
- Desarrollar sistemas efectivos de medición de resultados en Salud.

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.

**En definitiva la pretensión del Plan es lograr que los profesionales asuman como propios los objetivos de salud que se pretenden alcanzar y compartan los criterios para evaluar el grado de avance logrado.**

### **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. Así es y así debe seguir siendo.

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 sistema sanitario. 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 los Planes Integrales de Salud, desarrollados 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.

Los citados planes 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.

Los planes Integrales 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. Parte de la evidencia de que 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 sus objetivos sociales y el crecimiento económico.

Hace hincapié en que 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”

En particular se señala la importancia de que las decisiones clave de gobierno se adopten tras realizar análisis y evaluaciones previas de 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 de la 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.

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 y participación.**

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.

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.

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.



## 4. METODOLOGÍA

En agosto del 2012 el Departamento de Salud hizo publicó su plan estratégico bajo la denominación de “Estrategia para el desarrollo del Modelo de Atención Sanitaria Pública de Navarra”. En el momento de su elaboración estaba a punto de finalizar la vigencia del Plan de Salud 2006-2012 y se consideró más oportuno posponer el debate de las prioridades de salud al momento de la elaboración del nuevo Plan de Salud, que ahora se acomete.

Todas las prioridades incluidas en el Plan 2006-2012 se incluyen en el nuevo Plan de Salud o tienen acomodo en un Proyecto Estratégico específico (Listas de Espera, Uso racional del medicamento, etc.) con excepción de las Enfermedades Trasmisibles y los Accidentes de Tráfico.

La mayor parte de los problemas emergentes señalados tienen cabida en las Estrategias de Salud priorizadas, dado el enfoque biopsicosocial con el que se abordan.

La elaboración del Plan de Salud ha seguido diferentes etapas: evaluación del Plan anterior, diagnóstico de situación, formulación de principios y objetivos, definición del plan de acción con el establecimiento de las estrategias priorizadas y finalmente, identificación de los instrumentos para la operativización del Plan y para conseguir su cohesión, su engranaje con el resto de planes y programas del Departamento de Salud.

La coordinación del Plan se ha ejercido por la Sección de Innovación y Evaluación del Servicio de Investigación, Innovación y Formación Sanitaria del Departamento de Salud. La coordinación tenía como función elaborar documentos base y facilitar y coordinar los procedimientos de participación en las diferentes etapas de todo el proceso.

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 propuestas concretas formuladas por los profesionales participantes en los distintos Grupos de Trabajo.

### **La participación en la elaboración del Plan**

El Plan se ha elaborado bajo un criterio básico de cooperación mediante la búsqueda y operatividad de la participación profesional y social racional y posible en el proceso. Se ha buscado captar la visión de la población general y profesionales a través de los medios directos e indirectos disponibles. La diferente naturaleza de cada una de las partes que integran el Plan hace que la forma y perfil de participantes sea también diferente.

Hasta el momento la participación de la población en general y de grupos específicos ha estado presente mediante 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.

Se ha utilizado así mismo para la definición de objetivos y acciones 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 grado de participación de los profesionales ha sido elevado. 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.

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

Las fórmulas de participación de los profesionales han sido principalmente mediante:

- Cuestionario de seguimiento y evaluación del Plan de Salud 2006-2012.
- Elaboración de Informes de Expertos
- Constitución de 12 Grupos de Trabajo Técnico
- Encuesta de opinión entre profesionales para la priorización de problemas y para la identificación de problemas emergentes.

### **Presentación y período de exposición pública**

Para complementar el proceso participativo se ha previsto realizar un conjunto de Sesiones de Presentación del Programa

Las sesiones de presentación pública irán dirigidas a.

- Profesionales del Sistema Sanitario
- Colegios y asociaciones Profesionales
- Asociaciones Ciudadanas y de Pacientes

Así mismo el proyecto se someterá a Exposición Pública por un período de un mes.

### **Evaluación del Plan anterior**

El Plan de Salud Navarra 2006-2012 incluía cinco Líneas Estratégicas que se desplegaban en un total de 20 Prioridades, 53 Objetivos y 150 Acciones. Formulaba objetivos de acción, no formulaba objetivos ni indicadores de resultados.

Para su evaluación se ha solicitado información a todas las personas con responsabilidad en cada una de las acciones del Plan pidiéndoles una valoración del grado de cumplimiento de las mismas y a partir de ahí se ha obtenido en cascada la evaluación del cumplimiento de los objetivos, las prioridades y las líneas estratégicas.

También se ha valorado la pertinencia del plan para lo cual, a las mismas personas se les pidió que valoraran el grado de interés de las acciones.

En el proceso participaron aproximadamente 30 profesionales.

### Diagnóstico de situación

Como punto de partida se ha elaborado un análisis de la situación actual de salud de Navarra que profundiza en la realidad de la población, su estado de salud, los factores determinantes de la misma y el sistema sanitario, recursos, servicios y prestaciones.

Más de treinta profesionales de la salud y de otros departamentos del Gobierno han participado en este proceso, elaborando informes de situación sobre materias pertenecientes a sus áreas competenciales y de conocimiento.

Para la identificación de nuevos problemas de salud, de los llamados problemas emergentes, se elaboró un cuestionario que se envió a través de correo electrónico a la dirección de cada una de los centros de salud de Navarra para ser cumplimentado de manera conjunta con todo el personal del Equipo de Atención primaria. Finalmente el equipo coordinador del Plan dio cohesión y uniformidad a la amplia información que mediante cuestionario e informe aportaron todos los profesionales implicados en este proceso.

### Formulación general del Plan

Tras un periodo de estudio y reflexión estratégica y en base a la información aportada por la evaluación del Plan anterior y del Diagnóstico de situación y de los problemas emergentes, tras la revisión de Planes de Salud de otras CCAA, otros países y otras regiones, así como tras el análisis de informes sobre la política sanitaria de la Unión Europea y documentos bases de política sanitaria nacional e internacional, se llegó a la formulación general del Plan.

La definición de los Principios de intervención que se concretaron en:

- Orientación a los Resultados en Salud
- Enfoque poblacional y priorización sanitaria
- Orientar la intervención mediante Estrategias integrales de acción
- Promover la Salud en todas las políticas
- Intersectorialidad e Intervención comunitaria
- Orientación socio-sanitaria
- Corresponsabilidad y participación
- Coherencia entre prioridades e instrumentos

**El enfoque esencial del nuevo Plan de Salud de Navarra será por tanto el desarrollo de Estrategias Integrales de Salud orientadas a Resultados de Salud de carácter poblacional.**

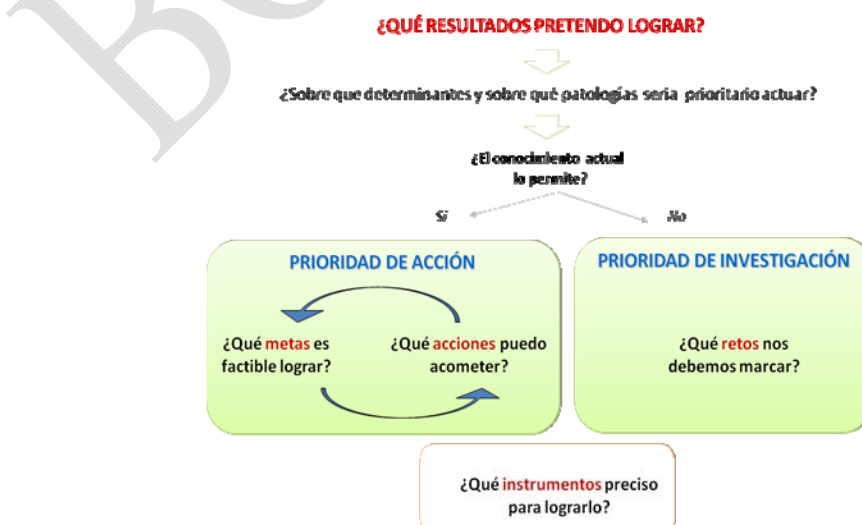
El esquema que sigue trata de reflejar la concepción general del Plan de Salud



Conforme a dicha metodología procedía en primer lugar formular los Objetivos Generales del Plan desde una concepción biopsicosocial y se concretaron en:

- 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.
- Mejorar la equidad en los resultados de salud.
- Contribuir a la sostenibilidad del Sistema Sanitario

Teniendo en cuenta lo objetivos que se pretendía lograr procedía analizar a continuación la factibilidad de las intervenciones posibles para posteriormente priorizarlas y estructurarlas.



Para ello se comenzó por desplegar los Objetivos Generales y concretarlos en un total de    Objetivos Específicos del Plan de Salud que por su carácter genérico se consideraron provisionales a la espera de recibir las propuestas de objetivos específicos de cada una de las Estrategias

A continuación se priorizaron las Estrategias de Salud como enfoque general de intervención y que se concretaron en las siguientes:

- Estrategia de prevención y promoción en población infantil y adolescente.
- Estrategia de promoción de salud y autocuidados en población adulta
- Estrategia de prevención y atención a la discapacidad
- Estrategia de prevención y atención al cáncer
- Estrategia de prevención y atención en salud mental
- Estrategia de atención a la demencia y otras enferm. Neurodegenerativas
- Estrategia de atención a las urgencias tiempo dependientes
- Estrategia de prevención y atención a enfermedades vasculares y diabetes
- Estrategia de prevención y atención a las enfermedades respiratorias
- Estrategia de atención a pacientes pluripatológicos
- Estrategias de cuidados paliativos y dolor
- Estrategia de seguridad del paciente

### **Definición de los Objetivos Específicos y Acciones de cada Estrategia**

Con objeto de definir los Objetivos Específicos y Acciones de cada una de las Estrategias se constituyó un Grupo de Trabajo para cada una de ellas formado por los profesionales más capacitados e implicados en los diferentes aspectos de los problemas abordados dentro de cada estrategia, profesionales del ámbito de la Salud Pública, de la gestión de los servicios de salud, de Atención Primaria, de Asistencia Especializada, de Trabajo Social, 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 les encargó definir los objetivos de su estrategia, las acciones concretas necesarias para alcanzarlos, indicándoles que dejaran el detalle o programación de la acción para una fase posterior de implementación, y finalmente los indicadores para el seguimiento y evaluación de su cumplimiento. Estos grupos constituyen el embrión de los comités técnicos que se prevé formar como elementos estructurantes para el desarrollo del Plan. En total se constituyeron 11 Grupos de Trabajo

La unidad técnica del Plan de Salud asumió la coordinación y la función elaborar los documentos base, asesorar y facilitar la acción de los grupos de trabajo, velar por la cohesión, coordinación, pertinencia y adecuación de las propuestas de los grupos

La metodología de trabajo empleada consistió en comendar a cada uno de los Grupos de Trabajo que formularan Objetivos Específicos, Metas e Indicadores orientados al logro de los Resultados Generales y Específicos genéricos del Plan de Salud. El encargo formulado a los Grupos consistía en que trataran de concretar la contribución de cada una de las Estrategia al logro de los Objetivos de Resultados propuesto para 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

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
<b>1. Disminución de la mortalidad prematura y evitable aumentando la esperanza de vida.</b>										
1.1 Disminuir la mortalidad prematura										
1.2 Disminuir la mortalidad evitable										
1.3 Disminuir la mortalidad infantil										
<b>2. Disminución de la morbilidad y severidad de determinadas patologías</b>										
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										
<b>3. Disminución de la discapacidad y promoción de la autonomía personal</b>										
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

Siempre que se ha podido se han definido también las Metas de Resultado.

### Objetivos Específicos del Plan

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

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.

### Instrumentos estratégicos y despliegue del Plan.

El Plan de salud tiene una doble perspectiva, por un parte pone en marcha unas estrategias prioritarias y por otra enlaza con el conjunto de actuaciones estratégicas del Sistema Sanitario Público de Navarra.

En esta última etapa, se desarrollan instrumentos para el engranaje con las actuaciones del Departamento de Salud que ya están en marcha y para el desarrollo específico del Plan y su seguimiento y evaluación.

Así mismo procedía identificar los instrumentos o elementos clave para lograr que lo que se ha definido como una prioridad de salud se constituya realmente en el eje de la Gestión Clínica y uno de los ejes principales sino el primero de las Estrategias de Gestión.

Los instrumentos y elementos clave identificados como prioritarios han sido los siguientes:

- La transformación del modelo de atención en particular la estrategia de crónicos
- La coordinación sociosanitaria
- El marco normativo
- El liderazgo clínico
- La dirección facilitadora.
- La financiación orientada a resultados. Nuevos Contratos Programa
- Los Pactos de Gestión clínica orientada a resultados de salud
- La Historia Clínica Electrónica única y dotada de instrumentos de ayuda a la toma de decisiones
- La formación y gestión clínica del conocimiento
- La participación profesional
- Desarrollo de una estrategia poblacional de implicación y participación
- El desarrollo sistema de evaluación
- Los cuadros de mandos clínicos y de gestión clínica

## 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.
- Mejorar la **equidad** 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.
- 1.2. Disminuir la mortalidad prematura total, 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, tanto en adultos como en niños, la mortalidad total por causas evitables\*.
- 1.5. Disminuir la mortalidad prematura por cardiopatías, enfermedades vasculares, diabetes mellitus, politraumatismos, enfermedades respiratorias, complicaciones médicas del alcoholismo, hemorragia digestiva, fractura de cadera, sepsis y suicidio.
- 1.6. Contener la tendencia creciente de la mortalidad ajustada por cáncer.
- 1.7. Aumentar, tanto en hombres como en mujeres, la supervivencia global a los cinco años del conjunto de los cánceres así como 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](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000300004)

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

- 2.1. Disminuir la incidencia o contener la tendencia creciente de determinados cánceres.
- 2.2. Disminuir el porcentaje de cánceres diagnosticados en estadios avanzados III y IV e incrementar la detección precoz del cáncer de colon y recto, mama, cuello de útero, y cáncer familiar.
- 2.3. Reducir el tiempo entre sospecha de cáncer y la confirmación diagnóstica y el inicio del tratamiento.
- 2.4. Disminuir la incidencia y/o prevalencia de las cardiopatías, enfermedades vasculares, diabetes mellitus, enfermedades respiratorias, enfermedades mentales e intentos de suicidio.
- 2.5. Mejorar la detección precoz de las patologías priorizadas.
- 2.6. Disminuir la prevalencia del dolor crónico y reducir su severidad.
- 2.7. Reducir los tiempos generales de activación y llegada de los Servicios de Urgencia en casos de sospecha de urgencia vital.
- 2.8. Incrementar el % de pacientes con IAM e Ictus que se someten a algún tipo de revascularización primaria.
- 2.9. Identificar a los pacientes crónicos según su severidad clínica asegurando una atención proactiva a los pacientes severos, con especial atención a los pacientes pluripatológicos.
- 2.10. Reducir las reagudizaciones de los pacientes crónicos.
- 2.11. Mejorar el cumplimiento terapéutico de los pacientes crónicos.
- 2.12. Aumentar el % de pacientes crónicos que abandonan el tabaco y realizan el ejercicio físico prescrito.
- 2.13. Lograr que las interconsultas por reagudización de los procesos crónicos severos puedan ser atendidas en 24 h en consulta ambulatoria personalizada (presencial o no presencial).
- 2.14. Garantizar la continuidad de la atención tras al alta hospitalaria.
- 2.15. Disminuir las infecciones nosocomiales, las reacciones adversas a medicamentos, las complicaciones médicas y quirúrgicas y en general todos los eventos adversos producidos en los dispositivos asistenciales.

## **3. Disminuir la discapacidad y promover la autonomía personal.**

- 3.1. Aumentar los años de vida libre de discapacidad.
- 3.2. Disminuir la prematuridad, el bajo peso al nacer y reducir los riesgos y complicaciones en embarazo y parto.
- 3.3. Ampliar las técnicas de diagnóstico precoz prenatal y postnatal de anomalías congénitas.
- 3.4. Garantizar el adecuado control evolutivo del desarrollo de niños y adolescente consiguiendo altas tasas de cobertura en los cribados establecidos.

- 3.5. Incrementar las actividades de estimulación precoz, rehabilitación funcional de niños y adolescentes incluida la logopedia en colaboración con los Departamentos de Políticas Sociales y Educación.
- 3.6. Garantizar una evaluación periódica y de carácter multidisciplinar de los niños con déficits de desarrollo físico, psíquico o sensorial.
- 3.7. Incrementar el porcentaje de pacientes crónicos a los que se les realiza una evaluación periódica de la capacidad funcional para prevenir su deterioro con especial atención a las enfermedades neurodegenerativas y cerebrovasculares y en general en mayores de 75 años.
- 3.8. Incrementar el porcentaje de pacientes que reciben rehabilitación cardíaca o respiratoria.
- 3.9. Incrementar el porcentaje de pacientes con enfermedades neurodegenerativas que reciben rehabilitación funcional y adaptación a su entorno tras un evento, con especial atención al Ictus y a la fractura de cadera.
- 3.10. Incrementar el porcentaje de pacientes con enfermedades neurodegenerativas que reciben estimulación cognitiva, rehabilitación funcional y adaptación a su entorno.
- 3.11. Garantizar una atención sociosanitaria domiciliaria adecuada a los pacientes dependientes.
- 3.12. Reducir las complicaciones en los cuidados del mayor: caídas, úlceras por decúbito, etc.
- 3.13. Reducir las secuelas físicas y funcionales derivadas del tratamiento del cáncer.
- 3.14. Capacitar y apoyar a las personas cuidadoras para promover su salud y mantener un cuidado efectivo con especial atención a los cuidadores de pacientes en fase terminal, pacientes con demencia y de pacientes con trastorno mental grave.

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

- 4.1. Mejorar el estado de salud percibido por la población general y por grupos específicos de pacientes.
- 4.2. Incrementar el porcentaje de pacientes crónicos a los que se les ha evaluado la calidad de vida, 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 y de otros colectivos específicos de pacientes.
- 4.4. Incrementar el porcentaje de pacientes con cáncer en los que se ha evaluado su nivel de afrontamiento, su calidad de vida, su percepción de su estado de salud, y a los que se ha prestado el apoyo necesario para mejorar en lo posible su situación psicosocial.
- 4.5. Incrementar el porcentaje de pacientes con dolor crónico a los que se les ha realizado seguimiento sistematizado mediante un instrumento validado y a los que se les ha adecuando la escala terapéutica.

- 4.6. Incrementar el % de pacientes con dolor crónico severo que dispongan de una valoración multidimensional en su Hª CIª.
- 4.7. Garantizar que la cobertura del Programa de Cuidados Paliativos alcance a todos los pacientes terminales con independencia de su diagnóstico y su ámbito territorial, incluida la población infantil que lo requiera.

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

- 5.1. Aumentar el % de población general con estilos de vida saludable.
- 5.2. Incrementar el % de población a la que se que se ha evaluado su riesgo cardiovascular.
- 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. Incrementar el porcentaje de personas mayores que aplican recomendaciones para un envejecimiento saludable tanto desde el punto de vista físico como psíquico y social.
- 5.6. Disminuir la prevalencia de consumo de tabaco en la población general y lograr el abandono del tabaco en pacientes crónicos o en situación de riesgo vascular.
- 5.7. Incrementar la actividad física en la población general incluidos los pacientes crónicos y las personas mayores.
- 5.8. Disminuir la prevalencia de sobrepeso y obesidad y reducir de manera muy significativa las tasas de obesidad infantil y de la adolescencia.
- 5.9. Disminuir la prevalencia de consumo de alcohol y otras adicciones en la población.
- 5.10. Promover una alimentación saludable e impulsar acciones interdepartamentales para reducir la oferta de alimentos inapropiados.
- 5.11. En general promover y facilitar en población general la adquisición de estilos de vida saludable y la reducción de comportamientos de riesgos: exposición al sol, accidentes seguridad, estrés, cuidado de la espalda, sexualidad, afectividad, problemas adaptativos, afrontamiento.
- 5.12. Promover mediante el trabajo interdepartamental la mejora de los entornos, urbano, laboral, escolar, el propio domicilio, de ocio etc. haciéndolos más seguros, accesibles y saludables.
- 5.13. Detectar y reducir el riesgo psicosocial en poblaciones especialmente vulnerables: mayores, infanto-juvenil, etc.
- 5.14. Garantizar la valoración y gestión de casos multidisciplinar de los niños en situación de riesgo psicosocial.
- 5.15. Garantizar la adecuada cobertura vacunal.
- 5.16. Reducir las complicaciones derivadas de la intervención médica aplicando las pertinentes medidas de seguridad del paciente.

## **6. Fomentar el empoderamiento y el autocuidado**

- 6.1. Incrementar el % de pacientes crónicos que han recibido formación en Autocuidados sobre su proceso.
- 6.2. Incrementar el % de pacientes crónicos severos que se consideran capacitados para reconocer los signos de alarma y las pautas de actuación en caso de descompensación.
- 6.3. Incrementar el % de pacientes crónicos que se corresponsabilizan del autocontrol de su proceso.
- 6.4. Incrementar el número de pacientes expertos que asumen un protagonismo activo en el fomento del autocuidado y la autoayuda.
- 6.5. Incrementar el número de padres y madres que reciben formación en materia de cuidados.
- 6.6. Incrementar el número de profesores que reciben formación en materias relacionadas con la salud.
- 6.7. Incrementar el % de la población que se considera bastante corresponsable de su estado de salud en su relación con el sistema sanitario.
- 6.8. Incrementar el % de la población que se considera bastante capacitada para impulsar su protagonismo y su corresponsabilidad en su estado de salud y en su relación con el sistema sanitario.
- 6.9. Incrementar el % de la población que se considera capacitada para el autocuidado de procesos agudos autolimitados, reconoce los signos de alarma y conoce los criterios de consulta.
- 6.10. Incrementar el % de la población que considera que los profesionales del sistema sanitario informan adecuadamente a los pacientes y toma en consideración sus opiniones y valores a la hora de adoptar decisiones sobre su proceso. Especial atención al cáncer, a los pacientes en fase terminal, y a los pacientes con demencia.
- 6.11. Incrementar el % de pacientes que participa en grupos de autoayuda.
- 6.12. Incrementar el % de población que hace uso del Portal de Salud como instrumento de consulta y mejora de su autocuidado.
- 6.13. Incrementar la participación activa de ciudadanos y pacientes en los procesos de mejora continua de la atención.

## **7. Mejorar la equidad en los resultados de salud**

- 7.1. Reducir las diferencias existentes en 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 nuevas terapias y a técnicas de rehabilitación y de estimulación cognitiva.
- 7.2. Equilibrar el porcentaje de pacientes de hombre y mujeres que se beneficia de técnicas intervencionistas primarias en IAM.

- 7.3. Reducir la sobremortalidad de determinados colectivos vulnerables, tales como los pacientes con Trastorno Mental Grave.
- 7.4. Reducir el estigma existente con las enfermedades mentales y los pacientes afectados por dolor crónico, fibromialgias etc.
- 7.5. Lograr que la cobertura del Programa de Cuidados Paliativos alcance al 100 % de los pacientes terminales con independencia de su diagnóstico y su ámbito territorial, incluida la población infantil que lo requiera.
- 7.6. Censar a las personas cuidadoras teniendo según edad y sexo.
- 7.7. Realizar prevención selectiva en colectivos más vulnerables al inicio y al abuso en el consumo de drogas y otras adicciones.
- 7.8. Identificar otras diferencias de resultados en salud en colectivos vulnerables.

## **8. Contribuir a la sostenibilidad del Sistema Sanitario**

- 8.1. Reducir las urgencias, ingresos y estancias hospitalarias por descompensación de procesos crónicos y en general las hospitalizaciones evitables.
- 8.2. Reducir la tasa de reingresos tras el alta hospitalaria.
- 8.3. Incrementar el porcentaje de ingresos que se realizan en hospitalización a domicilio y hospitalización de día.
- 8.4. Incrementar los servicios de convalecencia y rehabilitación domiciliaria y residencial en el entorno y reducir las estancias hospitalarias por convalecencia y/o rehabilitación.
- 8.5. Incrementar el número de protocolos basados en la evidencia científica.
- 8.6. Racionalizar los controles del riesgo vascular adecuándolos al nivel de riesgo y evitar la medicalización excesiva de la práctica clínica favoreciendo la adhesión a los estilos de vida saludables.
- 8.7. Reducir el porcentaje de pacientes polimedicados.

## 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	Prevención 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 Enferm. Respiratorias
Atención a Pacientes Pluripatológicos	Cuidados 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 guarda una mayor relación en función de la estructura de responsabilidades.

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



### PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A ENFERM. VASCULARES Y DIABETES

- Prevención primaria de enfermedad vascular
- Prevención secundaria de enfermedad vascular
- Programa de atención a 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

*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

## 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.
- 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. 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. Revisión del Programa de Atención Temprana a la discapacidad\*
- 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 infrecuentes)

#### 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. Nuevo Programa de Salud Infantil y del Adolescente en Atención Primaria (Intervención individual y grupal)
- A.4.2. Programa de obesidad infantil y de la adolescencia.
- A.4.3. Vínculo afectivo y capacitación en el cuidado del RN.
- A.4.4. Protocolo sistemático de detección de riesgo psicosocial.

- A.4.5. Intervención en red en riesgo psicosocial. Comités de ZB y Gestión de Casos.
- A.4.6. Capacitación y apoyo al centro educativo en la atención a los niños con patologías crónicas. Elaboración de una guía de actuación con enfermedades crónicas.

## **A.5. Programa Comunitario de Promoción de la Salud en Infancia y Adolescencia**

- A.5.1. Impulso a la Red de Escuelas Promotoras de Salud
  - A.5.2. Ejercicio en la escuela y prevención de la obesidad
  - A.5.3. Alianzas interdepartamentales y con entidades municipales para la mejora de los entornos.
  - A.5.4. Escuela de Padres y Madres. Educación parental y autocuidados
  - A.5.5. Prevención de riesgos y educación sexual y afectiva
  - A.5.6. Prevención de consumo de drogas y otras adicciones.
  - A.5.7. Capacitación del profesorado en valoración e intervención de conductas disruptivas
  - A.5.8. Programa de salud infantil en minorías
  - A.5.9. Hospitales Promotores de Salud amigos de los niños
- 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.
- B.1.5. Alianzas interdepartamentales y con entidades municipales para la mejora de los entornos. "Accesibilidad universal y diseño para todos"
- B.1.6. Estrategia Interdepartamental de Alimentación Saludable con atención a las desigualdades sociales.
- B.1.7. "Informe previo de impacto en salud" en el análisis de la sostenibilidad integral de los proyectos clave de Gobierno.

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

- B.2.1. Evaluación sistemática del estilo de vida en Hª 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. Eps talleres de apoyo para dejar el tabaco
- B.2.6. EpS talleres educativos sobre alimentación saludable.
- B.2.7. EpS talleres sobre estrés y ansiedad

## **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. Fomento de otras iniciativas sociales de colaboración intergeneracional, estimulación cognitiva y participación social del mayor.
- B.3.5. Incluir en la cartera de servicios de las Residencias talleres de memoria y ejercicio.
- B.3.6. 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 Cuidadores
- 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 para disminuir la sobremorbimortalidad**

- B.5.1. Programa de autocuidados y hábitos saludables en pacientes con Trastorno Mental
- B.5.2. Inclusión sistemática de la variable clase social en Hª Clínica y en todos los registros sanitarios
- B.5.3. Incluir sexo, clase social y zona básica como variables de equidad en todos los análisis de resultados en salud
- B.5.4. Considerar la equidad como un factor para la concesión de subvenciones a entidades sociales y a programas de salud.

---

## **C. ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD**

### **C.1. Programa socio-sanitario de Rehabilitación Funcional de ámbito comarcal**

- C.1.1. Sistematizar la valoración de la capacidad funcional y prevenir el agravamiento de los procesos crónicos discapacitantes
- C.1.2. Generalizar la prescripción de ejercicio físico personalizado
- C.1.3. Promover actividades grupales de rehabilitación funcional
- C.1.4. Rehabilitación funcional básica de ámbito comarcal, ambulatoria y domiciliaria.
- C.1.5. Promover la adaptación del hogar y el uso de ayudas técnicas y servicios de apoyo para posibilitar una vida independiente.

### **C.2. Programa de Capacitación y Apoyo al Cuidador**

- C.2.1. Puesta en marcha de la Escuela de Pacientes y Cuidadores
- C.2.2. Programa de apoyo al cuidador principal desde los Centros de Salud y los Servicios Sociales de Base
- C.2.3. Promocionar la participación de los cuidadores en grupos de autoayuda
- C.2.4. Promover en colaboración con el INAFI la participación de los hombres en el cuidado.

### **C.3. Programa de Atención Domiciliaria Sociosanitaria**

- C.3.1. Constitución de Comités de Coordinación Sociosanitaria de Zona Básica
- C.3.2. Protocolización de la valoración de necesidades sociosanitarias
- C.3.3. Cartera de Servicios de Atención Sociosanitaria domiciliaria
- C.3.4. Gestión de Casos y Plan Integral de atención

### **C.4. Programa de Convalecencia Residencial Rehabilitadora (física y psíquica)**

- C.4.1. Definición de perfiles de pacientes y procesos susceptibles de convalecencia residencial rehabilitadora. (Salud mental, ictus, fractura de cadera, etc)
- C.4.2. Caracterización de los tipos de Centros sociosanitarios de media estancia
- C.4.3. Definición de la Cartera de Servicios de los centros de media estancia
- C.4.4. Planificación de necesidades de camas sociosanitarias
- C.4.5. Definición de las necesidades temporales de atención por procesos

## **C.5. Programa de prevención de complicaciones en los Cuidados del Mayor**

- C.5.1. Garantizar una valoración geriátrica integral en personas con trastornos de la marcha, antecedentes de caídas, déficits visuales y auditivos.
- C.5.2. Elaborar una Guía de Prevención de Complicaciones en los Cuidados del Mayor
- C.5.3. Prevención de úlceras por decúbito
- C.5.4. Generalizar la prescripción de ejercicio físico personalizado.
- C.5.5. Evaluación del entorno y promoción de ayudas técnicas
- C.5.6. Prevención de la conducta suicida y del maltrato al mayor

## **C.6. Programa de atención sanitaria a Pacientes Institucionalizados (físicos y psíquicos)**

- C.6.1. Inclusión de pacientes institucionalizados en el Programa de Crónicos
- C.6.2. Prevención de deterioro asociado a la estancia en centros sociosanitarios
- C.6.3. Gestión integrada de la Farmacia
- C.6.4. Acceso por los profesionales sanitarios de los centros a la Historia Clínica del SNS-O
- C.6.5. Formación de los profesionales sanitarios de los centros en gestión de casos y en cuidados sanitarios

---

## **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. Continuidad de los Programa de detección Precoz de “Cáncer de Mama” y “Cuello de Útero”
- D.1.4. Despliegue del Programa de detección Precoz de Cáncer Colorrectal (PDPCCR)
- D.1.5. Regulación, aplicación de la legislación y control de la exposición profesional a cancerígenos
- D.1.6. Puesta en marcha de un Programa de Cáncer Familiar.
- D.1.7. 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 online con el Registro Poblacional
- 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. Puesta en marcha de consultas de Alta Resolución en las UFM de Cáncer
- D.3.3. Unidad de Admisión específica para la alta resolución en Cáncer con gestión personalizada y monitorización de tiempos
- D.3.4. Plan terapéutico multidisciplinario basado en protocolos nacionales o internacionales y personalizado y consensuado por Comités de Tumores
- D.3.5. Especialista de referencia y seguimiento personalizado basados en la evidencia científica y aprobado por la UFM
- D.3.6. Enfermeras de Enlace Hospitalarios y metodología de Gestión de Casos
- D.3.7. Implicar a Atención Primaria en el seguimiento sintomático de las personas supervivientes de cáncer

## **D.4. Programa de Apoyo 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

- D.4.4. Reforzar el apoyo psicosocial en coordinación con las Asociaciones de Pacientes con especial atención al población infantil y juvenil
- 

## **E. ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN EN SALUD MENTAL**

### **E.1. Programas de Prevención en Salud Mental y erradicación del estigma. (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. Despliegue efectivo del Plan de Drogodependencias y otras Adicciones. (Ver Estrategia de Promoción y Prevención en Adultos)
- E.1.4. Programa comunitario de salud mental en colectivos de alto riesgo social por parte de los equipos de salud mental comunitarios
- E.1.5. Plan de comunicación para la erradicación del estigma

### **E.2. Programa de atención integrada al Trastorno Mental Grave (TMG)**

- E.2.1. Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención a la Esquizofrenia por niveles de severidad según la metodología de crónicos
- E.2.2. Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención a los Trastornos Depresivos Recurrentes por niveles de severidad según la metodología de crónicos
- E.2.3. Protocolos informatizados compartidos de TMG
- E.2.4. Enfermeras de enlace en S. Mental. Gestión de Casos
- E.2.5. Garantizar la consulta en el día personalizada para intervención en crisis.
- E.2.6. Alternativas a la hospitalización en caso de reagudización
- E.2.7. 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 al cuidador



#### **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. Apoyo a la Atención Primaria en el desarrollo del protocolo de intervención en red en menores con alto riesgo psicosocial
- E.4.4. Formación y apoyo a familiares y cuidadores

#### **E.5. Programa específico de Capacitación y Apoyo al Cuidador 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 del Cuidador Principal en Hª Clª y evaluación sobrecarga y Euroqol.
  - E.5.4. Atención sociosanitaria. Centros de Día, Estancias temporales, Residencias asistidas, etc.
  - E.5.5. Promocionar la participación de los cuidadores en grupos de autoayuda
  - E.5.6. Promover la intervención familiar y el apoyo de voluntariado
- 

### **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
- F.1.3. Valoración integral socio-sanitaria
- 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 al Cuidador de pacientes con Deterioro Cognitivo**

- F.2.1. Escuela de Cuidadores. Aula específica de Cuidado a la Demencia. Cuidador Experto.
- F.2.2. Capacitación específica en pautas de estimulación cognitiva y alteraciones conductuales
- F.2.3. Identificación del Cuidador Principal en Hª Clª y evaluación sobrecarga y Euroqol.
- F.2.4. Atención socio-sanitaria. Centros de Día, Estancias temporales, Residencias asistidas, etc.
- F.2.5. Promocionar la participación de los cuidadores en grupos de autoayuda
- F.2.6. Promover la intervención familiar y el 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 -EST
- G.1.4. Regulación del Código Trauma Grave
- G.1.5. Iniciar el tratamiento y activar el Código de Activación correspondiente desde el primer contacto médico
- G.1.6. Iniciar estrategia de reperfusión y tratamiento coadyuvante en/desde el primer contacto médico (según protocolo)
- G.1.7. Garantizar transporte primario en ambulancia medicalizada (SAMU-UCI)
- G.1.8. Establecer centros de referencia, criterios y circuitos de derivación
- G.1.9. 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 a CHN- H ICP desde SAMU-UCI
- G.2.5. Conexión telemática del CHN con los Hosp. Comarcales (Tele Ictus, Tele IAM)
- G.2.6. Análisis de indicadores de resultados de la atención a la Urgencia vital por Áreas y Zona de Salud

### **G.3. Capacitación Ciudadana frente a la Urgencia Vital**

- G.3.1. Campaña de comunicación para divulgar pautas de actuación ciudadana ante signos y síntomas de alarma vital. Ictus, 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. Dotación de desfibriladores a centros y servicios públicos
-

## **H. ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A ENFERMEDADES VASCULARES Y DIABETES**

### **H.1. Prevención Primaria de Enfermedad Vascul**

- 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. Prescripción de dieta, ejercicio físico, abandono del hábito tabáquico
- H.1.4. Intervención específica y control según nivel de riesgo
- H.1.5. Programa de Autocuidados
- H.1.6. Coordinar y racionalizar los autocontroles y los controles entre Médico y Enfermera de AP
- H.1.7. Colaboración de las farmacias extrahospitalarias en el control y autocontrol del paciente.

### **H.2. Prevención Secundaria de Enfermedad Vascul**

- H.2.1. Protocolos de tratamiento de la FA y HTA, anticoagulación etc.
- H.2.2. Detección precoz de afectación de órgano diana de la HTA, nefropatía, retinopatía, etc.
- H.2.3. Despistaje de Hiperlipemia Familiar en At. Primaria, Cardiología, Neurología, Endocrinología
- H.2.4. Coordinar y racionalizar controles entre AP y AE
- H.2.5. Programa de Autocuidados incluyendo prescripción de ejercicio

### **H.3. Programa de atención a la Insuficiencia Cardiac**

- H.3.1. Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención a la Insuficiencia Cardiac por niveles de severidad según la metodología de crónicos
- H.3.2. Protocolo informatizado compartido de Insuficiencia Cardiac con utilización adecuada de nuevos fármacos
- H.3.3. Consulta monográfica de Insuficiencia Cardiac 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
- 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. Programa de Autocuidados y Paciente Experto
- H.3.9. Telemonitorización de pacientes severos

H.3.10. Programa de capacitación y apoyo al cuidador

#### **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. Garantizar el tratamiento técnico adecuado del IAM en mujeres
- H.4.5. Enfermeras Gestoras de Casos en Primaria y Enfermera de Enlace en Especializada
- H.4.6. Programa de rehabilitación cardíaca
- H.4.7. Programa de Autocuidados / Paciente Experto

#### **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 Hosp. 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
- H.5.10. Programa de capacitación y apoyo al cuidador

#### **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 al alta y continuidad de cuidados
  - H.6.9. Programa de Autocuidados / Paciente Experto
  - 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 tabaquismos 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 C 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

### **I.2. Programa 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

- 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 1ª/especializada
  - I.3.2. Unidad de Enfermería Especializada en deshabituación tabáquica. EPOC Moderados y Severos con intentos previos.
  - I.3.3. Estructurar Programas Rehabilitación Respiratoria en los casos de EPOC moderado/grave
  - I.3.4. Prescripción de ejercicio
  - I.3.5. Facilitar el acceso a terapia respiratoria domiciliaria y dispositivos móviles
  - I.3.6. Telemonitorización de pacientes severos
- 

## **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. 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
- 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 de 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. Mejora de la adherencia al tratamiento en colaboración con la Oficinas de Farmacia
  - J.2.5. Conciliación periódica de la medicación de pacientes polimedcados 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 Cuidado Paliativos incluyendo la atención continuada personalizada tanto presencial como telefónica.
- 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. Formación y atención al cuidador
- K.1.7. Gestión de casos

### **K.2. Evaluación y Control sistemático del Dolor**

- K.2.1. Inclusión sistemática de escala visual analógica (EVA) y gráficos evolutivos de dolor como un parámetro básico de control en postquirúrgicos, paliativos, dolor crónico, etc.
- K.2.2. Herramienta de valoración multidimensional (bio-psico-social) del dolor crónico. Barthel, Lawton Euroqol, Ansiedad-Depresión, escucha activa, 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 severo
  - 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. Reducir el estigma social asociado al dolor crónico: fibromialgias, otras
- 

## **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, asilamiento y utilización adecuada de antibióticos
- L.1.3. Establecer protocolos seguros de reutilización de materiales de un solo uso
- 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
- 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 en la seguridad
- L.6.5. Formación tanto en seguridad, notificación de efectos adversos y herramientas para gestionar el riesgo (AMFE, ACR, etc.).

## 8. TRANSFORMACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN

La “*Trasformación 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.

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 del proceso de transformación del Modelo de Atención y en el que se contemplan un conjunto de proyectos de carácter estratégico para su desarrollo.

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

Tanto uno como otro documento se orientan a propiciar el cambio; el desarrollo un Nuevo Modelo de Atención eficiente, centrado en el Paciente y orientado al logro de resultados medibles desde una triple perspectiva “*Triple AIM*”: calidad técnica y resultados de salud, calidad percibida y eficiencia social.

Toda vez que el Departamento de Salud ya ha hecho públicos sendos documentos específicos sobre el Nuevo Modelo de Atención y sobre la Estrategia de Crónicos nos limitaremos a recoger aquí una breve referencia a sus elementos esenciales.

### **Estrategia de desarrollo del Nuevo Modelo de Atención**

En el documento “*Estrategia para el desarrollo del Modelo de Atención Sanitaria Pública de Navarra*” se determinan los Atributos que debe cumplir el nuevo modelo de atención que se aspira a desarrollar en Navarra para garantizar un sistema Sanitario sostenible y de calidad.

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.

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

De forma resumida el nuevo modelo de atención trata de dar respuesta a los principales problemas actuales del Sistema Sanitario:

- Un sistema sanitario más orientado a la demanda que a la necesidad. La demanda opera como único motor del sistema que actúa de manera reactiva y se retroalimenta de manera imparable. Escaso desarrollo de las intervenciones proactivas orientadas a la satisfacción de las verdaderas necesidades y prioridades sanitarias.
- La predominancia asistencialista en detrimento de las políticas comunitarias e intersectoriales de prevención y promoción de la salud.
- El incremento de la patología relacionada con el envejecimiento y sobre todo el aumento de las patologías crónicas derivado en buena parte de la generalización de hábitos no saludables.
- El consumismo sanitario y la mayor utilización de los servicios de salud por parte de la población.
- La creciente medicalización de la vida que hace a los ciudadanos excesivamente dependientes del sistema sanitario.
- El modelo biomédico centrado en exceso en el diagnóstico clínico y en la figura del médico.
- El intervencionismo excesivo con escasa evidencia y generador de una creciente iatrogenia.
- La introducción progresiva de nuevas técnicas y tecnologías sanitarias que no siempre aporta un valor añadido significativo pero que sin embargo incrementan notablemente el gasto.
- La fragmentación del sistema y la falta de continuidad de la atención.
- La 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.

El Departamento de Salud entiende que, para preservar la calidad y evitar que se socaven los principios y valores que caracterizan a nuestro sistema sanitario público es necesario promover un nuevo Modelo Asistencial como núcleo de la nueva estrategia sanitaria.

Se pone en evidencia la necesidad de intensificar las estrategias de intervención comunitaria centradas en "estilos de vida". Es esencial que los ciudadanos comprendan que la mejora de su salud depende fundamentalmente de sus modos y estilos de vida.

Los expertos convienen en la necesidad de superar el modelo paternalista de atención predominante en los últimos años que ha generado un elevado nivel de medicalización y "consumismo sanitario" y ha hecho a los ciudadanos excesivamente dependientes del propio Sistema Sanitario.

Un sistema sanitario eficiente exige desarrollar estrategias activas dirigidas a lograr que los ciudadanos se responsabilicen e impliquen más activamente en el cuidado de su propia salud.

Los profesionales deben asumir la necesidad de proporcionar un modelo de intervención integral y multidisciplinar y deben orientar sus esfuerzos a informar y capacitar al paciente en su propio autocuidado. En particular esta estrategia es esencial en la atención a pacientes crónicos por lo que desarrollar una **“Estrategia integral de atención a enfermedades crónicas”** adquiere carácter de máxima prioridad sanitaria

Por otra parte en el contexto actual la mejor manera, por no decir la única, de garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público pasa por impulsar medidas dirigidas a promover la racionalidad de la demanda, el uso racional de los recursos, la integración de la atención y la adecuación de los modelos asistenciales a las verdaderas necesidades sanitarias.

Modelo actual. Medicalizador	Modelo horizonte. Sostenible
Demanda creciente y poco racional Paternalista Paciente dependiente Asimetría de información Centrado en la enfermedad Centrado en la figura del médico Diagnóstico clínico Tratamiento basado en fármacos Iatrogenia elevada	Demanda racional Corresponsabilizador Paciente más autónomo Paciente mejor formado Promotor de salud Multidisciplinar Diagn. clínico + Necesidades de cuidados Tratamiento integral Menor iatrogenia

### Atributos del nuevo Modelo de Atención

Los atributos deben caracterizar al nuevo Modelo de Atención que se promueve son los que se reflejan en el diagrama siguiente.

Pese a su aparente simplicidad el proceso de determinación de los atributos que han de definir el nuevo modelo de atención requiere acercar los lenguajes y equilibrar las visiones, valores y principios de los distintos agentes intervinientes en el proceso asistencial: pacientes, sanitarios, planificadores sanitarios, técnicos de salud pública, gestores y responsables políticos.

## Atributos del nuevo Modelo de Atención



### **Orientado a la necesidad**

Frente a un sistema en el que el paciente demanda lo que ha aprendido a demandar, lo que no siempre se corresponde con su necesidad real, centrado en exceso en la figura del médico y diseñado para procesos agudos y que minusvalora la importancia de los cuidados; el nuevo modelo de atención debe favorecer el desarrollo de nuevas competencias y capacidades orientadas a la necesidad del paciente mediante un trabajo multidisciplinar y personalizado y diferenciado entre agudos y crónicos.

### **Ágil y Accesible**

Frente a las dificultades de accesibilidad y a un modelo excesivamente centrado en la consulta presencial, se hace necesario garantizar una atención accesible y oportuna en el tiempo, mejorando los sistemas para conseguir cita, mejorando la disponibilidad horaria, diversificando las modalidades asistenciales y rediseñando los circuitos y servicios asistenciales para centrarlos en el paciente.

### **Calidad Técnica**

Frente a un modelo que, aunque ofrece un buen nivel de calidad general, adolece todavía de un nivel elevado de variabilidad en la práctica clínica, precisamos desarrollar un modelo que garantice un nivel más homogéneo de calidad técnica y seguridad del paciente con una práctica clínica basada en la evidencia.

### **Atención Integrada**

Frente a un modelo de atención discontinua y fragmentada con problemas de coordinación entre niveles (especialmente entre la primaria y la especializada), precisamos un modelo de atención continuada y coordinada con integración de procesos.

### **Corresponsabilidad**

Frente a un modelo focalizado en la enfermedad con limitada promoción de la salud y que propicio un tipo de paciente dependiente y temeroso ante el riesgo de enfermar, se

hace necesario 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 autocuidado y mejora de su nivel de salud.

### **Eficiente y sostenible**

Frente a la demanda creciente, al consumismo, al intervencionismo y a la tecnificación y especialización excesiva, queremos 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**

Calidad técnica, prescripción racional basada en la evidencia, mejora continua e integración de los procesos asistenciales, agilidad, optimización de los circuitos asistenciales, priorización clínica, información y capacitación del paciente son todas ellas tareas que solo pueden mejorarse desde la práctica clínica directa. El nuevo modelo ha de ser liderado por profesionales comprometidos.

### **Plan de Salud y Objetivos Estratégicos del Nuevo Modelo**

Como se ha señalado La “Estrategia para el desarrollo del Modelo de Atención Sanitaria Pública de Navarra” que se presentó en Agosto de 2012 se diseñó con el objetivo estratégico esencial de promover y apoyar el desarrollo de un Nuevo Modelo.

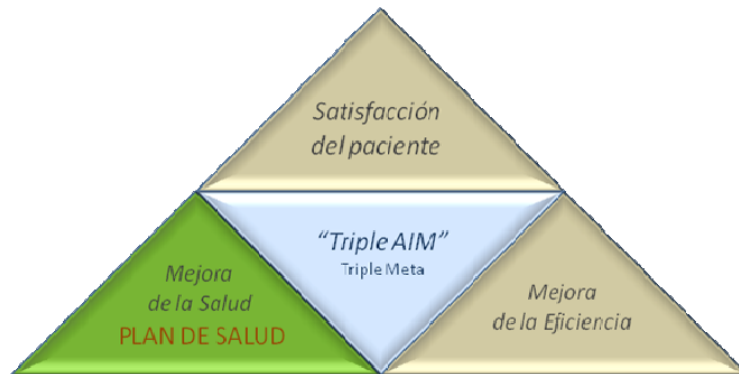
La principal peculiaridad de este singular Plan Estratégico es que las Líneas Estratégicas que se establecieron se corresponden a los Atributos del nuevo Modelo de Atención que se pretende

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

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.

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.

### Triple AIM o Calidad Total en el Sistema Sanitario



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.

#### MAPA ESTRATÉGICO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD





Se reflejan a continuación los Objetivos Estratégicos que figuran en el plan estratégico. Se han señalado en color verde aquellos objetivos que guardan más relación con los objetivos de salud propios del Plan de Salud.

#### 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
	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		
				RESULTADOS EN SALUD

Para el desarrollo de dichos objetivos estratégicos el Plan Estratégico del 2012 estableció un conjunto de Proyectos Estratégicos, cuya relación figura a continuación.

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*”, ha visto la luz el nuevo “*Portal de Salud*”.

También en este período se ha diseñado el “*Programa de mejora de la atención continuada y urgente*” cuya implementación ha resultado compleja y ha obligado a su reformulación en busca de un mayor nivel de consenso técnico y social.

## Proyectos Estratégicos definidos en el Plan Estratégico 2012

- Programa de autocuidados, información y capacitación de los ciudadanos
- Programa de prevención de los riesgos en la infancia, adolescencia y juventud
- Nuevo plan de drogodependencias
- Detección de cáncer colorrectal
- Programa de mejora de la atención continuada y urgente
- Aumento de la capacidad resolutive de la atención primaria
- Programa de mejora de la accesibilidad a la asistencia especializada
- Potenciación de la CMA, de la hospitalización de día y domiciliaria
- Plan de mejora de atención primaria
- Plan de Gestión y priorización clínica de las listas de espera
- Nuevos canales de comunicación con los ciudadanos
- Segmentación de pacientes y priorización clínica
- Plan de comunicación del uso racional de los recursos sanitarios
- Estrategia de uso racional del medicamento y despliegue de receta electrónica
- Uso racional de prótesis y material sanitario
- Extensión del programa de mejora de control clínico de la incapacidad temporal
- Estrategia de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos
- Plan de Coordinación Sociosanitaria
- Estrategia del paciente oncológico
- Estrategia integral de atención a las demencias
- Plan de evaluación y mejora de la calidad asistencial
- Plan estratégico de salud mental
- Cuidados Paliativos
- Dirección por objetivos
- Participación y comunicación interna
- Modernización de la gestión de los RRHH

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.

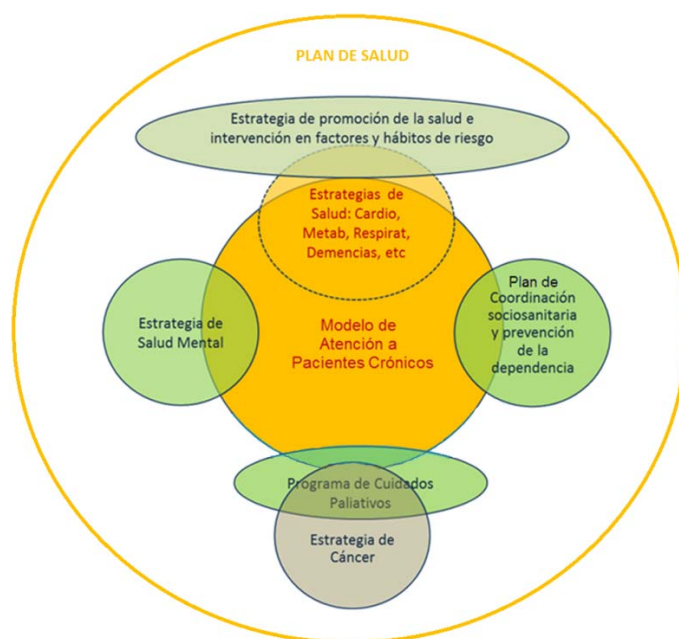
El resto de proyectos estratégicos siguen también en desarrollo con distinto nivel de avance.

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

## 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.

El Plan de Salud define los **objetivos a lograr** en tanto que la Estrategia de crónicos se incorpora al Plan como la principal herramienta de transformación del modelo de atención para el **logro** de muchos de sus



Como puede apreciarse en el diagrama adjunto, en el momento de diseñar el Programa de Atención a Enfermedades Crónicas ya se optó por limitar su alcance y extender su ámbito de acción únicamente al proceso de atención sanitaria a los pacientes ya afectados de un proceso crónico con exclusión de la promoción de la salud y de las intervenciones preventivas sobre factores de riesgo que se consideró más oportuno abordar desde otros Proyectos Estratégicos específicos. En su conjunto los distintos Proyectos Estratégicos se interrelacionan en torno al Plan de Salud

La Estrategia de Crónicos se formula como un Proyecto Profesional de futuro que se propone mejorar la eficacia y eficiencia del Sistema Sanitario Público mediante la transformación del modelo de práctica asistencial y trata de dar respuesta al desafío que para el sistema sanitario representa el aumento de la esperanza de vida y los nuevos estilos de vida que han condicionado un profundo cambio en el patrón epidemiológico, cada día más dominado por las enfermedades crónicas.

También en Navarra el impacto de las enfermedades crónicas es creciente y puede llegar a poner en peligro la propia sostenibilidad del Sistema Sanitario. Nuestra esperanza de vida es de las más altas del mundo y continúa creciendo. Ello unido a los nuevos estilos de vida está condicionado un profundo cambio en el patrón epidemiológico, que se verá agravado en la próxima década, período en el que el envejecimiento de la población se acentuará aún más si cabe.

Sin embargo el modelo actual de atención, super-especializado y orientado a procesos agudos, no se adecua a las necesidades reales de los pacientes crónicos. No resulta ni sanitariamente idóneo, ni socialmente eficiente; en particular para los pacientes pluripatológicos.

Así lo ha entendido la Organización Mundial de la Salud que ha instado a los sistemas sanitarios de todo el mundo a adaptar sus modelos de atención a los principios del modelo de crónicos.



Resumimos a continuación los elementos esenciales de la Estrategia.

### Objetivos Generales

Los Objetivos Generales de la Estrategia de Crónicos son plenamente coherentes con los Objetivos del Plan de Salud:

1. Mejorar los resultados en salud y la calidad técnica de la atención.
2. Mejorar la capacidad funcional y calidad de vida de pacientes y cuidadores
3. Promover la autonomía y la capacitación de pacientes y cuidadores
4. Mejorar la satisfacción de los pacientes crónicos con la atención recibida.
5. Contribuir a la sostenibilidad del sistema asistencial.
6. Promover una cultura de mejora continua de los procesos orientados al paciente.

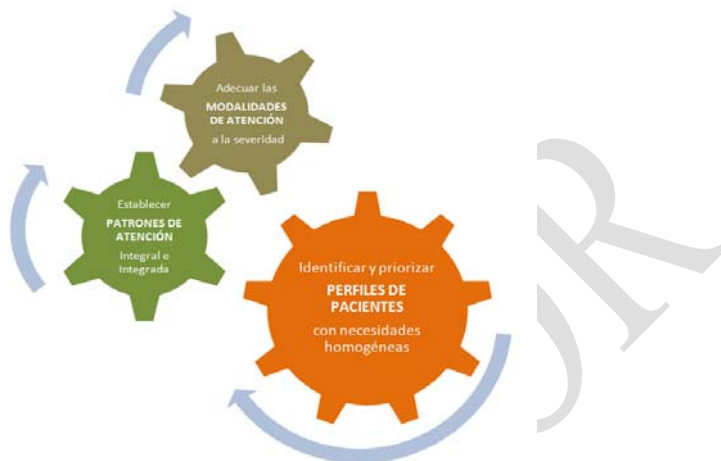
### Líneas Estratégicas

Para el logro de los Objetivos enunciados 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 (Modelo de Segmentación, Modelo Organizativo, etc.)

7. Estratificar la población identificando perfiles de pacientes con necesidades homogéneas
8. Garantizar continuidad e integralidad a todos los crónicos, en particular a los severos
9. Desarrollar planes operativos con patrones de atención integrada en los perfiles de pacientes priorizados
10. Promover el autocuidado y garantizar la atención al cuidador

11. Adaptar el modelo organizativo a los requerimientos de calidad de atención a crónicos
12. Desarrollar un modelo colaborativo para la gestión del cambio
13. Garantizar la formación y promover la investigación e innovación en materia de crónicos
14. Desarrollar tecnologías y sistemas compartidos de información y comunicación

En esencia el nuevo modelo de atención a pacientes crónicos implica:



### Perfiles de pacientes. Identificación y priorización.

La Segmentación Poblacional realizada ha permitido identificar en Navarra a 120.000 pacientes crónicos de las patologías priorizadas.

**Nº de pacientes identificados en Navarra de las Patologías priorizadas**

	<b>Una sola enfermedad</b>	<b>Dos enfermedades</b>	<b>Tres o más enfermedades</b>	<b>Demencia + otras enferm.</b>	<b>TOTAL</b>
Asma	31.834	2.477	774	277	<b>35.363</b>
Ictus. Ac. Cerebrovasc.	7.284	6.421	1.059	1.344	<b>16.109</b>
Cardiopatía Isquémica	8.536	8.296	1.651	712	<b>19.195</b>
Insuficiencia Renal	7.109	6.412	1.344	712	<b>15.577</b>
EPOC.	7.558	4.496	1.861	514	<b>14.428</b>
Insuficiencia Cardíaca	2.625	3.516	2.177	672	<b>8.990</b>
Diabetes	24.402	11.719	2.968	1.661	<b>40.749</b>
Demencia	3.539			3.954	<b>7.493</b>
<b>TOTAL</b>	<b>92.887</b>	<b>20.446</b>	<b>3.497</b>	<b>3.954</b>	<b>120.784</b>

Si bien **de forma progresiva el modelo se deberá aplicar a todo paciente crónico** su extensión comenzará por los perfiles de pacientes priorizados.

<b>Pacientes afectados de los procesos crónicos priorizados</b>	
<b>Pacientes pluripatológicos</b>	<p>Todos los afectados por estas patologías deberán ser clasificados según su nivel de severidad utilizando criterios predefinidos.</p> <p>Los crónicos severos serán identificados de forma inequívoca en la Historia Clínica electrónica.</p> <p>Tanto a los leves y moderados como los severos les serán de aplicación todas las previsiones contenidas en el modelo de crónicos.</p> <p>A corto y medio plazo se definirán patrones de atención específicos y se establecerán planes operativos de aplicación que permitan garantizar objetivos de resultados preestablecidos.</p>
Accidente Cerebro Vascular	
Asma *	
Cardiopatía Isquémica	
Demencia	
Diabetes *	
Insuficiencia Cardíaca	
Insuficiencia Hepática	
Insuficiencia Renal	
EPOC	
Parkinson	
Esquizofrenia, Trastornos depresivos recurrentes	

<b>Pacientes afectados por el resto de patologías crónicas</b>	
Severos con independencia de su patología, incluido dolor crónico severo. *	En ausencia de criterios predefinidos el nivel de severidad se establecerá por criterio facultativo y serán identificados de forma inequívoca en la Historia Clínica electrónica.
Pacientes dependientes e institucionalizados con independencia de su patología *	Les serán de aplicación las garantías y atributos de calidad generales del modelo de atención proactivo.
Leves y moderados sin especificar patología*	<p>A corto y medio plazo se beneficiarán de las medidas estructurales generales establecidas para mejorar la continuidad e integralidad de la atención.</p> <p>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.</p>

### **Patrón de Atención para cada perfil de paciente**

Para cada uno de los “perfiles de paciente” prioritarios 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, medibles y de calidad total en su triple vertiente de resultados en salud o calidad técnica, calidad percibida y eficiencia “*Triple AIM*”

Además los patrones de Atención incorporan diversos sistemas, criterios e instrumentos para facilitar el cumplimiento de dichos objetivos: medios y estrategias de autocuidados, herramientas de ayuda a la toma de decisiones clínicas, herramientas de monitorización y gestión de casos, panel de control, cuadros de mandos clínicos, etc

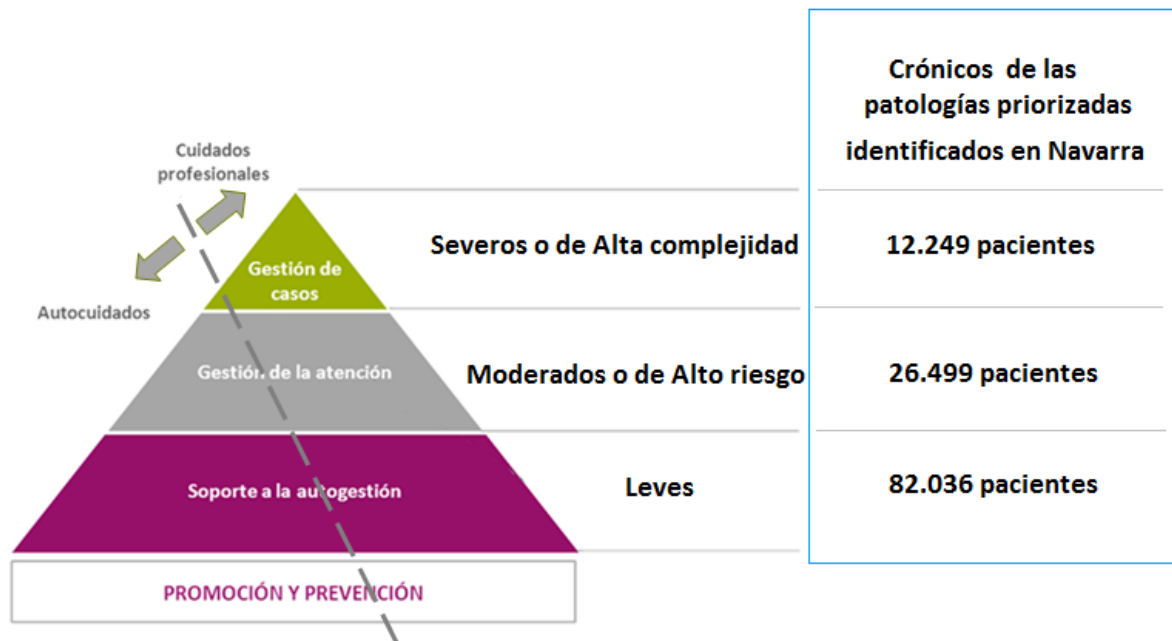
### COMPONENTES DE LOS PATRONES DE ATENCIÓN por Perfiles de Pacientes

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 para ello son:

- ✓ Formación reglada en Autocuidados. Hábitos, signos de alarma, cuando consultar, efectos secundarios, etc.
- ✓ Planes personalizados de Autocuidados pactados con el paciente.
- ✓ Evaluación de la capacitación y habilidades para el autocuidado
- ✓ Autocontroles
- ✓ Herramientas de Ayuda al Autocuidado / Autocontrol
- ✓ Portal Web orientad al autocuidado e Historia Clínica Personal
- ✓ Identificar y formar al cuidador principal. Abordaje familiar.

### Nuevos perfiles y responsabilidades

La estrategia establece nuevos perfiles y define nuevas tareas y responsabilidades.



### 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, prevenir las descompensaciones y tratar de que estas reciban una atención precoz y en el recurso más idóneo.



### Nuevos Servicios

- ✓ Consejo Telefónico Personalizado y No Personalizado (FAQ's)
- ✓ Gestión de Casos proactiva de los Pacientes Severos
- ✓ Nuevas modalidades y circuitos presenciales y no presenciales.
- ✓ Sistema Multicitas. Patrón específico predefinido según procesos
- ✓ Garantía de Cita Día en Atención Primaria y de Interconsulta Especializada en 24 h (presencial y no presencial) para casos de descompensación.
- ✓ Acceso directo a Hospitalización a Domicilio sin pasar por Urgencias en caso de Descompensación.
- ✓ Hospital de Día médico
- ✓ Camas de corta estancia hasta 72 h. para estabilizar al paciente
- ✓ “Planificación del alta” desde el momento del Ingreso Hospitalario
- ✓ Plan de Cuidados posthospitalización\*
- ✓ Conciliación de la medicación al ingreso y al Alta Hospitalaria
- ✓ Convalecencia sociosanitaria
- ✓ Consulta de At. Primaria en 24-48 h (Concertada desde el Hospital)

### Sistemas de información y modelo tecnológico

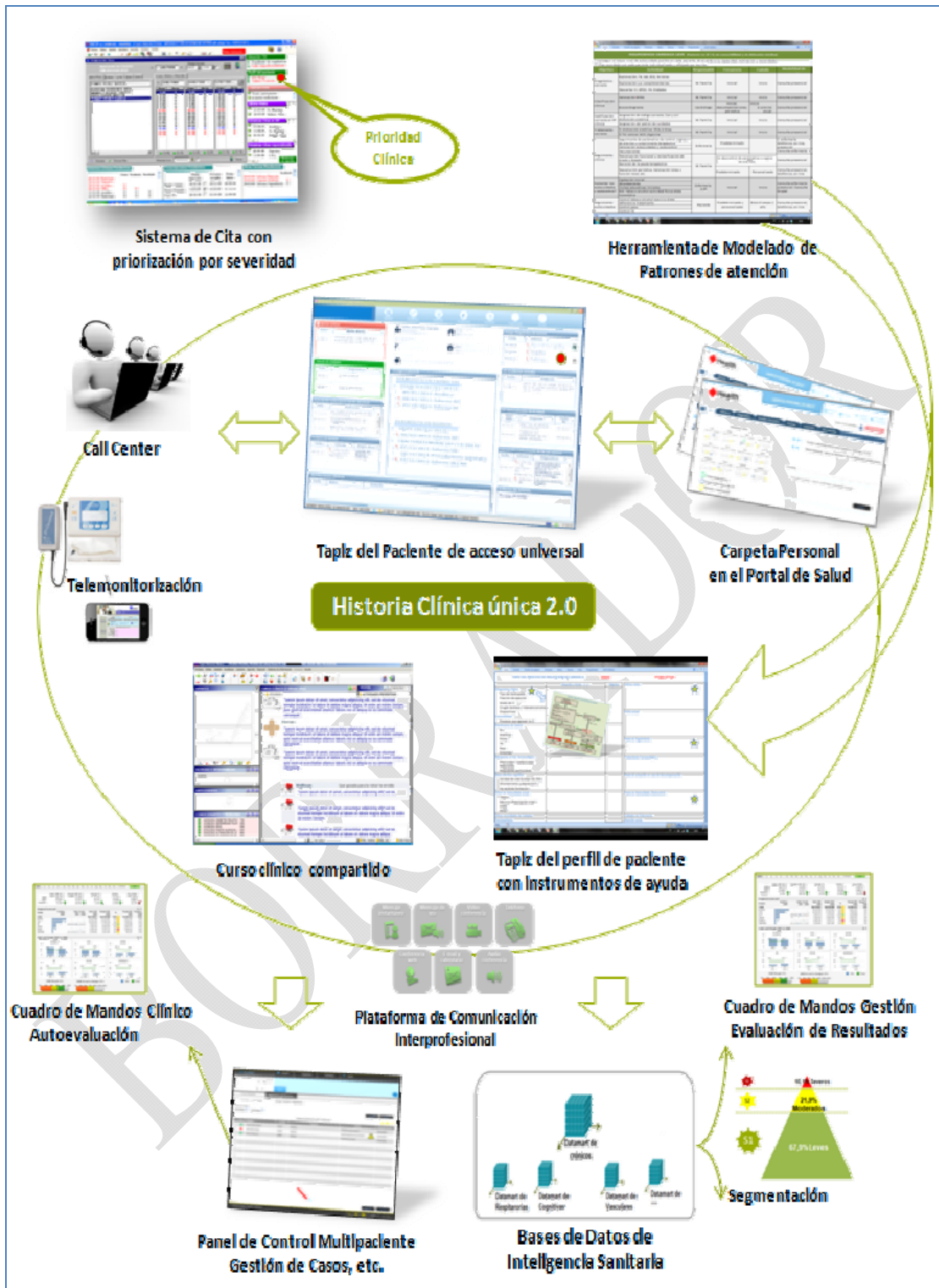
Un componente esencial de la Estrategia de Crónicos es el desarrollo de los sistemas de información y tecnologías que nos ayuden a superar la actual fragmentación del sistema. Precisamos desarrollar un nuevo modelo tecnológico y de información clínica que:

- Tenga una de orientación al paciente (integral, integrada y multiproceso)
- Contemple el desarrollo de herramientas de ayuda al clínico.
- Permita objetivar el logro de resultados medibles.

En la página siguiente se reflejan los componentes del nuevo modelo tecnológico:

- El núcleo del modelo tecnológico es la nueva Historia Clínica 2.0 dotada de herramientas de ayuda y que será única para todo el sistema sanitario.
- Identificación inequívoca de pacientes severos desde la propia cita.
- Los protocolos y otros sistemas de ayuda específicos de cada perfil del paciente se desarrollarán en una aplicación informática específica vinculada a H<sup>a</sup> Clínica.
- La H<sup>a</sup> Clínica se vinculará a la Carpeta Personal del Paciente accesible desde el Portal de Salud, al Call Center y a los sistemas de telemonitorización.
- Los datos registrados en la Historia alimentarán dos sistemas de información:
- Panel de Control y Cuadros de Mandos Clínicos que facilitarán al clínico la autoevaluación y el control de sus pacientes.
- Bases de Datos de Inteligencia Sanitaria que facilitarán a los técnicos la segmentación, el análisis de necesidades y la evaluación de resultados.
- Desarrollo de un sistema multicanal de interoperabilidad ente profesionales.

## Esquema del Modelo Tecnológico



### Atención socio-sanitaria

Un complemento esencial aunque no exclusivo de la estrategia de crónicos es el modelo de atención sociosanitario. La Atención SocioSanitaria hace referencia al conjunto integrado de servicios y/o prestaciones sociales y sanitarias, que se destinan al cuidado integral de aquellos pacientes que precisen de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para 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 criterio para regular la atención comunitaria tanto social como sanitaria es el nivel de necesidad, para lo cual se precisa la utilización de un **instrumento de medida común** que permita seleccionar a las personas que se incluirán en el Programa de Atención Sociosanitaria con independencia de que acudan a un centro sanitario o social.

Los colectivos prioritarios de la atención sociosanitaria son los pacientes con patología orgánica crónica severa con necesidades de soporte social, trastornos mentales graves, pacientes con deterioro cognitivo moderado o severo, pacientes geriátricos de edad muy avanzada y grave deterioro funcional, otros encamados crónicos.

Las claves para garantizar una adecuada atención a estos colectivos son:

- ✓ Prevenir el deterioro funcional y la dependencia
- ✓ Promover la máxima recuperación funcional del paciente crónico y adaptación a su entorno habitual.
- ✓ Articular un sistema que vertebre los dispositivos, programas, servicios y recursos para atender a personas con complejas necesidades de cuidados en torno a objetivos compartidos que constituyan una verdadera alternativa a la hospitalización reiterada o a la institucionalización de los pacientes crónicos.
- ✓ 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.)*



## 9. 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 se 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.	

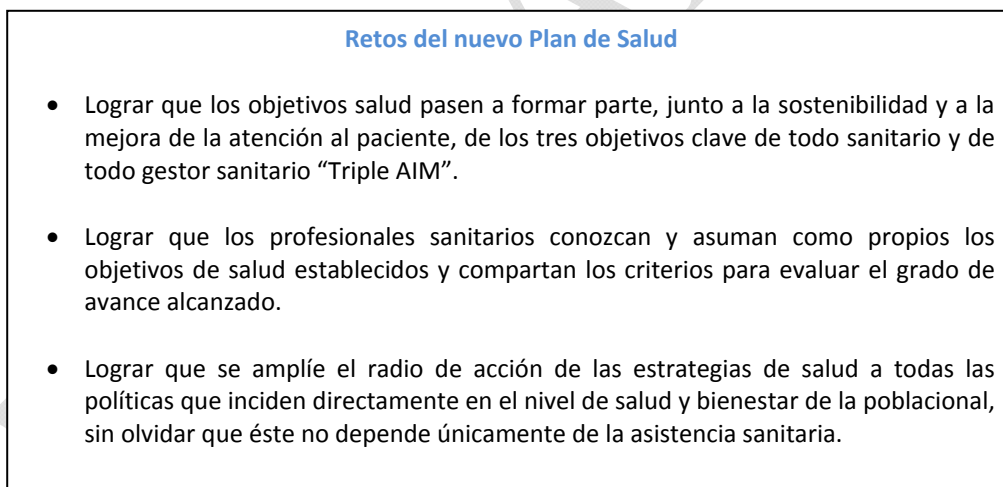
Para lograr que aquello que se defina como prioridad de salud realmente acabe siéndolo y los Planes de Salud tengan la utilidad y efectividad real es imprescindible actuar simultáneamente en un doble frente: por una parte desarrollar instrumentos para orientar al Sistema Sanitario hacia las prioridades 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 lo 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 incorporar 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.

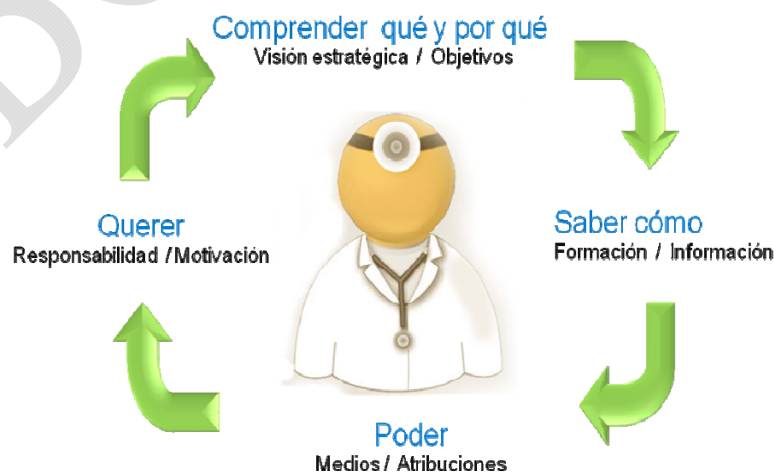
Desarrollaremos someramente cada uno de los instrumentos enunciados.

## Liderazgo y dirección facilitadora

En buena medida los elementos que se consideran prioritarios como palancas del cambio se correspondan 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 orientada al logro de resultados.

En toda organización y más aún en una organización sanitaria para lograr un objetivo es necesario conozcan los objetivos y comprenda 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 implicación profesional que no pueden lograrse con un modelo de dirección reactivo y centrado en la productividad.

Para lograrlo se precisa impulsar y apoyar a los **Líderes Clínicos** que promueven la mejora continua y el rediseño de los procesos y circuitos asistenciales orientándolos al paciente y al logro de resultados medibles en términos de calidad integral, es decir conjugando la calidad técnica, la calidad percibida y la eficiencia.

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:

- Asume un liderazgo estratégico y trata de promover valores compartidos.
- Fomenta la implicación de los profesionales en los procesos de mejora continua.
- Exige y reconoce resultados coherentes con los medios asignados.
- Promueve el desarrollo de sistemas de información y de herramientas de ayuda al clínico.
- Promueve 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.

## **Estructuras de coordinación orientadas al paciente**

Como se ha señalado 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 que 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 muy 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 complementen 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.

#### **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 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 muy 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 del todo punto 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 sanitarios responsables, modelo de relación y aspectos tecnológicos necesarios.
- Los Grupos de Trabajo por Especialidades que definen protocolos diagnóstico, 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.

## Financiación orientada a resultados. Contratos Programa.

Como se ha señalado 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.

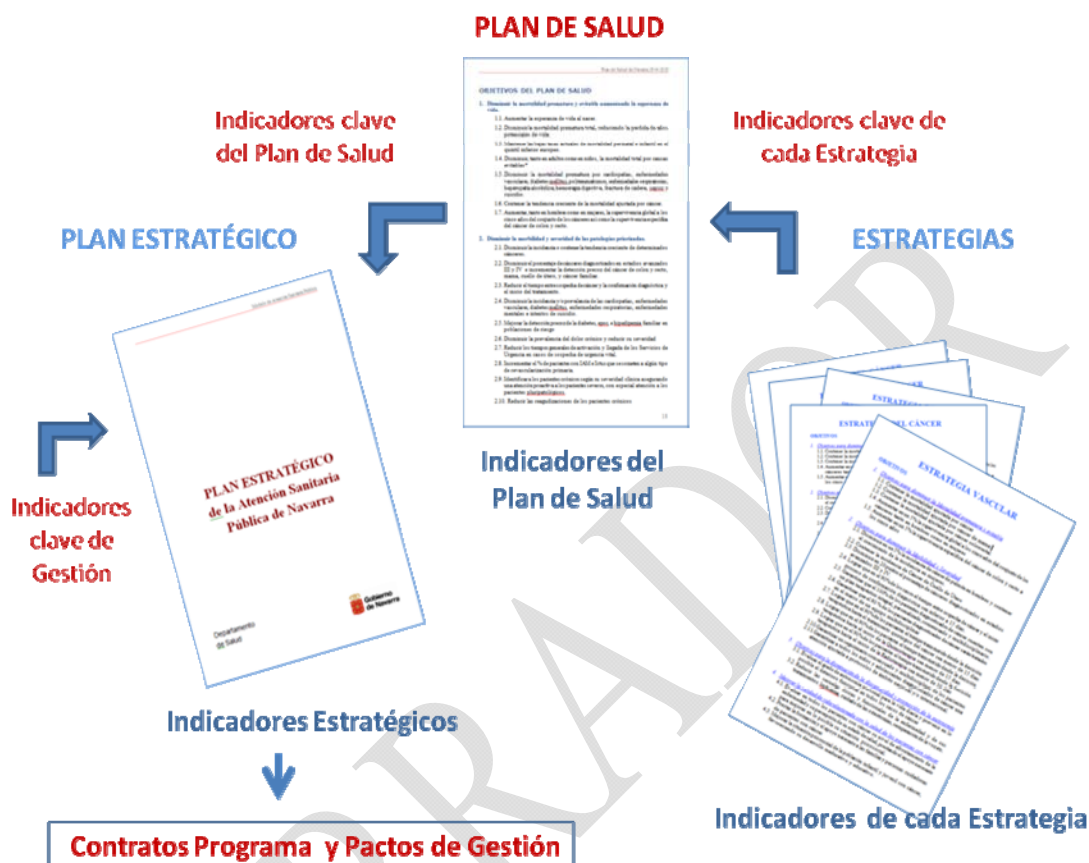
En nuestra Comunidad siempre han existido dificultades para vincular las funciones que asume el Departamento Salud (planificación sanitaria) y las que desarrolla el Servicio Navarro de Salud (gestión operativa de los servicios) y ello ha dificultado el traslado de los objetivos de salud a los objetivos de los centros y servicios sanitarios.

Este modelo de financiación y de contratación no se considera idóneo para el logro de resultados ya que desvincula la función de compra de la planificación estratégica y de salud y contrasta con el existente en otras Comunidades.

### 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 pasa por:

- Integrar la planificación estratégica y la función central de “compra”, centralizando los recursos técnicos necesarios para ello en el Departamento de Salud. Unidad Técnica de Contratación.

- Posicionar en los Centros Sanitarios la mayor parte del presupuesto de manera que pueda hacer frente de manera directa a todos los gastos fijos o de estructura y a buena parte del gasto variable asociado a la actividad.
- Posicionar entre un 5 y un 10 % del presupuesto en el Departamento de Salud con el fin de vincular incentivos financieros al Centro a sus resultados.
- Desarrollar un nuevo modelo de Contrato Programa orientado a resultados que se caracterice 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.

Este modelo de Contrato Programa resulta fácil de aplicar en las Áreas de Salud de Estella y Tudela y aunque no tendrá un verdadero carácter contractual sin embargo supondrá un importante cambio cultural que ayudará a integrar los niveles asistenciales del Área y a alinear a toda la organización con la orientación al paciente y al logro de resultados. En todo caso la formalización de este tipo de contrato programa contribuye de manera notable al desarrollo de sistemas de evaluación de resultados.

Para su aplicación en el área de Pamplona se realizarán las adaptaciones precisas de tal manera que se establezcan determinados objetivos comunes y otros específicos para aplicación al ámbito de la Dirección de Atención Primaria, Salud Mental y Complejo Hospitalario de Navarra.

## **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

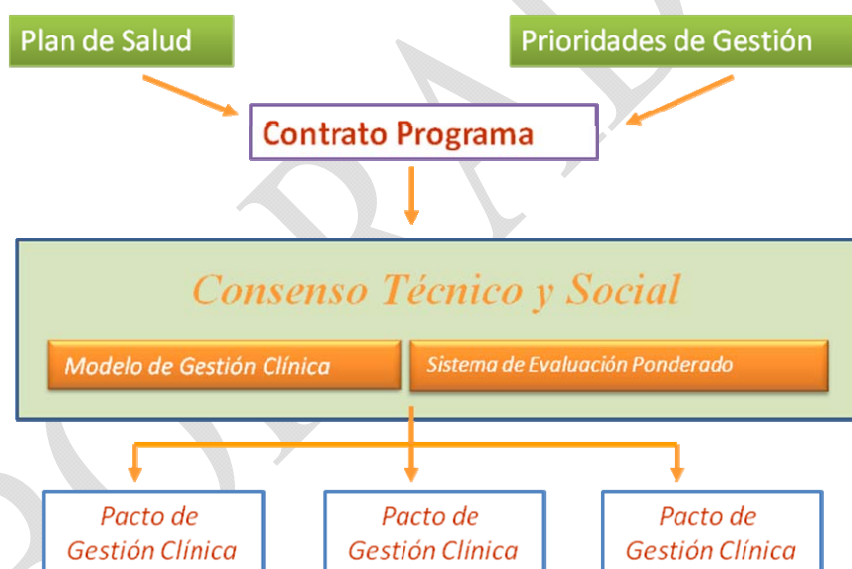
Así lo entienden no solo los expertos en gestión sanitaria sino también los propios profesionales sanitarios, tal como se ha constatado en los recientes acuerdos alcanzados

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.
- 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.
- 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.
- Dotar a las unidades asistenciales de los requisitos, atribuciones y autonomía necesaria, coherente con la calidad acreditada y el nivel de responsabilidad asumido.
- 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 que para garantizar su efectividad.

Como se ha señalado 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 se 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 en todo caso 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 evaluaciones de los Pactos de Gestión serán transparentes y públicas a nivel de centro y servicio sanitario.

## Sistemas de Información Clínica

Un instrumento clave para el logro de resultados es el desarrollo de unos sistemas de información 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)
- 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, etc.
- 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 del 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.

### **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.

### **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
- Etc

## Sistemas de Evaluación e Inteligencia Sanitaria BI

Tradicionalmente, el Departamento de Salud ha dado respuesta a las diferentes demandas de información mediante el desarrollo e implantación de **diferentes soluciones parciales e individuales** que suponen la realización de iniciativas particulares, esfuerzos duplicados, etc.

Esta circunstancia ha dado lugar a la aparición de aplicaciones para la explotación de la información heterogéneas y poco integradas, con una gran diversidad de tecnologías y con diferente cobertura funcional. Así, 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.

Como se ha señalado 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.

El objetivo primero es facilitar a los profesionales sanitarios Cuadros de Mandos Clínicos y de herramientas amigables que les permitan analizar sus resultados clínicos .

## Objetivos del Sistema de Evaluación y BI



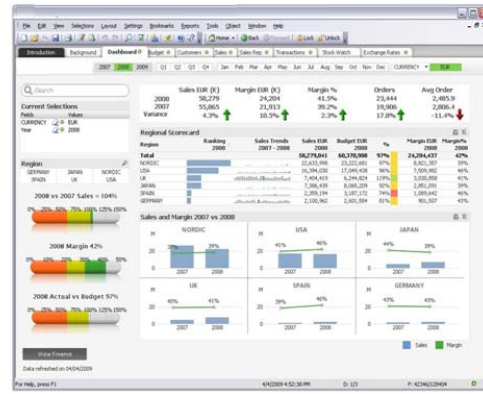
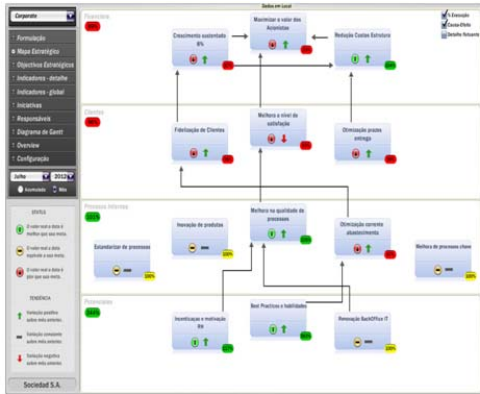
## Cuadros de Mandos

Las características exigidas a los nuevos Cuadros de Mando son las siguientes:

- **Estratégico:** Por centrarse en la misión y los Resultados Clave de la organización.
- **Valioso:** Por centrarse en objetivos concretos y ofrecer solo la información necesaria.
- **Oportuno:** Por ofrecer información a tiempo para la toma de decisiones.
- **Sensible:** Por detectar los cambios y discriminar entre centros
- **Comparable:** Por estar estandarizado y adecuadamente ajustado y orientado al benchmark
- **Automatizado** por extraer los indicadores directamente de las aplicaciones operativas

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 se 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.

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, tal como puede apreciarse en la tabla adjunta.

Se prevé reforzar las Unidades Técnicas de los Centros para que puedan cumplir los cuatro objetivos previstos por el nuevo modelo de evaluación. Asumirán por tanto 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.

## ÁMBITO Y RESPONSABILIDADES DE INFORMACIÓN DE LAS UNIDADES TÉCNICAS

1	Dirección General de Salud	<p><b>UNIDAD CENTRAL DE BI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de Salud</li> <li>Plan Estratégico</li> <li>At. <u>Sociosanitaria/Estr. Discapacidad</u></li> </ul>
2	Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>Promoc. Prevenc./Autocuidados</u></li> <li>Salud Laboral</li> <li>Epidemiología</li> </ul>
3	SNS-O	<ul style="list-style-type: none"> <li>Listas de espera</li> <li>Conciertos</li> <li>Control presupuestario</li> <li>Control de costes</li> <li>Control de plantillas</li> <li>Uso racional del recurso cama</li> </ul>
4	Atención Primaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión de At. Primaria</li> <li>Estrategias de Crónicos: Vascular y Diabetes, Neurodegenerativas, Respiratorias, <u>Pluripatológicos</u></li> <li>Estrategia Paliativos y Dolor</li> </ul>
4	CHN	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión del Complejo</li> <li><u>Estrat. Cáncer / Área de Oncología</u></li> <li>Estrategia de Urgencia vital</li> <li>Estrategia de Seguridad</li> </ul>
6	H. García Orcoyen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión del Centro</li> </ul>
7	H. Reina Sofía	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión del Centro</li> </ul>
8	Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión de S. Mental</li> <li>Estrategia y Plan Salud Mental</li> </ul>
9	Farmacia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uso racional del medicamento <u>intra y extrahospitalario</u></li> </ul>

Cada responsable de un ámbito de gestión o de una estrategia de salud debe disponer de un Cuadro de Mandos Integral y de herramientas amigables para realizar el análisis de sus datos.

### Desarrollo Tecnológico de BI.

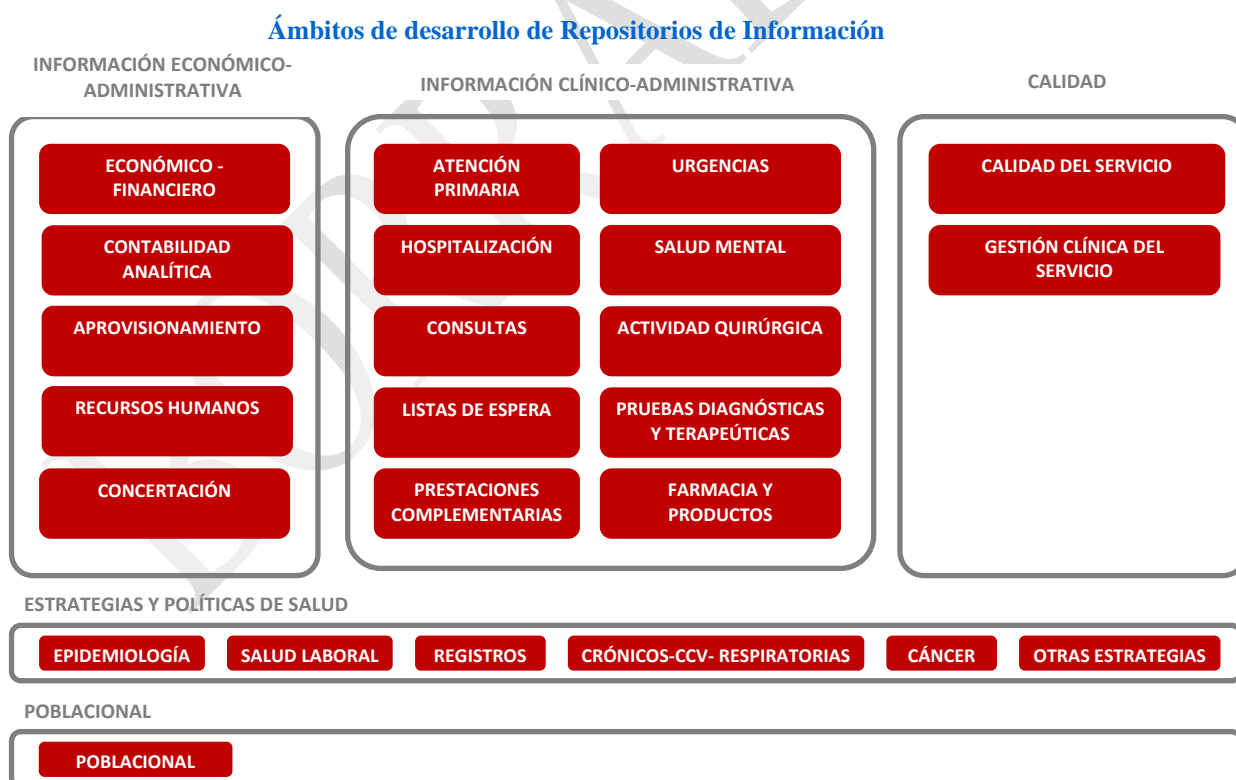
En la actualidad para dar soporte al nuevo sistema de Evaluación Sanitaria y BI se está diseñando el modelo tecnológico del sistema.

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 la 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 y a identificar nuevas 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

## **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 Políticas Sociales resulta vital como se puede apreciar a lo largo de todo el documento.

## **Programas que requieren la colaboración con Políticas Sociales**

Nada menos que en 14 de los programas previstos en el Plan de Salud puede ser necesaria la cooperación entre los Departamentos de Políticas Sociales 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 Políticas Sociales 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 Infanto 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

### **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 sus 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

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 sociosanitaria 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 entorno 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 políticas sociales. Ello exige destinar tiempo y recursos a analizar las distintas políticas de intervención pública, a formular propuestas y a apoyar a los técnicos de los distintos departamentos que las formulan. En definitiva necesitamos acercarnos todavía más quienes asumen la planificación estratégica de los restantes Departamentos.

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 marcadamente 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.

Nos limitaremos aquí a reflejar las entidades y ámbitos de colaboración vinculados a los objetivos previstos en este Plan

### **Alianzas con Asociaciones de Pacientes**

- Impulso a la Red de Escuelas Promotoras de Salud
- 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 de Cáncer en coordinación con las Asociaciones de Pacientes con especial atención al población infantil y juvenil

### **Asociaciones de Mayores**

- Envejecimiento Saludable
- Fomento de iniciativas sociales de colaboración intergeneracional, estimulación cognitiva y participación social del mayor.
- 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 del mayor

### **Alianzas con Entidades Municipales**

- 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
- 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.

#### **Alianzas con las Oficinas de Farmacia**

- Control y autocontrol del paciente.
- Cumplimiento terapéutico
- Conciliación de la medicación
- Promover programas de rehabilitación funcional

#### **Alianzas con Universidades**

- 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

## **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.

Una vez definida por el Plan de Salud las prioridades sanitarias procede formular planes formativos de carácter plurianual y largo alcance.

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.

En todo caso 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.

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, etc. Deberá dirigirse tanto a médicos como a enfermeras.

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 hábitos en sus pacientes y en dotarles de los conocimiento necesarios para prescribir pautas personalizadas de estilos de vida actividad física, alimentación, abandono del hábito tabáquico, etc.

### **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, Fisterra, 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 temática 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 administraciones 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.

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 ciudadanas 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.

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:

- **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.

- **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.
- **Proyectos de captación activa de innovación.** 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.
- **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.

Pero además la Transparencia es un elemento esencial en la recuperación de la credibilidad de los poderes públicos y se ha demostrado como muy importante para mejorar la eficiencia y eficacia de las instituciones públicas.

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.

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 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.

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.

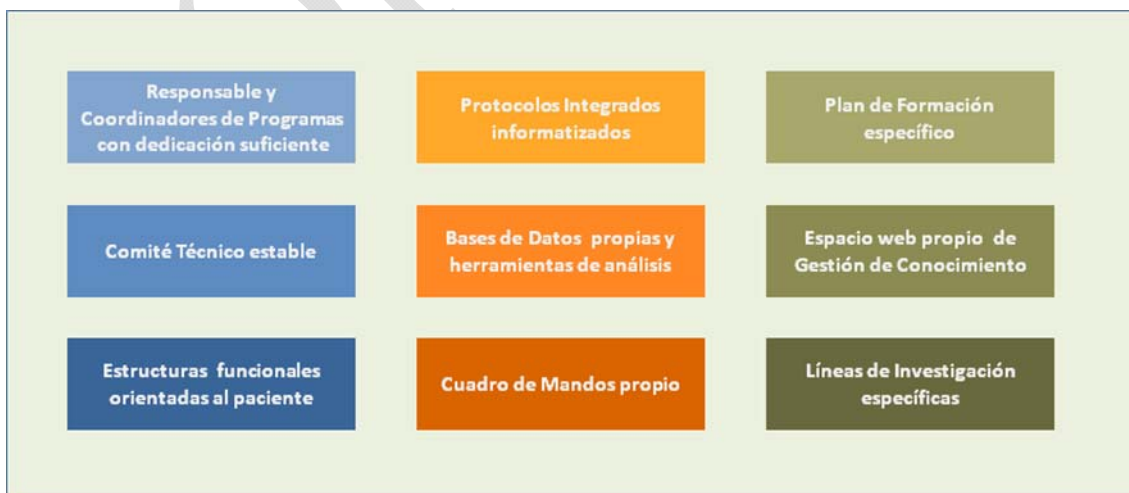
## Instrumentos de cada Estrategia

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.

## Instrumentos con los que ha de contar cada Estrategia



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.

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.

BORRADOR

# 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

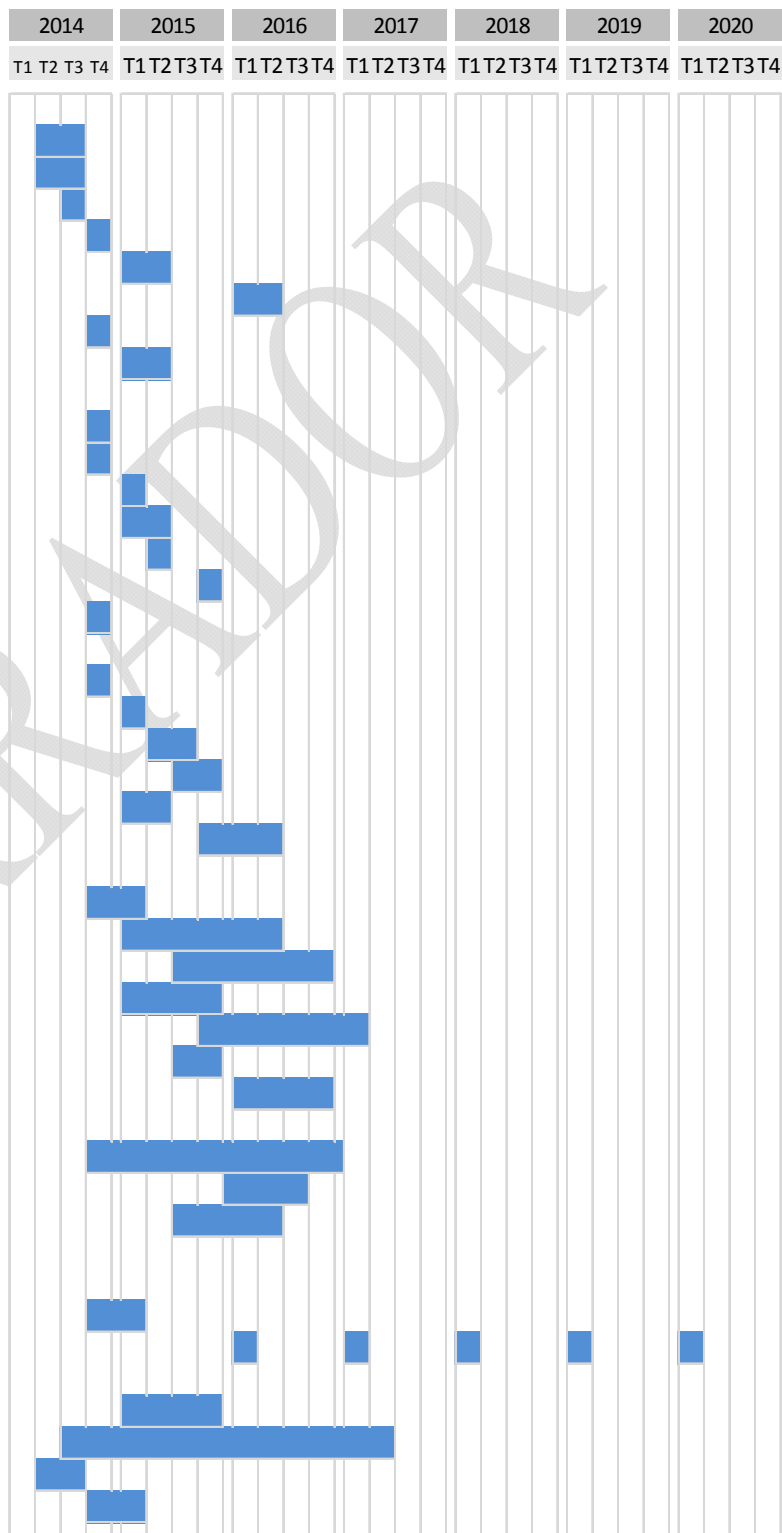
- Constituir un Grupo Técnico Específico de la Hª Clª única 2.0
- Desarrollar la Historia Sociosanitaria compartida
- Desarrollar la Historia Clínica móvil

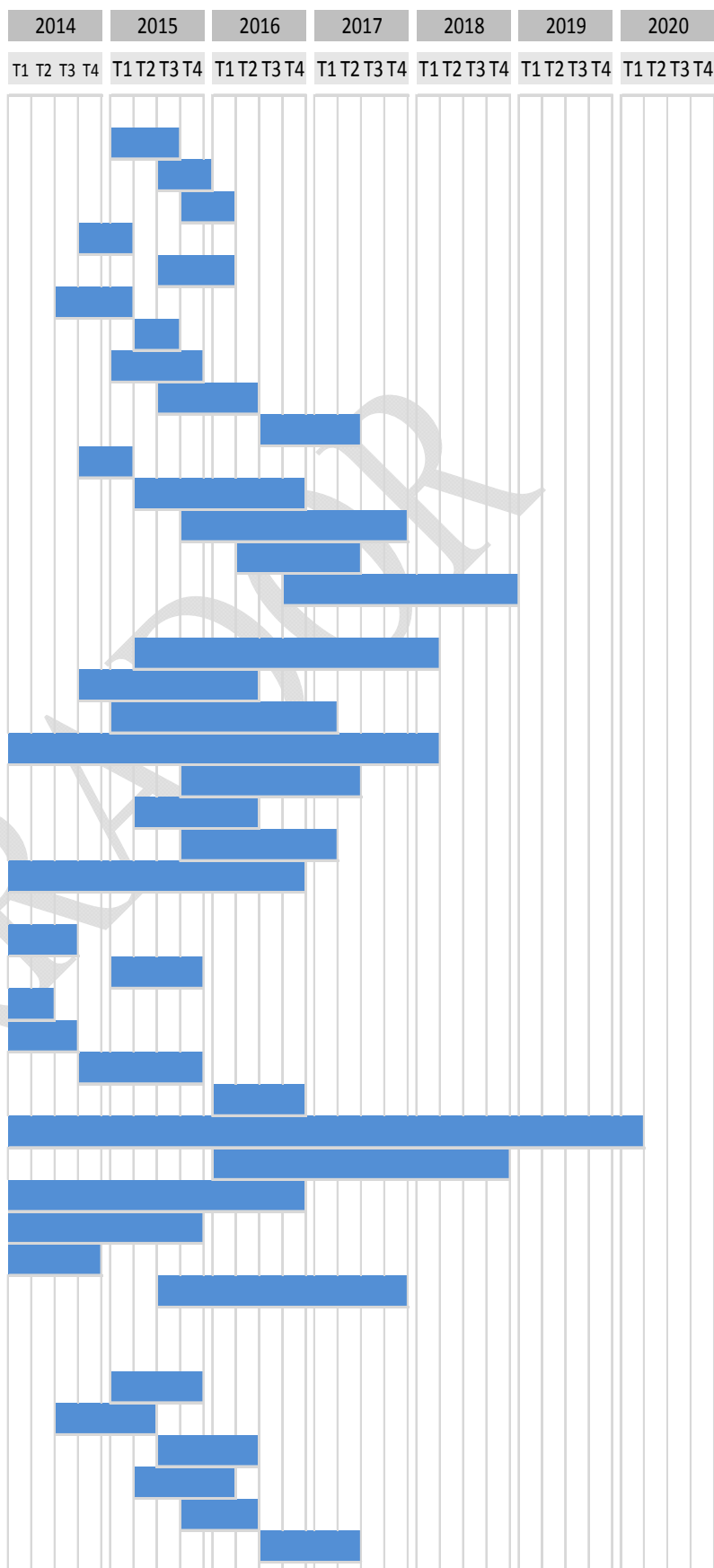
### PARTICIPACIÓN Y TRANSPARENCIA

- 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





**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**

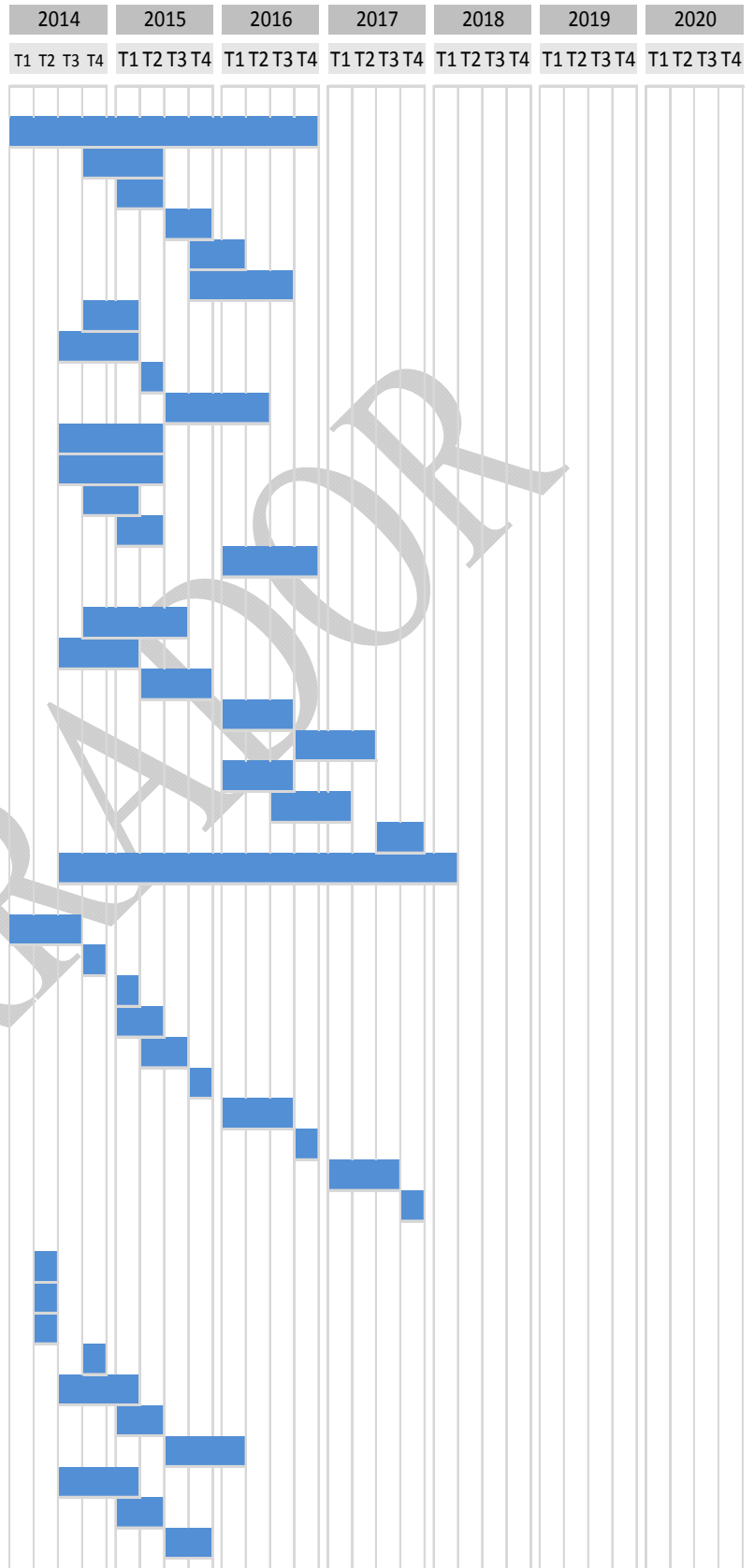
- Programa de prevención de la depresión y el suicidio
- Patrón Integrado de Atención a la Esquizofrenia
- Patrón Integrado de Atención Trastornos Depresivos
- Patrón Integrado de Atención al TMG Infantil
- Programa de salud mental en la escuela
- Programa de psicoeducación para cuidadores de TMG
- Programa de autocuidados en Trastorno Mental
- Campaña para la erradicación del estigma de enfermo mental
- Programa de Atención Sociosanitaria al TMG

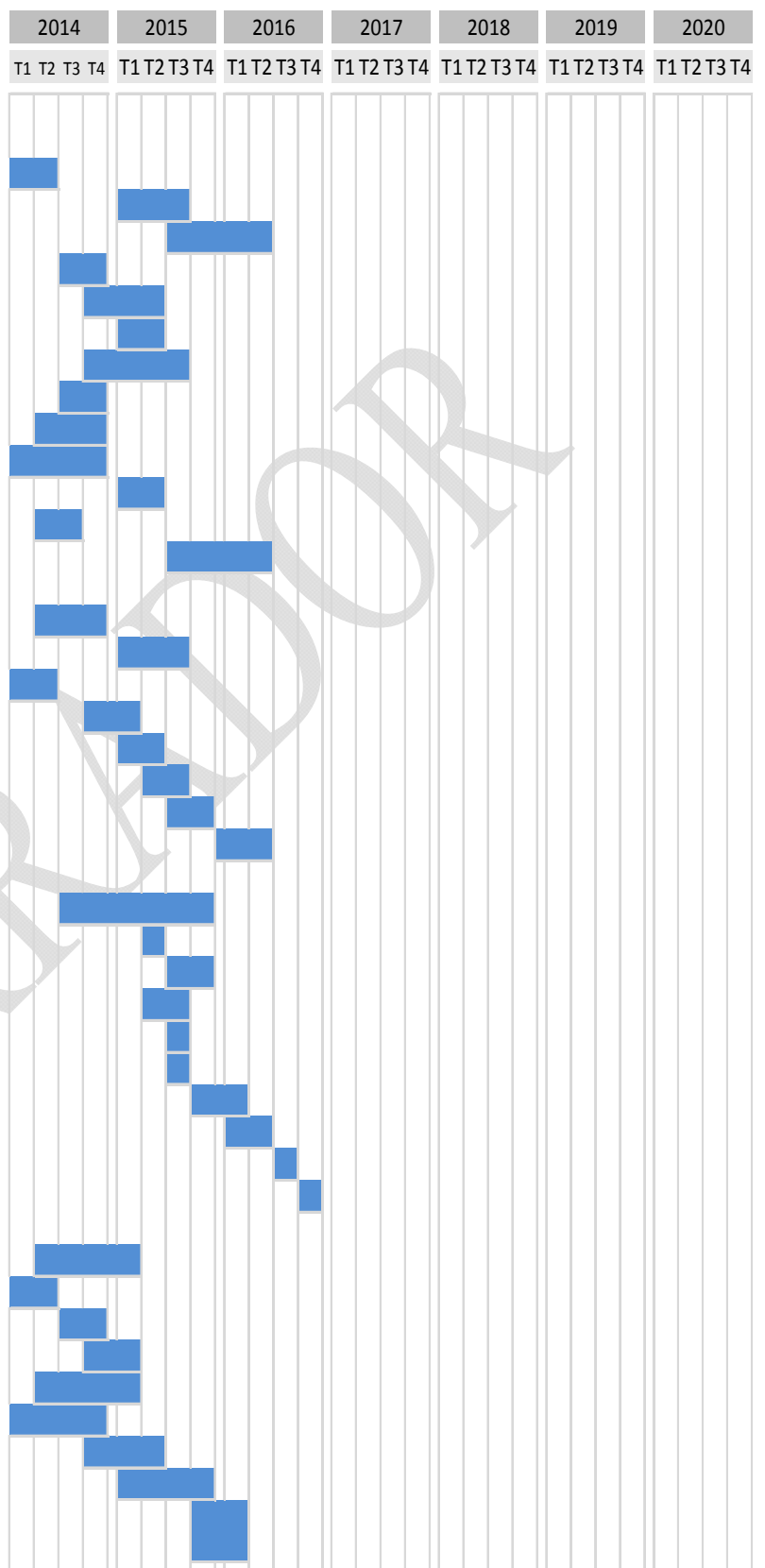
**ESTRATEGIA DE NEURODEGENERATIVAS**

- 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**

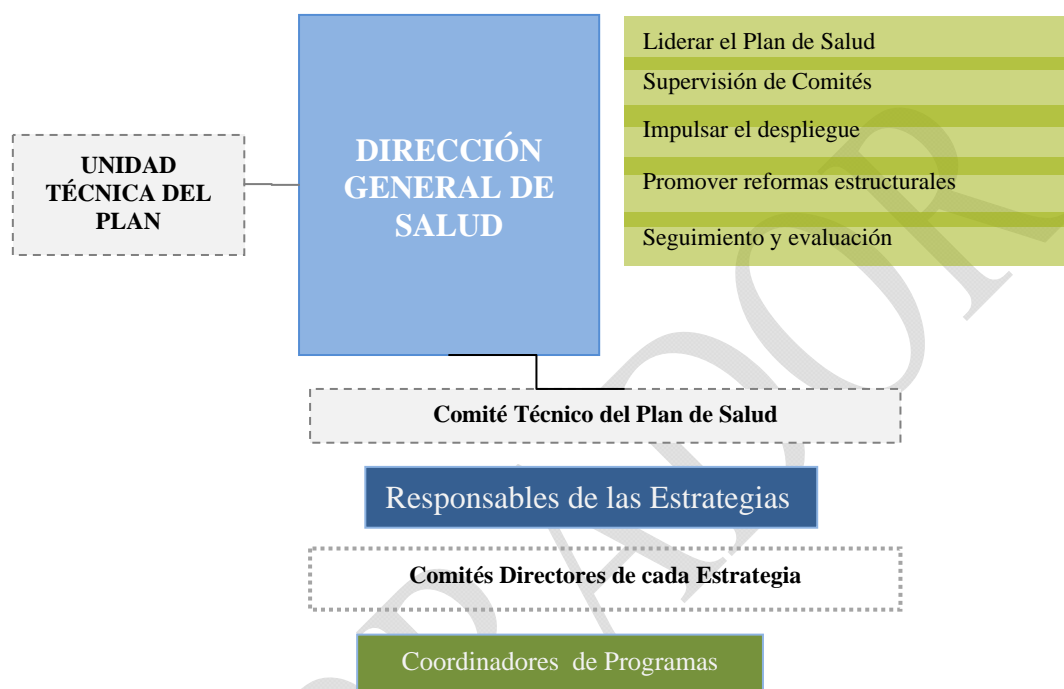
- Dirección Técnica Unificada de Urgencia Vital
- Regulación del Código Ictus de activación de urgencias
- Regulación del Código IAM -EST
- Regulación del Código Trauma Grave
- Registros de Atención a Urgencias Tiempo Dependientes
- Planificación de desfibriladores en centros públicos
- Historia Clínica 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





## Responsabilidades

Dado el carácter estratégico del Plan de Salud se considera necesario establecer estructuras técnicas específicas encargada 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:

- Establecer las prioridades y directrices de gestión generales del Plan de Salud
- Definir la prioridad de actuación sobre determinados colectivos
- Aprobar los planes operativos
- Supervisar el desarrollo general de las directrices definidas
- Realizar el control y monitorización de los aspectos económicos
- 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 actuando 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 la 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

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 reforzemos nuestra empatía y 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 y analizar los obstáculos y proponer medidas para su subsanación

Proponer modificaciones operativas 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  
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<sup>a</sup>  
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<sup>a</sup>  
Sección de Promoción de la Salud del ISPLN  
Sección de Promoción de la Salud del ISPLN  
S° Planificación y Gestión Clínica AP<sup>a</sup>

### **PREV. Y ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD**

Rehabilitación funcional ámbito comarcal  
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° Rehabilitación CHN  
Sección de Promoción de la Salud del ISPLN  
S° Planificación y Gestión Clínica AP<sup>a</sup>  
Coordinación del Plan Sociosanitario  
S° Planificación y Gestión Clínica AP<sup>a</sup>  
S° Planificación y Gestión Clínica AP<sup>a</sup>

### **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 no procede realizar propiamente una previsión presupuestaria, más propia de los planes operativos, sino más bien un escenario de impacto económico.

En todo caso, como primer paso para el análisis del impacto económico se han identificado todas aquellas actuaciones que se considera que puedan suponer un uso de recursos significativo.

Seis de las doce Estrategias previstas en el Plan de Salud guardan relación directa con la Estrategia de Crónicos y de hecho su despliegue se realizará mediante dicha estrategia.

También ha de recordarse que la Estrategia de Crónicos, aprobada por el Gobierno de Navarra en Agosto del 2013, ya contemplaba el escenario de impacto económico que se refleja en la siguiente tabla.

### ESTIMACIÓN DE NECESIDADES YA 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

Además de los gastos previstos en la Estrategia de Crónicos los gastos adicionales a necesarios para la implementación del Plan de Salud vendrán derivados principalmente de los siguientes factores:

- Puesta en marcha del Sistema de Evaluación e Inteligencia Sanitaria: Cuadros de Mandos, Cubos OLAP, y Registros Hospitalarios y Poblacionales. Requiere tanto de recursos humanos como de inversión en tecnologías y sistemas de información.
- Reforzar las estructuras de Salud Pública.
- Desarrollar las nuevas modalidades de Atención Sociosanitaria.
- Desarrollo de nuevos Servicios de Rehabilitación. Cardiológica, Respiratoria y Funcional de ámbito Comarcal.
- Desarrollar actividades y campañas de comunicación (obesidad infantil, promoción del Ejercicio, etc.)
- Poner en marcha la Escuela de Pacientes y Cuidadores y otras actividades de capacitación. En buena parte ya previsto en la Estrategia de Crónicos.

- Actividades de fomento en colaboración otras entidades. Alianzas
- Ampliar el cribado de metabolopatías congénitas
- Extender el Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal
- Dotar una Unidad de Admisión específica para la alta resolución en Cáncer
- Poner en marcha el Programa y la Unidad de Cáncer Familiar
- Poner en marcha los nuevos Hospitales de Día de Oncología y Hematología
- Desarrollar Planes Específicos de Formación y reforzar la Estructura 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. Eso sí, en algunos casos será necesario reforzar las estructuras previas para posibilitar que dichos responsables puedan prestar la dedicación requerida a sus nuevas responsabilidades.

La elaboración de nuevos Planes o Protocolos no requiere propiamente incrementos de plantilla si bien consume horas de trabajo, algunas de las cuales requerirán sustitución.

En consecuencia la estimación de necesidades es la siguiente:

### ESTIMACIÓN DE NECESIDADES DEL PLAN DE SALUD

Excluidos los ya previstos en el Plan de Crónicos

Gastos Anuales	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Recursos Humanos							
Programas de Salud							
Sistema de Evaluación e Inteligencia Sanitaria							
Programa de Formación							

En elaboración

Ha de tenerse en cuenta que en muchos de los casos de que dichas necesidades se cubran mediante recursos internos, 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 puedan 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.

Así mismo el desarrollo de la Atención Sociosanitaria implicará notables ahorros en el ámbito de la hospitalización ya que constituye una alternativa mucho más eficiente y técnicamente más idónea.

## 12. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Como se señalado 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 muy 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

<b>ESTRATAGIA DE CÁNCER</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>Estado actual</b>	<b>% Cobertura</b>	<b>Observaciones:</b>
<b>Organización y estructuras de atención al Cáncer</b>							
Creación del Área Clínica de Cáncer					Si		La demora se solventará este mes  En espera de adquisición de Espirómetros  Se propone posponer este objetivo a la puesta en marcha del Plan del Niño Sano
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					-		
<b>Programa de alta resolución y atención personalizada al cáncer</b>							
Protocolos de sospecha fundada					Si		Indefinición de objetivos.
Puesta en marcha de consultas de Alta Resolución							
Unidad de Admisión específica					Si		
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

### MORTALIDAD Y ESPERANZA DE VIDA.

- Esperanza de vida al nacer.
- Tasa de mortalidad prematura total
- 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 pulmón, vejiga o 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, 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
- % espirometrías realizadas a fumadores > 40 años / fumadores > 40 años
- 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, fibromialgias, 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.
- Porcentaje de pacientes con IAM y/o ictus cerebral isquémico que han recibido algún tipo de revascularización.
- Porcentaje de población con cobertura plan crónicos
- Porcentaje de crónicos de las patologías priorizadas 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
- Porcentaje de pacientes polimedcados con revisión de su medicación
- % 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

#### **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, embarazo y RN
- Cobertura de cribados en 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 deficits de desarrollo físico, psíquico o sensorial a los que se les ha realizado una evaluación multidisciplinar
- 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 decubito
- % de pacientes con linfedemas y tratamiento rehabilitador
- % de pacientes con antecedentes de cáncer y buena calidad de vida
- % de cuidadores de pacientes en fase terminal, 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 considerarán su estado de salud como malo o muy malo estratificado por severidad
- % de pacientes con cancer 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 terminales que han recibido cuidados paliativos (incluidos no oncológicos y pediátricos)
- 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 dislipémia subsidiarios de prevención primaria a los que se ha evaluado el riesgo cardiovascular.
- % de población no fumadora o ex fumadora

- % de población con TAS/TAD menores de 140/90 mmHg
- % de diabéticos y/o con eventos cardiovasculares no fumadora o ex fumadora, con TA <140/90, LDL <100 e IMC<25 Kg/m<sup>2</sup>
- % 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 y sexo
- % de la población general por edad y sexo que realiza actividad física
- % de población adulta con sobrepeso y obesidad
- % de población infantil y adolescente con sobrepeso y obesidad
- % población bebedora habitual y bebedora de riesgo por sexo y edad
- % población que consume diariamente frutas, verduras u hortalizas.
- Número de campañas y cursos de formación de profesionales o pacientes 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
- % 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 con hijos en situación de riesgo psicosocial que han recibido formación y apoyo específico
- 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

#### **EQUIDAD EN LOS RESULTADOS DE SALUD**

- Tasas de revascularización en IAM e Ictus, Tasa de pacientes con rehabilitación tras fracturas y Tasa de pacientes que reciben estimulación cognitiva 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
- 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 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
- Porcentaje de pacientes que han recibido rehabilitación ambulatoria/en domicilio hasta los 3 meses tras IAM, ictus y fractura de cadera
- 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
- Tasa de pacientes polimedicados por grupo de edad

BORRADOR