



Plan de Salud de Navarra 2014-2020

Informe de Seguimiento
Mayo de 2017

Comité Coordinador del Plan de Salud

Nafarroako Gobernua  Gobierno de Navarra
Osasun Departamentua Departamento de Salud

Nafarroako Osasun
Publikoaren eta Lan
Osasunaren Institutua  Instituto de Salud
Pública y Laboral
de Navarra

 Servicio Navarro de Salud
Osasunbidea



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

PRESENTACION

Presentamos en este documento una síntesis de cuál es la situación actual del despliegue del Plan de Salud 2014-2020 (PS), a través del resumen que han elaborado los diferentes Comités de las Estrategias.

Entendemos que este documento es denso y arduo de leer, pero es un fiel reflejo de la variedad de las personas implicadas, los diferentes contenidos de cada una de las estrategias y que expresa claramente la intensidad y compromiso del trabajo desarrollado a lo largo de este año.

A principios de 2016 se configuró la estructura de seguimiento del PS 2014-20, nombrando responsables para cada una de las estrategias y configurando los Comités correspondientes. También se conformó el Comité Coordinador del plan de Salud y la Unidad Técnica, con la responsabilidad de dar soporte a los diferentes comités.

Esta organización ha implicado directamente en las diferentes comités a un importante número de profesionales, más de 100, de diferentes procedencias y ámbitos de trabajo; profesionales de Atención Primaria y Hospitalaria, trabajadores sociales, médicos y enfermeras, asistenciales y de gestión. En algunas estrategias también se han incluido a representantes de la ciudadanía y pacientes.

Indirectamente el número de personas que ha trabajado en los diferentes grupos asciende a más de 400 personas, destacando la estrategia de seguridad del paciente con 227 profesionales y la de crónicos con 135.

A lo largo de 2016 y 2017, las actividades de los comités se han centrado en definir y concretar las acciones, redefinir los planes de seguimiento priorizando y seleccionando aquellos indicadores más representativos. En estas páginas se muestran algunos de estos resultados que habrá que analizar con la suficiente cautela, dado que es ahora cuando se van cumplimentar y validar los indicadores seleccionados.

Un hecho a destacar ha sido el de planificar un plan de formación conjunto para 2017, que se configuró a partir de las necesidades definidas por cada uno de los Comités de las Estrategias y que ha supuesto un esfuerzo de coordinación y organizativo importante.

También se han detectado disfunciones sobre todo relacionadas con la necesidad de mejorar la coordinación con otras áreas y comisiones, o con la necesidad de crear el comité de Atención a la Discapacidad y la Autonomía, ya que inicialmente no se consideró necesario, al existir diversas comisiones conjuntas de Derechos Sociales y Salud.

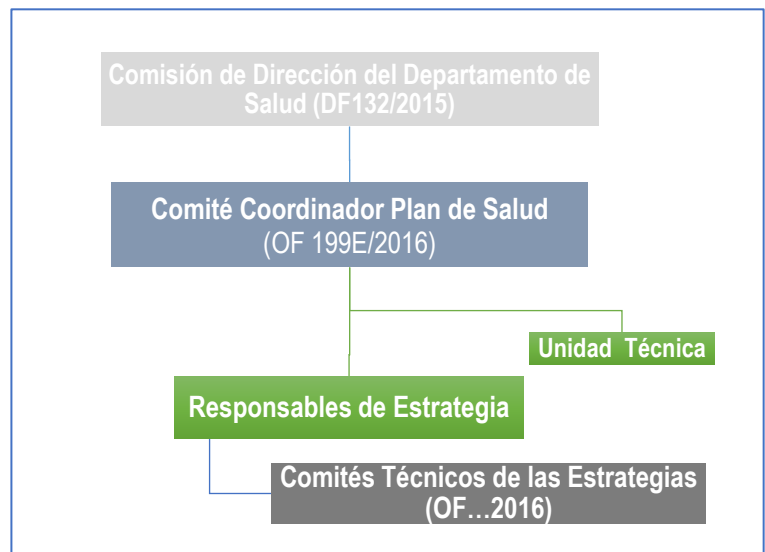
La importancia de los Sistemas de información para poder llevar a buen puerto este Plan de Salud, es uno de los comentarios más repetidos a lo largo de todos los comités, "...destacar como importante el obtener datos y valores que sean útiles para los clínicos."

Otro reto importante a desarrollar en este próximo periodo es el de conseguir que en los diferentes ámbitos de gestión se incluyan los programas y acciones e indicadores de las Estrategias en los pactos de gestión, siguiendo el modelo desarrollado a través de la Estrategia de atención a la población crónica.

Sigue quedando pendiente la definición de la estrategia de paliativos y dolor.

Esperamos que al final esta exposición sirva como expresión de un trabajo oculto, poco visible, pero necesario para hacer posible el desarrollo del Plan.

No queda si no dar las gracias a todas las personas que con su esfuerzo lo hacen posible.





INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

0.- INTRODUCCIÓN

1. DESARROLLO GLOBAL DEL PLAN

1.1- Valoración global de las Estrategias del Plan de Salud: Composición de Comités. Planes de acción e indicadores prioritizados. Plan Docente. Instrumentos de comunicación

- Constitución y reuniones de los Comités de Estrategias
- Grupos de Trabajo de cada Estrategia
- Plan de acción 2016-2017
- Evaluación de las Estrategias. Indicadores
- Plan de Formación
- Sistemas de información y comunicación

1.2- Gestión Asistencial e inclusión en Planes de Gestión de los distintos ámbitos de las acciones e indicadores del plan de salud. Sistemas de Evaluación e información. Cooperación y alianzas

1.3- Participación y Transparencia

2.- INFORMES DE CADA ESTRATEGIA

A. Prevención y Promoción en población infantil y adolescente

B. Promoción y Autocuidados en población adulta

C. Atención a la Discapacidad y Autonomía

D. Prevención y Atención al Cáncer

E. Prevención en Salud Mental

G. Atención a Urgencias tiempo dependientes

J. Atención a la Población Crónica

K. Cuidados Paliativos y Dolor

L. Seguridad del Paciente

0.- INTRODUCCIÓN:

Composición del Comité Coordinador del Plan de Salud	18 personas
Composición de los 7 Comités Técnicos de Estrategias del Plan de Salud	100 personas
• Personas Responsables de las Estrategias	8
• Personas coordinadoras de los programas de las Estrategias	44
• Representantes de los distintos ámbitos de gestión y territoriales del Sistema Navarro de Salud pertenecientes a los Comités Técnicos de las Estrategias (hay 2 que repiten en 2 Estrategias y contadas una sola vez)	41
• Unidad Técnica del Plan de Salud	4
• Personas en representación de la ciudadanía	3
GRUPOS DE TRABAJO en relación a Estrategias (sin contar con los de E. Discapacidad intersectoriales)	48
Personas que participan en Grupos de Trabajo distintas de las que ya están en las Estrategias	439
INFORMACIÓN ADICIONAL (al final del documento): Composición de los Comités de Estrategias a mayo 2017	



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

1.- DESARROLLO GLOBAL del PLAN

1.1.- Valoración global de las Estrategias del Plan de Salud durante 2016-2017

- **Constitución y reuniones de los Comités de Estrategias.**

A fecha de diciembre 2016 los Comités Técnicos de todas las Estrategias estaban constituidos mediante Ordenes Forales (ver las correspondientes en cada Estrategia en web plan de salud), a excepción de las Estrategias de Atención a la Discapacidad, y la de Atención al Dolor y Paliativos, que no se consideraron necesarios constituirse en reunión del Comité Coordinador del Plan de Salud de 17-5-2016. Se han reunido 2-4 veces cada Comité Técnico durante 2016-17 y han trabajado en más de 45 grupos de trabajo.

- **Grupos de Trabajo**

Se formaron 46 grupos de Trabajo a partir de los 7 Comités de Estrategias del PS formados inicialmente y en 2017 se añadieron 2 grupos para constituir las Unidades Funcionales Multidisciplinares de cáncer. Las personas pertenecientes a los Comités sumaron 439 personas trabajando en grupos (algunas pertenecen a 2 grupos y están contadas en los 2 grupos). De la Estrategia de Discapacidad se formaron varios grupos de trabajo intersectoriales con profesionales pertenecientes a ámbito de Salud, Derechos Sociales y Educación. Se hace referencia a los grupos en los informes de cada Estrategia

- **Plan de acción 2016-2017:** lo tiene desarrollado cada Estrategia (ver informes) y en el total de las Estrategias comprenden 51 programas y 435 acciones, destacando las 109 acciones de la Estrategia de Seguridad del Paciente. Del total de acciones, hay 144 que están totalmente implantadas, 226 en desarrollo y 65 pendientes de poner en marcha.

- **Evaluación de las Estrategias.** Se han priorizado los Indicadores para cada Estrategia, aunque de forma desigual y pendiente de trabajarlos más a lo largo de 2017-18. En total se han definido 139 indicadores y de ellos en más de la mitad se tienen valores actualizados. Se seguirá trabajando en el tema de indicadores definiendo mejor algunos de ellos y señalizando los indicadores claves que nos indiquen cómo va cada Estrategia, tanto en cuanto a resultados y con más periodicidad en los indicadores de proceso KPI. Pendiente también el dar los datos de los indicadores de resultados considerados prioritarios y su valor antes del inicio del PS (2014), en fechas 2017-2018 y al finalizar el PS (año 2020-21).

En los informes de cada Estrategia se definen los indicadores de resultados de la Estrategia y los KPI o de proceso, que puedan indicar si se van obteniendo los de resultados. Estos indicadores se presentan definidos y muchos con valores actualizados en el informe anual de cada Estrategia en este documento (apartado 2). Los de cada Estrategia se han intentado agrupar en relación a los 8 objetivos del Plan de Salud y en todos se intenta que se presenten los valores para hombres y mujeres.

- **Plan de Formación:** Cada Estrategia hizo su propuesta de necesidades docentes para 2017 a final 2016, y la Sección de Docencia del Servicio de Planificación, Evaluación y Gestión del conocimiento del Departamento, recogió y planificó las propuestas. Las presentó a los responsables de docencia de los distintos ámbitos de Realización de Actividades Docentes (CHN, AP, ISPLN, HGO, HRS, SM, Servicios Centrales..). En Reunión 22 de diciembre de 2016. Posteriormente, el 27 de febrero de 2017 se presentó el Plan de formación coordinado para 2017 que incluye las propuestas realizadas por los Comités de las estrategias del Plan de Salud y aquellas informadas desde los centros y ámbitos de gestión del Departamento de Salud. Las actividades docentes con referencia a las Estrategias fueron 258 (140 en base a necesidades detectadas y solicitadas por los Comités de las Estrategias del PS), lo que supone el 73% de las actividades del Plan coordinado de formación. También es de destacar que de un número importante de las actividades se hacen ediciones repetidas y en el caso de las relacionadas con todas las estrategias se proponen 312 repeticiones de actividades.

- **Sistemas de información y comunicación de las Estrategias.** En la web del plan de salud (www.plandesalud.navarra.es) está recogida toda la información relevante del PS, así como los códigos de la Estrategia de Urgencias tiempo-dependientes actualizados y aprobados en reunión de este Comité. En este año 2016-2017 se ha facilitado a los Comités una herramienta de comunicación y trabajo, tanto para las personas de los Comités como para los grupos de trabajo que funcionan en apoyo a las Estrategias. Por ello se ha habilitado un share point del Servicio de Planificación, Evaluación y Gestión del Conocimiento, con una página exclusiva para las estrategias PS y sus grupos. En este share point estarán disponibles para miembros de los Comités Técnicos y



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

grupos de trabajo, las Actas de las reuniones y cuantos documentos se vayan elaborando, así mismo tendrá un espacio propio para compartir bibliografía.

1.2. Gestión Asistencial e inclusión en Planes de Gestión de los distintos ámbitos de las acciones e indicadores del plan de salud. Sistemas de Evaluación e información. Cooperación y alianzas.

El Departamento de Salud inició en 2016 un proceso participativo para definir un nuevo modelo de gestión, mediante el cual los profesionales del Sistema Sanitario Público de Navarra fueran protagonistas del cambio que nuestro sistema necesita para promover una atención de calidad, innovadora y sobre todo centrada en el paciente y las necesidades de nuestra comunidad.

Para ello y tomando como base el documento elaborado por el Departamento “Bases del Modelo de Autogestión y Evaluación Clínica”, se constituyó el Comité de Gestión Clínica de Navarra integrado por representantes de los diversos estamentos profesionales de medicina, enfermería, trabajo social, y por representantes de los colegios profesionales, del SNS-Osasunbidea y del Departamento de Salud.

También se constituyeron grupos de participación en cada una de las gerencias del SNS-Osasunbidea, Atención Primaria, Salud Mental, Complejo Hospitalario de Navarra, Áreas de Estella y de Tudela.

En total 114 profesionales participaron en los debates y elaboraron propuestas para desarrollar un nuevo modelo de gestión.

En la actualidad se está en fase de discusión y aprobación definitiva por diferentes instituciones sociales y políticas para acordar las bases del nuevo modelo.

En apartado de Sistemas de evaluación y de información también se ha avanzado, sobre todo en analizar la situación de partida y sentar las bases para un desarrollo futuro más organizado. La validación de los datos, detectar áreas ineficientes y con datos incoherentes y redundantes. Estructurar las múltiples fuentes de información han sido actividades desarrolladas a lo largo de este período, que nos van a permitir disponer de datos con calidad, base del modelo de evaluación. También la definición de indicadores se ha soportado sobre la creación de un fichero de Metadatos, lo que obliga a que toda la organización defina y hable un mismo lenguaje.

Son así mismo fundamentales todos los proyectos que van encaminados a una Historia Clínica Integral, en la que el paciente sea el centro sobre el que pivota la información. Para ello el proyecto Andía, es otra de las acciones estratégicas sobre la que se soporta el buen desarrollo del Plan de Salud.

Las políticas interdepartamentales es otra área transversal que se ha trabajado a lo largo del año. Por un lado creándose la comisión interdepartamental de salud, que ha definido una estrategia propia a desarrollar. En coordinación con derechos Sociales, son múltiples las comisiones conjuntas que están trabajando diversas problemáticas comunes.

1.3 Participación y transparencia

La participación es una forma transversal de trabajo que se está aplicando en el desarrollo de las líneas de acción del Plan de Salud y del conjunto del trabajo del sistema de salud.

En este sentido, los Comités Técnicos del Plan de Salud están formados por profesionales de diferentes estamentos, diferentes zonas geográficas, y diferentes áreas competenciales incluyendo personas de departamentos diferentes al de Salud. Se promueve asimismo la creación de grupos particulares de trabajo en torno a tareas y funciones determinadas, para incluir la visión y aportaciones del máximo grado de puntos de vista posible, de cara a definir propuestas colaborativas e integradas de acción. Se ha intentado también considerar la perspectiva de igualdad de género, pero teniendo en cuenta la feminización de la sanidad existente. De todos los Responsables de Estrategias y del Comité Coordinador hay 3 mujeres y 5 hombres. En el total de personas participantes en los Comités el 67% son mujeres y el 33% hombres.



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

La página web del plan de salud es también un intento de tener accesible toda la información importante y de seguimiento del plan para la ciudadanía. Se ha hecho también un esfuerzo en que en dicha web se visibilizasen las Asociaciones de Pacientes. En la web del plan de salud se presenta una relación de las Asociaciones y su contacto, incorporando en el espacio explicativo de cada una de las Estrategias del Plan de Salud, las Asociaciones relacionadas con ellas. También en 3 de las Estrategias hay una persona de una Asociación relacionada con la Estrategia participando en el Comité Técnico, y en varias estrategias tienen actividades en relación a la escuela de pacientes y los pacientes activos y expertos.

2.INFORMES DE CADA ESTRATEGIA

Se presentan a continuación el informe anual, que ha realizado la persona Responsable de cada Estrategia. Los Anexos de cada una se adjuntan a continuación de su Informe Anual



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020



Prevención y promoción de salud en Población Infantil y Adolescente

AÑO:	Mayo 2016-2017
ESTRATEGIA:	A. Prevención y Promoción de Salud en Población Infantil y Adolescente
Composición del Comité	
Lázaro Elizalde. Director del Servicio de Ciudadanía Sanitaria y Responsable de la Estrategia	
Eva Arpa. Servicio de Obstetricia y Ginecología del CHN. Corresponsable del Programa de Prevención de riesgos en Embarazo y Parto	
Araceli Mejías. Jefa de la Unidad de Partos del CHN. Corresponsable del Programa de Prevención de riesgos en Embarazo y Parto	
Amalia Cuartero. Directora del Centro de Atención Temprana Corresponsable del Programa de Prevención de riesgos en Embarazo y Parto	
Ainhoa Iceta. Jefa Sección de Pediatría CHN. Coordinadora del Programa de Discapacidad y Atención a las enfermedades crónicas infantiles	
Elena Aznal. Servicio de Pediatría (Digestivo infantil) CHN	
Sara Berrade. Servicio de Pediatría (Endocrino infantil) CHN	
Margarita Aliaga. Unidad de Enfermería de hospitalización pediátrica CHN. Coordinadora del Programa de Discapacidad y Atención a las enfermedades crónicas infantiles	
Elisabeth Burillo. Unidad de Enfermería de hospitalización pediátrica CHN	
Aurelio Barricarte. Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria ISPLN. Coordinador del Programa de Vacunaciones Infantiles	
José Antonio Heras. Servicio de Atención Primaria y Continuidad asistencial. Corresponsable del Programa de Salud en Infancia y Adolescencia en Atención Primaria	
Juana Larrayoz. Subdirección de atención primaria y continuidad asistencial de Navarra-este. Corresponsable del Programa de Salud en Infancia y Adolescencia en Atención Primaria	
Rocío Ibáñez. Servicio de Promoción de la salud Comunitaria. ISPLN. Coordinadora del Programa de Intervención integral en desigualdad y riesgo psicosocial infantil	
Rosa Múgica. Servicio de Promoción de la salud Comunitaria. ISPLN. Coordinadora del Programa Comunitario de Promoción de la salud en Infancia y Adolescencia	
Elena Antoñanzas. Subdirectora de Cuidados Ambulatorios y Apoyo al Diagnóstico	
María Lorente. Jefa de Sección de Cuidados Asistenciales de Atención Primaria y Continuidad Asistencial. Área de Tudela	
Laura Lecumberri. Asociación "Amagintza" y Vocal Junta UNICEF Navarra	
Itxaso Mugarra. Sección de Planificación Ordenación y Contratación de Servicios Sanitarios y Unidad Técnica de apoyo al Plan de Salud	
Contenidos del Informe:	
<ol style="list-style-type: none"> 1.- Constitución y reuniones del Comité de la Estrategia 2.- Informaciones y desarrollo de los acuerdos de las Reuniones, Grupos de Trabajo formados y temas en los que se ha avanzado en de dichos grupos, propuestas de formación y de investigación, etc. 3.- Plan de acción 2016-2017 y valoración del cumplimiento del cronograma 4.- Evaluación de la Estrategia. 5.- Valoración global. 	
Documentos que se adjuntan:	
Anexo A.1: Plan de acción 2016-2017	
Anexo A.2: Indicadores de evaluación priorizados	
Persona que realiza el Informe	Lázaro Elizalde Soto



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

1. Constitución y reuniones del Comité de la Estrategia en 2016

El Comité se reunió en dos ocasiones en 2016, el 22 de junio para su constitución y el 3 de noviembre. Posteriormente ha tenido una reunión el 3 de marzo de 2017.

2. Informaciones y desarrollo de los acuerdos de las Reuniones, Grupos de Trabajo formados y temas en los que se ha avanzado en dichos grupos.

La primera reunión tuvo como objetivo crear el Comité y compartir la experiencia de las personas que lo componen y se presentó un informe por cada área de trabajo identificada en la estrategia del Plan de Salud.

Se acordó que las personas componentes propusieran líneas de formación, temas objeto de investigación para impulsar, así como indicadores para el seguimiento de la estrategia, para lo cual se planteó la colaboración con la Unidad Técnica del Plan de Salud.

Se identificaron algunas áreas de trabajo concretas que requerían desarrollo por diferentes personas y se concretaron como áreas para elaborar propuestas las siguientes: elaboración de una propuesta de implantación de acciones del Plan de Salud Infantil (PSI), propuesta para creación de una unidad funcional multidisciplinar para atención a pacientes pediátricos pluripatológicos, y elaborar protocolo de coordinación de casos de maltrato a menores. Asimismo, se planteó la creación de un espacio web (Share Point) para compartir la información.

En la segunda reunión se revisaron los acuerdos adoptados en la primera reunión y se creó un

- **Grupo para revisión de la evidencia científica sobre las estrategias de atención al parto normal, lactancia materna, y vínculo afectivo y riesgo psicosocial infantil.**

Se revisaron las propuestas de formación e investigación recogidas y se adoptaron plazos para compromisos como:

- **Grupo para elaboración de un documento sobre una unidad funcional multidisciplinar para atención a pacientes de pediatría con problemas crónicos**

Este grupo además de por personas que pertenecen al Comité, se ha constituido con la colaboración de Elena Aznar y Sara Berrade del Servicio de Pediatría del CHN.

- Revisión del protocolo de coordinación de casos de maltrato a menores.

Se acordó que en el primer trimestre de 2017 se remitiría desde la Unidad Técnica del Plan de Salud una propuesta de indicadores de seguimiento, y se pondría en marcha el espacio web para compartir trabajos del grupo.

3. Plan de acción 2016-2017 y valoración del cumplimiento del cronograma.

El Comité ha iniciado su trabajo a mediados de 2016, y los tiempos de consolidación de dinámicas han tenido mayor concreción a partir de la última reunión mantenida. El Plan de acción y su situación actual se presenta en el Anexo A.1.

4. Evaluación de la Estrategia. Indicadores priorizados y datos (valores) de dichos indicadores (Anexo A.2).

Las líneas de trabajo en las que se ha avanzado son las siguientes:

- Elaborada una propuesta de unidad funcional para mejora de atención a pacientes de pediatría con problemas crónicos múltiples.
- Presentada una propuesta para mejora de diseño arquitectónico de las maternidades hospitalarias orientada hacia la estrategia "Hospitales por la humanización del nacimiento y la lactancia" (IHAN)
- Diferentes propuestas de formación continuada a incorporar en la oferta formativa habitual de los centros: diabetes, hospitalización a domicilio, atención al duelo para profesionales que han atendido IVEs.
- Propuesta de crear **Grupo de trabajo dentro de la estrategia de atención a pacientes crónicos y pluripatológicos**, para desarrollar herramientas de apoyo tecnológicas y técnicas orientadas a las mejoras de atención a este tipo de pacientes de infancia y adolescencia con patología crónica.
- Desarrollar acciones relacionadas con la implantación del programa de salud infantil de forma generalizada en Atención Primaria.



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

- Desarrollo de la formación requerida de (IHAN) orientada a formar a formadoras para apoyo a la lactancia materna e impulsar "Hospital IHAN (Hospital por la Humanización del Nacimiento y Lactancia)".
- **Grupo de trabajo para ordenar la atención materno-infantil**, desde diferentes dispositivos a embarazadas, parto, puerperio y visita a Personas Recién Nacidas.
- Se ha avanzado en el diseño de los indicadores necesarios para el seguimiento de la Estrategia que se presentan en el Anexo A.2.

5. Valoración global 2016

Se considera que el tiempo transcurrido desde el inicio del Comité es escaso, y no es posible identificar indicadores de resultados sino únicamente de procesos.

Las líneas de trabajo activadas pueden permitir avanzar en los siguientes aspectos:

- La unificación de protocolos comunes a AP, Hospitales y CASSyR en la atención al proceso de embarazo, parto y puerperio que actualmente responden a formas de trabajo escasamente coordinadas y con protocolos desiguales
- El impulso de la lactancia materna desde diferentes servicios sanitarios y espacios comunitarios que permitirá mejorar la calidad de vida de la población infantil y la mejora de la eficiencia de las actuaciones del sistema y la sociedad.
- El inicio de acciones orientadas a la creación de "Hospitales por la Humanización del Nacimiento y Lactancia" que supone un impulso hacia una atención más humanizada y cercana que haga que la hospitalización infantil se de en un entorno más amigable y con mayor satisfacción para las familias.
- La ordenación de itinerarios para atención a pacientes de pediatría con problemas crónicos que facilitará itinerarios más fáciles, y seguimiento consensuado de forma integrada en asistencia especializada, atención primaria y centros educativos.
- El impulso de la formación continuada, la investigación y el liderazgo clínico como motivadores de una mejor capacitación y relación profesional vinculada a la atención a pacientes.

La puesta en marcha generalizada del Plan de Salud Infantil (PSI), al parecer requiere esfuerzo y compromiso institucional que con las personas que actualmente componen el Comité no es posible garantizar suficientemente. Se propone la incorporación al Comité de una o dos personas ligadas a la Dirección de Atención Primaria para garantizar la transmisión directa de los acuerdos a las decisiones institucionales de la Dirección de Atención Primaria. En este sentido se puede apuntar a la posible incorporación al Comité de la enfermera Presen Bustince que trabaja a tiempo parcial en el apoyo de Enfermería al PSI, y de la pediatra Manuela Sánchez Echenique, que pudiera complementar la visión del pediatra José Antonio Heras que trabaja en un entorno rural y sin embargo Manuela tiene el lugar de trabajo en la Dirección de Atención Primaria de Pamplona y es más factible su implicación en grupos de trabajo de la Estrategia



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

ANEXO A. 1: PLAN DE ACCIÓN.

PLAN DE ACCIÓN															
PROGRAMAS Y ACCIONES					CRONOGRAMA										
ESTRATEGÍA DE PROMOCIÓN SALUD P. INFANTIL Y ADOLESCENTE					2016				2017				OBSERVAC.		
					T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4			
1. Programa de Prevención de Riesgos en Embarazo y Parto															
1. Plan de mejora en el control del embarazo incorporando perspectivas culturales y de riesgo psicosocial.															
2. Revisión del protocolo del Embarazo de Alto Riesgo.															
3. Plan de mejora en diagnóstico prenatal y asesoramiento genético.															
4. Revisión del Programa de atención al parto.															
5. Promoción de la lactancia materna.															
6. Sistema de evaluación de atención al embarazo y al parto.															
7. Programa de prevención de los embarazos no deseados y tratamiento de las Intervenciones Voluntarias del Embarazo en el SNS-O															
8. Plan de formación para los adolescentes y las adolescentes en los centros escolares.															
9. Plan de coordinación de los recursos socio-sanitarios.															
10. Plan para la prestación sanitaria de la Intervenciones Voluntarias del Embarazo en los hospitales públicos del SNS-0.															



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

ESTRATEGÍA DE PROMOCIÓN SALUD P. INFANTIL Y ADOLESCENTE	2016				2017				OBSERVACIONES
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
2. Programa de Salud en Infancia y Adolescencia en Atención Primaria									
1. Despliegue del nuevo Programa de Salud Infantil y del Adolescente en Atención Primaria (Intervención individual y grupal).									
2. Protocolo sistemático de detección de riesgo psicosocial. Concretar indicadores de riesgo psicosocial.									
3. Valoración sistemática de la nutrición y alimentación saludable, suficiente y adecuada, tanto en la infancia como en la adolescencia.									
4. Promoción del vínculo afectivo, parentalidad positiva y capacitación en el cuidado infantil									
5. Consejo sistemático e intervención para la prevención de accidentes y lesiones en infancia y adolescencia.									
6. Programa de obesidad infantil y de la adolescencia.									
7. Programa de capacitación y apoyo al centro educativo en la atención a población infantil con patologías crónicas: Enfermera en la Escuela, Guía de actuación con enfermedades crónicas, etc.									
3. Programa de intervención integral en desigualdad y riesgo psicosocial infantil									
1. Desarrollar un Programa de Intervención en red en riesgo psicosocial infantil.									
2. Constituir en cada Zona Básica un Comités de Riesgo Psicosocial Infantil de carácter interdepartamental.									
3. Establecer un diagnóstico integral de necesidades y definir un plan integral de intervención específico para cada niña/niño o adolescente incluido en el Programa.									
4. Aplicar la metodología y asignar un responsable para la Gestión de cada Caso.									
5. Asegurar una nutrición suficiente y adecuada.									
6. Programa de promoción de la salud infantil en minorías y en menores con discapacidad intelectual y a todos los colectivos vulnerables									



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

ESTRATEGÍA DE PROMOCIÓN SALUD P. INFANTIL Y ADOLESCENTE	2016				2017				
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
4. Programa Comunitario de Promoción de la Salud en Infancia y Adolescencia									
1. Impulso a la Red de Escuelas Promotoras de Salud.									
2. Ejercicio en la escuela y prevención de la obesidad.									
3. Alianzas interdepartamentales y con entidades municipales para la mejora de los entornos.									
4. Escuela de Padres y Madres. Educación parental y autocuidados.									
5. Educación afectivo-sexual con incorporación en la cartera de servicios de los CAM (Centros de Atención a la Mujer) de programas de orientación y educación sexual dirigidos a hombres y mujeres y de forma específica para jóvenes									
6. Prevención de consumo de drogas y otras adicciones.									
7. Salud positiva, autocuidados y estilos de vida, etc.									
8. Capacitación del profesorado en valoración e intervención de conductas disruptivas.									
9. Hospitales para la Humanización del Nacimiento y Lactancia (IHAN)									
10. Violencia sexista									
11. Considerar el gradiente social en todos los programas de promoción de estilos de vida en la infancia y la adolescencia.									
Proceso de realización									
Realizada y continua									
Extensión a toda Navarra									
No iniciada									



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

ESTRATEGÍA DE PROMOCIÓN SALUD P. INFANTIL Y ADOLESCENTE	2016				2017				OBSERVACIONES	
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4		
5.- Programa de intervención integral en desigualdad y riesgo psicosocial infantil										
<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollar un Programa de Intervención en red en riesgo psicosocial infantil. 2. Constituir en cada Zona Básica un Comités de Riesgo Psicosocial Infantil de carácter interdepartamental. 3. Establecer un diagnóstico integral de necesidades y definir un plan integral de intervención específico para cada niña/niño o adolescente incluido en el Programa. 4. Aplicar la metodología y asignar un responsable para la Gestión de cada Caso. 5. Asegurar una nutrición suficiente y adecuada. 6. Programa de promoción de la salud infantil en minorías y en menores con discapacidad intelectual y a todos los colectivos vulnerables 										
6.- Programa Comunitario de Promoción de la Salud en Infancia y Adolescencia										
<ol style="list-style-type: none"> 1. Impulso a la Red de Escuelas Promotoras de Salud. 2. Ejercicio en la escuela y prevención de la obesidad. 3. Alianzas interdepartamentales y con entidades municipales para la mejora de los entornos. 4. Escuela de Padres y Madres. Educación parental y autocuidados. 5. Educación afectivo-sexual con incorporación en la cartera de servicios de los CAM (Centros de Atención a la Mujer) de programas de orientación y educación sexual dirigidos a hombres y mujeres y de forma específica para jóvenes 6. Prevención de consumo de drogas y otras adicciones. 7. Salud positiva, autocuidados y estilos de vida, etc. 8. Capacitación del profesorado en valoración e intervención de conductas disruptivas. 9. Hospitales para la Humanización del Nacimiento y Lactancia (IHAN) 10. Violencia sexista 11. Considerar el gradiente social en todos los programas de promoción de estilos de vida en la infancia y la adolescencia. 										



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

ANEXO A.2: INDICADORES PRIORIZADOS

Se ha llevado a cabo una aproximación progresiva hacia los indicadores que permitan evaluar los resultados alcanzados.

De los inicialmente propuestos se ha valorado con los siguientes criterios:

- Que los indicadores aporten relevancia significativa en relación con la medición de procesos o resultados en relación con las áreas objeto de intervención.
- Que sea posible establecer una mínima asociación entre los cambios introducidos y los procesos activados o resultados encontrados, de manera que se puedan considerar los cambios como un componente con cierta relación causal con el indicador seleccionado.
- Que sean sencillos de obtener a partir de sistemas de información habituales y a partir de información que se recoge de forma relativamente sistemática.
- Que sea posible obtenerlos a partir de procesos periódicos de recogida de información que se realizan con características similares respecto a los ítems identificados.
- Que sea posible obtener la información de registros específicos ya existentes que está previsto que se mantenga en el futuro.



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

LISTADO DE INDICADORES PROPUESTOS:

INDICADORES ESTRATEGÍA DE PROMOCIÓN DE SALUD INFANTIL Y ADOLESCENTE (< 18 Años)												
GRUPO OBJETIVOS GENERALES	NOMBRE DEL INDICADOR	Período	Valor HOMBRE	Valor MUJER	Valor TOTAL							
1. MORTALIDAD	Tasa de mortalidad infantil (0-1 año) por 1.000 nacidos vivos	2015	3,9	1,7	2,8							
2. MORBILIDAD	Tasa de incidencia de defectos congénitos estructurales y cromosómicos	2011-2013	2,18	1,61	2,05							
	Tasa de incidencia de Infecciones de VIH en jóvenes < 18 años (casos por 100.000)											
	Tasa de incidencia de sífilis y gonorrea en jóvenes < 18 años (casos por 100.000)											
	% población menor de 15 años que tiene cumplimentado su calendario vacunal correctamente											
	Incidencia de enfermedades incluidas en la vacuna triple vírica (parotiditis, sarampión y rubéola)											
3. DISCAPACIDAD	Porcentaje de tasa de partos inducidos ajustado por edad de la madre											
	Tasa de cesáreas corregidas por edad de la madre											
	% de participación de la población recién nacida en el programa de detección de hipoacusia											
	% de participación de la población recién nacida en el programa de detección de metabopatías congénitas											
	Cobertura del Programa de salud infantil	2016	<table border="1"> <tr> <td>0-2 años</td> <td>87,6%</td> </tr> <tr> <td>3-8 años</td> <td>90,6%</td> </tr> <tr> <td>9-14 años</td> <td>38,1%</td> </tr> </table>		0-2 años	87,6%	3-8 años	90,6%	9-14 años	38,1%		
	0-2 años	87,6%										
	3-8 años	90,6%										
	9-14 años	38,1%										
	% de población de 0 a 3 años valorada en el Servicio de Atención Temprana sobre población total de 0-3 años											
	% de población de 0-18 años con discapacidad reconocida	2016	<table border="1"> <tr> <td>0 a 3 años</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td>4 a 6 años</td> <td>0,8</td> </tr> <tr> <td>7 a 16 años</td> <td>1,3</td> </tr> <tr> <td>17 a 18 años</td> <td>1,7</td> </tr> </table>		0 a 3 años	0,4	4 a 6 años	0,8	7 a 16 años	1,3	17 a 18 años	1,7
0 a 3 años	0,4											
4 a 6 años	0,8											
7 a 16 años	1,3											
17 a 18 años	1,7											
% de población de 0 a 18 años con algún tipo de discapacidad	2016			1%								
Porcentaje de población infantil de 0 a 3 años con déficits en el desarrollo detectados (déficit físico y/o psicomotor y/o psíquico y/o sensorial) a los que se les ha realizado una evaluación multidisciplinar en el plazo de un mes												
4. CALIDAD DE VIDA	Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), evaluada con el KIDSCREEN-10 en población de 8-14 años	2011-2012	83,8	86,8	85,4							



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

GRUPO OBJETIVOS GENERALES	NOMBRE DEL INDICADOR	Período	Valor HOMBRE	Valor MUJER	Valor TOTAL	
5. ESTILOS DE VIDA	% de nacimientos de madres menores de 20 años	2014			1,54	
	% población de 14 a 17 años que usa preservativo en la primera relación	2013	91	85	87,2	
	Tasa de IVEs en menores de 20 años	2015			8,9	
	Nº de talleres de sexualidad para adolescentes en los CASSYR	2016			102	
	% de jóvenes de 14 a 17 años que fuman tabaco a diario	2013	5,4	10,2	7,9	
	% de jóvenes de 14 a 17 años que han consumido alcohol en los últimos 30 días(activos)	2013			42	
	Frecuencia de consumo intensivo de alcohol en jóvenes de 14 a 17 años en los últimos 30 días (binge drinking)	2013	23	25,2	24,2	
	% de jóvenes de 14 a 17 años que han consumido cannabis alguna vez en la vida	2013	17,7	20,3	19,1	
	Porcentaje de población sedentaria de 14 a 17 años	2013	12,3	19,3	15,9	
	Prevalencia de sobrepeso en población infantil (2 a 14 años)			Hombre	Mujer	Total
		Grupo edad				
		2	15,1%	15,6%	15,3%	
		3	17,5%	18,5%	18,0%	
		4-5	17,5%	17,0%	17,3%	
		6-7	17,7%	18,5%	18,1%	
		8-9	20,2%	23,9%	22,1%	
		10-11	24,5%	24,0%	24,2%	
		12-13	24,0%	21,2%	22,6%	
		14	20,8%	17,6%	19,3%	
	Prevalencia de obesidad en población infantil (2 a 14 años)			Hombre	Mujer	Total
	2	3,4%	3,3%	3,4%		
	3	5,7%	5,2%	5,5%		
	4-5	6,9%	5,3%	6,1%		
	6-7	10,4%	8,2%	9,3%		
	8-9	15,0%	11,5%	13,3%		
	10-11	13,3%	8,3%	10,9%		
	12-13	11,9%	6,9%	9,5%		
	14	6,7%	4,0%	5,4%		
% de recién nacidos que a los 6 meses tienen lactancia materna exclusiva	2015				31,5%	
% Población entre 14 y 17 años que consume fruta fresca a diario	2013				33	
% Población entre 14 y 17 años que consume verdura u hortalizas a diario	2013				44	
Porcentaje de población escolar que se beneficia de la Red de Escuelas Promotoras de Salud						



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

GRUPO OBJETIVOS GENERALES	NOMBRE DEL INDICADOR	Período	Valor HOMBRE	Valor MUJER	Valor TOTAL
6. EMPODERAMIENTO	Porcentaje de pacientes diagnosticados de diabetes, en los que se ha establecido un plan de cuidados, incluida la educación diabetológica	2016			100%
	Porcentaje de pacientes que han recibido educación específica para ISCI (infusor subcutáneo continuo de insulina)	2016			100%
7. EQUIDAD	Tasa de riesgo de pobreza en menores de 16 años (Indic.Observatorio)	2015	24,1	22,5	23,3
	Tasa de IVEs en menores de 20 años x nivel de estudios	2016			
	Prevalencia de población de 2-14 años con obesidad por Zona básica de salud				
8. SOSTENIBILIDAD SISTEMA SANITARIO	Porcentaje de episodios en menores de 18 años atendidos en Hospitalización a Domicilio sobre el total de episodios de hospitalización en menores de 18 años				
	Tasa de consultas por procesos autolimitados en menores atendidos en Atención Primaria				
	Tasa de consultas por procesos autolimitados en menores atendidos en Urgencias				

NOTAS:

En fondo blanco Indicadores de resultado 27

En fondo salmón : Indicadores de proceso 3

En fondo salmón oscuro: indicadores de proceso KPI (Key performance indicators) 9

39

TOTAL INDICADORES



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020



Promoción de salud y autocuidados en Población Adulta

AÑO:	Mayo 2016-2017
ESTRATEGIA:	B. Promoción de Salud en Población Adulta
Composición del Comité	
Jefe del Servicio de Promoción de la Salud Comunitaria: Koldo Cambra	
Sección de Promoción de la Salud del ISPLN: Pilar Marín	
Servicio de Apoyo a la Gestión Clínica y Continuidad Asistencial de AP: Maite Arizaleta	
Sección de Promoción de Salud del ISPLN: Nerea Egües	
Servicio de Geriatría del CHN: Álvaro Casas	
Sección Promoción Salud del ISPLN: Raquel González	
Sección Promoción Salud del ISPLN: Amaia Aguas	
Sº Apoyo G. Clínica y Continuidad Asistencial de AP: Guillermina Mari	
Jefa de Sección Asistencial de Enfermería de AP: Begoña Viejo	
Sección de Planificación Ordenación y Contratación de Servicios Sanitarios y Unidad Técnica de apoyo al Plan de Salud: Itxaso Mugarra	
Contenidos del Informe:	

1.- Constitución y reuniones del Comité de la Estrategia en 2016:

ORDEN FORAL 277E/2016, de 21 de junio, del Consejero de Salud, por la que se establecen los objetivos y responsabilidades de la Estrategia de Promoción de Salud y Autocuidados en población Adulta.

Reuniones del Comité:

- *Primera reunión: 23 junio de 2016*
- *Segunda reunión: 21 octubre de 2016*
- *Tercera reunión: 7 marzo 2017*
- *Próxima reunión: 31 mayo 2017*

2.- Informaciones y desarrollo de los acuerdos de las Reuniones, Grupos de Trabajo formados y temas en los que se ha avanzado.

El comité se constituyó como tal en 2016, con la publicación en el BON de las correspondientes órdenes forales.

En sus primeras sesiones de trabajo se analizó el grado de desarrollo o implementación de los programas y acciones contemplados en la estrategia. A partir de esta revisión se elaboró el Plan de acción de la Estrategia 2016-2017, una foto en la que se sintetiza esta información y que se presenta en este informe más adelante. En el acta de la reunión del día 23 de junio de 2016 se recoge información detallada sobre cada uno de los programas y acciones.

En relación con la formación, el comité hizo una propuesta de actividades formativas relacionadas con la Estrategia de Promoción de la Salud y Autocuidados en Población Adulta, que se tuvieron en cuenta para la aprobación de las actividades formativas de 2017. Los cursos aprobados relacionados con la estrategia se indican en la tabla 1.



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

TABLA 1. Actividades formativas de la estrategia de promoción de salud y autocuidados en población adulta

Nº actividades	Centro organizador	Descripción
1 actividad por el DS, Plan Docente	Departamento de Salud (DS). Plan Docente	Identificación y mapas de activos para promocionar la salud y el bienestar.
3 por AP Comité Docencia	Atención Primaria (AP)	Formación en cribado de fragilidad e intervenciones asociadas
		Detección precoz y Prevención de las enfermedades de Transmisión sexual
9 por Hospitales (CHN, HRS y HGO)	ISPLN/comisiones docencia hospitales	Consejo eficaz a pie de cama sobre autocuidados*

* Figura en la estrategia de atención a pacientes pluripatológicos

Miembros del Comité de Promoción de Salud y Autocuidados en Población Adulta participan en los siguientes nuevos grupos de trabajo, creados para el desarrollo e implementación de estrategias del Plan de Salud:

a) **Grupo de Trabajo Técnico en Fragilidad y Prevención de Caídas** en el que participan representantes del SNS-O (Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial, Complejo Hospitalario de Navarra, Atención Primaria) e ISPLN (Servicio de Promoción de la Salud) En este grupo además de personas pertenecientes al Comité Técnico de la Estrategia (CASAS HERRERO ALVARO, EGUÉS OLAZÁBAL NEREA, MARÍ PUGET GUILLERMINA) lo conforman 7 personas más: ANA MARIA MATEO CERVERA, Área de enfermería de desarrollo en cuidados e innovación; CRISTINA IBARROLA GUILLÉN, Jefa de Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial, que actuará como Presidenta del GTT; ALDAZ HERCE PABLO, Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; JOSE JAVIER CELORRIO ASTIZ, Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial; GOÑI RUIZ NURIA, Médico del Servicio de Apoyo a la Gestión Clínica y Continuidad Asistencial de la Gerencia de Atención Primaria; PILART MEDINA, SILVIA Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, ANA MARIA MATEO CERVERA, Área de enfermería de desarrollo en cuidados e innovación y NICOLAS MARTINEZ VELILLA, Jefe del Servicio de Geriátria.

b) **Grupo de trabajo en relación con el Protocolo de detección, registro e intervención frente a la violencia de género.** Este tema se va a trabajar en coordinación con la Unidad de Igualdad del Departamento de Salud. El trabajo se centrará principalmente en la mejora de los circuitos de actuación ante sospecha de violencia de género en los servicios de urgencias tanto hospitalarias como extrahospitalarias y los CASSYR.

3. Plan de acción 2016-2017 y valoración del cumplimiento del cronograma

La estrategia de promoción de salud y autocuidados en población adulta se estructura en 5 programas: 1) Programa comunitario de promoción de la salud, 2) Programa de intervención personalizada sobre estilos de vida, 3) Programa de envejecimiento saludable, 4) Programa de capacitación en autocuidados y escuelas de salud/escuelas de pacientes y 5) Programas de prevención selectiva en colectivos vulnerables

En el anexo B. 1 se presenta la tabla resumen del plan de acción 2016-17

La mayor parte de las acciones del Programa comunitario de promoción de la salud se encuentran en marcha. Han quedado sin iniciar, y no se prevé un desarrollo a medio plazo, tres acciones que se contemplaron en el momento de la redacción del Plan de Salud. Una de ellas, de carácter puntual, es la relativa a la información a la población de los riesgos de la sobremedicación, y las otras dos, más generales, son la creación de una Estrategia interdepartamental de alimentación saludable, y la realización de informes de impacto en salud para los proyectos clave del Gobierno.

Todas las acciones previstas para los Programas de intervención personalizada sobre estilos de vida y de capacitación en autocuidados y escuelas de salud/escuelas de pacientes se encuentran en marcha y constituyen actuaciones sostenidas



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

en el tiempo, que tienen continuidad.

El programa de envejecimiento saludable tiene un número importante de acciones que se inician en 2017, y va a tener un importante refuerzo con la implementación de la Estrategia de envejecimiento activo y saludable de Navarra, promovida por el Consejo Interdepartamental de Salud. Son destacables, dentro de este programa, las actuaciones relativas a la fragilidad y prevención de caídas, el plan de mejora de la capacidad funcional, la comarcalización de servicios sanitarios, los estímulos a los programas comunitarios de prevención y promoción de la salud dirigidos a personas mayores, aumento de la oferta comunitaria de ejercicio físico, las actuaciones sobre entornos y las escuelas de salud para personas mayores, entre otras.

El grado de implementación de las actuaciones del Programa de prevención selectiva en colectivos vulnerables es, en general, desigual y menor que en el resto de programas.

Tres de las acciones previstas en este programa, la relativa a la reducción del estigma de las enfermedades mentales, la disminución de las barreras de acceso al sistema de salud y el registro sistemático de variables socioeconómicas en la historia clínica, no se han iniciado. En general las acciones relativas a grupos vulnerables han tenido un desarrollo limitado, destacando por un desarrollo más completo las dirigidas a población gitana.

Una de las acciones clave de este programa es la creación del Observatorio de Salud Comunitaria, cuyo sitio Web se abrió en diciembre de 2016. Entre sus objetivos se encuentra dar información relativa a resultados de salud y sus determinantes, y analizar las desigualdades por género, territorio y variables socioeconómicas. En el Observatorio se han analizado las desigualdades en mortalidad, esperanza de vida, obesidad y cronicidad por territorio y por variables que miden el nivel socioeconómico, a partir de la información disponible en 2016. En 2017 se van a realizar nuevos estudios. Entre los productos del observatorio para 2017, en la línea de analizar las desigualdades territoriales y promover acciones locales de promoción de la salud, se están creando los denominados perfiles de zona básica de salud, "fotografías" basadas en una selección de indicadores que informan de la posición relativa de la zona básica respecto a otras zonas de la Comunidad

4.- Selección de indicadores de la estrategia

El comité de la estrategia ha revisado y propone el uso de los indicadores, de resultados y de proceso, que se recogen en el anexo B. 2.



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

ANEXO B. 1. PLAN DE ACCIÓN

PLAN DE ACCIÓN														
PROGRAMAS Y ACCIONES					CRONOGRAMA								OBSERVACIONES	
ESTRATEGÍA DE PROMOCIÓN SALUD POB.ADULTA	2016				2017									
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4						
1.- Programa Comunitario de Promoción de la Salud "Salud en todas las políticas"													Pilar Marín	
1. Portal de salud orientado a promover estilos de vida saludables.														
2. Programa comunitario de intervención frente al Tabaco.														
3. Programa comunitario de promoción del Ejercicio.														
4. Despliegue efectivo del Plan de Drogodependencias y otras Adicciones, incluyendo cribado de personas bebedoras de riesgo en Atención Primaria.														
5. Información a la población sobre los riesgos de la sobremedicación.														
6. Alianzas interdepartamentales y con entidades municipales para conseguir entornos seguros y accesibles.														
7. Estrategia Interdepartamental de Alimentación Saludable con atención a las desigualdades sociales.														
8. Continuar desarrollando la Estrategia de prevención de Accidentes Laborales y promover actividades sinérgicas entre Atención Primaria y Salud Laboral en áreas de promoción de la salud.														
9. "Informe previo de impacto en salud" en el análisis de la sostenibilidad integral de los proyectos clave de Gobierno.														
10. Considerar la perspectiva de género y el gradiente social en todos los programas de promoción de estilos de vida en población adulta														
2.- Programa de intervención personalizada sobre estilos de vida													Maite Arizaleta	
1. Evaluación sistemática del estilo de vida en Hª Clínica.														
2. Prescripción y apoyo para el abandono del Tabaco.														
3. Prescripción personalizada de Ejercicio Físico.														
4. Prescripción personalizada de hábitos dietéticos.														
5. Cribado y consejo personalizado en personas bebedoras de riesgo.														
6. EpS talleres de apoyo para dejar el tabaco.														
7. EpS talleres educativos sobre alimentación saludable y obesidad.														
8. EpS talleres sobre estrés y ansiedad y desmedicalización del malestar													Se trabaja estrés y ansiedad. No desmedicalización de malestar	
3.- Programa de Envejecimiento Saludable													Nerea Egúes y Alvaro Casas	
1. Evaluación sistemática de la capacidad funcional, del riesgo psicosocial y de la calidad de vida en mayores de 75 años.														
2. Promoción del ejercicio en mayores														
3. Impulso de Programas Municipales de Envejecimiento Saludable y de Ciudades Amigables con las Personas Mayores.														
4. Evaluación e intervención multifactorial y del entorno para la prevención de caídas (Primera propuesta de actuación)													Entorno domiciliario, es necesario ampliar	
5. Fomento de otras iniciativas sociales de colaboración intergeneracional, estimulación cognitiva y participación social de la persona mayor.													Desarrollo parcial, principalmente mediante subvenciones	
6. Incluir en la cartera de servicios de las Residencias talleres de memoria y ejercicio.														
7. Promover la oferta de ejercicio físico y estimulación cognitiva y social en los centros de personas mayores.													Desarrollo parcial, principalmente mediante subvenciones	



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

ESTRATEGÍA DE PROMOCIÓN SALUD POB.ADULTA	2016				2017				OBSERVACIONES
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
4.- Programa de Capacitación en Autocuidados y Escuelas de Salud/Escuela de Pacientes									Amaia Aguas
1. Puesta en marcha de la Escuela de Pacientes y personas cuidadoras.									
2. Estrategia de Autocuidados en Procesos Crónicos.									
3. Estrategia de Autocuidados en Procesos Agudos Autosolubles.									
4. Portal de Salud orientado al autocuidado.									
5.- Programas de prevención selectiva en colectivos vulnerables									Raquel González
1. Analizar las desigualdades en salud según las variables sociales, género, cultura o etnia, entendidas como variables de equidad en todos los resultados de salud mediante la creación de un Observatorio de la Salud Comunitaria									
2. Puesta en marcha de acciones para corregir las desigualdades en salud prioritarias detectadas por el Observatorio de la Salud Comunitaria									
3. Programa de promoción de la salud, programa de autocuidados y hábitos saludables para reducir la sobremorbilidad y sobremortalidad y a constatada en determinados colectivos vulnerables: pacientes con Trastorno Mental Grave o con discapacidad intelectual, minorías étnicas, colectivos en exclusión social, etc.									Desarrollo parcial, se está implementando en minoría gitana y autocuidados en pacientes con TMG (esquizofrenia)
4. Disminuir las posibles barreras físicas, sensoriales, geográficas, sociales, culturales o de género en el acceso al sistema sanitario.									Desarrollo parcial. Se realiza en programa de minoría gitana,
5. Completar el despliegue del protocolo de detección e intervención frente a la Violencia de Género.									Raquel González e Itxaso Mugarra
6. Inclusión sistemática de las variables sociales en Hª Clínica y en todos los registros sanitarios considerando la protección de datos.									Se recogen algunas. El tema necesita reevaluación
7. Programa para reducir el estigma social asociado al Trastorno Mental Grave, la Discapacidad Funcional, el dolor crónico y la fibromialgia.									No se ha previsto de momento trabajar el estigma social. La línea necesita reevaluación o reformulación. Fibromialgia encajaría mejor en autocuidados
8. Registro sistemático en la historia clínica de las diversas formas, situaciones o riesgos de maltrato a población mayor, violencia de género, etc, teniendo en cuenta el marco de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal									Raquel González e Itxaso Mugarra

■ En implementación
 ■ Diseño y elaboración
 ■ No iniciado



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

ANEXO B. 2: Indicadores de evaluación priorizados de la Estrategia de Promoción de Salud en Población Adulta

En este Anexo se presenta un resumen de los indicadores priorizados desde la perspectiva del Plan de Salud. Se han diferenciado 2 tipos de indicadores:

16 Indicadores de resultados, y señalizados en blanco. De éstos se presentarán los datos disponibles actuales, anotando en observaciones el año de disponibilidad del dato. Posteriormente se hará la comparativa si fuera posible con el mismo dato antes de iniciar el Plan de Salud y se volverá a presentar el dato una vez finalizado el periodo del Plan de Salud en 2020 como parte del informe final.

7 Indicadores de proceso, de los cuales 4 son KPI (key performance indicators) que nos sirven para monitorizar los avances de la Estrategia. Deberíamos poder tenerlos con periodicidad semestral y deben promover acciones, miden inductores de éxito. Son los señalizados en color y a ser posible se presenta el dato diferenciado para hombres y mujeres.

PRIORIZACIÓN DE LOS INDICADORES

Para la priorización de los indicadores, se ha trabajado en un grupo de trabajo pequeño del Comité, y luego se han aprobado en reunión del Comité Técnico:

Los criterios de priorización utilizados ⁽¹⁾ han sido los siguientes:

- Que cumpla los requisitos de un buen indicador en cuanto a Disponibilidad, Validez (reproducibile), y Fiabilidad
- Que aporte información sobre acciones/programas que actúan sobre problemas de magnitud y trascendencia (gravedad y repercusión social) grande. Muy aplicable en los indicadores de resultados
- Que sea útil para la toma de decisiones, que conduzca a la acción. Muy aplicable en los indicadores de proceso

(1) Bibliografía: Características de un buen indicador. Lección 4 UNAD



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE SALUD EN POBLACIÓN ADULTA (>= 18 Años)							
GRUPO OBJETIVO	OBJETIVO ESPECÍFICO	NOMBRE DEL INDICADOR *	FUENTE	PERÍODO	Valor HOMBRE	Valor MUJER	Valor TOTAL
1. MORTALIDAD	Disminuir en un 10% la mortalidad total por causas evitables	Mortalidad por causas relacionadas con el alcohol. Tasa ajustada a la población europea del 2014	Registro Mortalidad-ISPLN	2011-2015	22,3	3,4	
		Tasa ajustada de mortalidad por hepatopatía crónica	Registro Mortalidad-ISPLN	2011-2015	5	1,1	
		Tasa ajustada de mortalidad por causas totalmente atribuibles al alcohol	Registro Mortalidad-ISPLN	2011-2015	5,8	1,4	
2. MORBILIDAD	Mantener en torno al 80% el porcentaje de población general que considera bueno o muy bueno su estado de salud	% personas que consideran su estado de salud como bueno o muybueno en los últimos 12 meses	ECV	2012-2013	75,5	69,8	72,6
	Mantener en torno al 60% el porcentaje de población mayor de 65 años que considera bueno o muy bueno su estado de salud	% de mayores de 65 años que consideran su estado de salud como bueno o muybueno en los últimos 12 meses	ECV	2012-2013			10,8
	Prevenir y detectar los casos de violencia de género	Tasa de incidencia de mujeres mayores de 14 años que sufren <i>violencia de género</i> detectadas o atendidas en el sistema sanitario (Z25 abuso físico)	Atenea (Z25)	2016		98,6 por 100.000	
		Tasa de incidencia de mujeres mayores de 14 años que sufren <i>violencia de género</i> detectadas o atendidas en el sistema sanitario (Z12 abuso psíquico/emocional)	Atenea (Z12)	2016		34,3 por 100.000	
3. REDUCIR DISCAPACIDAD Y PROMOVER AUTONOMÍA PERSONAL	Aumentar los años de vida libre de discapacidad en un 10% (Plan de Salud) Aumentar un 10% anual (Grupo de "Intervenciones estratégicas del SNS-O")	% pacientes > 65 años a los que se ha dado consejo de ejercicio físico en AP	ATENEA	2016			
	Aumentar los años libres de discapacidad en un 10%	Prevalencia de personas limitadas o gravemente limitadas para realizar actividades cotidianas	ECV	2012-2013	16,8	22,7	19,7
	Realizar una evaluación integral en las distintas esferas, física, emocional, relacional, psicosocial, etc. al menos al 40% de los pacientes mayores de 75	% de mayores de 75 años a los que se les ha evaluado su capacidad funcional (Barthel) en los dos años anteriores	Atenea				



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

GRUPO OBJETIVO	OBJETIVO ESPECÍFICO	NOMBRE DEL INDICADOR *	FUENTE	PERÍODO	Valor HOMBRE	Valor MUJER	Valor TOTAL
4. SALUD PERCIBIDA Y CALIDAD DE VIDA	Mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes crónicos y de otros colectivos específicos de pacientes.	Calidad de vida relacionada con la salud en población adulta (EuroquoI)	ENS	2011-2012	79,3	76,3	77,8
5. ESTILOS DE VIDA							
ALCOHOL	Reducir en un 5% la tasa de bebedores de riesgo y la prevalencia declarada de consumo de drogas ilícitas en adultos en un 10%	Prevalencia de consumo de riesgo de alcohol >= 15 años	ECV	2012	2,8	1,5	2,2
					15-24 años	5,3	
					25-34 años	3,4	
					35-44 años	1,6	
					45-54 años	1,5	
					55-64 años	1	
					65 o más años	1,3	
TABACO	Disminuir un 15% la prevalencia de consumo de tabaco en la población general	% de población >= 15 años atendida en centros de salud que tienen registrado el consumo habitual (diario) de tabaco en los últimos dos años	Atenea (PAPPs)				
	Disminuir un 15% la prevalencia de consumo de tabaco en la población general (Plan de Salud)	Prevalencia de consumo habitual (diario) de tabaco en población >= 15 años	ECV	2012	24,1	17	20,5
	Reducir un 5% en 4 años la tasa de tabaquismo en población adulta (Grupo de "Intervenciones estratégicas del SNS-O")				15-24 años	21,2	
					25-34 años	29,1	
					35-44 años	22,3	
					45-54 años	25	
					55-64 años	24,1	
					65 o más años	4,8	
	Lograr que al menos el 60% de pacientes crónicos o en situación de riesgo vascular abandonen el tabaco	Prevalencia de personas exfumadoras de tabaco >= 15 años por grupos de edad	ECV	2012	17,7	9,5	13,6
					15-24 años	4,3	
					25-34 años	8,8	
					35-44 años	11,6	
					45-54 años	21,8	
					55-64 años	18,9	
					65 o más años	14,1	
DROGAS	Reducir la prevalencia declarada de consumo de drogas ilícitas en adultos en un 10%.	Prevalencia de consumo de cannabis en el último mes	EADES (15-64 años)	2013-2014	10,9	3,8	7,4
			ESTUDES (14-18 años)	2014-2015	24,4	20,5	22,5
		% Población > 15 años sedentaria	EESE	2014	24,1	31,8	28
	Disminuir la prevalencia de sedentarismo en un 20% en mujeres y un 10% en hombres	% población > 15 años atendida en un centro de salud que tiene registrada en el PAPPs si realiza actividad física	Atenea				
SOBREPESO Y OBESIDAD	Disminuir la prevalencia de sobrepeso	Prevalencia de sobrepeso (IMC 25-30) en población >= 15 años	EESE	2014	47,2	26,9	37,1
	Meta: Reducir la tasa de obesidad del 11,2 al 9%	Prevalencia de obesidad (IMC> 30) en población >= 15 años	EESE	2014	13,2	10,3	11,7
DIETA	Conseguir que al menos el 75% de la población declare consumir diariamente frutas.	% Población que consume fruta fresca (excluye zumos) a diario	EESE	2014	54,3	73,4	64
	Conseguir que al menos el 75% de la población declare consumir diariamente verduras, ensaladas u hortalizas.	% Población que consume verdura, ensaladas y hortalizas a diario	EESE	2014	53,7	65,7	59,8
6. EMPODERAMIENTO Y AUTOCUIDADO	Formar anualmente a más de 200 pacientes y/o personas cuidadoras	Nº de personas/año (pacientes y/o personas cuidadoras) que han estado en la Escuela de Pacientes	ISPLN	2015-2016			343
	En fondo blanco Indicadores de resultado: datos 2014-2017-2020	16					
	En fondo salmón : Indicadores de proceso: datos anuales	3					
	En fondo salmón oscuro: indicadores de proceso KPI (Key performance indicators) : datos semestrales y disponibles en 2017 (Metadato)	4					
	* Todos los indicadores se desagregan por SEXO	23					TOTAL INDICADORES



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

Aclaraciones a las tablas

Fuentes:

ECV - Encuesta Condiciones de Vida

EDADES - Encuesta sobre alcohol y drogas en España

EESE - Encuesta Europea de Salud en España

ENS - Encuesta Nacional de Salud

ESTUDES - Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España

ISPLN - Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra

* Euroquol

El instrumento consta de dos partes: un cuestionario que mide problemas o limitaciones autopercebidos de la salud y una escala visual analógica (EVA).

El cuestionario describe el estado de salud de los individuos a partir de 5 dimensiones: movilidad, cuidado personal (autocuidado), actividades cotidianas, dolor o malestar y ansiedad o depresión. Cada una de estas dimensiones tiene 5 niveles de respuesta: sin problemas, con problemas leves, con problemas moderados, con problemas graves y con imposibilidad total.

Se pide también al entrevistado que valore su salud mediante un termómetro, la escala visual analógica, que proporciona un valor para el estado de salud. Permite sintetizar este valor entre 100 (el mejor estado de salud imaginable) y 0 (el peor estado de salud imaginable).

La calidad de vida se trata de un concepto extenso sobre el que influyen de manera compleja la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y la relación con los aspectos principales de su entorno.



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

Atención a la discapacidad y promoción de la autonomía



AÑO:	Mayo 2016-2017		
ESTRATEGIA:	C. Plan de Acción Estrategia Atención a la Discapacidad y Promoción de Autonomía		
Comité:	No existe Comité		
Contenidos del Informe:			
<p>1.- Acciones realizadas desde el Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial (Sección de Coordinación Socio-sanitaria) dirigidas a esta estrategia del Plan de Salud:</p>			
<p>1.1- Mejora de la Atención Sanitaria en Centros Residenciales (CR). Se ha formado un grupo por Salud y Derechos Sociales. Inicio grupo en 2016. <i>Acciones desarrolladas o en curso:</i></p>			
<p>1.1-a. Estudio y encuesta a CR sobre necesidades detectadas desde los propios CR</p>			
<p>1.1-b. Elaboración de Plan de mejora para la Atención Sanitaria en CR con acciones dirigidas a mejorar la información clínica, suministro de medicación y material sanitario, presencia programada de profesionales del EAP en CR, identificación de profesionales de referencia, comunicación y participación, espacio WEB, apoyos formativos, residuos sanitarios y estrategias de seguridad.</p>			
<p>1.1-c. Puesta en marcha de primeras acciones del plan de mejora: acceso a historia clínica electrónica (HCE), modelo de atención farmacéutica, pilotaje estrategia de seguridad.</p>			
<p>1.2- Mejora de herramientas de valoración sociosanitaria. Pilotar herramienta de cribado de valoración Sociosanitaria: RAI-CA. Grupo Interdepartamental Salud-Derechos Sociales. Inicio en 2016. <i>Acciones desarrolladas o en curso dirigidas a:</i></p>			
<p>1.2-a. Contacto y Acuerdo con Gobierno País Vasco y empresa Raisoft para cesión de licencias que permitan el pilotaje</p>			
<p>1.2-b. Pilotaje de herramienta RAI-CA de Octubre a diciembre 2016</p>			
<p>1.2-c. Realizado informe final de valoración de la herramienta</p>			
<p>1.3- Mejora de Sistemas de Información Compartida e Historial Social Unificada. Grupo Interdepartamental Salud-Derechos Sociales. Inicio 2016. Grupo Historia Social Unificada (2012) <i>Acciones desarrolladas o en curso:</i></p>			
<p>1.3-a. Identificación de aspectos fundamentales para los Sistemas de Información desde el ámbito sociosanitario.</p>			
<p>1.3-b. Homogeneización e incorporación de herramientas de valoración sociosanitaria.</p>			
<p>1.3-c. Definición de historia sociosanitaria.</p>			
<p>1.3-d. Acuerdo para identificación CIPNA unificada interdepartamentalmente.</p>			
<p>1.4- Proporcionar accesos a HCE desde centros residenciales. Grupo Salud. Inicio en 2016. <i>Acciones desarrolladas o en curso:</i></p>			
<p>1.4-a. Estudio sobre el número de Centros con acceso a HCE previo a 2016.</p>			
<p>1.4-b. Acuerdo sobre el procedimiento y circuitos a seguir para solicitar y conceder el acceso a HCE de profesionales sanitarios en Centros Residenciales.</p>			
<p>1.4-c. Acceso en curso a 7 centros en 2016.</p>			
<p>1.4-d. Procedimiento iniciado a 11 nuevos centros en 1er trimestre 2017.</p>			



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

1.5- Diseñar y Sistematizar Procesos Sociosanitarios. Grupo Interdepartamental Salud-Derechos Sociales. Inicio en 2016.

Acciones desarrolladas o en curso:

- 1.5-a. Identificar y priorizar diseño de procesos de atención prioritarios.
- 1.5-b. Informe para reenfocar los servicios a nuevos perfiles de pacientes en Hogar ZOE.
- 1.5-c. Diseño del proceso "Alta hospitalaria complejas a personas menores de 65 años".
- 1.5-d. Borrador de diseño de abordaje global a personas con TMG.

1.6- Evaluación y adecuación de recursos a personas con necesidades Psicogeriatricas. Grupo Interdepartamental Salud-Derechos Sociales. Inicio en 2016.

Acciones desarrolladas o en curso:

- 1.6-a. Creación y puesta en marcha del grupo interdepartamental.
- 1.6-b. Acuerdo sobre el perfil apropiado para recursos de este tipo, son personas con alteraciones del comportamiento clínicamente significativo bien por trastornos neurocognitivos (según DSM-V) o con alteraciones del comportamiento clínicamente significativo, o personas con TMG de origen primario envejecidas.
- 1.6-c. Acuerdo sobre los aspectos a considerar para la idoneidad de las personas que solicitan un recurso en este ámbito y para reevaluar periódicamente (la adecuación de las mismas a tipo de plaza que tienen asignadas).

1.7- Evaluación y adecuación de recursos a personas con Trastorno Mental Grave. Grupo Interdepartamental Salud-Derechos Sociales. Iniciado con anterioridad al 2016.

Acciones desarrolladas o en curso:

- 1.7-a. Valoración individualizada de las nuevas solicitudes y casos que se presentan.
- 1.7-b. Revisión progresiva de la adecuación de personas que ocupan una plaza de recursos TMG. Iniciada la revisión de adecuación de Centro residencial Sayoa.
- 1.7-c. Revisión de criterios para concertar recursos RAEM.

1.8- Plantificación Sociosanitaria. Grupo Interdepartamental Salud-Derechos Sociales. Inicio 2016.

Acciones desarrolladas o en curso:

- 1.8-a. Iniciada revisión de aspectos fundamentales sobre el modelo sociosanitario para desarrollar en Navarra.

1.9- Mejora de la atención a la convalecencia.

Acciones desarrolladas o en curso:

- 1.9-a. Reorganización de flujo y procesos para Hogar Zoe.
- 1.9-b. Realizada estimación de necesidades de coordinación en procesos de cadera e ictus.

2.-Valoración global:

Se propone constituir un Comité Técnico para esta estrategia.

Documentos que se adjuntan:

Anexo C. 1: Plan de Atención a la Discapacidad y Promoción de la Autonomía

Persona que realiza el Informe

Mercedes Ferro Montiu Jefe Sección Sociosanitaria – Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial – SNS-O



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

ANEXO C.1: PLAN DE ACCIÓN de la Atención a la Discapacidad y Promoción de la Autonomía

PLAN DE ACCIÓN ESTRATEGIA ATENCION A LA DISCAPACIDAD Y PROMOCIÓN I					
PROGRAMAS Y ACCIONES	CRONOGRAMA				
	2016 T1 T2 T3 T4	2017 T1 T2 T3 T4	2018 T1 T2 T3 T4	2019 T1 T2 T3 T4	2020 T1 T2 T3 T4
ESTRATEGÍA DE PROMOCIÓN DISCAPACIDAD					
Programa de Ejercicio Terapéutico y Rehabilitación Funcional en el nivel primario de atención					
Sistematizar la valoración periódica e integral de la capacidad funcional de las personas mayores y de los afectados por procesos crónicos para prevenir su deterioro.					
Prescripción personalizada y desde Atención Primaria de Ejercicio Terapéutico y medidas de Rehabilitación Funcional a los pacientes que lo requieran como elemento esencial de su Plan Terapéutico.					
Constitución de un Grupo Multidisciplinar e Interdepartamental para definir la Cartera de Servicios de rehabilitación integral de nivel primario y realizar una Planificación Territorial conjunta y por Zonas Básicas de los recursos sanitarios, sociales y educativos y de los distintos perfiles profesionales (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, monitores, etc) necesarios para garantizar una atención y coordinada de los servicios de rehabilitación integral en todos los ámbitos de nivel primario (ambulatorio, domiciliario, instituciones sociales, educativas, etc).					
Promover actividades grupales de Ejercicio Físico Terapéutico y Rehabilitación Funcional					
Promover la rehabilitación funcional y la readaptación al entorno de los pacientes que hayan sufrido una brusca pérdida de capacidad funcional.					
Promover la adaptación del hogar y el uso de servicios y productos de apoyo para posibilitar una vida independiente.					
Programas de prevención y atención a la discapacidad sensorial y promoción de la autonomía					
Generalizar la prevención de la retinopatía diabética y desarrollar protocolos de prevención de otras causas de ceguera basadas en la evidencia.*					
Continuar desarrollando el programa de prevención de la hipoacusia.*					
Sensibilizar a la población sobre la relación entre el tabaquismo en particular y el riesgo vascular en general con la ceguera.					
Promover la autonomía y disminuir las barreras sensoriales en el acceso a los servicios sanitarios					

proceso realización
 realizada y continua
 extensión a toda Navarra
 no iniciada



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

Prevención y atención en salud mental



AÑO:	2016		
ESTRATEGIA:	E. Estrategia de Prevención y Atención en Salud Mental		
Composición del Comité			
Responsable de la Estrategia. Presidente del Comité: Alfredo Martínez Larrea	Gerente de Salud Mental		
Programa de Atención Sociosanitaria al TMG: Begoña Flamarique Chocarro	J. Servicio Cuidados Asistenciales SM		
Prevención y Atención en SM Infanto Juvenil: Sara Chivite Lasheras	J. Servicio Área Atención Ambulatoria		
Capacitación y apoyo a la persona cuidadora en TMG: Germán Jusué Erro	J. Servicio Área Recursos Intermedios		
Atención Integral el TMG: Víctor Peralta Martín	J. Servicio Área Hospitalización		
Programa de prevención en Salud Mental : Margarita Echauri Ozcoidi	J. Sección Promoción de la salud y salud en todas las Políticas del ISPLN		
Integración y continuidad de cuidados con AP: Mª del Mar Malón Musgo	Subdirectora AP		
Apoyo de la Unidad Técnica de Apoyo al PS: Idoia Gaminde Inda	J. Sección Investigación del Servicio de Planificación e. y GC del Departamento de Salud		

Contenidos del Informe:

- 1.- Constitución y reuniones del Comité de la Estrategia en 2016
- 2.- Informaciones y desarrollo de los acuerdos de las Reuniones, Grupos de Trabajo formados y temas en los que se ha avanzado en de dichos grupos, propuestas de formación y de investigación, etc.
- 3.- Plan de acción 2016-2017 y valoración del cumplimiento del cronograma.
- 4.- Evaluación de la Estrategia. Indicadores priorizados y datos (valores) de dichos indicadores a ser posible a fecha diciembre 2016 o la más cercana disponible.
- 5.- Valoración global 2016.

1.- Constitución del Comité

El Comité se constituye el día 21 de Junio de 2016. A lo largo del año se convocaron 4 reuniones en las que se trabajan los diferentes aspectos que engloba la estrategia: 21 de junio, 28 de junio, 29 de septiembre y 17 de octubre.

2.-Información y desarrollo de los acuerdos de las reuniones.

La primera reunión hizo un repaso de la situación de desarrollo de la estrategia.

Los temas tratados posteriormente han sido:

- Revisión del modelo de colaboración/coordinación actual con AP
 - Interconsulta no presencial (INP). Existen tres tipos: INP Infanto-Juvenil, INP del Programa de Crónicos vinculada a Esquizofrenia y PIC (Psiquiatra Interconsultor)
 - Evaluación de programa de intervención psicológica en AP (PsicAP), Ensayo clínico multicéntrico a nivel nacional, en el que colaboran dos centros de AP.
 - Intervención psicoterapéutica grupal en SM. Pilotaje Grupo TCC Fibromialgia en SM, ampliable a otros



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

grupos. A valorar, Grupos Transdiagnóstico dirigidos a TMC (Trastorno mental común).

- Propuestas de acción conjunta con AP, basada en modelos de atención integrada. Pendiente de valoración y respuesta por parte de AP. Se ofertó una propuesta de pilotaje en el área infanto-juvenil tras un análisis del modelo de atención en Infanto-Juvenil (IJ) y su reorganización.
- Líneas de actuación del ISPLN. Visualización de acciones vinculadas a la promoción y prevención relacionadas con Salud Mental. Plan Nacional de Drogas, aspectos relacionados con la prevención. Escuela de pacientes.
- Definición de los indicadores de evaluación de la estrategia. Ha sido el tema sobre el que más se ha trabajado y debatido.
- Incorporación de pacientes al grupo de trabajo. Dentro de la Gerencia de SM, hay representación de las personas usuarias y de familiares en la Junta Técnico Asistencial y en la Comisión de Calidad y Garantía al Ciudadano. Se considera invitarles a las reuniones que sean menos técnicas.

3.- Plan de acción 2016-2017 (Anexo E.1)

4.- Evaluación de la Estrategia. Indicadores priorizados y datos (Anexo E. 2).

5.- Valoración Global.

Durante este año se ha estado trabajando principalmente en la definición de indicadores, quedando algunos de ellos pendientes de trabajar durante 2017. Se valora positivamente el espacio de trabajo para trabajar de modo integrado con AP.

Aunque el informe hace referencia al trabajo realizado durante 2016, en Marzo de 2017 se han producido cambios en la Gerencia de Salud Mental motivo por el que realiza el informe la nueva gerente (Anexo E.3).

Acuerdos más importantes de 2016	Responsable	Fecha
Propuesta de indicadores priorizados	Todo el Comité	Diciembre 2016
Otros comentarios:		
Documentos que se adjuntan:		
Anexo E. 1: Plan de acción 2016-2017		
Anexo E. 2: Indicadores de evaluación priorizados en la Estrategia de SM		
Anexo E. 3: Composición del Comité desde el 13 Marzo de 2017		
Enviar/Publicar:		
Persona que realiza el Informe	M ^a Begoña Flamarique Chocarro	



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

ANEXO E. 1: PLAN DE ACCIÓN de la Estrategia de Salud Mental para 2016-2017

ESTRATEGÍA DE SALUD MENTAL	2016				2017				OBSERVACIONES
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
Programas de Prevención de Salud Mental (adultos)									
Programa de prevención de la depresión y el suicidio.									En marcha el Programa de prevención y atención a personas con conductas suicidas. Pendiente abrir el proceso de atención a la depresión según la metodología del programa de crónicos
Programa de autocuidados en pacientes con Trastorno Mental para reducir la sobremortalidad.									Está iniciado en el Programa de atención a la esquizofrenia y trastornos relacionados. Hay que ampliarlo a otros procesos y al mayor número de pacientes.
Programa comunitario de salud mental en colectivos de alto riesgo social por parte de los equipos de salud mental comunitarios.									Programa de intervención en Centro Penitenciario, en Albergue Municipal de Pamplona y en Centro Ilundain de Menores. Programas de intervención desde INSPyL (comunidad gitana, intercambio de jeringuillas en centro penitenciario, etc.)
Definir el modelo de atención adecuado para las consultas por problemas vitales, adaptativos, emocionales y relacionales que permita reducir la medicalización de este tipo de proceso y prevenir su cronificación.									Se han realizado acciones en distintas áreas pero falta un planteamiento global que implica al INSPyL, Atención Primaria, Salud Mental y otras instituciones, especialmente Educación que se propone iniciar en el último trimestre.
Despliegue efectivo del Plan de Drogodependencias y otras Adicciones. (Ver Estrategia de Promoción y Prevención en Adultos)									El II Plan Foral de Drogodependencias actualmente en vigor finaliza en 2016 por lo que es necesaria la evaluación del mismo y propuesta de nuevo plan.
Plan de comunicación para la erradicación del estigma del paciente con enfermedad mental con perspectiva de género. Análisis de la naturaleza del estigma y de sus causas									Tras un programa previo piloto en el contexto de una Tesis Doctoral, el programa se va a implementar progresivamente en Centros de Educación secundaria de Navarra con alumnos y profesores

- En proceso realización ■
- Acción realizada y continúa ■
- Acción no iniciada ■
- Acción del Plan Salud ■



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

ESTRATEGÍA DE SALUD MENTAL	2016				2017				OBSERVACIONES
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
Programa de atención integrada al Trastorno Mental*									
Programa de intervención en Primeros episodios									
Desarrollar acciones para incrementar la capacidad resolutiva de la Atención Primaria en la atención al Trastorno Mental Menos Grave.									Vinculado a la acción con Código E.1.4. Precisa de un informe previo que analice este punto desde todos los ámbitos implicados y haga las propuestas necesarias
Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención a la Esquizofrenia por niveles de severidad según la metodología de crónicos.									
Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención a los Trastornos Depresivos por niveles de severidad según la metodología de crónicos.									Proponemos quitar la especificidad de recurrentes. Es necesario abordar depresiones crónicas de distinto tipo. Proponemos crear el grupo en el primer trimestre de 2017
Programas Asistenciales Transversales									Existen protocolos en PDF pero su informatización dependerá del desarrollo de HCI
Enfermeras de enlace en Trastorno Mental Grave. Gestión de Casos. (no es propiamente una acción del programa sino un modelo de Atención)									La enfermería de Salud Mental ha trabajado desde el inicio de la Red de Salud Mental con este modelo. Además se han desarrollado modelos de enfermería de enlace en entorno sociosanitario (Residencia Felix Garrido y Albergue municipal de Pamplona). Modelo de Gestión de Casos de Esquizofrenia y Trastornos relacionados por perfiles profesionales en función de las necesidades del paciente (puede intervenir enfermería, trabajadoras sociales o facultativos.)
Garantizar la consulta en el día personalizada para intervención en crisis.									Incluido en la cartera de servicios e información a ciudadanos. Limitado por el horario de atención de los CSM y por la actividad planificada en agendas
Alternativas a la hospitalización en caso de reagudización									Potenciación de la hospitalización parcial en Hospitales de Día y en las consultas ambulatorias de enfermería intensivas ambulatorias
Incrementar y mejorar el consentimiento informado en Salud Mental.									Consentimientos informados incluidos en pergaminos de HCI, en fichas de HCI y en Pactos de Gestión.
Sistematizar el uso de escalas de estado de salud percibido y evaluación de calidad de vida EQ-5.									Pendiente de resultado de grupo de trabajo del Departamento

- En proceso realización ■
- Acción realizada y continúa ■
- Acción no iniciada ■
- Acción del Plan Salud ■



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

ESTRATEGÍA DE SALUD MENTAL	2016				2017				OBSERVACIONES
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
Programa de Atención Sociosanitaria al Trastorno Mental Grave (TMG)									
Programa de rehabilitación funcional ambulatoria									Centros de Rehabilitación Psicosocial
Programa de convalecencia residencial rehabilitadora									Comunidades Terapéuticas, Clínica de Rehabilitación
Programa de atención sanitaria a pacientes institucionalizados: Implantar un programa de evaluación y seguimiento de los pacientes por el SNS-O									Implementarlo en Residencia Asistida a enfermos mentales, Pisos Tutelados, atención sanitaria de salud mental en centros de psicogeriatría y discapacidad intelectual.
Programa de capacitación y apoyo a la persona cuidadora de los pacientes con enfermedad mental.									Grupos de Esquizofrenia: Hay programa específico en CSM. Valorar la participación del INSPyL. Esta acción está relacionada con la E.5.2 (acción 2 del
Colaboración con las Unidades de Bioética en los procesos de incapacitación.									No pertinente. No existen Unidades de Bioética en nuestro conocimiento, ni está definida su participación en este procedimiento regulado judicialmente.
Programas de Prevención y Atención en S. Mental Infante Juvenil									
Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención al TMG Infantil por niveles de severidad según la metodología de crónicos									Pendiente, sin fecha de inicio. Necesitamos evaluar previamente si el modelo de crónicos es aplicable a infnartil
Programa de salud mental en la escuela. TMG, TDH, y otros trastornos de conducta									
Desarrollar un trabajo complementario entre AP y Salud Mental en la aplicación del protocolo de intervención en red en menores con alto riesgo psicosocial									Desarrollo del modelo de trabajo colaborativo en red en menores con alto riesgo psicosocial en AP y SM
Formación y apoyo a familiares y personas cuidadoras de p. infantil									

- En proceso realización ■
- Acción realizada y continúa ■
- Acción no iniciada ■
- Acción del Plan Salud ■



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

ESTRATEGÍA DE SALUD MENTAL	2016				2017				OBSERVACIONES
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
Programa específico de Capacitación y Apoyo a la persona cuidadora de pacientes con TMG									
Protocolizar un programa de psicoeducación para familiares y personas cuidadoras de personas con TMG									
Capacitación específica a p.cuidadoras en pautas de actuación y alteraciones conductuales									Programa de intervención familiar CR
Identificación de la persona cuidadora principal en Historia Clínica y evaluación sobrecarga y Euroqol.									Cuidador identificado en HCI. Pendiente de evaluar las herramientas adecuadas y su aportación a la asistencia
Promover plazas de respiro y apoyo a la Persona Cuidadora									No aplicable en TMG. Propio de Demencias
Promocionar la participación de las personas cuidadoras en grupos de autoayuda.									Subvenciones a las Asociaciones vía Departamento de Salud. Escuelas de Pacientes
Promocionar la participación en el cuidado del resto de la familia, especialmente de los varones									Pendiente. A valorar por el INSPyL y el Instituto de Igualdad.
Promover el apoyo de voluntariado.									Pendiente. Proponemos separarlo de la línea 40 por no tener relación. Colaboración con el Voluntariado de Cruz Roja y Voluntariado Psicogeríátrico

- En proceso realización
- Acción realizada y continúa
- Acción no iniciada
- Acción del Plan Salud



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

ANEXO E. 2: Indicadores priorizados para presentar datos de la Estrategia de Salud Mental del Plan de Salud.

En este Anexo se presenta un resumen de los indicadores priorizados desde la perspectiva del Plan de Salud.

Se han diferenciado 2 tipos de indicadores:

Indicadores de resultados, y señalizados en blanco o en amarillo (este color se deja para los que son indicadores más priorizados en la Estrategia). De éstos se presentarán los datos disponibles actuales, anotando en observaciones el año de disponibilidad del dato. Posteriormente se hará la comparativa si fuera posible con el mismo dato antes de iniciar el Plan de Salud y se volverá a presentar el dato una vez finalizado el periodo del Plan de Salud en 2020 como parte del informe final.

Indicadores de proceso- KPI que nos sirven para monitorizar los avances de la Estrategia. Deberíamos poder tenerlos con periodicidad semestral y deben promover acciones, miden inductores de éxito. Son los señalizados en color y a ser posible se presenta el dato diferenciado para hombres y mujeres.

Hay otros indicadores que se señalan en azul y son los que se ha optado por definirlos mejor y a lo largo de 2017 determinar cómo poder obtener los datos de esos indicadores.

Si bien la estrategia recoge como población diana, en general, la afecta de TMG, en función de la disponibilidad de indicadores, se ha cambiado por población atendida diagnosticada de esquizofrenia y sobre la que se está trabajando desde la Estrategia de Crónico y Pluripatológico: Esquizofrenia y trastornos relacionados. En otros indicadores, se hace referencia a la población atendida en los dispositivos de la Red de Salud Mental de Navarra.

PRIORIZACIÓN DE LOS INDICADORES

Para la priorización de los indicadores, se ha trabajado en grupo de trabajo pequeño de cada Comité, y luego se han aprobado en reunión del Comité Técnico:

Los criterios de priorización utilizados ⁽¹⁾ han sido los siguientes:

- Que cumpla los requisitos de un buen indicador en cuanto a Disponibilidad, Validez (reproducibile), y Fiabilidad
- Que aporte información sobre acciones/programas que actúan sobre problemas de magnitud y trascendencia (gravedad y repercusión social) grande. Muy aplicable en los indicadores de resultados
- Que sea útil para la toma de decisiones, que conduzca a la acción. Muy aplicable en los indicadores de proceso

(2) Bibliografía: Características de un buen indicador. Lección 4 UNAD

CODIFICACIÓN

Para la CODIFICACION y numeración de los objetivos se ha realizado en relación a objetivos del Plan de Salud (PS): 1º dígito: G=Obj. General PS, E= Específico de una Estrategia (en esta estrategia se omite este 1º dígito puesto que se consideran todos como específicos de esta estrategia); 2º dígito es de cada Estrategia; 4º dígito: nº orden en panel indicadores resultados PS.



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

OBJETIVO PLAN SALUD	Obj. Específico	INDICADORES DE LA ESTRATEGIA SALUD MENTAL	OBSERVACIONES	PRIORIDAD (8)	FUENTE	VALOR HOMBRE	VALOR MUJER	VALOR TOTAL
Mortalidad	2.1 Disminuir un 10% la mortalidad prematura por suicidio en hombres y mantenerla en mujeres.	Tasa de mortalidad por suicidios y autolesiones	En Plan Acción (PA) E.1.1.1. Tasas del año 2014	1	INE	Tasa Bruta(TB) 12,4; Tasa Ajustada (TA) 10,1	TB =2,81 TA= 2,32	TA=6,6
Morbilidad	11.1. Disminuir la tasa de incidencia de intentos de suicidio en xx	Tasa de incidencia de intentos de suicidio (que generan ingreso)	PA= E. 1.1.2. Datos de 2015 registrados en CMBD. Tener también los datos por grupos edad	1	CMBD(X71-X83 CIE-10-ES)	35	60	95 casos en 2015
Morbilidad	12.1. Disminuir la prevalencia declarada de depresión y ansiedad	Prevalencia declarada de depresión, ansiedad	PA= E. 1.1.3. Se puede obtener de ECV (valores 2,3,4,5 en dimensión depresión ansiedad) en EQ5 ó de ENS como problemas declarados tener depresión, ansiedad u otros trastornos mentales por cada 100 personas encuestadas 2012	1	ENS 2012	10%	18,96%	14,00%
Morbilidad	2.1. Mantener o Disminuir los resultados de "riesgo de mala salud mental" según la Encuesta Nacional de Salud.	Riesgo de mala salud mental en adultos	Se obtiene apartir GHQ-12 de ENS. Datos de 2012. Este valor es una media, el rango de valores oscila entre 1 y 12. Si riesgo, es el porcentaje de personas con 3 puntos (caso > 2 puntos)	2	ENS	1,3 puntos de media (DS 2,35)	1,9 puntos de media (DS 3,01)	1,61 (DS 2,72)
Discapacidad	4.1. Capacitar al menos el 10% de personas cuidadoras de pacientes dependientes con TMG y DI.	Personas con EZ con al menos 1 familiar incluido en programa de capacitación	PA= E.5.2, y en relación acción también en programa E.3 y También acción en p.infantil(E.4.4). También en CR. 100 familiares máximo al año: 4,37%. En cinco años un 21,85 % participan en CSM	1	Registro SM: agendas de grupo en CSM (Intervención familiar)	16/1280= 0,95%	7/1004= 0,69%	1%
Discapacidad	4.2. 90% HCI de con Registro personas cuidadoras.	Número de pacientes de SM en cuya Historia Clínica no consta la persona cuidadora principal	PA=E.5.3. En PS dice de TMG y de esquizofrenia hay datos de CdM crónicos . SM registra si tiene registrado apartado de cuidador, ya que en algunos casos "no procede". Medimos los que no se ha preguntado. Datos 2016 y paso previo a objetivo de capacitarles (4.1.)	1	Registro SM	955/1280=74,6	749/1004=74,6	74,47%
Equidad	3.1. 40% de personas cuidadoras de p. con TMG y DI reciban formación en autocuidados y estilos de vida y el 25% de los autónomos	% de pacientes con EZ o de cuidadores que han recibido formación en autocuidados	PA= E.5.3 Se cambiará TMG por esquizofrenia para 2018 . Valorar como obtener indicador de que haya recibido autocuidados o capacitar al cuidador y/o al autónomo	1				
Equidad	1.1 Erradicar el estigma social y la discriminación del enfermo mental	Porcentaje de pacientes con TMG que sufren agresión o maltrato, desagregado por sexo, respecto a población general	PA= E.1.3. Falta definir HCI diagnósticos TMG y registrar maltrato y que no vuelque a informes (confidencialidad). También conocer maltrato en p. general	2	Registro SM. Y Encuesta			
Equidad	1.2 Población general concienciada para erradicar el estigma social y la discriminación del enfermo mental	% población escolar concienciada para reducir el estigma social sufrido por las personas con enfermedad mental	Medir cobertura de población de Programa de sensibilización en escolares de 14 y 17 años. Hecha a 650 escolares en 2016.	1	ISPLN/GSM	4,33%	3,46%	3,87%
Equidad	% protocolos informatizados/ protocolos definidos(10 Programas asistenciales definidos)	Programas Asistenciales transversales	Es general PS, en SM-36: % protocolos informatizados/ protocolos definidos(falta su incorporación a HCE)	2	Gerencia SM			
Estilo Vida	1.1 Mejorar (el control) la prevención de las patologías orgánicas crónicas en pacientes con problemas de salud mentales	Porcentaje de pacientes con TMG en cuya Historia Clínica Electrónica consta que se ha prescrito ejercicio físico, dieta y abandono del tabaco	PA=E.1.2. Para 2017 % de pacientes dx EZ con intervenciones hábitos tabáquico, dieta y ejercicio en AP (3 indicadores) Datos 2016 y en 2017 pensar registro hábitos también en Hª SM	1	SM: CdM	no disponible	no disponible	Ejercicio: 7,48 Dieta: 6,86 Abandono t.: 12,57
Estilo Vida	1.2 Mejorar (el control) la prevención de las patologías orgánicas crónicas en pacientes con problemas de salud mentales	Prevalencia de consumo de tabaco, sedentarismo y obesidad en población que declara padecer o haber padecido enfermedad mental	Es indic. de resultados de la ENS pero también podemos obtenerlo de ECV y medimos el E.1.2.2. Podremos cruzar "consumo de tabaco, IMC y sedentarismo" con quienes declaran "Enf. Mental"	2	Encuesta Condiciones Vida			
Autocuidados	7.1. Aumentar el % de pacientes atendidos en la Red de Salud Mental tengan consentimiento informado	10 % de pacientes atendidos en la Rede de SM de Navarra con consentimiento informado	PA= E.2.8.1 El campo de consentimiento informado se llena en ficha de HCI (sacar más adelante por perfil diagnóstico).	1	HCI- Salud Mental. Ficha de EDT	367/11159=3,28	360/12385=2,90	3,08%
Autocuidados	6.1. Lograr que al menos el 60% de los pacientes con TMG conozcan los signos de alarma y la pauta en caso de descompensación	Porcentaje de pacientes con trastorno mental que saben dónde acudir/pedir ayuda en caso de crisis	No puesto en PA y en E.SM formulado de otra forma	2	SM	pendiente	pendiente	Pendiente
Sostenibilidad	2.1. Reducir al menos en un 10% los ingresos y estancias hospitalarias	Tasa de ingresos hospitalarias en pacientes con Esquizofrenia	PA=E. 2.3.1 Está en Estrategia crónicos. Perfil esquizofrenia	2	Panel de Control de Esquizofrenia	138/1280=10,78	101/1004=10,05	10,99%
Sostenibilidad	2.2. Reducir al menos en un 10% los ingresos y estancias hospitalarias	Estancia media en pacientes con Esquizofrenia	PA= E.2.3.2 Está en Estrategia crónicos. Perfil esquizofrenia	2	Decysis			21,86%
Sostenibilidad	3.1. Reducir al menos en un 15% la tasa de reingresos al mes	Reingresos no programados al mes tras el alta en pacientes con EZ	PA= E.2.3.3. En E.Crónicos se ha pensado solo reingresos al mes y esquizofrenia en vez TMG	2	CMBD	Reingresos urg.anuales: 14 Al mes: 14/12=1,16 Altas anuales: 154 14/154=9,1%	R.A.: 7 Al mes =7/12=0,6 Altas anuales: 95 7/95=7,4%	21/249= 8,4%
Sostenibilidad		Reingresos no programados al mes tras el alta en pacientes con enfermedad mental	Para la próxima medición	2	CMBD			
Sostenibilidad	1.1 Disminuir al menos en un 10% las urgencias de personas con enfermedad mental	Numero de urgencias hospitalarias/persona año en pacientes con esquizofrenia	PA= E.2.7.2. TMG precisa traducirse a códigos de CIE-10.	2	PdC	375/1280=29,29	312/1004=31,07	30,07%
Sostenibilidad	10.1. Aumentar el % de episodios atendidos en Hospital de día SM sobre el total hospitalización	% episodios atendidos en Hospital de Día de SM sobre total de hospitalización	PA= E.2.7.1 Por grupos diagnósticos considerar dx de CIE 10 de 100	1	CMBD y Registro SM	no disponible	no disponible	44%



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

ANEXO E. 3: Composición de Comité a partir del 13 de Marzo de 2017

Composición del Comité	
Responsable de la Estrategia. Presidente del Comité: Begoña Flamarique Chocarro	Gerente de Salud Mental
Programa de Atención Sociosanitaria al TMG: Javier Antomás Osés	J. Servicio Cuidados Asistenciales SM
Prevención y Atención en SM Infanto Juvenil: Sara Chivite Lasheras	J. Servicio Área Atención Ambulatoria
Capacitación y apoyo a la persona cuidadora en TMG: Germán Jusué Erro	J. Servicio Área Recursos Intermedios
Atención Integral el TMG: Víctor Peralta Martín	J. Servicio Área Hospitalización
Programa de prevención en Salud Mental : Margarita Echaui Ozcoidi	J. Sección Promoción de la salud y salud en todas las Políticas del ISPLN
Integración y continuidad de cuidados con AP: Mª del Mar Malón Musgo	Subdirectora AP
Apoyo de la Unidad Técnica de Apoyo al PS: Idoia Gaminde Inda	J. Sección Investigación del Servicio de Planificación e. y GC del Departamento de Salud



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

Prevención y atención al cáncer



AÑO:	Mayo 2016-2017
ESTRATEGIA:	D. Prevención y Atención al Cáncer
Composición del Comité	
Responsable de la Estrategia. Presidenta del Comité	Ruth Vera García. Jefa Servicio Oncología Médica
Programa de prevención en cáncer	Nieves Ascunce Elizaga. Jefa Sº Epidemiología y prevención sanitaria
Organización y estructura en Atención al Cáncer	Jesús Berjón Reyero. Director Asistencial CHN
Alta Resolución y Personalización en cáncer	Nuria Láinez Milagro. Servicio de Oncología médica
Apoyo y Atención psicosocial al cáncer	Lourdes Gómara Arraiza. Jefa Unidad Hospitalización día
ISPLN. Jefa Sección Observatorio de la Salud.	Eva Ardanaz Aicua
CHN Sº Apoyo Gestión Clínica y Continuidad asistencial	Marisa Saldaña Lusarreta
Jefa Sº AP y continuidad asistencial Estella	Nancy Nelly Gonzalo Herrero
Jefe Servicio Oncología Radioterápica	Enrique Martínez López
Jefe Área Clínica de Cirugía del CHN	Miguel Angel Ciga Lozano
Jefe del Servicio de Digestivo del CHN	José Manuel Zozaya Urmeneta
Jefe del Servicio de Radiología del CHN	Luis Miranda Orella
Jefe Servicio de Anatomía Patológica	Federico García Bragado Acin
Unidad Técnica del Plan y Res. Form. e invest.	Javier Abad Vicente /Isabel Sobejano Tornos
Jefe Unidad de Cuidados Paliativos S. Juan de Dios	Marcos Lama Gay
Representante de Ciudadanía	Paco Arasanz Seral Presidente de la AECC

Contenidos del Informe:

- 1.- Constitución y reuniones del Comité de la Estrategia en 2016
- 2.- Informaciones y desarrollo de los acuerdos de las Reuniones
- 3.- Plan de acción 2016-2017 y valoración del cumplimiento del cronograma
- 4.- Evaluación de la Estrategia. Indicadores priorizados



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

1.- Se constituyó el Comité Técnico de Estrategia de Cáncer del Plan de Salud 2014-2020 en reunión del 14-06-2016 según la ORDEN FORAL 217E/2016, de 7 de junio.

Posteriormente y mediante ORDEN FORAL 608E/2016, de 22 de noviembre, se modificó la composición del Comité al jubilarse el anterior Jefe del área clínica de Cirugía y ser nombrado a Miguel Ángel Ciga Lozano

Después de la reunión de constitución del Comité, han ido trabajando los Grupos Técnicos de Trabajo (GTT) formados y se ha realizado una segunda reunión en el 2017 (27.04.2017)

2.- Se han trabajado los siguientes temas:

Grupo de trabajo de Indicadores. Este grupo ha estado formado por: Eva Ardanaz, Marisa Saldaña, Luis Miranda, Isabel Sobejano y Ruth Vera habiéndose realizado un informe final que se adjunta en el ANEXO 2. Este grupo se consideró prioritario antes de avanzar en los siguientes puntos de la estrategia.

Unidades Funcionales Multidisciplinares (UFM). Las Unidades funcionales son básicas para el desarrollo de esta Estrategia. Para su puesta en marcha se pueden diferenciar dos partes, la primera de diseño de lo que es una UFM, de su estructura y organización y la segunda de definición del proceso asistencial dentro de la misma. Se ha trabajado en la primera fase y en estos momentos se ha iniciado un proceso de formación que se llevará a cabo desde mayo hasta septiembre teniendo previsto el inicio de los grupos de trabajo en octubre del 2107. Se ha decidido finalmente el inicio de 2 UFM (la de Cáncer colorectal y la de Cáncer Ginecológico). Ya están nombradas las personas que trabajarán y recibirán la formación en ambos grupos.

Grupo de coordinación entre AP y AE. Se decidió el no iniciar las reuniones hasta tener fechas de inicio de trabajo de la UF. En la última reunión del Grupo Técnico se decidió el crear un grupo de trabajo para lo cual contactaríamos con Alfredo Martínez de la Dirección de Asistencia Sanitaria al paciente o con Javier Apezteguía de la Subdirección de Asistencia Sanitaria Integrada de SNS-O. Se propuso centrar el tema en la fase de seguimiento de largos supervivientes de los tumores con más impacto por incidencia y prevalencia priorizando el cáncer colorectal (creación de UFM) y el cáncer de mama por su impacto en el seguimiento hospitalario.

Grupo para la definición del Área de Cáncer. Estaría formado por Enrique Martínez, Ruth Vera, Marisa Saldaña y Jesús Berjón. En este grupo no se ha trabajado ya que se ha decidido el priorizar la creación de las Unidades Funcionales Multidisciplinares.

3.- Plan de acción 2016-2017 y valoración del cumplimiento del cronograma

Se presenta en anexo 2, en el primer cuadro, la situación inicial del plan de acción y programas con la previsión para 2016 y algún avance para 2017.

En el segundo cuadro se presenta el plan de acción 206-2017 ya más definido.

4.- Evaluación de la Estrategia. Indicadores priorizados

Se presentan en cuadros de anexo 3 los indicadores que se trabajaron en grupo de indicadores y la priorización inicial. Pendiente de revisar por todo el Comité y de valorar los indicadores que sean posibles de obtener valores y tenerlos desagregados por sexo. Antes del anexo se presenta una pequeña explicación de cómo se presentan recogidos los indicadores y cómo se ha hecho la priorización.

Acuerdos más importantes de 2016-2017	Responsable	Fecha
Constitución el Comité Técnico de la Estrategia y nombramiento de secretaria	Isabel Sobejano	
Enviar a la Unidad del Plan las personas que se proponen para el Grupo de desarrollo de la Unidad de cáncer colorrectal	Isabel Sobejano y jefes de servicio del Comité.	15 de julio 2016
Grupo de trabajo sobre el Área clínica del cáncer	Ruth Vera, Enrique Martínez, Marisa Saldaña, alguien de la Direccion	A lo largo de 2017
Grupo para la definición del marco general, de la estructura de una UFM	Luis Gabilondo, Javier Abad,	Septiembre 2016



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

Grupo para el desarrollo (proceso de atención) de la Unidad funcional de cáncer colorrectal (y posteriormente se añadió de cáncer ginecológico)	Personas designadas de los servicios implicados Javier Abad/Isabel Sobejano	Puesta en marcha de UFM en 2017
Grupo de trabajo sobre coordinación entre AP y Atención Hospitalaria	Nancy N Gonzalo, Nuria Lainez, Marisa Saldaña	1ª reunión: 2 de diciembre 2016
Grupo de indicadores	Eva Ardanaz, Sº Oncología, Sº Radiología, Isabel Sobejano Unidad Apoyo Plan, y Marisa Saldaña, Sºapoyo gestión del CHN	2 de diciembre 2016 constitución y trabajo en enero y febrero 2017
Nieves Ascunce informará en 2ª reunión del programa de prevención de cáncer	Nieves Ascunce	2ª reunión Estrategia
Revisión del programa de apoyo y atención psicosocial del cáncer y priorización de acciones para 2017	Lourdes Gómara	2ª reunión Estrategia
Otros comentarios:		
Documentos que se adjuntan:		
Anexo D.1: Planes de acción 2016-2017 de la Estrategia de Prevención y Atención al Cáncer		
Anexo D. 2: Indicadores de evaluación priorizados de la Estrategia de Cáncer		
Enviar/Publicar:		
Persona que realiza el Informe	Ruth Vera	

ANEXO D.1: Planes de Acción de la Estrategia de Prevención y Atención al Cáncer.

Cuadro 1: Situación en fecha de Constitución del Comité Técnico de la Estrategia (14-6-2016)

Cuadro 2: Situación Plan de Acción 2016-2017 en fecha 27-4-2017

ANEXO D. 2: Indicadores priorizados.

Se presenta inicialmente una explicación de cómo se ha trabajado sobre los indicadores del Plan de Salud y se han agrupado por objetivos del Plan de Salud y por tipo de indicadores. También se especifican los criterios seguidos para la priorización por el grupo de indicadores. Pendiente la valoración y aprobación de todo el Comité de estos indicadores y la obtención de los valores de ellos.

Los presentados en las primeras hojas, a excepción de los de mortalidad, se han considerado sobre todos de prioridad 1 y en la última hoja los de prioridad 2



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

PLAN DE ACCION (14 junio 2016)

PROGRAMAS Y ACCIONES	CRONOGRAMA								OBSERVACIONES
	2016				2017				
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
Programas de prevención en cáncer									
Reducir F.riesgo: tabaco, obesidad alcohol, exposición al sol, etc.									Comun con E.Promocion S en p.adulta y Promoción S en p. infantil
Promover estilos de vida saludables en ejercicio y alimentación									Comun con E.Promocion S en p.adulta
Información poblacional sobre riesgos y recomendaciones en cáncer. Divulgar signos y sínt. que deben consultarse al médico									
Continuidad del Programa de detección Precoz de "Cáncer de Mama"									
Extensión Progr. Detección Precoz de Cáncer Colorrectal									
Adecuación de las practicas de deteccionde Cancer de de cuello de útero a las nuevas recomendaciones científicas									Antes de 2018 no parece posible
Programa de Cáncer Familiar. Establecimiento de protocolos en caso de riesgo familiar									
Revisión de las practicas de deteccion precoz oportunista que se están realizando sin ninguna evidencia ni recomendación al respecto (PSA, marcadores tumorales etc)									
Regular, aplicar la norma y controlar la exposición profesional a cancerígenos									De momento sin fecha
Otros									
Programa de organización y estructuras de atención al cáncer									
Creación del Área Clínica de Cáncer									Se crea un Grupo de trabajo para avanzar en la definición del área de cáncer
Diseñar un Plan de implantacion de Unidades Funcionales									Se crea un Grupo de trabajo para definir el marco general, la estructura de las UFM
Registro hospitalario de Tumores									Se crea un grupo de trabajo sobre Indicadores que definira el papel del Registro
Nuevo Hospital de Día de Oncología en el CHN									
Nuevo Hospital de Día de Hematología en el CHN									
Ampliar Hospital de día de Oncología pediátrica en el CHN									
Hospital de Día de Oncología en el Hospital de de Tudela. Mejorar la organización de la atención									
Unidad de cáncer hereditario									
Otros									
Programa de atención personalizada al cáncer									
Monitorizar tpos desde sospecha diag. hasta decisión terapéutica y aplicación trato									Se crea un grupo de trabajo sobre Indicadores que definira los tiempos que hay que monitorizar
Revisión del circuito organizativo de atención al paciente con cáncer desde la entrada en el sistema sanitario hasta su resolución									
Actualizar los protocolos y circuitos rápidos de sospecha de cáncer									
Consultas de Alta Resolución en cáncer en las UFM									Se creará un Grupo de trabajo para el desarrollo de la unidad funcional de cancer colo-rectal. Extensión posterior del modelo
Unidad de Admisión específica en Cáncer									
Plan terapéutico multidisciplinario consensuados por Comités de Tumores.									
Especialista de referencia y seguimiento personalizado									
Enfermeras de Enlace Hospitalarios y metodología de Gestión de Casos.									
Definir un protocolo integral de seguimiento de pacientes con cáncer: determinaciones y pruebas complementarias, periodicidad, profesional responsable									Se crea un Grupo de trabajo de coordinación AP-AE
Coordinación AP y AE para el seguimiento de supervivientes de cáncer.									
Programa de apoyo y atención psicosocial del cáncer									
Consulta de psicooncología para evaluar y mejorar afrontamiento									
Atención adecuada al linfedema									
Atención adecuada a las osteomías									
Atención adecuada para la recuperación de la voz									
Formación y apoyo a familiares y personas cuidadoras									
Coordinación con Asoc. Pacientes para apoyo psicosocial sobre todo en pob. Infantil y juvenil									La coordinadora del programa presentara en la 2ª reunión una priorización del Plan de Accion para 2017
Colaboración con las Unidades de Bioética en la toma de decisiones									
Evaluación de la calidad de vida									
Otros									

■ no iniciada
 ■ en proceso de realización
 ■ realizada y continua



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

PLAN DE ACCION (revisión 27 abril 2017)												
PROGRAMAS Y ACCIONES	CRONOGRAMA											
ESTRATEGÍA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN AL CÁNCER	2016				2017				OBSERVACIONES			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4				
Programas de prevención en cáncer												
Reducir F.riesgo: tabaco, obesidad alcohol, exposición al sol, etc.									Comun con E.Promoción S en p.adulta y Promoción S en p. infantil			
Promover estilos de vida saludables en ejercicio y alimentación									Comun con E.Promoción S en p.ac			
Información poblacional sobre riesgos y recomendaciones en cáncer. Divulgar signos y sínt. que deben consultarse al médico												
Continuidad del Programa de detección Precoz de "Cáncer de Mama"												
Extensión Progr. Detección Precoz de Cáncer Colorrectal												
Adecuación de las practicas de deteccionde Cancer de de cuello de útero a las nuevas recomendaciones científicas									Antes de 2018 no parece posible			
Programa de Cáncer Familiar. Establecimiento de protocolos en caso de riesgo familiar												
Revisión de las practicas de deteccion precoz oportunista que se están realizando sin ninguna evidencia ni recomendación al respecto (PSA, marcadores tumorales etc)												
Regular, aplicar la norma y controlar la exposición profesional a cancerígenos									De momento sin fecha			
Otros												
Programa de organización y estructuras de atención al cáncer												
Creación del Área Clínica de Cáncer									Se crea un Grupo de trabajo para avanzar en la definición del área de cáncer			
Diseñar un Plan de implantacion de Unidades Funcionales									Se crea un Grupo de trabajo para definir el marco general, la estructura de las UFM			
Registro hospitalario de Tumores									Se crea un grupo de trabajo sobre Indicadores que definira el papel del Registro			
Nuevo Hospital de Día de Oncología en el CHN												
Nuevo Hospital de Día de Hematología en el CHN												
Ampliar Hospital de día de Oncología pediátrica en el CHN												
Hospital de Día de Oncología en el Hospital de de Tudela. Mejorar la organización de la atención												
Unidad de cáncer hereditario												
Otros												
Programa de atención personalizada al cáncer												
Monitorizar tpos desde sospecha diag. hasta decisión terapéutica y aplicación trato									Se crea un grupo de trabajo sobre Indicadores que definira los tiempos que hay que monitorizar			
Revisión del circuito organizativo de atención al paciente con cáncer desde la entrada en el sistema sanitario hasta su resolución												
Actualizar los protocolos y circuitos rápidos de sospecha de cáncer									Se crean Grupos de trabajo para el desarrollo de las unidades funcionales de cancer colo-rectal y ginecológico. Extensión posterior del modelo			
Consultas de Alta Resolución en cáncer en las UFM												
Unidad de Admisión específica en Cáncer												
Plan terapéutico multidisciplinario consensuados por Comités de Tumores.												
Especialista de referencia y seguimiento personalizado												
Enfermeras de Enlace Hospitalarios y metodología de Gestión de Casos.												
Definir un protocolo integral de seguimiento de pacientes con cáncer: determinaciones y pruebas complementarias, periodicidad, profesional responsable									Se crea un Grupo de trabajo de coordinación AP-AE			
Coordinación AP y AE para el seguimiento de supervivientes de cáncer.												
Programa de apoyo y atención psicosocial del cáncer												
Consulta de psicooncología para evaluar y mejorar afrontamiento												
Atención adecuada al linfedema												
Atención adecuada a las osteomías												
Atención adecuada para la recuperación de la voz												
Formación y apoyo a familiares y personas cuidadoras												
Coordinación con Asoc. Pacientes para apoyo psicosocial sobre todo en pob. Infantil y juvenil												
Colaboración con las Unidades de Bioética en la toma de decisiones												
Evaluación de la calidad de vida												
Otros												



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

Anexo D. 2:

Resumen de los indicadores priorizados.

Se han diferenciado 4 tipos de indicadores:

Indicadores de resultados específicos de la estrategia, (en blanco). De éstos se presentarán los datos disponibles actuales, anotando en observaciones el año de disponibilidad del dato. Posteriormente se hará la comparativa si fuera posible con el mismo dato antes de iniciar el Plan de Salud (2014), y se volverá a presentar el dato una vez finalizado el periodo del Plan de Salud en 2020 como parte del informe final.

Indicadores de proceso- KPI (en naranja oscuro) que nos sirven para monitorizar los avances de la Estrategia. Deberíamos poder tenerlos con periodicidad semestral y deben promover acciones, miden inductores de éxito.

Indicadores de proceso- no KPI (en naranja claro). Periodicidad anual

Indicadores comunes al plan de Salud (en gris y no presentados en este informe ya que se presentarán de forma común para todas las Estrategias). No específicos de la Estrategia. Periodicidad: inicia (2014), medio (2017) y final (2020)

PRIORIZACIÓN DE LOS INDICADORES

Para la priorización de los indicadores, se ha trabajado en un grupo de trabajo, y luego se han aprobado en reunión del Comité Técnico:

Los criterios de priorización utilizados han sido los siguientes:

- Que cumpla los requisitos de un buen indicador en cuanto a Disponibilidad, Validez (reproducibile), y Fiabilidad
- Que aporte información sobre acciones/programas que actúan sobre problemas de magnitud y trascendencia
- Que sea útil para la toma de decisiones, que conduzca a la acción. Muy aplicable en los indicadores de proceso

Los Indicadores seleccionados han sido en base a los siguientes objetivos, contemplados en el Plan de Salud:

- Mortalidad
- Morbilidad
- Discapacidad/calidad de vida
- Calidad de vida
- Empoderamiento
- Equidad
- Sostenibilidad



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

ANEXO D. 2

Indicadores de Mortalidad

INDICADORES ESTRATEGIA CANCER (PLAN DE SALUD 2014-2020)								
Objetivo relacionado	Objetivos específicos	Meta	NOMBRE	Observaciones	Prioridad	FUENTE	Definición	Tareas pendientes
Mortalidad		Mantener	Tasa de mortalidad prematura por cáncer	< de 75 años.	1	ISPLN Observatorio	Defunciones de 0-75 años en una población habiendo eliminado el efecto de las diferencias en la distribución por edad en esa población, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado	(INE, MSSSI) consideran que la mortalidad es prematura cuando la población es menor de 75 años
Mortalidad		↓ colo rectal ↓ pulmon en hombres y contener el ↑ en mujeres	Tasas de mortalidad prematura por cáncer colorrectal y de pulmon en ambos sexos	< 75 AÑOS	1	ISPLN Observatorio	Defunciones de 0-75 años en una población habiendo eliminado el efecto de las diferencias en la distribución por edad en esa población, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado en ca colorrectal y pulmón	14,3 y 42,9 pulmon 11,6 y 18,3 cyr 2014
Mortalidad	Contener la mortalidad ajustada por cáncer	↓2% en hombres → en mujeres	Tasa de mortalidad por cáncer		2	ISPLN Observatorio	Es la tasa de fallecimientos que una población determinada tendría si tuviera la misma estructura de edad que la población considerada estándar para el total de la población	313 y 554 para Navarra 2014
Mortalidad	Contener la mortalidad ajustada por cáncer de mama y por cáncer colorrectal	↓ 5% mama ↓1% el colorectal en ambos sexos	Tasas de mortalidad por cáncer de mama y por cancer colorrectal		2	ISPLN Observatorio	Es la tasa que una población determinada tendría si tuviera la misma estructura de edad que la población considerada estándar para el cáncer de mama y el colorrectal	10,6 mujeres mama y 16,6 y 28,6 cyr 2014
Mortalidad	Aumentar un 5% la supervivencia global a los cinco años del cáncer en ambos sexos	↑ 1-3% en ambos sexos	Supervivencia global de cancer a los 5 años		2	ISPLN Observatorio	Supervivencia Relativa es la razon entre la Sv Observada que ignora la causa de muerte y la Sv esperada en el grupo de personas con la misma distribución inicial de edad y sexo en una población determinada	
Mortalidad	Aumentar en un 5% la supervivencia específica del cáncer de colon y recto a los cinco años	↑ 5% la total en ambos sexos	Supervivencia específica por cáncer colorrectal a los 5 años y por estadios de diagnóstico		1	ISPLN Observatorio	Razon entre la Sv Observada que ignora la causa de muerte y la Sv esperada en el grupo de personas con la misma distribución inicial de edad y sexo en una población determinada por estadios siguiendo la clasificación TNM 7 edición	
Mortalidad			Tasa de recaída local a los 5 años en cánceres integrados en una U. Funcional	Pendiente definición y criterios. Pasa a 2 mientras no haya UF	2	Registro específico /UF		
Mortalidad			Tasa de recaída sistémica a los 5 años en cánceres integrados en una U. Funcional	Pendiente definición y criterios. Pasa a 2 mientras no haya UF	2	Registro específico /UF		



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

Morbilidad y severidad	Disminuir en un 5% la incidencia de cáncer de pulmón en hombres y contener el crecimiento de la incidencia en mujeres	↓ 5% en hombres. Contener el ↑ en mujeres	Tasa de incidencia de cáncer de pulmón		1	ISPLN Observatorio	Es la tasa de incidentes de cáncer de pulmón que una población determinada tendría si tuviera la misma estructura de edad que la población considerada estándar para el total de la población	
Morbilidad y severidad		↓ 1% en hombres. Contener el ↑ en mujeres	Tasa de incidencia de cáncer infiltrante de vejiga		1	ISPLN Observatorio	Es la tasa de incidentes de cáncer de vejiga invasivo que una población determinada tendría si tuviera la misma estructura de edad que la población considerada estándar para el total de la población	
Morbilidad y severidad			Prevalencia de consumo habitual de tabaco en población usuaria > 45 años de los Centros de Salud		1	Atenea	DGP fumador diario/total >45 en Atenea	
Morbilidad y severidad			Prevalencia de consumo habitual de tabaco en población < 45 años y en > 45		1	ESCVy ENS	Personas <45 años que en la encuesta dicen fumar a diario/total de personas <45 años. Idem para > 45 años	
Morbilidad y severidad	Contener la incidencia de Cáncer de Cuello de Útero	→	Tasa de incidencia de cáncer de cuello de útero invasivo		1	ISPLN Observatorio	Es la tasa de incidentes de cáncer de cuello invasivo que una población determinada tendría si tuviera la misma estructura de edad que la población considerada estándar para el total de la población	
Morbilidad y severidad	Disminuir (en 20 puntos) el porcentaje de cánceres diagnosticados en estadios avanzados III y IV	↓ 5 % cánceres mama y colorectal diagnosticados en estadio III y IV/total	Porcentaje de cánceres diagnosticados en estadio III y IV respecto al total de cánceres diagnosticados de mama, colorectal y de los integrados en una UF	Indicador clave de morbilidad y severidad	1	ISPLN Observatorio	Numero de casos en estadio III y IV respecto al total de cánceres registrados en el Registro Poblacional de mama o de colon y recto en un año determinado	
Morbilidad y severidad		>75%	Participación en el programa de screening de cáncer de mama		1	ISPLN Detección precoz	Personas que participan(realizan la exploración) / total de personas con invitación válida	Según la European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis, respecto a la participación establece: Nivel aceptable: >70, Nivel deseable: > 75
Morbilidad y severidad		>65%	Participación en el programa de screening de cáncer colorectal		1	ISPLN Detección precoz	Personas que participan(realizan la exploración) / total de personas con invitación válida	Según la European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis, respecto a la participación establece: Nivel aceptable: >45 Nivel deseable: > 65
Morbilidad y severidad		< 60 días en el 90% de los casos	Percentiles del tiempo transcurrido desde primer contacto con el S.Sanitario hasta el inicio del tratamiento en los cánceres de pulmón, mama y colorectal y los integrados en una UF	Usar codigos CIAP sospecha de cancer de pulmón, mama y colorectal. Imprescindible este dato para poder obtener el indicador	1	Atenea y ISPLN Observatorio		Desde el ISPLN se necesita conocer la definición y fecha de primer contacto
Morbilidad y severidad			Percentiles del tiempo transcurrido desde la confirmación diagnóstica hasta el primer tratamiento	Actualmente 29 días de media	1	ISPLN incorporar a HCl	Media de días transcurridos entre la fecha de confirmación por AP y la primera fecha de tratamiento	El valor medio 29,7 (se incluye piel no melanoma)
Morbilidad y severidad	Garantizar que el 90 % de los pacientes diagnosticados de cáncer serán tratados en el marco de un equipo multidisciplinar	90%	Porcentaje de pacientes cuyo plan diagnóstico y terapéutico ha sido decidido por un Comité Multidisciplinar	No esta disponible pero se hace y es importante	1	Meter en HCl	nº pacientes llevados al Comité/total de 1ªs visitas de oncología médica y radioterápica	



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

Discapacidad	Reducir las secuelas físicas y funcionales de la enfermedad y de sus tratamientos: linfedema, cuidado de las osteotomías, recuperación de la voz etc.	95%	Porcentaje de pacientes con ostomía que son atendidos en consulta de ostomoterapia		1	HOST/CMBD	Pacientes que acuden a consulta de ostomía (1ª visita). DENOMINADOR: total pacientes con ostomía (CMBD)	
Discapacidad	Reducir las secuelas físicas y funcionales de la enfermedad y de sus tratamientos: linfedema, cuidado de las osteotomías, recuperación de la voz etc.	95%	Porcentaje de pacientes con traqueostomía que reciben tratamiento para la rehabilitación de la voz		1	HOST/CMBD	NUMERADOR: Intervenido con traqueostomía (CMBD codificación) y que acuden como 1ª visita a consulta de RHB voz. DENOMINADOR: total pacientes con traqueostomía (CMBD)	
Calidad de vida			Porcentaje de pacientes con cáncer de mama o colorectal con buena calidad de vida al finalizar el trato adyuvante	Indicador clave de morbilidad y severidad	2	registro específico en HCI (Ficha Instrumento)	NUMERADOR: Pacientes con cáncer localizado de mama o colorectal con tratamiento adyuvante finalizado con buena calidad de vida según el test. DENOMINADOR: Total de pacientes con cáncer localizado de mama o colorectal con tratamiento adyuvante finalizado .	Serán los pacientes que se han incluido en el estudio de evaluación anual
Calidad de vida	Evaluar en al menos el 70% de las personas con cáncer su nivel de afrontamiento de la enfermedad y su percepción de su estado de salud y prestarles el apoyo necesario para mejorar en lo posible su situación psicosocial (40%).	≥ 70% de paciente con valoración de su capacidad de afrontamiento	Porcentaje de pacientes oncológicos que han sido derivados a consulta de psicooncología respecto al total de 1ª visitas en oncología médica y radioterapia		1	HOST	NUMERADOR: Pacientes en 1ªs consultas de Psico oncología enviados desde Oncología. DENOMINADOR: Total pacientes 1ªs visitas oncología médica y radioterapia	
Empoderamiento	Evaluar en todos los pacientes con cáncer su nivel de satisfacción con la atención recibida, la información facilitada y su voluntad de implicación en la toma de decisiones sobre su proceso. Incrementar un 15% el número de personas con cáncer que considera que los profesionales del sistema sanitario les informan adecuadamente Incrementar un 15% el número de personas con cáncer que considera que los profesionales del sistema sanitario toman en consideración sus opiniones y valores a la hora de adoptar decisiones sobre su proceso	↑ un 15% en cada uno de los dos casos (información adecuada y participación en la toma de decisiones)	Grado de satisfacción del paciente con cáncer con la información recibida en la consulta del especialista sobre su enfermedad y su participación en la toma de decisiones		1	Encuesta de pacientes		Encuesta a pacientes de los servicios de oncmología médica y radioterápica
Equidad	Medir y es su caso reducir el diferencial que pudiera existir entre las Áreas de Salud de Navarra en el acceso a nuevas terapias y a técnicas de rehabilitación	95%	Porcentaje de pacientes con ostomía que son atendidos en consulta de ostomoterapia por área de salud de residencia		1	HOST/CMBD	Pacientes que acuden a consulta de ostomía (1ª visita). DENOMINADOR: total pacientes con ostomía (CMBD)	Se calculará el indicador para cada una de las áreas de salud
Sostenibilidad		Cumplir el estándar del grupo de hospitales al que pertenece	Estancia media ajustada por GRD relacionados con cáncer		1	CMBD		KPI???
Sostenibilidad		5%	Porcentaje de ingresos en hospitalización a Domicilio sobre total de ingresos de hospitalización en pacientes con cáncer.		1	CMBD	NUMERADOR: Ingresos en H a Domicilio de Pacs con diagn ppal de cáncer. DENOMINADOR: total de ingresos con diagnóstico principal de cáncer en H convencional que reúnen los criterios para poder ingresar en H a Domicilio	
Sostenibilidad		90%	Porcentaje de procedimientos terapéuticos ambulatorios sobre el total de tratamientos		1	FARHO	NUMERADOR: Nº de protocolos de tratamiento suministrados en Hospital de día a Oncología Médica. DENOMINADOR: Total de protocolos de tratamiento suministrados a Oncología Médica (en Hospital de día y en hospitalización convencional)	

Indicadores KPI. Son de proceso y se deben medir con cierta frecuencia para monitorizar los avances de la Estrategia. **Periodicidad** semestral

Indicadores de proceso no KPI. **Periodicidad** anual

Indicadores comunes al P de Salud. No específicos de la Estrategia. **Periodicidad** inicio(2014), medio (2017), final (2010)

Indicadores de resultados específicos de la Estrategia. **Periodicidad** inicio(2014), medio (2017), final (2020)



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

Seguridad del paciente



AÑO:	2016
ESTRATEGIA:	SEGURIDAD DEL PACIENTE
Composición del Comité	
Responsable de la Estrategia. Presidenta del Comité. M^a Carmen Silvestre , Jefa S. Calidad y Seguridad Clínica	
Coord. Programa prevención de Infección nosocomial. Amaya Bacaicoa , Jefa S ^o M.Preventiva del CHN	
Coord Programa prevención de Errores asociados a Medicamentos y Dispositivos Sanitarios. Teresa Sarobe , Jefa S ^o de Farmacia CHN y Cristina Agudo , Jefa S ^o Prestaciones Farmac. Atención Primaria	
Coord. Programa prevención de complicaciones en el Área Quirúrgica. S ^o Anestesia CHN: Nicolás Zaballos Área Clínica Cirugía CHN: Fabiola Oteiza .	
Coord. Programa prevención complicaciones en Cuidados. Ana M^a Fernández , S ^o Efectividad y Seguridad Clínica	
Coord. Programa prevención complicaciones Áreas asistenciales Médicas y de Diagnóstico. Inmaculada Gimena S ^o de Urgencias.	
Coord. Programa del Sistema de Identificación inequívoca y Notificación de incidentes. Marta Martín Vizcaíno , Jefa S. Quirúrgica CHN y Gabriela Elizondo , Centro de Farmacovigilancia de Navarra, Dpto de Salud	
Director Asistencial del CHN: Jesús Berjón	
Subdirectora Cuidados Procesos Quirúrgicos CHN: Conchita Moreno	
Gerente de Estella: M^a Luisa Hermoso de Mendoza	
Representante de Gerente de Tudela: Ana Carmen Jaso	
Jefa Sección Cuidados Asistenciales Salud Mental: Begoña Flamarique	
Jefa S ^o Apoyo Gestión Clínica y Continuidad Asistencial de Atención Primaria: Marian Nuín	
Jefa S ^o Cuidados Asistenciales y Atención Domiciliaria de Atención Primaria: Ana Granado	
Jefa S ^o Apoyo Gestión Clínica y Continuidad Asistencial CHN: Isabel Rodrigo	
Representante de la Ciudadanía. Aurora Lozano , Presidenta de AFAN	
Contenidos del Informe:	
<ol style="list-style-type: none">1.- Constitución y reuniones del Comité de la Estrategia en 20162.- Informaciones y desarrollo de los acuerdos de las Reuniones, Grupos de Trabajo formados y temas en los que se ha avanzado en dichos grupos, propuestas de formación y de investigación, etc.3.- Plan de acción 2016-2017 y valoración del cumplimiento del cronograma4.- Evaluación de la Estrategia. Indicadores priorizados y datos (valores) de dichos indicadores a ser posible a fecha diciembre 2016 o la más cercana disponible.5.- Valoración global 2016	



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

1.- El nuevo comité de la Estrategia para la Seguridad del Paciente se constituyó en la 1ª reunión celebrada el 13 de junio de 2016, en la que se toman los siguientes

Acuerdos:

- Se propone nombrar a M^a Angeles Nuin Villanueva como secretaria del Comité y como Responsable de Formación e Investigación (FI) en la Estrategia SP a Isabel Rodrigo Rincón, ambas propuestas son aceptadas por unanimidad.
- El Comité se reunirá al menos con una frecuencia semestral y dispondrá de una Comisión permanente formada por los responsables de los Programas de la Estrategia SP, la secretaria del Comité y la responsable de FI.
- Los responsables de los Programas tendrán un Grupo de Trabajo Permanente (GT SNS-O) compuesto por los referentes en cada Gerencia para cada uno de los programas. Estos se conformarán durante el verano y comenzarán a trabajar en septiembre, se persigue que la práctica clínica esté basada en la evidencia en todo el SNS-O de la forma más homogénea posible. Continuarán su actividad los Grupos que han venido trabajando en los programas hasta ahora; reactivando o creándose otros cuando se precise.

2.- Los grupos de trabajo más consolidados, que ya venían trabajando desde hace mucho tiempo, son los de Prevención y vigilancia de la infección nosocomial en los programas Epine, Bacteriemia zero, Neumonía zero y Resistencia zero; así como los del Sistema de Notificación de Incidentes del CHN, siguiendo las directivas del MSSSI.

En relación con el uso seguro de la medicación desde la Subdirección de Farmacia siguen líneas de trabajo tanto en Atención Primaria como a nivel de los hospitales, con un importante trabajo en el diseño e implantación de herramientas como la prescripción electrónica ya disponible en todos los ámbitos, la ayuda para una prescripción segura y para la revisión y conciliación de medicación en pacientes polimedicados.

Otros grupos de trabajo activados o creados para el desarrollo de la Estrategia son los que se presentan a continuación en el contexto de los programas estratégicos:

A. PROGRAMA DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL

Los grupos de trabajo más consolidados, que ya venían trabajando desde hace mucho tiempo, son los de Prevención y vigilancia de la infección nosocomial en los programas Epine, Bacteriemia zero, Neumonía zero y Resistencia zero, siguiendo las directivas del MSSSI.

- a) Higiene de manos. Grupo de Trabajo de Higiene de Manos
 - Se ha activado el grupo existente, compuesto por representantes de los hospitales públicos y privados, y se han incorporado representantes de Atención Primaria y de Salud Mental.
 - Se han realizado actividades de sensibilización con motivo del 5 de mayo (día mundial de la HM)
 - Se ha reactivado la formación de los profesionales. Se ha acreditado el curso on line de Higiene de Manos que se ha ubicado en la plataforma "Aula Virtual" del Gobierno de Navarra. En 2017 se ha iniciado formación de observadores, para que internamente se realice evaluación de la Higiene de manos "in situ" en las Unidades y servicios.
- b) Vigilancia y control de la infección. Comisión Asesora Técnica de Vigilancia y Control de la Infección de Navarra.
 - Con el fin de hacer un abordaje global e integrado de la vigilancia y control de la infección, en 2017 se crea una comisión a nivel comunitario que estará integrada por profesionales de reconocido prestigio técnico y extenderá su ámbito de acción a la red de centros sanitarios de utilización pública de Navarra.
 - Se crearán Grupos técnicos para cada una de las líneas de trabajo: Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, Uso adecuado de antibiótico en la sanidad humana y animal y, Enfermedades Transmisibles.
- c) Detección Precoz y Tratamiento de la Sepsis. Grupo integrado multidisciplinar,
 - Se ha activado y ampliado el grupo de trabajo que se creó en 2013 para implantar un protocolo de identificación temprana y tratamiento de la sepsis que únicamente se puso en marcha en las Urgencias del HGO



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

- Se ha consensuado un protocolo para adultos
- Se ha creado un subgrupo para elaborar otro protocolo dirigido a Pediatría
- Se está trabajando en la integración informática de la información que se genera en los distintos niveles, para proceder a la implantación.
- La formación se ha iniciado en el HGO y se extenderá a toda la red en 2017 y 2018.

B. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN.

La mayor parte de los aspectos de la seguridad de los medicamentos se trabaja desde los servicios de farmacia hospitalarios y extrahospitalarios:

- a) Atención Primaria: Despliegue de la receta electrónica a toda la red extrahospitalaria (Lamia), sistemas expertos de ayuda a la prescripción electrónica segura como SAPE y de gestión farmacoterapéutica integrada que permite la comunicación y el trabajo colaborativo entre los farmacéuticos de atención primaria, médicos de atención primaria, farmacéuticos de hospital y médicos de hospital. (OBSERVA)
- b) Hospitales: Programas de validación y conciliación de la prescripción (FARHO); así como diferentes Guías para el uso seguro del medicamento, recomendaciones para manejo de medicamentos de alto riesgo y criterios de uso seguro de nuevos fármacos
- c) Grupo de Trabajo multidisciplinar integrado, para actualizar y unificar los protocolos existentes y abordar adecuadamente las complicaciones derivadas del tratamiento con anticoagulantes y/o antiagregantes (TAO).
- d) Se ampliará el grupo de trabajo que garantice el uso seguro de los medicamentos de alto riesgo en todos los ámbitos.

C. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS. Grupo de Seguridad en el Bloque Quirúrgico.

- a) Para abordar la participación en los proyectos impulsados por el Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, Infección Quirúrgica Zero (IQZ), Cirugía Segura y Recuperación Intensificada en cirugía abdominal, se crea este grupo de trabajo multidisciplinar integrado y liderado por los servicios de Medicina Preventiva y las Comisiones de Bloque Quirúrgico de los hospitales.
 - Se ha iniciado la formación de los coordinadores de IQZ
- b) Grupo de Trabajo para la profilaxis de la Enfermedad Tromboembólica postquirúrgica. Se elaborará un protocolo general y otros más específicos para especialidades con otras necesidades.

D. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN CUIDADOS

El grupo de Cuidados está conformado por enfermeras de todos los ámbitos. Se trata del mismo grupo que coordina el trabajo de enfermería en los grupos de Integración y Cronicidad. Ese mismo trabajo transversal y coordinado lo realizan con otros grupos de Seguridad del Paciente:

- Medidas de prevención de la infección quirúrgica
- Medidas de prevención de la neumonía por aspiración
- Medidas de prevención de la infección urinaria por catéter
- Medidas de prevención de los errores de preparación y administración de fármacos
- Medidas de prevención de errores de identificación
- Medidas de prevención de la malnutrición hospitalaria
- Medidas que aseguren la comunicación en las transiciones asistenciales
- Adecuado manejo del dolor

Y con los cuidados que les son propios

- Prevención de las caídas
- Prevención de las úlceras por presión
- Prevención de la conducta suicida

Se está trabajando en el diseño e implantación de protocolos que garanticen cuidados de calidad integrados. En este momento están en elaboración los protocolos de profilaxis preoperatoria, de malnutrición, de úlceras y de caídas.

E. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES ASISTENCIALES EN EL ÁREA MÉDICA

Hay varios aspectos de este programa que se trabajan dentro de los grupos de integración asistencial, como la



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

reducción de radiaciones ionizantes o la reducción/eliminación de intervenciones que están desaconsejadas por la evidencia científica (NO HACER).

- Grupo de Trabajo para identificar y reducir los riesgos en Radioterapia
- En 2017 se ampliarán dos grupos de trabajo transversales: el de normalización y revisión de la atención urgente intracentro, normalizando el registro de dicha actividad y el de estandarización de la comunicación en las transiciones asistenciales.

F. PROGRAMA DE SISTEMAS DE IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA Y NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES. Grupo de trabajo de Gestores principales de SINASP.

- a. Mejoras en la Notificación de incidentes: Este grupo se responsabiliza de la formación de nuevos gestores, se ha realizado un curso en 2016 y planificado otro para mayo de 2017.
 - Se comparten estrategias y recursos para incrementar la notificación en los centros menos notificadores.
- b. Se está realizando la protocolización de la Identificación Inequívoca de los pacientes en todos los ámbitos y ubicaciones en los que se generan errores por no realizar la identificación de los pacientes de forma sistemática ni los profesionales, ni los pacientes (ingresos hospitalarios, consultas, salas de extracciones u otras pruebas, quirófano, etc.).
- c. Las comisiones de seguridad de los centros están preparando un plan de soporte en caso de que ocurra un evento adverso grave que ofrezca un mejor apoyo a los pacientes afectados y sus familias, así como a los profesionales que se vean implicados y proteja el prestigio de la institución.
- d. En 2017 un grupo de trabajo con los responsables de las comisiones de seguridad de todos los ámbitos para realizar la oportuna alfabetización sanitaria de los pacientes que sirva de protección de su propia seguridad. En abril se ha realizado la primera jornada de formación con la participación de profesionales y pacientes.

Además se abordan otros aspectos de la seguridad de los pacientes como:

SEGURIDAD DE PACIENTES EN CENTROS RESIDENCIALES.

Grupo de trabajo con los profesionales sanitarios de los centros residenciales y de Atención Primaria. Se está pilotando la colaboración con 4 centros sociosanitarios para introducir Buenas Prácticas para mejorar la seguridad de los residentes.

- a) En Sistema de Notificación de Incidentes pacientes se ha dispuesto un apartado para que puedan identificar y aprender de los incidentes que les ocurren. Se ha formado a los gestores de esos incidentes.
- b) Para la prevención de las resistencias antimicrobianas, un representante de estos centros participa en el Grupo de Uso adecuado de los antibióticos en la Comunidad.

PROGRAMA DE REDUCCIÓN/ELIMINACIÓN DE PRÁCTICAS ASISTENCIALES QUE NO AÑADEN VALOR o que pueden suponer un riesgo para los pacientes.

- a) Participación en el estudio multicéntrico “Estudio de los errores asociados a la sobreutilización inadecuada” financiado por el FIS (www.nohacer.es)
- b) En la medida que se pueda disponer de indicadores para ello, cuantificar la actividad de las intervenciones NO HACER recomendadas por las sociedades científicas en colaboración con el MSSSI y GuíaSalud, con el fin de conocer el grado de cumplimiento.

FORMACIÓN

En Seguridad del paciente, para dar cobertura a las necesidades planteadas, se realizaron 9 actividades formativas desde el Plan Docente durante 2016; el CHN, desde su Comisión de seguridad del paciente tiene establecidas numerosas actividades formativas dirigidas a médicos y sobre todo a nivel de enfermería, así como para la acogida de nuevo personal de enfermería y MIR; en Atención Primaria se realizaron 4 actividades, 5 en Salud Mental, 3 en el Hospital García Orcoyen y 2 en el Hospital Reina Sofía.

Para 2017, La mayoría de las actividades formativas se llevarán a cabo en el seno de los centros, lo que supone un mayor esfuerzo y también de estímulo, habida cuenta de que, en el Plan docente de este año, la estrategia de seguridad del paciente acumula el mayor número de actividades formativas, 65 y número de ediciones, 229, de las Estrategias del Plan de Salud.



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

3.- Plan de acción 2016-2017 y valoración del cumplimiento del cronograma. (Anexo 1)

4.- Indicadores priorizados para el Plan de Salud. Se adjunta tabla con los indicadores priorizados para el plan de salud. A fecha de hoy, solo 4 de ellos tienen dato cuantitativo de resultado, la dificultad de extracción de datos informatizados y los plazos de codificación del CMBD provocan una demora en el tiempo para conocerlos (Anexo 2).

5.- Valoración Global

Durante este año 2016 el objetivo se ha centrado en cohesionar las intervenciones de seguridad de los pacientes en los distintos ámbitos del SNS-O (Hospitales, Atención Primaria, Salud Mental) facilitando y promoviendo Buenas Prácticas y la gestión de riesgos de manera homogénea, de forma que todos los ámbitos sigan un desarrollo acompasado de la Estrategia que mejore la seguridad de los pacientes.

Para ello se han identificado las acciones que son prioritarias y se han generado o activado varios grupos de trabajo con profesionales expertos en cada uno de los programas y de cada uno de los ámbitos para abordarlas. Las propuestas de estos grupos se basan en la mejor evidencia disponible y en las recomendaciones que realiza el MSSSI u otras agencias de reconocido prestigio en nuestro medio.

El 22 de noviembre de 2016 el Consejero de Salud presentó los resultados de la Estrategia de Seguridad del Paciente en comparecencia parlamentaria con muy buena acogida por parte de los parlamentarios.

Acuerdos más importantes de 2016	Responsable	Fecha
Modificación Orden Foral de la Estrategia de seguridad	Javier Abad	17/06/2016
Constitución del nuevo Comité y nuevas presidenta, secretaria y responsable de formación del mismo.	Comité Técnico	13/06/2016
Iniciar y/o continuar las acciones para la consecución de los objetivos estratégicos a través del trabajo en Grupos multidisciplinares de todos los ámbitos.	Responsables de los programas de la Estrategia	13/06/2016
Presentación del borrador del Plan de acción 2016	Carmen silvestre	13/06/2016
Elaboración del plan docente de cada Estrategia para 2017	Responsable de formación y presidenta de la Estrategia	22/11/2016

Otros comentarios:

Documentos que se adjuntan:

Anexo 1: Planes de acción 2016-2017 de la Estrategia de Seguridad del Paciente

Anexo 2: Indicadores de evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente priorizados para el Plan de Salud

Enviar/Publicar:

Persona que realiza el Informe	Carmen Silvestre
---------------------------------------	------------------



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

ANEXO L. 1

PROGRAMAS Y ACCIONES		CRONOGRAMA								OBSERVACIONES
ESTRATEGÍA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		2016				2017				
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
I. Programa de prevención de la Infección Nosocomial										
L1.1 Bacteriemia, Neumonía Zero y neumonía por aspiración										
L1.1.1 Estudios de prevalencia EPINE										
L1.1.2 Establecer un modelo unificado y sistematizado de recoger la información sobre vigilancia y control de de las infecciones nosocomiales en el SNS-O										
L1.1.3 BZ: Interv Estandarizada STOP-BCC										Estará para junio probablemente
L1.1.4 BZ: Interv Estandarizada Flebitis zero										Todos los Hosp. (HRS:Ene2017)
L1.1.5 NVM: Interv Estandarizada STOP NAVM										Pilotado en 2016. Inicio 2017
L1.1.6 NPA: Prev en Hosp identificación y Valoración pacientes riesgo										Pendiente implantar en un hospital
L1.1.7 NPA: Prev en Hosp: Higiene bucal, cambios posturales, asistencia en comidas										Planificada formación para su inicio
L1.1.8 NPA: Prev en area Quirúrgica: incentivo respiratorio, profilaxis										Se realiza como actividad higiénica
L1.1.9 Difundir Píldora de conocimiento de prevención NPA										Anestesia lo contempla en su protocolo
L1.1.10 Educación en autocuidado del paciente										De forma puntual
L1.1.11 NPA: Formación DUE y TCAE en Unidades de hospitalización										Se inicia 2017
L1.1.12 NPA hospitalaria										Planificada
L1.2 Resistencia Zero, aislamiento y utilización adecuada de antibióticos										Pendiente de dato
L1.2.1 Formación RZ										
L1.2.2 Utilizar lista de verificación para identificar el riesgo de ser portador de BMR										Con dificultades por falta de alarma
L1.2.3 Cumplimiento de Protocolos de precauciones en los aislamientos										Formación y refuerzos intra y extrahos.
L1.2.4 Control desinfectantes										
L1.2.5 Desarrollo del programa PROA en el tratamiento de adultos Hospital.										Se inician este trimestre
L1.2.6 Desarrollo del programa PROA en el tratamiento de adultos A Primaria.										Se inician este trimestre
L1.2.7 Desarrollo del programa PROA en el tratamiento de pediatría Hospital.										
L1.2.8 Desarrollo del programa PROA en el tratamiento de pediatría A Primaria										
L1.3 Establecer protocolos seguros de reutilización de materiales de un solo uso										
L1.3.1 Establecimiento y revisión anual del protocolo de reutilización de material de un solo uso										Reavisado protocolo
L1.4 Higiene de manos										
L1.4.1 PBA en puntos de atención										Falta completar en algunos hospitales
L1.4.2 Formación Higiene de manos										Formación en HM y precauciones univ.
L1.4.3 Evaluación / Obseación										Evaluación en Unidades por las JUE
L1.5 Preparación del paciente previamente a la cirugía										
L1.5.1 cumplimiento protocolo de profilaxis antibiótica cirug.programada										Realizado protocolo
L1.5.2 Proyecto piloto Infección Quirúrgica zero (IQZ)										Se inicia en todos los hospitales
L1.5.3 Infección Localización Quirúrgico										Pendiente de datos
L1.6 Disminuir ITU asociada a catéter										
L1.6.1 Evitar sondajes innecesarios										En diseño, se iniciará en 2017
L1.6.2 Elaboración y difusión Protocolo inserción, cuidados y duración adecuada de sondaje										En diseño, se iniciará en 2018
L1.6.2 Infección Urinaria sondaje postoperatoria y UCI										Pendiente de datos
L1.7 Detección Precoz y Tratamiento Sepsis										
L1.7.1 Formación Codigo Sepsis										Realizada en Estella. Programada resto hospitales
L1.7.2 Implantación detección Precoz adultos H										Inicio en mayo. Pendiente registro Infor.
L1.7.3 Implantación detección Precoz pediatría H										Inicio en mayo. Pendiente registro Infor.
L1.7.4 Implantación detección Precoz Urg y AP Adultos										Inicio en mayo. Pendiente registro Infor.
L1.7.5 Implantación detección Precoz Urg y AP pediatría										Inicio en mayo. Pendiente registro Infor.



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

PROGRAMAS Y ACCIONES	CRONOGRAMA								OBSERVACIONES
	2016				2017				
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
ESTRATEGÍA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE									
L2 Prevención Errores Medicación y dispositivos sanitarios									
L2.1. Conciliación de la medicación para evitar los efectos de la sobremedicación									
L2.1.1 Conciliación de medicación al ingreso hospitalario (NO Cubo rojo)									Se realiza la mayoría. 2016: 242 ingresos
L2.1.2 Conciliación de la medicación al alta hospitalario polimedicados ≥8 (NO cubo rojo)									2016:51 altas. Pocos avisos al Alta. Se iniciará H Domicilio
L2.1.3 Conciliación en AP Pacientes polimedicados ≥8 sin ingreso									Pendiente de acordar modelo de revisión y adherencia de todos
L2.2 Sistemas expertos y ayudas para la prescripción farmacológica adecuada.									
L2.2.1 Despliegue Global de LAMIA									Se puede considerar finalizado
L2.2.2 Utilización de SAPE, OBSERVA y FARHO									Implantación en progresión. En FARHO toda la Oncología
L2.2.3 Visualización de la aplicación para TAO desde todos los entornos.									Inviabile hasta 2018. Mejoras parciales
L2.2.4 Incrementar el nº pacientes con TRT ≥60%									En 2016 objetivo superado: 62,3%
L2.2.5 Protocolo de unificado de manejo adecuado de la TAO y de manejo perioperatorio de pacientes tratados con anticoagulantes o antiagregantes									Estará disponible 2ºTre
L2.2.6 Educación en autocuidado del paciente									Mejorará con la actualización protocolo
L2.3 Programa de prevención de errores en la preparación y administración.									
L2.3.1 Preparación centralizada en farmacia de medicamentos intravenosos y nutrición artificial									Se prepara la mayoría. Desarrollo progresivo
L2.3.2 Utilizar sistemas expertos en la identificación inequívoca pacientes y medicación en preparaciones individualizadas									Actualmente Medic-Pac. En Onco-Hemato. Pendientes de PDA
L2.3.3 Actualizar y aplicar protocolos preparación y administración en las Unidades de hospitalización									Realizadas varias guías:Pediatría, medicamentos peligrosos, etc...
L2.3.4 Aplicar los 5 correctos en la administración de medicación									
L2.3.5 Educación en autocuidado del paciente									Formación de Formadores para educar a pacientes en talleres
L2.3.6 Aplicar práctica segura de MARS, Limitar nº presentaciones y concentraciones disponibles, heparina, morfina, insulina.									Aplicadas la mayoría.
L2.3.7 Revisar y aplicar los listados de medicamentos a evitar									En 2017 se revisarán numerosas prácticas inadecuadas
L2.4 Dispositivos sanitarios libres de errores.									
L2.4.1 Existencia de criterios de SP en los pliegos de concurso materiales									
L2.4.2 Aumentar la selección de productos libres de latex									
L2.4.3 Aumentar equipamiento que impida errores de conexión.									Se revisará la adquisición de dispositivos seguros para medicac. Intratecal
L2.5 Garantizar la seguridad Transfusional									
L2.5.1 Utilizar Protocolo unificado en la transfusión de hemoderivados									
L2.5.2 Utilizar sistemas inteligentes para la solicitud de hemoderivados									
L2.5.3 Garantizar los sistemas de conexión internet PDAs									Pendientes de mejorar conexión
L2.5.4 Utilizar sistemas inteligentes en la identificación pacientes-hemoderivado a transfundir									Pendiente de completar el sist. Inteligente
L2.6 Reducir reacciones anafilácticas a alimentos									
L2.6.1 Recordar incluir en las alergias alimentarias en la historia electrónica y vincularlas con el programa de dietas									



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

PROGRAMAS Y ACCIONES	CRONOGRAMA								OBSERVACIONES
	2016				2017				
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
ESTRATEGÍA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE									
L.3. Programa para la Prevención de Complicaciones en el área Quirúrgica (incluida anestesia)									
L3.1 Listados de verificación									
L3.1.1 Actualizar listado de Verificación Quirúrgica									La nueva versión empieza con IQZ
L3.1.2 Implantar el nuevo listado en todos servicios quirúrgicos de los hospitales									
L3.2 Prevención y control del sangrado postoperatorio									
L3.2.1 Estratificación del riesgo de sangrado en la historia de los pacientes quirúrgicos									Pendiente de acordar la inclusión de la escala en la HCI
L3.2.2 Protocolo de ahorro de sangre (documento Sevilla)									A desarrollar por los anestesiastas
L3.2.3 Protocolo unificado de manejo perioperatorio de pacientes tratados con anticoagulantes o antiagregantes									En fase de revisión, estará disponible 2ºTre
L3.3 Conjunto de medidas para la prevención del tromboembolismo									
L3.3.1 Estratificación del riesgo tromboembólico en los pacientes									La escala calculada se colgará en HCI
L3.3.2 Evaluación de riesgo isquémico o complicación trombótica cuando se usa manguito									No lo hemos contemplado
L3.3.3 Formación en el uso y aplicación de isquemia periquirúrgica									Programada en Plan docente 2017
L3.3.4 Protocolo de enfermería para efectuar isquemia controlada pre y postquirúrgica									
L3.3.5 Valoración de riesgo de Tromboembolia									
L.4. Programa de Prevención de Complicaciones en relación con los Cuidados Sanitarios									
L4.1 Prevención de caídas									
L4.1.1 Valoración del riesgo de caídas									Grupo de Trabajo para unificar protocolos y registro. Falta completar uso de
L4.1.2 Protocolo unificado de prevención de caídas									En A Primaria registro en Atenea. Hospitales en SINASP
L4.1.3 Registro y evaluación de caídas									
L4.2 Prevención de úlceras por decúbito									
L4.2.1 Protocolo de evaluación y re-evaluación de riesgo (Braden)									Todos utilizan la escala de Braden
L4.2.2 Protocolo de prevención de UPP									Pendiente de unificar
L4.2.3 Protocolos/GBP valoración y tratamiento									En proceso de utilizar guía internacional
L4.2.4 Registro y evaluación de UPP									Infraregistro
L4.2.5 Formación de profesionales/pacientes/cuidadores en autocuidado									Píldora de conocimiento en CHN
L4.3 Adecuación y control de medidas de sujeción físicas y farmacológicas									
L4.3.1 Protocolo de adecuación y control de medidas de contención físicas y farmacológicas									Parcialmente implantado
L4.4 Prevención de deterioro asociado a la estancia hospitalaria									
L4.4.1 Test de detección precoz de síndrome confusional									
L4.4.2 Protocolo de actuación en pacientes de riesgo de síndrome confusional									Píldora de Conocimiento en CHN
L4.4.3 Valoración del riesgo de malnutrición									Todos los pacientes frágiles. Falta completar salud mental
L4.4.4 Protocolo de prevención según el nivel de riesgo de malnutrición									Se aplica en A Primaria
L4.5 Prevención de la conducta suicida									
L4.5.1 Implantación Protocolo prevención de la conducta suicida									Solo en Salud mental
L4.5.2 Formación de profesionales									
L4.6 Adecuado manejo del dolor									
L4.6.1 Valoración y control del dolor									Falta completar hospitales
L4.6.2 Plan de cuidados en atención hospitalaria y domiciliaria									A demanda



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

PROGRAMAS Y ACCIONES	CRONOGRAMA								OBSERVACIONES
	2016				2017				
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
ESTRATEGÍA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE									
L.5. Programa para la Prevención de Complicaciones en áreas asistenciales Médicas y de Diagnóstico									
L.5.1 Seguridad en las transiciones asistenciales									
L5.1.1 Adaptación de la técnica ISOBAR						■			Iniciado G Trabajo
L5.1.2 Formación en técnica ISOBAR a los profesionales y presentación a los servicios									Programada formación
L.5.2 Actuación ante la urgencia vital en los dispositivos sanitarios									
L5.2.1 Establecer protocolo unificado de atención a PCR intrahospitalaria									Pendientes de acordar registro
L5.2.2 Normalización y revisión de los equipos de atención a RCP en las Unidades hospitalización y Puntos de atención a pacientes de riesgo	■	■	■	■	■				
L5.2.3 Programación sistemática de formación sobre RCP y en la acogida de nuevos profesionales	■	■	■	■	■				
L.5.3 Medidas técnicas y protocolos de indicación clínica para disminuir las radiaciones ionizantes									
L5.3.1 Instaurar y difundir protocolos de indicaciones radiológicas a pacientes				■	■				
L5.3.2 Instaurar medidas técnicas para disminuir las radiaciones ionizantes a pacientes y profesionales	■	■	■	■	■				
L5.3.3 Registrar el historial dosimétrico de los pacientes	■	■	■	■	■				De momento solo Hª pediatría
L5.3.4 Difundir información a la población para mejorar su conocimiento sobre el impacto de las radiaciones ionizantes									Pendiente de difusión este año 2017
L5.3.5 Implantar el programa informático SEVRRRA en Radioterapia, para estimar el riesgo de Errores y Fallos Potenciales									En estudio
L.5.4 Indicación de biopsias prostáticas y de screening con PSA									
L5.4.1 Instaurar protocolo de adecuación de PSA para cribado						■			Grupo Trabajo para definirlo
L5.4.3 Reducir el tto con estatinas en pacientes dislipemicos sin FRCV	■	■	■	■	■				



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

Anexo L.2. Selección de indicadores de la Estrategia Seguridad del Paciente

INDICADORES ESTRATEGIA SEGURIDAD DEL PACIENTE seleccionados				VALORES	
Objetivos y Programa	OBJETIVO PS	LINEAS OBJETIVO	INDICADORES de los Objetivos	VALOR TOTAL	Periodo
L1 Prevención Infección Nosocomial	MORBILIDAD	L1.1 Bacteriemia, Neumonía Zero y neumonía por aspiración	%Prevalencia Infección Nosocomial (IN) (pacientes con IN adquirida en el centro)	5,60%	2016
		L1.5 Preparación del paciente previamente a la cirugía	Prevalencia y/o incidencia de infección del sitio quirúrgico	3,50%	2016
	MORTALIDAD	L1.7 Detección Precoz y Tratamiento Sepsis	Tasa de letalidad al alta de pacientes con sepsis	2016:24,8% 2015: 28,2%	2016
L2 Prevención Errores Medicación y dispositivos sanitarios	MORBILIDAD	L2.2.Sistemas expertos y ayudas para la prescripción farmacológica adecuada	% Codificación de alergias unificadas en todos los sistemas operacionales (hay registro en HCI pero no codificado)	Sin dato	2016
L3 Prevención Complicación Quirúrgica y Anestesia		L3.1. Utilización del Listado de Verificación Quirúrgica	% pacientes quirúrgicos con lista de verificación abiertas	56,20%	2016
	L3.3 Conjunto de medidas para la prevención del tromboembolismo	% pacientes quirúrgicos que presentan Tromboembolismo	Sin dato	2016	
L4 Prevención Complicaciones en Cuidados	DISCAPACIDAD	L4.1 Prevención de caídas	% valoración riesgo caídas en pacientes hospitalizados % valoración riesgo caídas pacientes >75años A. Primaria	6,6% 19%	2016
	MORBILIDAD	L4.2 Prevención de úlceras por decúbito	% de pacientes con úlceras adquiridas (en el hospital y % que se hace prevención en A. domicilio)	1,3% 11,5%	2016
L5 Prevención Complicaciones Médicas y Diagnóstico	SOSTENIBILIDAD	L5.4 Indicación de acciones o pruebas de escaso o nulo valor	Uso relativo de medicamentos de baja eficiencia en AP	45,52%	2016
L6. Sistema Identificación Inequivoca y Notificación	SOSTENIBILIDAD	L6.1 Sistema de notificación y aprendizaje	Nº de notificaciones por centro de incidentes en relación a seguridad paciente	2016: 612 notificaciones. Incremento: 94% sobre 2105	2016

Criterios de selección: Al menos un indicador por cada una de las líneas de los 6 programas y en relación a objetivos del PS. Preferentemente de resultados o de proceso KPI.

Criterios de Priorización: Relevancia, Estado (cuanto más avanzado, menos prioridad), un indicador de nivel 1 en cada programa

Nivel de prioridad: de 1 a 3 e mayor a menor prioridad

Abreviaturas: E.= Estrategia PS= Plan Salud HCI= Historia Clínica Informatizada; RCV= Riesgo Cardiovascular



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

Atención a las urgencias tiempo-dependientes



AÑO:	Mayo 2016-2017
ESTRATEGIA:	G. Patologías Tiempo dependientes
Composición del Comité	
Tomás Belzunegui , Subdirector asistencial procesos hospitalización y urgentes. Responsable de la Estrategia	
Javier Turumbay , Jefe Sº Sistemas de Información Sanitaria. Coordinador Programa de Tecnología y Comunicación de urgencia vital	
Diego Reyeró , Servicio de Urgencias Extrahospitalarias. Coordinador de Programa de Capacitación ciudadana frente a la urgencia vital y del Código Parada cardiorespiratoria	
Nuria Aymerich , Servicio Neurología del CHN. Coordinadora Código Ictus	
Marisol Alcasena , Jefa Sección de Hemodinámica CHN. Coordinadora Código IAM	
Bernabé Fernández , Servicio Urgencias Generales CHN. Coordinador Código Politrauma	
Luis Otermin , Subdirector Urgencias Extrahospitalarias	
Borja Azaola , Subdirector de AP	
Javier Sesma , Jefe del Servicio de Urgencias del CHN	
David Cambra , Jefe del Servicio de Urgencias del Hospital Tudela	
Mª Mar Paternain , Jefa Sección Urgencias del Hospital de Estella	
José Joaquín Pascual Garralda , Jefe Sección S.O.S Navarra. Dpto Presidencia. Responsable de los operadores de sala	
Arantza Elizondo , Jefa Área de cuidados en procesos urgentes CHN	
Carmen Fuertes , Jefa Sección de Planificación Ordenación y Contratación de Servicios Sanitarios y de la Unidad Técnica de apoyo al Plan de Salud	
Contenidos del Informe:	
<ol style="list-style-type: none">1.- Constitución del comité con fecha 20 de junio de 2016 y 2ª reunión el 22 de noviembre de 20162.- Informaciones y desarrollo de los acuerdos de las Reuniones, Grupos de Trabajo formados y temas en los que se ha avanzado en de dichos grupos3.- Plan de acción 2016-2017. Anexo 14.- Evaluación de la Estrategia. Anexo 25.- Valoración global 2016	



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

1.- Constitución del comité con fecha 20 de junio de 2016 y 2ª reunión del 22 de noviembre de 2016. Se constituyó el Comité según la ORDEN FORAL 274E/2016, de 17 de junio, del Consejero de Salud, y que anulaba la OF anterior del 6 agosto 2014. No obstante, hasta que por parte del Comité Técnico de la Estrategia no fueran aprobadas las correspondientes actualizaciones de los Códigos Infarto y Código Ictus, estableció que se continuarían utilizando los recogidos en la Orden Foral 74/2014.

2.- Durante 2016 se han actualizado y aprobado por el Comité Técnico (en la 2ª reunión del 22-11-16), los siguientes códigos (documentación recogida en la web del plan de salud):

- Ictus
- Trauma Grave
- Parada Cardiorrespiratoria
- Infarto Agudo de Miocardio

Asimismo y de acuerdo con las solicitudes de los responsables de cada uno de los códigos se ha elaborado el Plan docente de la Estrategia para 2017, que se ha coordinado con la Sección de Docencia del Departamento de Salud

Se han identificado para cada uno de los códigos los Indicadores de resultados y proceso que servirán para evaluar los resultados y la evolución de cada uno de los códigos en el tiempo y se han priorizado los indicadores más importantes para la Estrategia Plan de Salud

Se ha creado un Grupo para desarrollo de sistemas información para los códigos de patologías tiempo dependientes que han evaluado la situación de los registros ya existentes, los problemas y las mejoras a introducir en los próximos meses.

Se ha creado el Grupo de Código ICTUS cuya responsable es Nuria Aymerich, con composición similar a los grupos de los otros códigos, es decir con representantes de todos los escalones asistenciales y zonas geográficas. Se ha actualizado la documentación relativa al código ICTUS y pendiente de aprobar e incorporar la actuación en la parte extrahospitalaria del código.

Se ha creado el Grupo de Desfibrilación Externa Automática (DEA), con el objetivo de optimizar el uso de los DEA existentes en la comunidad.

Se han desarrollado las fases preliminares de redacción de los procedimientos operativos del “Código Sepsis” y su correspondiente sistema de registro coordinado con Estrategia de Seguridad del paciente.

Se ha realizado una campaña de comunicación dirigida a población general para la divulgación de los signos de alarma del Ictus y pautas de actuación, repartiendo en los distintos centros sanitarios 2.190 folletos y 192 carteles en euskera y castellano en febrero 2017.

Investigación:

Código Parada: Integrado en el “Registro Español de Parada Cardíaca Extrahospitalaria- OHSCAR (OHSCAR Out of Hospital Spanish Cardiac Arrest Registry)” con rentabilidad a nivel de publicaciones :

EuReCa ONE–27 Nations, ONE Europe, ONE Registry A prospective one month analysis of out-of-hospital cardiac arrest outcomes in 27 countries in Europe. Resuscitation (aceptado)

Out-of-hospital cardiac arrest (OHCA) attended by mobile emergency teams with a physician on board. Results of the Spanish OHCA Registry (OSHCA). Resuscitation 113 (2017) 90–95.

Out-of-Hospital Spanish Cardiac Arrest Registry (OHSCAR). Results of the first year. Resuscitation Resuscitation 96:100 · November 2015. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2015.09.238

Código Trauma: Integrado en **Joint Action on Monitoring Injuries in Europe (JAMIE). DG-SANCO**

José Sanz, Daniel Paternain, Mikel Galar, Javier Fernandez, Diego Reyero, Tomás Belzunegui: *A new survival*



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

status prediction system for severe trauma patients based on a multiple classifier system.
DOI:10.1016/j.cmpb.2017.02.011

José Sanz, Javier Fernandez, Humberto Bustince Sola, Carlos Gradin, Mariano Fortun, Tomàs Belzunegui: *A decision tree based approach with sampling techniques to predict the survival status of poly-trauma patients.* International Journal of Computational Intelligence Systems 01/2017; 10(1):440-455., DOI:10.2991/ijcis.2017.10.1.30

Bismil Ali Ali, M. Fortún, T. Belzunegui, Beta Ibañez-Beroiz, Koldo Cambra, Arkaitz Galbete: *Missing patients in "Major Trauma Registry" of Navarre: incidence and pattern.* European Journal of Trauma and Emergency Surgery 08/2016; DOI:10.1007/s00068-016-0717-y

Marta Ferraz-Torres, Belzunegui T, Oscar Martínez-García, Iriarte L, Salgado E: *Epidemiological Characteristics and Overall Burden of Accidental Injuries in Navarra, Spain: Epidemiology of Injuries in Children.* Journal of trauma nursing: the official journal of the Society of Trauma Nurses 07/2016; 23(4):231-236., DOI:10.1097/JTN.0000000000000222

Código ICTUS . Proyecto ICTUSnet que se presenta al Programa Interreg Sudoe, y en el que Navarra se integra a través del Servicio de Neurología del Complejo Hospitalario de Navarra y Navarrabiomed. Pretende la creación de una red permanente transnacional de excelencia en la investigación e innovación en el campo de la atención del ICTUS cuya misión sea la mejora del conocimiento de la enfermedad y de la calidad y efectividad de la atención. Socios: Cataluña, Aragón, Baleares, Navarra, Occitania (France), Portugal.

3.- Plan de acción 2016-2017 ver en Anexo G. 1

4.- Indicadores y Resultados:

En Anexo G. 2 se presentan algunos indicadores y datos comparativos de los códigos 2014-2016.

En anexo G. 3 se presentan propiamente los indicadores considerados y priorizados para la Estrategia Urgencias tiempo-dependientes del Plan de Salud, con los valores de los que se han obtenidos datos de 2015 o 2016.

Como conclusiones de estos datos podemos destacar:

- Se mantiene similar retraso desde los síntomas al diagnóstico, tiempo-mediana de alrededor de hora y media, que es un retraso importante, depende del paciente y debe combatirse mediante educación sanitaria
- La UVI-móvil como transporte primario es fundamental para asegurar el adecuado manejo del paciente desde el lugar donde se encuentre y se traslade de forma rápida y segura al CHN. Su utilización ha aumentado pero debe mejorar, otra vez la llamada directa del paciente al 112 es definitiva (educación sanitaria)
- Se han reducido los tiempos dependientes del sistema sanitario.
- Las cifras de reperfusión de pacientes que consultan en tiempo adecuado han mejorado acercándose mucho a las cifras objetivo que es 90%. Sin embargo un porcentaje importante, 20%, no puede beneficiarse del tratamiento adecuado por llegar tarde (educación sanitaria)
- Se mantienen buenos resultados tanto en preservación de función cardiaca como mortalidad



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

hospitalaria.

Priorización. Los indicadores se han priorizado por un grupo formado por Unidad Técnica Plan Salud (UTP) y Tomás Belzunegui y se presentan en Anexo G.3 de "Indicadores priorizados de la Estrategia desde el Plan de Salud".

5.- Valoración Global

Se considera muy positivo el trabajo realizado por el Comité de esta Estrategia y el de los grupos de trabajo durante 2016. Cabe remarcar que se tienen ya 4 Códigos operativos y con responsables de cada uno de ellos trabajando con un equipo multidisciplinario en un plan de mejora continua.

Acuerdos más importantes de 2016	Responsable	Fecha
Constitución el Comité Técnico de la Estrategia y nombramiento de Secretaria	Isabel Sobejano	20-6-2016
Se mantiene vigentes los Códigos de IAM y de Ictus (OF 74/2014), hasta la aprobación de los nuevos códigos por el Comité Técnico de la Estrategia y visibilización en la página web del Plan de Salud .	Responsables de los códigos y Unidad Técnica del Plan (UTP)	3-8-2016
Aprobación de los procedimientos operativos para los códigos de PCR y Trauma y actualización de los de IAM e Ictus.	Responsables de cada código y UTP	22-11-2016
Publicación en la página Web del Plan de salud los Códigos actualizados	Unidad Técnica del Plan	2016
Elaboración plan docente de la Estrategia para 2017	Responsables de programas y de códigos	2016
Priorización de los Indicadores de resultados de la Estrategia	UTP /Tomas Belzunegui	2016
Grupo para desarrollo de sistemas información para urgencia -vital	UTP / J. Turumbay	
Grupo desfibriladores	Lazaro Elizalde/Diego/Mikel Biurrun/UTP	
Creación grupo ICTUS	Coordinadora: Nuria Aymerich	6-4-2017
Código Sepsis coordinado con Estrategia de Seguridad del paciente	Coordinador: Carlos Ibero	
Anexo 1: Plan de acción 2016-2017		
Anexo 2: Datos comparativos de los códigos en 2014-2016		
Anexo 3: Indicadores de evaluación priorizados		
Enviar/Publicar: en web de Plan de Salud el procedimiento de los Códigos de IAM, Ictus, PCR y Politrauma Grave		
Persona que realiza el Informe	Tomás Belzunegui Otano	



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

ANEXO G.1

PLAN DE ACCIÓN 2017									
PROGRAMAS Y ACCIONES	CRONOGRAMA								Observaciones
	2016				2017				
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
ESTRATEGÍA DE URGENCIAS									
Ordenación de la atención a la urgencia vital									
Unificar la dirección técnica de la atención a la Urgencia Vital en toda Navarra									
Regulación del Código Ictus									Queda pendiente para el primer trimestre 2017 hacer documentos homogéneos de los códigos y darles visibilidad
Regulación del Código IAM.									
Regulación del Código Trauma Grave.									
Regulación del Código de Parada Cardiorrespiratoria.									
Desarrollo del código Sepsis									Pendiente resolver el Sistema de Información
Desarrollo del código Hemorragia masiva									
Iniciar el tratamiento y activar el Código de Activación correspondiente desde el primer contacto médico.									Procedimientos operativos de SOS-Navarra
Iniciar estrategia de reperfusión y tratamiento coadyuvante desde el primer contacto médico (según protocolo)									Regulado
Garantizar transporte primario en ambulancia medicalizada (SAMU-UCI), priorizando el tiempo a la calidad del recurso.									Regulado
Establecer centros de referencia, criterios y circuitos de derivación.									Regulado
Optimizar los circuitos intrahospitalarios.									Incluido en los procedimientos de los códigos correspondientes
Desarrollos organizativos para diferentes contextos (urbano-rural, tiempos y distancias).									
Regulación de los transportes sanitarios, en particular el Transporte aéreo, para las urgencias vitales que dependan del factor tiempo.									Regulado
Mejora y potenciación de los servicios de urgencias rurales.									
Tecnología y Sistemas de comunicación en Urgencia Vital									
Desarrollo de la Historia Clínica móvil para PCR y TG									Normalización e implantación de Rápida y SIDE
Desarrollo de la Historia Clínica móvil para Ictus u otro código									
Integración de registro de tiempos entre el sistema de información de SOS y la HCI									



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

Integración de la Información registrada en HCI en los registros hospitalarios de IAM, Ictus, TG y PCR																		Se empezara con el código PCR y para fin 2017 tener también el de ictus u otro
Integración de la información de los Registros hospitalarios en los correspondientes registros poblacionales																		
Análisis de indicadores de resultados de la atención a la Urgencia vital por Áreas y Zonas de Salud																		
Transmisión de ECG al CHN desde los PACs																		
Conexión telemática del CHN con Hospital de Tudela (Tele Ictus)																		
Capacitación ciudadana ante la Urgencia Vital																		
Campaña de comunicación para divulgar pautas de actuación, IAM en mujeres, Ictus ,etc.																		
Programa de formación básica de personal de servicios públicos en atención a la urgencia vital																		
Planificación territorial y de desfibriladores a centros y servicios públicos																		

no iniciada
 en proceso de realización
 realizada y continua



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

ANEXO G. 2. Algunos datos de 2016, comparación con años anteriores y objetivos para 2020 de los distintos códigos

1.- Paradas Cardiorespiratorias

	2014	%	2016	%	Objetivo 2020
NUMERO DE PCR	82		71		
ROSC	35	42.7	28	39.4	
ROSC CON FV	16	45.7	13	46.4	
SUPERVIVENCIA CPC 1-2	12	14.63	16	22.53	25
RCP POR TESTIGOS	51	62.2	52	73.2	75
DEFIBRILACION PREVIA	10	12.2	16	22.53	20
MEDIANA LLAMADA -INICIO RCP	3 m		3 m		
LLAMADA-LLEGADA EE	9 m		11 m		7 m
LLAMADA- CHOQUE TESTIGO	8 m		6 m		
LLAMADA-CHOQUE EE	15 m		18 m		

En el mismo período a nivel nacional la tasa de supervivencia es del 13- 15 %. Nos encontramos 6-7 puntos por encima de la media nacional.

2. Pacientes Traumatizados Graves

En 2016 fueron atendidos en los hospitales del SNS 187 códigos Trauma. El 73 % fueron varones y el 27 % mujeres. La edad media fue de 56 años (54 años en varones y 63 en mujeres).

Tiempos de respuesta (mediana)

	2014	2016
Llamada llegada al lugar SVA	00:18	00:12
Llamada- Llegada al hospital	01:02	01:08
Llegada al hospital- TAC	00:52	00:52
Llegada al hospital IQ (25 casos)	02:07	01:50

Otros indicadores

% de aviso previo	56 %	56 %
Supervivencia al alta de pacientes que llegan al hospital	79 %	86 %

3. Ictus

No hay datos actualizados del Registro de ICTUS de 2016, ya que no existe un registro oficial de ICTUS.

Se adjuntan algunos de los datos que se han podido obtener y está en proyecto constituir el Registro oficial de ictus para finales 2017

	2015	2016	8-2-16 a20-3-17
Trombolisis	156	162	
Tele Ictus			27 casos X=79 años 63% varones
Tiempo puerta- aguja	53min.	43 min	



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

4.- Infarto Agudo de Miocardio

No hay datos actualizados del Registro de IAM correspondientes a 2016 (no se han introducido los datos). Lo que proporciona M Sol Alcasena corresponde a los datos de 2015 y a los tres primeros meses de 2017.

Se atendieron 308 casos con SCACEST. Fueron 259 casos en 2015 y 45 casos en ene-marzo 2017.

Edad media: 64 a. El 28 % \geq 75 a. y el 80 % hombres.

Ha aumentado la atención por Uvi-Móvil (67 VS 61%). Ha aumentado el transporte directo a Lab Hemodinámica o Unidad Coronaria (UCC), en los paciente no trasferidos, evitando Urgencias (79.3 VS 67,1%).

En el grupo total, alrededor del 20% no recibió tratamiento de reperfusión por llegada tardía.

Ha aumentado el % de pacientes con reperfusión total (82,2 VS 76% y similar en los que acuden con <12 horas .

El método de reperfusión ha sido Angioplastia percutánea (ACTPp) en 2017 del 100%

Se mantiene disminución de Fibrinólisis, en el periodo ene-mar 17: ningún paciente (limitación del nº de casos)

Se mantiene el mismo tiempo de estancia en UCC.(2 días)

Ha disminuido la estancia hospitalaria en 1 día (mediana) (5 VS 6 días)

Menor mortalidad en pacientes con reperfusión, muy baja en el periodo del informe (2,7 VS 4,06%)

Tiempos de Respuesta (mediana)

Síntomas - diagnóstico: 85 min,

Diagnóstico - apertura de arteria: 106 min

Síntomas - apertura de arteria: 208 min

Se ha disminuido unos 15 min de mediana en los tiempos de Hospital a ACTPp (60 VS 75) en los pacientes que llegan directamente al CHN, y se mantienen el resto de tiempos del sistema sanitario

El objetivo de tiempo-mediana desde llegada a apertura de la arteria es de que sea menor 60 min (el objetivo es menor de 60 min).

En más de la mitad de los pacientes se consiguió mantener función cardiaca normal, solo en un pequeño porcentaje (3%) quedó función cardiaca muy disminuida.

La mortalidad hospitalaria en el grupo total fue de 5,1 %, menor en los que se realizó reperfusión (4,6%), no se registraron fallecidos en el pequeño grupo en que se realizó Fibrinólisis.



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

	Código IAM
	Código PCR
	Código Ictus
	Código Trauma
	Códigos varios

ANEXO G. 3: Indicadores de los Códigos priorizados desde el Plan de Salud

INDICADORES ESTRATEGIA URGENCIAS (I)				VALORES	
OBJETIVO GENERAL del Plan	INDICADOR (sobre obj. Espec.)	CÓDIGO	Prioridad	TOTAL	AÑO
Mortalidad	Tasa de mortalidad prematura por enfer.isquémicas corazón y accidentes de transporte	varios	1		
	Tasa de mortalidad hospitalaria por enfer.isquémicas corazón, Ictus y trauma grave	varios	1	IAM= 5,1%; TG=14%; Ictus=	2015 en IAM y 2016 TG
Mortalidad y discapacidad	% de pacientes vivos al alta del total de los que se inicia RCP con supervivencia CPC 1-2	RCP	1	22,5% (N=16)	2016
Morbilidad y severidad	Porcentaje de pacientes con reperfusión primaria total en IAM	IAM	1	76%	2015
	Porcentaje de pacientes con reperfusión primaria total en	ICTUS	1		
	% de pacientes con ritmo inicial FV y pulso (ROSC) al ingreso	RCP	1	46,4%(N=13)	2016
Morbilidad y severidad	% de IAM, Ictus y TG con activación prehospitalaria del código	varios	1	No disponibles datos 2016	
	% de Ictus con plan personalizado de rehabilitación precoz	ICTUS	1	NO disponibles datos 2016	
	% de Ictus en los que ha mejorado la escala modificada de Rankin al año del evento	ICTUS	1	No disponibles datos 2016	



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

INDICADORES ESTRATEGIA URGENCIAS (II)				VALORES	
OBJETIVO GENERAL del Plan	INDICADOR (sobre obj. Espec.)	CÓDIGO	Prioridad	TOTAL	AÑO
Morbilidad y severidad. TIEMPOS	Mediana del tiempo llamada-llegada del recurso en PCR(faltan datos para trauma, IAM, Ictus)	varios	1	PCR= 00:11; TG= 00:12	2016
	Mediana del tiempo llamada-RCP	RCP	1	0:03	
	Mediana sintomas-apertura arteria	IAM	1	3:28	2015
	Medianan tiempo ECG- trombolisis en IAM	IAM	2	0:26	2015
	Mediana tiempo ECG-Balon (ACTPp) en IAM	IAM	2	1:21	2015
	Mediana del tiempo puerta- (ingle) punción para trombectomia	ICTUS	1	0:43	2016
	Mediana tiempo Puerta- trombolisis (aguja) en Ictus	ICTUS	1		
	Mediana Tiempo Llamada - 1ª Intervención clave en hospital	TG	1	llamada-Hosp= 01:08 (Hosp.- TAC=52m;Hosp .-Q=01:50)	2016
Equidad	Porcentaje de pacientes con IAM a los que se hace ACTP por sexo	IAM	1	en 2015= 177, pendiente datos por sexo)	2015
	Porcentaje de pacientes con IAM a los que se hace ACTP por Area de Salud	IAM	1	pendiente datos	2015
	Porcentaje de revascularización en infarto cerebral por Area de Salud	ICTUS	1		
	Mediana del tiempo PCR-SVB por municipio donde se produce la PCR	PCR	1		
	Mediana del tiempo PCR-conexión de DESA por municipio donde se produce la PCR	PCR	1		
Corresponsabilidad	% de PCR en las que se hace SVB por testigos.	PCR	1	73% (meta75%)	2016
	% PCR a los que se hace desfibrilación previa (se conecta un DESA) a la llegada del recurso	PCR	1	23% (meta 20%)	2016



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

Atención a Población crónica



AÑO:	Mayo 2016-2017
ESTRATEGIA:	J. Atención a Población Crónica
Composición del Comité	
Jefa Sº Efectividad Y Seguridad Asistencial: Cristina Ibarrola Guillen	
Jefe Sección Hospitalización del Sº de M. Interna CHN: Gregorio Tiberio López	
Sº Neurología CHN: Ivonne Jericó Pascual	
Sº Apoyo Gestión Clínica y Continuidad Asistencial de A. Primaria (AP): Oscar Lecea Juarez	
Jefe Sº Neumología CHN: Javier Hueto Pérez de Heredia	
Persona experta y perteneciente al Sº de Endocrinología del CHN : Javier Lafita Tejedor	
Gerente de Salud Mental: Alfredo Martínez Larrea	
Jefa Sección Promoción Salud en todas las Políticas ISPLN : Margarita Echaury Ozcoidi	
Jefa Sº Apoyo G. Clínica y Cont. Asistencial AP: Marian Nuín Villanueva	
Jefa Sº Cuidados Asist. y Atención Domicilio AP: Ana Granado Hualde	
Trabajadora Social de Atención Primaria: Mª Pilar Abaurrea Leoz	
Trabajadora Social de Servicio de Efectividad y Seguridad: Montserrat de la Fuente Hurtado	
Jefe Sección Estrategia Crónicos del Sº Efectividad y Seguridad: J. Javier Celorrio Astiz	
Jefa Sº Apoyo G.Clinica Cont. Asistencial CHN: Isabel Rodrigo Rincón	
Subdirectora de Cuidados de Hospitalización y Urgentes del CHN: Marta Ancín Pagoto	
Jefa de Unidad Hospitalización Domiciliaria CHN: María Ruiz Castellano	
Jefa del Servicio de Cuidados Asistenciales del Área de Salud de Estella: Emilia Esandi Alvarez	
Jefa Sección de Planificación y de Unidad Técnica de Apoyo al Plan de Salud: Carmen Fuertes Goñi	
Contenidos del Informe:	
<ol style="list-style-type: none">1.- Constitución y reuniones del Comité de la Estrategia en 20162.- Grupos de Trabajo3.- Plan de acción 2016-20174.- Evaluación de la Estrategia. Indicadores priorizados5.- Valoración global	



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

1.- Constitución y reuniones del Comité de la Estrategia en 2016

ORDEN FORAL 674E/2016, de 20 de diciembre, del Consejero de Salud, por la que se establecen los objetivos y responsabilidades del Comité Técnico de la Estrategia de Crónicos del Plan de Salud de Navarra 2014-2020.

Reuniones del Comité:

- *Primera reunión: 23 junio de 2016*
- *Segunda reunión: 20 septiembre de 2016*
- *Tercera reunión: 1 marzo 2017*

La estrategia de crónicos engloba cuatro de las estrategias del Plan de Salud:

- *Estrategia de atención a pacientes pluripatológicos*
- *Estrategia de Prevención y Atención a Enfermedades Vasculares y DM*
- *Estrategia de Prevención y Atención a Enfermedades Respiratorias*
- *Estrategia de Atención a Enfermedades Neurodegenerativas*

En la página web <http://www.plandesalud.navarra.es> en cada una de las 4 Estrategias que están integradas en la Estrategia de Crónicos, está recogida la información relativa a OF y composición del Comité, en el apartado de "Instrumentos".

La responsable de la Estrategia, Cristina Ibarrola, hace una presentación en la primera reunión de los antecedentes y la situación actual de la Estrategia de Atención a Población Crónica (EC), con propuesta de cronograma de despliegue y cronograma, propuesta de plan de acción 2016-2017, exposición de los resultados de la evaluación del pilotaje realizado en la EC al año de implantación y de las herramientas clínicas de evaluación de resultados integradas en historia clínica: Cuadro de Mandos y Panel de Control.

El responsable de la estrategia de prevención y atención a enfermedades vasculares y DM presenta la propuesta de acciones de dicha estrategia.

Se propone y aprueba por parte del comité la formación de un grupo operativo de trabajo que realice una propuesta de implementación de la EC en el perfil EPOC, compuesto por el responsable de la estrategia de prevención y atención de enfermedades respiratorias, un FEA de neumología del CHN, un médico y una enfermera de AP, el Jefe de Sección de la Estrategia de Crónicos y otras estrategias de salud del SNS-O y la responsable de la EC. Posteriormente la propuesta se elevará al Grupo Técnico de Trabajo de Integración Asistencial en Enfermedades Respiratorias para sus aportaciones y aprobación.

En la segunda reunión se aprueba la propuesta de acción 2016-2017 presentada en la primera reunión (anexo J.1), se debaten los posibles obstáculos al Cronograma y despliegue efectivo de la EC y medidas para su subsanación y se plantea nueva propuesta de cronograma y despliegue, con despliegue al 100% de las Zonas Básicas de Salud de Navarra para los perfiles pluripatológico, demencia, insuficiencia cardiaca, esquizofrenia, diabetes méllitus en adultos y fibromialgia en junio de 2017.

Se plantea que todos los miembros del Comité y sobre todo los 4 Responsables de las Estrategias, así como los representantes de los centros asistenciales del SNS-O, formulen las necesidades docentes en relación a la EC para el año 2017.

Para recoger las necesidades de formación en relación a la Estrategia de Crónicos se realizaron 2 reuniones: una con Responsables de las diferentes Estrategias, el Jefe de Sección de la Estrategia de Crónicos y otras estrategias de salud del SNS-O, la responsable de la EC y la secretaria del Comité perteneciente a la Unidad de apoyo al Plan de Salud; otra con estas 3 últimas personas y los responsables de ámbitos de gestión de AP y CHN así como la Jefa de Sección de Docencia del Departamento de Salud encargada de elaborar el Plan Docente.

Se presenta una propuesta de indicadores del Plan de Salud en relación con las Estrategias de Crónicos y referentes a los 8 objetivos del Plan de Salud, para valoración y priorización en próxima reunión. Estos indicadores se trabajaron en pequeño grupo formado por la Responsable de EC, el Jefe de Sección de Estrategia de Crónicos y otras estrategias de salud del SNS-O y la secretaria del Comité perteneciente a la Unidad de apoyo al Plan de Salud.



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

En la 3ª reunión se aprueba el cronograma de despliegue presentada en la segunda reunión.

La secretaria del Comité perteneciente a la Unidad de apoyo al Plan de Salud presenta los indicadores de EC de resultados desde la perspectiva del Plan de Salud y de los que se pudieran tener valores de los resultados hasta 2016 se recogen aportaciones del comité y se aprueban (anexo J. 4).

Marian Nuin presenta última modificación del cronograma de despliegue que no retrasa el despliegue definido hasta junio de 2017. Se aprueba por el comité (ver anexo J.2).

El Jefe de Sección de Estrategia de Crónicos y otras estrategias de salud del SNS-O presenta las acciones aprobadas en el plan docente del Departamento de Salud en relación con la EC.

La responsable de la EC presenta las modificaciones realizadas hasta entonces en el Cuadro de Mandos clínico de la estrategia de crónicos, los indicadores que van a ir incorporándose de forma progresiva así como los requerimientos funcionales que se han solicitado en su desarrollo, con posibilidad de navegación por planos, visualización con códigos de colores de cumplimiento de objetivos y visualización de tendencias.

Se acuerda formar un Grupo de Trabajo de seguimiento de la EC para mejorar la coordinación entre el ámbito de Atención Primaria y Complejo Hospitalario de Navarra y que estaría formado por 1 persona de cada uno de estos ámbitos y por el Jefe de Sección de la Estrategia de Crónicos y otras estrategias de salud del SNS-O, responsable del grupo de seguimiento.

2.- Grupos Técnicos de Trabajo en relación con la EC

- GTT de atención a demencias: ha redefinido el proceso de atención a la demencia tras el pilotaje y está trabajando actualmente en acciones de formación a profesionales, estimulación cognitiva, autocuidados y formación a pacientes y cuidadores. Pendiente la finalización y evaluación de pilotaje de herramienta online de estimulación cognitiva.
- Comisión Asesora Técnica del Departamento de Salud de DM: ha aprobado el modelo de atención a pacientes diabéticos complejos. Actualmente desde el Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial se están trabajando con el resto de servicios implicados los circuitos de manejo de complicaciones de diabetes.
- GTT de Integración Asistencial de Enfermedades Cardiovasculares: reformulación del GTT de atención a la insuficiencia cardiaca. Ha redefinido el modelo de atención a insuficiencia cardiaca en el marco de la estrategia de crónicos y se va a trabajar en este grupo el modelo de atención a cardiopatía isquémica.
- GTT operativo de Enfermedades Respiratorias: ha finalizado una propuesta de implementación de la EC en EPOC que se ha presentado al GTT de Integración Asistencial de Enfermedades Respiratorias. Trabjará en la propuesta de definición del modelo de atención a asma junto a alergología.
- GTT de Integración Asistencial de Enfermedades Respiratorias. Se están incorporando al documento de definición de atención a EPOC de los representantes de este grupo para su aprobación definitiva que se consensó en reunión hace unas semanas.
- GTT de atención a fibromialgia: trabajó el protocolo y modelo de atención a fibromialgia. Se ha iniciado la derivación directa desde AP a talleres grupales de terapia cognitivo-conductual. Pendiente de definir indicadores y acciones de formación.
- GTT de atención a esquizofrenia: pendiente de integrar el modelo de atención y el cuadro de mandos clínico definidos con el modelo y el cuadro de mandos clínico del resto de perfiles.
- GTT de Esclerosis Múltiple: está definiendo el modelo de atención.
- GTT de ELA: está definiendo el modelo de atención.
- GTT de cuidados: pendiente la homogeneización de patrones de cuidados de AP, Salud Mental y hospitales.
- Comités de seguimiento de la EC en Área de Pamplona, Área de Estella y Área de Tudela: para la resolución de disfunciones que se producen en la implantación.
- Grupo de trabajo de requerimientos funcionales y priorización de adaptaciones en sistemas de información.



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

- Comité Director de Atención Integral y Continuidad Asistencial

3.- Plan de acción 2016-2017

En el anexo J.3 se presentan los Planes de Acción actualizados de las 4 Estrategias incluidas en EC.

En abril de 2016 se realiza la evaluación del pilotaje realizado al año de implantación en las Zonas Básicas de Salud (ZBS) de Tafalla, San Juan, Ultzama, Tudela Oeste y Estella, en los perfiles pluripatológico, demencia e insuficiencia cardiaca.

Estas cinco ZBS suponen el 11% de la población navarra.

Se realizó la evaluación de indicadores de calidad, efectividad, seguridad y eficiencia de la población incluida en la EC con dos grupos control, uno con pacientes con las mismas características que no habían sido incluidos en la estrategia pero pertenecientes a las mismas ZBS y un segundo grupo control con pacientes de cinco ZBS similares a las del grupo intervención.

Se incluyó la evaluación del impacto poblacional en resultados de la estrategia teniendo en cuenta la potencial población diana de las 5 ZBS intervención y control.

Además se realizaron encuestas de satisfacción a profesionales, encuestas a cuidadores y encuestas de experiencia de paciente a través de la herramienta IEXPAC.

Como resumen de las conclusiones de la evaluación podemos destacar:

- Buena valoración de profesionales de ambos niveles asistenciales
- Buena valoración de cuidadores y experiencia de paciente sin encontrar diferencias significativas entre grupo intervención y control
- Aumento de la actividad en AP pero menor que en el grupo control. La actividad que aumenta es la de enfermería, trabajo social y la atención domiciliaria. Permanece estable la actividad médica.
- Incremento de hospitalización domiciliaria e ingresos programados.
- Reducción de urgencias hospitalarias, hospitalizaciones potencialmente evitables y reingresos a 30 días.
- Incremento del coste en grupo intervención en el perfil pluripatológico severo un 18% menor que en el grupo control.

En base a estos resultados y a la evaluación cualitativa con contactos personales con los profesionales implicados en la puesta en marcha de la EC, se han realizado modificaciones en la implantación.

En el primer trimestre de 2017 ha finalizado el despliegue de la estrategia en el perfil pluripatológico a toda Navarra y está previsto finalizar en el segundo trimestre de 2017 el despliegue a todo Navarra de los perfiles demencia, insuficiencia cardiaca, diabetes y fibromialgia.

Se ha finalizado la propuesta de despliegue al perfil EPOC en el primer trimestre de 2017 y está previsto el inicio de su implantación en el mes de octubre.

Actualmente se está trabajando en la definición de los perfiles de Esclerosis Múltiple y ELA.

La previsión en 2017 es iniciar la definición de la implantación de los perfiles: cardiopatía isquémica, asma en adultos, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal, diabetes infantil y asma infantil.

Actualmente se está trabajando en el diseño y explotación de datos para la evaluación de la estrategia en el perfil pluripatológico a los dos años de implantación y en la incorporación a dicha evaluación de la evaluación de calidad de vida.

4.- Evaluación de la Estrategia. Indicadores priorizados

Se presenta en anexo J. 4 los indicadores relativos a los 8 objetivos del Plan de Salud, priorizados y los valores de los que se han podido obtener datos, desagregados por sexo.

En el anexo J. 5 se incluyen los indicadores definidos en el cuadro de mandos clínico de la EC.

En la intranet está colgado el documento de evaluación de la estrategia de crónicos al año de implantación.



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

Actualmente se está realizando la evaluación de la implantación a los 2 años de implantación con resultados de actividad, efectividad, calidad, eficiencia, calidad de vida, satisfacción de profesionales, experiencia de pacientes y satisfacción de cuidadores.

5.- Valoración global

El modelo de atención integrada a crónicos y pluripatológicos en Navarra, a diferencia de otros modelos hospitalocentristas, está basado en Atención Primaria, reforzando este nivel asistencial como responsable de la atención a los pacientes con las herramientas y apoyos precisos, tanto tecnológicos como de atención especializada.

Está resultando de interés la incorporación a la estrategia de la atención de perfiles con peso importante de la atención en especializada, como esquizofrenia, ELA o Esclerosis Múltiple, procesos en los que el modelo de atención integrada definido tiene también indudable valor añadido.

Se ha avanzado en la definición de la población diana por perfiles, con variables incorporadas para la selección de pacientes a la herramienta de estratificación poblacional GMA.

Se han ido incorporando requerimientos funcionales en los sistemas de información, en identificación de pacientes, herramientas de ayuda a la decisión clínica, herramientas de apoyo a la prescripción segura y conciliación de medicación, parametrización de variables comunes en todo el sistema que faciliten la atención integrada y la explotación de información y en la incorporación de DGPs en AE.

Se han identificado indicadores de proceso y resultados por perfiles y se ha trabajado en la definición de los requerimientos funcionales de los cuadros de mandos clínicos.

La implicación de los profesionales en los grupos de trabajo está resultado muy positiva y satisfactoria.

Se ha realizado un gran esfuerzo a nivel de toda la organización para priorizar y garantizar la implantación de la estrategia a toda Navarra.

Disponemos de una evaluación al año de implantación de gran valor, fundamentalmente la evaluación cualitativa de todos los profesionales implicados, que ha servido de base para la redefinición del modelo de forma continua.

El modelo de atención integrada e integral definido aporta valor y se adapta mejor a las necesidades globales de los pacientes crónicos.

Como ámbitos de mejora, falta generalización de visión global y atención integrada en la organización, información e implantación generalizada del modelo de atención en especializada y no limitarla a los profesionales de apoyo en las unidades específicas, agilidad en la respuesta de requerimientos organizativos y tecnológicos. Se está avanzando de forma satisfactoria en la definición de historia clínica integrada pero el proceso es lento y a día de hoy Eunate no es editable y solo se alimenta de la historia clínica de AP. A lo largo de este tiempo de implantación han surgido dificultades en la diferente visión del modelo en la implantación de la estrategia y disfunciones en la operatividad práctica que están tratando de resolverse.

El desarrollo de cuadros de mandos está resultando un elemento de gran valor a la hora de implicar a los profesionales en la estrategia, pero corremos el riesgo de no dar respuesta a las expectativas creadas y perder la credibilidad, ya que el grado de avance real desde el inicio del piloto en octubre de 2014 hasta ahora ha sido muy escaso.

Documentos que se adjuntan:

Anexo J.1: Planes de acción 2016-2017 de las 4 Estrategias incluidas en Estrategia de Crónicos

Anexo J.2: Cronograma de despliegue de la Estrategia de crónicos

Anexo J.3: Planes de acción 2016-2017 actualizados de las 4 Estrategias incluidas en Estrategia de Crónicos

Anexo J.4: Indicadores de evaluación priorizados de la Estrategia de Crónicos

Anexo J.5: Indicadores del Cuadro de Mandos de la Estrategia de Crónicos

Anexo J.6: Seguimiento de la Estrategia de Crónicos a enero 2017

Enviar/Publicar:

Persona que realiza el Informe

Cristina Ibarrola Guillén



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

ANEXO J. 1: Planes de Acción de las 4 estrategias del Comité Crónicos a fecha 20-09-2016

1.1. PLAN DE ACCIÓN DE ESTRATEGIA ATENCIÓN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS (PP) para 2016-2017

PROGRAMAS Y ACCIONES PP	CRONOGRAMA								OBSERVACIONES
	2016				2017				
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
ESTRATEGÍA DE PLURIPATOLÓGICOS									
Programa de atención al Pluripatológico									
Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención al paciente Pluripatológico por niveles de severidad según la metodología de crónicos.	■				■				
Protocolo informatizado compartido de Pluripatológico.	■	■	■	■	■	■			Estudio Viabilidad (EV) informático pendiente para ENATE editable
Creación de la Unidad Multidisciplinar de Pluripatológicos severos.	■				■				
Médico de Familia responsable del paciente. Enfermeras Enfermera de Enlace Comunitaria y de AE y Especialista de Referencia.	■				■				
Consulta urgente de reagudización. Presencial y no presencial.	■				■				
Alternativas a la hospitalización convencional en caso de reagudización.	■				■				
Planificación al alta y continuidad de cuidados. Visita a las 48 h.	■				■				
Valoración integral socio-sanitaria con perspectiva de género.	■				■				
Sistematizar el uso de escalas de estado de salud percibido y evaluación de calidad de vida EQ-5.	■	■	■	■	■	■			
Programa de Autocuidados y Paciente Experto	■								Desde la Escuela de Pacientes se realizan talleres de Afrontamiento y Alimentación en Enfermedades crónicas
Telemonitorización de pacientes pluripatológicos severos	■	■	■	■	■	■			EV para poner en "carpeta salud"
Programa de Conciliación de la Medicación y Adherencia al Tratamiento									
Conciliación de la medicación al ingreso y alta hospitalaria, especialmente en pacientes pluripatológicos.	■				■				
Conciliación de la medicación de pacientes institucionalizados.	■	■	■	■	■	■	■	■	
Prescripción electrónica asistida. (Ver Estrategia de Seguridad)	■	■	■	■	■	■	■	■	
Programa de Mejora de la Adherencia al Tratamiento en colaboración con la Oficinas de Farmacia.									Implantado en 1/3 de farmacias y seguimiento por Sº Ciudadanía del Dto. de Salud
Conciliación periódica de la medicación de pacientes polimedicados en AP	■	■	■	■	■	■			EV para mejorar procedimiento
Otros: Cribado nutricional en AP y Especializada?									

proceso realización ■ realizada y continua ■ extensión a toda Navarra ■ no iniciada ■



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

PLAN DE ACCIÓN PREVENCIÓN Y ATENCIÓN ENF. VASCULARES										
PROGRAMAS Y ACCIONES	CRONOGRAMA								OBSERVACIONES	
	2016				2017					
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4		
Prevencción Primaria de Enfermedad Vasculuar										
Evaluación periódica RCV a toda la población según recomendac.	■									
Cribado de Hiperglucemia en personas con factores de riesgo	■									
Programa de control y tratamiento efectivo de la HTA y Diabetes.	■									
Prevencción Irenal de origen vascular y cribado ERC en P. riesgo	■									
Despistaje de HLP Familiar AP, Cardio. Neuro. y Endocrinología	■									
Prescripción de dieta, ejercicio físico y abandono tabáco	■									
Intervención específica y control según nivel de riesgo	■									
Programa de Autocuidados	■									
Coordinar y racionalizar controles y autoc. Médico-Enfermera AP	■									
Colaboración de farmacias extrah. en autocontrol del paciente	■	■	■	■	■	■	■	■	■	Hecho en 1/3 de Farmacias
Prevencción Secundaria de Enfermedad Vasculuar										
Autocuidados incluyendo prescripción ejercicio terapéutico.	■									
Protocolos de tratamiento de la FA y HTA, anticoagulación etc.	■	■	■	■	■	■				Grupo Trabajo en estrategia seguridad en anticoagulación
Detección precoz afecta. órgano diana HTA (nefropatía, retino..)	■									
Coordinar y racionalizar controles entre AP y AE.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Programa de atención y rehabilitación de la Insuficiencia Cardíaca										
Atención Insuf. Card. por niveles de severidad según E. crónicos		■	■							
Protocolo compartido Insuf. Card. común en HCI.		■	■	■	■	■	■			Pendiente Estudio Viabilidad (EV) para EUNATE editable
Reagudización Insuf. Card. difícil control (consulta día, INP y no)		■	■					■		
Enfermeras Gestoras Casos y Enlace en AP y AE		■	■					■		
Alternativas ingreso reagudización (Hospital vs HaD, H. día etc.)		■	■					■		
Planificación al alta y continuidad de cuidados		■	■	■	■	■	■	■		
Evaluación de calidad de vida EQ-5		■	■	■	■	■	■	■		
Inclusión en el Programa de Rehabilitación Cardíaca.		■								
Autocuidados/Pac. Experto con prescripción ejercicio	■									Triptico y Manual de autocuidados para pacientes. Protocolo y Guía Educativa
Telemonitorización de pacientes severos		■								Pendiente EV para "carpeta salud"
Insuf. Cardíaca en programas cuidados de paliativos.		■	■					■		
Programa de atención y rehabilitación de la Isquemia Cardíaca										
Atención CV por niveles de severidad según E. crónicos		■				■	■			
Protocolos informatizados compartidos de Enf. Isqué. Corazón		■				■	■			
Código IAM (Ver E. Urgencias Tiempo Dependientes)	■									
Garantizar el tratamiento técnico adecuado del IAM en mujeres		■				■	■			
Enfermeras Gestoras Casos y Enlace en AP y AE		■				■	■			
Programa de rehabilitación cardíaca		■								
Autocuidados/Pac. Experto con prescripción ejercicio	■									oferta taller "Vivir con una Enf. Vasculuar".
Programa de atención y rehabilitación del Ictus										
Patrón al Ictus por niveles de severidad según E. crónicos					■	■				
Protocolo informatizado compartido de Ictus					■	■				
Código Ictus (Ver E. Urgencias Tiempo-Dependientes)		■								
CHN con los Hospitales Comarcales (Tele Ictus, Tele IAM)		■								
Unidad de Ictus		■								
Enfermeras Gestoras de Casos y Enlace AP y AE					■	■				
Programa de rehabilitación en fase aguda al Ictus		■								
Programa de convalecencia residencial rehabilitadora		■								
Programa de Autocuidados / Paciente Experto incluyendo prescripción de ejercicio físico terapéutico.	■									una Enf. Vasculuar" y taller de "Afrontamiento en enfermedades crónicas"
Programa de capacitación y apoyo a la persona cuidadora.		■	■	■	■	■	■	■	■	



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

1.3. Plan Acción E. Prevención y Atención Enf. Respiratorias

PROGRAMAS Y ACCIONES E. RESPIRATORIA	CRONOGRAMA								OBSERVACIONES	
	2016				2017					
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4		
ESTRATEGÍA DE RESPIRATORIAS										
Programa de Prevención y detección precoz de EPOC y Asma										
Prevención comunitaria universal frente al Tabaco.										Elaboración y distribución de materiales. Espacio web de tabaco.
Prevención selectiva de tabaquismos en adolescentes y jóvenes										Prevención de inicio en centros educativos/Día Mundial Sin tabaco. Espacio web.
Recomendación general de abandono del tabaco										
Prescripción indicada de abandono del tabaco en el embarazo										Se hace pero no sistemáticamente se registra
Talleres de ayuda para dejar de fumar en los Centros de Salud										
Detección precoz selectiva de EPOC (>40 años, síntomas respiratorios e historia de tabaquismo)										
Vacunación antineumocócica y antigripal estacional en pacientes con EPOC										
Programa de atención al Asma y EPOC										
Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención al Asma por niveles de severidad según la metodología de crónicos										
Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención al paciente EPOC por niveles de severidad según la metodología de crónicos										
Protocolos informatizados compartidos de EPOC y ASMA										EV pendiente EUNATE editable
Ayuda al diagnóstico de EPOC Tele-espirometría										
Consulta monográfica de Asma de difícil control										
Enfermeras Gestoras de Casos en Primaria y Enfermera de Enlace en Especializada										EPOC T4 de 2016 y ASMA T1-2017
Consulta urgente de reagudización. Presencial y no presencial										EPOC T4 de 2016 y ASMA T1-2018
Alternativas a la hospitalización convencional en caso de reagudización										EPOC T4-ASMA T1-2018
Programa de Autocuidados y Paciente Experto incluyendo la prescripción de ejercicio físico terapéutico										Manual de Asma y EPOC. Protocolo Educativo.
Sistematizar el uso de escalas de estado de salud percibido y evaluación de calidad de vida EQ-5										EPOC T4 de 2016 y ASMA T1-2018
Garantizar seguimiento neumológico de pacientes con ventilación mecánica no invasiva										
Programas de Rehabilitación Respiratoria y Deshabituación Tabáquica Avanzada										
Prescripción indicada de deshabituación tabáquica en Enf. Resp. Crónicas. Captación en ingreso, circuito AP/especializada										
Unidad de Enfermería Especializada en deshabituación tabáquica. EPOC Moderados y Severos con intentos previos.										
Estructurar Programas Rehabilitación Respiratoria en los casos de EPOC moderado/grave										
Prescripción ejercicio físico y adaptación al esfuerzo										
Facilitar acceso terapia respiratoria domiciliaria y dispositivos móviles										
Telemonitorización de pacientes severos										Está para ASMA, no para EPOC
Programa de prevención y vigilancia de neumonías nosocomiales y comunitarias en centros hospitalarios										
Vacunación antigripal y antineumocócica en pacientes de riesgo.										
Deshabituación tabáquica en pacientes de riesgo.										
Protocolo de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las neumonías por perfiles de riesgo de pacientes.										
Revisión sist. y periódica pautas antibioterapia en neumonía.										Revisar y coordinarse con proyecto neumonía 0 de Estrategia Seguridad de paciente
Análisis de la mortalidad por neumonía.										
Registro neumonías nosocomiales y comunitarias en Hospital										



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

1.4. PLAN DE ACCIÓN Estrategia de Atención Enf. NEURODEGENERATIVAS										
PROGRAMAS Y ACCIONES E. NEURODEGEN.	CRONOGRAMA								OBSERVACIONES	
	2016				2017					
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4		
Estrategia Neurodegenerativas										
Programa de atención a la Demencia										
Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención a la Demencia por niveles de severidad según la metodología de crónicos										
Protocolo informatizado compartido de Demencia										pendiente EV EUNATE editable
Valoración e intervención integral socio-sanitaria coordinada con Departamento de Derechos Sociales										pendiente EV historia sociosanitaria
Poner en marcha una Unidad Multidisciplinar de Demencias										
Enfermeras Gestoras de Casos en Primaria y Enfermera de enlace en Especializada										
Protocolo estimular cognitiva y ejercicio en ambulatorios, domicilio e institución. Criterios de derivación a Unidad de Memoria										
Protocolo específico de atención a las alteraciones conductuales.										
Consulta urgente especializada para períodos de desestabilización. Presencial y no presencial										
Alternativas a hospitalización convencional en reagudización										
Planificación al alta y continuidad de cuidados. Visita a las 48 h										
Programa específico de Capacitación y Apoyo a la Persona cuidadora de pacientes con Deterioro Cognitivo										
Escuela de Personas cuidadoras. Aula específica de Cuidado a la Demencia. Persona Cuidadora Experta.										Desde la Escuela de Pacientes se realiza el "Taller para personas cuidadoras de pacientes con Alzheimer y otras demencias"
Capacitación específica en pautas de estimulación cognitiva y alteraciones conductuales.										Incluido en el Taller para personas cuidadoras de pacientes con Alzheimer y otras demencias de la Escuela de Pacientes. Folleto Trastornos de Memoria
Identificación de la Persona cuidadora principal en Historia Clínica y evaluación sobrecarga y Euroqol.										falta EQ-5D
Disposición de plazas de respiro y apoyo a la Persona Cuidadora.										
Promocionar la participación de las personas cuidadoras en grupos de autoayuda.										Desde la Escuela de Pacientes derivación a AFAN (Asociación Navarra de Familiares de Alzheimer)
Promover la participación en el cuidado del resto de la familia y apoyo de voluntariado.										
Atención continuada telefónica especializada										
Programa de atención al Párkinson y otros trastornos del movimiento										
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										
Protocolo informatizado compartido de Párkinson										
Poner en marcha una Unidad Multidisciplinar de Párkinson										
Unidad de Rehabilitación Neurológica										
Enfermeras de enlace en Especializada										
Programa de atención a Enfermedades Neuromusculares										
Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención a las Enfermedades Neuromusculares por niveles de severidad según la metodología de crónicos										
Protocolo informatizado compartido Enf. Neuromusculares										
Poner en marcha una U.M.E. Neuromusculares										
U. Rehabilitación Neurológica (marcha, foniatría y tera)										
Enfermeras de enlace en Especializada										
Ver también programas de "Atención domiciliaria sociosanitaria" y de "Rehabilitación funcional de ámbito comarcal"										



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

ANEXO J.2: Cronograma de despliegue de la Estrategia de Crónicos. **Aprobado a 1-03-2017**

Cronograma Estrategia Crónicos 2016-2017		ZBS	30 de octubre de 2014	30 de abril 2016	31/12/2016	31/03/2017	30/04/2017
Salud Mental					56 ZBS		
Estella	Piloto	Estella	Pluripatológico			nuevos perfiles	
	1ª	Lodosa		Pluripatológico		nuevos perfiles	
	1ª	Ancín					
	1ª	Viana					
	2ª	San Adrián				PP + nuevos perfiles	
	2ª	Allo					
	3ª	Villatuerta					PP + nuevos perfiles
	3ª	Los Arcos					
Tudela	Piloto	Tudela Oeste	Pluripatológico			nuevos perfiles	
	1ª	Tudela Este		Pluripatológico		nuevos perfiles	
	2ª	Corella				PP + nuevos perfiles	
	2ª	Cascante					
	4ª	Valtierra					PP
	4ª	Cintruénigo					
	4ª	Buñuel					Nuevos perfiles
Nuevos perfiles: Diabetes, Demencia, insuficiencia cardíaca, Fibromialgia							



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

Actualizado a 12-05-2017

Cronograma Estrategia Crónicos 2016-2017		3 trimestre 2016					1 trimestre 2017			2 trimestre 2017			
		30 de octubre de 2014	30 de abril 2016	7 de octubre	28 de octubre	11 de noviembre	2 de diciembre	4 de febrero	16 de febrero	9 de marzo	12 de abril	12 de mayo	16 de junio
Piloto	Tafalla	Pluripatológico											
	San Juan												
	Ultzama												
1ª	Aoiz	Pluripatológico											
	Elizondo												
	San Jorge												
	Sangüesa												
	Burlada												
	Salazar												
2ª	Ansoain	Pluripatológico											
	Berriozar												
	Ermitagaña												
	Isaba												
	Il Etsanxe												
	Leitza												
3ª	Milagrosa	Pluripatológico											
	Villava												
	Peralta												
	Chantrea												
	Mendillorri												
	Burguete												
4ª	Lesaka	Pluripatológico											
	Santesteban												
	Sarriguren												
	Rochapea												
	Azpilagaña												
	Casco Viejo												
	Zizur												
	Echavacoiz												
	Artajona												
5ª	Noain	Pluripatológico											
	Orcoyen												
	Huarte												
	Alsasua												
	Buztintxuri												
	Iturrama												
	Echarri Aranz												
	Olite												
Puente la Reina	Carcastillo	Pluripatológico											
	Barañain												
	Irurzun												
	Puente la Reina												



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

ANEXO J.3: Planes de Acción actualizados a 12-05-2017 de las 4 estrategias del Comité Crónicos

PLAN DE ACCIÓN PP											
PROGRAMAS Y ACCIONES PP	CRONOGRAMA								OBSERVACIONES		
	2016				2017						
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4			
ESTRATEGÍA DE PLURIPATOLÓGICOS											
Programa de atención al Pluripatológico											
Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención al paciente Pluripatológico por niveles de severidad según la metodología de crónicos.											
Protocolo informatizado compartido de Pluripatológico.											EV pendiente ENATE editable
Creación de la Unidad Multidisciplinar de Pluripatológicos severos.											
Médico de Familia responsable principal del paciente. Enfermeras Gestoras de Casos en Primaria y Enfermera de Enlace y Especialista de Referencia en Especializada.											
Consulta urgente de reagudización. Presencial y no presencial.											
Alternativas a la hospitalización convencional en caso de reagudización.											
Planificación al alta y continuidad de cuidados. Contacto a las 24 h.											
Valoración integral socio-sanitaria con perspectiva de género.											
Sistematizar el uso de escalas de estado de salud percibido y evaluación de calidad de vida EQ-5.											
Programa de Autocuidados y Paciente Experto											Pendiente ISPLN
Telemonitorización de pacientes pluripatológicos severos											Carpeta Salud
Programa de Conciliación de la Medicación y Adherencia al Tratamiento											
Conciliación de la medicación al ingreso y alta hospitalaria, especialmente en pacientes pluripatológicos.											
Conciliación de la medicación de pacientes institucionalizados.											
Prescripción electrónica asistida. (Ver Estrategia de Seguridad)											
Programa de Mejora de la Adherencia al Tratamiento en colaboración con la Oficinas de Farmacia.											Revisar estado de acción con Departamento de Salud
Conciliación periódica de la medicación de pacientes polimedcados en AP											
Otros											
 acción en proceso de realización ya realizada no iniciada											
 acción desplegada a toda Navarra											



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

PLAN DE ACCIÓN												
PROGRAMAS Y ACCIONES E. RESPIRATORIA	CRONOGRAMA								OBSERVACIONES			
	2016				2017							
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4				
ESTRATEGÍA DE RESPIRATORIAS												
Programa de Prevención y detección precoz de EPOC y Asma												
Prevención comunitaria universal frente al Tabaco.												ISPLN
Prevención selectiva de tabaquismos en adolescentes y jóvenes												ISPLN
Recomendación general de abandono del tabaco												
Prescripción indicada de abandono del tabaco en el embarazo												
Talleres de ayuda para dejar de fumar en los Centros de Salud												
Detección precoz selectiva de EPOC (>40 años, síntomas respiratorios e historia de tabaquismo)												
Vacunación antineumocócica y antigripal estacional en pacientes con EPOC												
Programa de atención al Asma y EPOC												
Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención al Asma por niveles de severidad según la metodología de crónicos												
Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención al paciente EPOC por niveles de severidad según la metodología de crónicos												
Protocolos informatizados compartidos de EPOC y ASMA												EV pendiente EUNATE editable
Ayuda al diagnóstico de EPOC Tele-espirometría												EV abierto
Consulta monográfica de Asma de difícil control												
Enfermeras Gestoras de Casos en Primaria y Enfermera de Enlace en Especializada												
Consulta urgente de reagudización. Presencial y no presencial												
Alternativas a la hospitalización convencional en caso de reagudización												
Programa de Autocuidados y Paciente Experto incluyendo la prescripción de ejercicio físico terapéutico												ISPLN
Sistematizar el uso de escalas de estado de salud percibido y evaluación de calidad de vida EQ-5												
Garantizar seguimiento neumológico de pacientes con ventilación mecánica no invasiva												
Programas de Rehabilitación Respiratoria y Deshabituación Tabáquica Avanzada												
Prescripción indicada de deshabituación tabáquica en Enf. Resp. Crónicas. Captación en ingreso, circuito AP/especializada												
Unidad de Enfermería Especializada en deshabituación tabáquica. EPOC Moderados y Severos con intentos previos.												
Estructurar Programas Rehabilitación Respiratoria en los casos de EPOC moderado/grave												
Prescripción de ejercicio físico terapéutico y adaptación al esfuerzo												
Facilitar acceso terapia respiratoria domic. y dispositivos móviles												
Telemonitorización de pacientes severos												
Programa de prevención y vigilancia de neumonías nosocomiales y comunitarias en centros hospitalarios												
Vacunación antigripal y antineumocócica en pacientes de riesgo.												
Deshabituación tabáquica en pacientes de riesgo.												
Protocolo de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las neumonías por perfiles de riesgo de pacientes.												
Revisión sist. y periódica pautas antibioterapia en neumonía.												
Análisis de la mortalidad por neumonía.												
Registro neumonías nosocomiales y comunitarias en Hospital												

■ acción en proceso de realización
 ■ ya realizada
 ■ no iniciada



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

PLAN DE ACCIÓN E. NEUD.									
PROGRAMAS Y ACCIONES E. NEURODEGEN.	CRONOGRAMA								OBSERVACIONES
	2016				2017				
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
ESTRATEGÍA NEURODEGENERATIVAS									
Programa de atención a la Demencia									
Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención a la Demencia por niveles de severidad según la metodología de crónicos		■	■			■			
Protocolo informatizado compartido de Demencia									pendiente EV EUNATE editable
Valoración e intervención integral socio-sanitaria coordinada con Departamento de Derechos Sociales		■	■	■	■	■	■	■	
Poner en marcha una Unidad Multidisciplinar de Demencias						■			
Enfermeras Gestoras de Casos en Primaria y Enfermera de enlace en Especializada		■	■						
Protocolo estimulación cognitiva y ejercicio en ambulatorios, domicilio e institución. Criterios de derivación a Unidad de Memoria		■				■			
Protocolo específico de atención a las alteraciones conductuales.		■	■	■	■		■		
Consulta urgente especializada para períodos de desestabilización. Presencial y no presencial		■	■			■			
Alternativas a hospitalización convencional en reagudización		■	■			■			
Planificación al alta y continuidad de cuidados. Contacto a las 24 h		■	■			■			
Programa específico de Capacitación y Apoyo a la Persona cuidadora de pacientes con Deterioro Cognitivo									
Escuela de Personas Cuidadoras. Aula específica de Cuidado a la Demencia. Persona Cuidadora Experta.									ISPLN
Capacitación específica en pautas de estimulación cognitiva y alteraciones conductuales.									ISPLN
Identificación de la Persona cuidadora principal en Historia Clínica y evaluación sobrecarga y Euroqol.		■	■	■		■			falta EQ-5D
Disposición de plazas de respiro y apoyo a la Persona Cuidadora.		■	■	■	■	■	■	■	
Promocionar la participación de las personas cuidadoras en grupos de autoayuda.									ISPLN
Promover la participación en el cuidado del resto de la familia y apoyo de voluntariado.		■	■	■	■	■	■	■	
Atención continuada telefónica especializada		■	■			■			
Programa de atención al Párkinson y otros trastornos del movimiento									
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						■			
Protocolo informatizado compartido de Párkinson						■			
Poner en marcha una Unidad Multidisciplinar de Párkinson						■			
Unidad de Rehabilitación Neurológica						■			
Enfermeras de enlace en Especializada						■			
Programa de atención a Enfermedades Neuromusculares									
Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención a las Enfermedades Neuromusculares por niveles de severidad según la metodología de crónicos					■	■			
Protocolo informatizado compartido Enf.Neuromusculares					■	■	■	■	
Poner en marcha una U M E. Neuromusculares					■	■			
U. Rehabilitación Neurológica(marcha, foniatría y tera ocupacional)					■	■	■		
Enfermeras de enlace en Especializada					■	■	■		
Ver también programas de “Atención domiciliaria sociosanitaria” y de “Rehabilitación funcional de ámbito comarcal”									

■ acción en proceso de realización ■ ya realizada ■ no iniciada



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

PLAN DE ACCIÓN										
PROGRAMAS Y ACCIONES	CRONOGRAMA								OBSERVACIONES	
	2016				2017					
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4		
ESTRATEGÍA DE VASCULARES Y DIABETES										
Prevención Primaria de Enfermedad Vascolar										
Evaluación periódica RCV a toda la población según recomendac.	■									
Cribado de Hiperglucemia en personas con factores de riesgo	■									
Programa de control y tratamiento efectivo de la HTA y Diabetes.	■									
Prevención IRenal de origen vascular y cribado ERC en P. riesgo	■									
Despistaje de HLP Familiar AP, Cardio, Neuro, y Endocrinología	■									
Prescripción de dieta, ejercicio físico y abandono tabáco	■									
Intervención específica y control según nivel de riesgo	■									
Programa de Autocuidados	■									
Coordinar y racionalizar controles y autoc. Médico-Enfermera AP	■									
Colaboración de farmacias extrah. en autocontrol del paciente										Revisar estado de proyecto con Departamento de Salud
Prevención Secundaria de Enfermedad Vascolar										
Autocuidados incluyendo prescripción ejercicio terapéutico.										
Protocolos de tratamiento de la FA y HTA, anticoagulación etc.										GTT estrategia seguridad en anticoagulación. Pendiente actualización protocolo FA
Detección precoz afecta. órgano diana HTA (nefropatía, retino..)	■									
Coordinar y racionalizar controles entre AP y AE.										
Programa de atención y rehabilitación de la Insuficiencia Cardíaca										
Atención Insuf. Card. por niveles de severidad según E. crónicos		■	■			■				
Protocolo compartido Insuf. Card. común en HCL.								■		Pendiente EVEUNATE editable
Reagudización Insuf. Card. difícil control (consulta día, INP y no)		■	■			■				
Enfermeras Gestoras Casos y Enlace en AP y AE								■		
Alternativas ingreso reagudización (Hospital vs HaD, H. día etc.)		■	■			■				
Planificación al alta y continuidad de cuidados		■	■			■				
Evaluación de calidad de vida EQ-5								■	■	
Inclusión en el Programa de Rehabilitación Cardíaca.								■		
Autocuidados/Pac.Experto con prescripción ejercicio										ISPLN
Telemonitorización de pacientes severos										carpeta salud
Insuf. Cardíaca en programas cuidados de paliativos.		■	■			■				
Programa de atención y rehabilitación de la Isquemia Cardíaca										
Atención CV por niveles de severidad según E. crónicos								■	■	
Protocolos informatizados compartidos de Enf. Isqué. Corazón								■	■	
Código IAM (Ver E. Urgencias Tiempo Dependientes)	■									
Garantizar el tratamiento técnico adecuado del IAM en mujeres								■	■	
Enfermeras Gestoras Casos y Enlace en AP y AE								■	■	
Programa de rehabilitación cardíaca								■	■	
Autocuidados/Pac.Experto con prescripción ejercicio										ISPLN
Programa de atención y rehabilitación del Ictus										
Patrón al Ictus por niveles de severidad según E. crónicos								■	■	
Protocolo informatizado compartido de Ictus								■	■	
Código Ictus (Ver E. Urgencias Tiempo-Dependientes)		■	■							
CHN con los Hospitales Comarcales (Tele Ictus, Tele IAM)										pendiente tele IAM
Unidad de Ictus		■	■							
Enfermeras Gestoras de Casos y Enlace AP y AE								■	■	
Programa de rehabilitación en fase aguda al Ictus										
Programa de convalecencia residencial rehabilitadora										
Programa de Autocuidados / Paciente Experto incluyendo prescripción de ejercicio físico terapéutico.										ISPLN
Programa de capacitación y apoyo a la persona cuidadora.										ISPLN
PROGRAMAS Y ACCIONES										
ESTRATEGÍA DIABETES										
ESTRATEGÍA DIABETES										
ESTRATEGÍA DIABETES										
Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención a la Diabetes por niveles de severidad según la metodología de crónicos		■	■			■				
Protocolo informatizado compartido de Diabetes con utilización adecuada de nuevos fármacos y dispositivos									■	EV EUNATE editable
Unidad de Diabetes									■	
Enfermeras Gestoras de Casos en Primaria y Enfermera de Enlace en Especializada									■	
Favorecer la atención integral al paciente diabético hospitalizado por causas ajenas a su diabetes									■	
Unificar protocolos de diabetes a aplicar en los servicios de urgencias y en pacientes ingresados.									■	
Alternativas a la hospitalización convencional en caso de reagudización		■	■							
Planificación al alta y continuidad de cuidados		■	■							
Programa de Autocuidados / Paciente Experto incluyendo prescripción de ejercicio físico terapéutico.										ISPLN
Herramientas de ayuda al autocuidado. Aplicaciones telemáticas y consulta telefónica										carpeta salud

■ acción en proceso de realización ■ ya realizada ■ no iniciada



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

ANEXO J.4: Indicadores priorizados de la Estrategia de Crónicos del Plan de Salud.

En este Anexo se presenta un resumen de los indicadores priorizados desde la perspectiva del Plan de Salud. Se han diferenciado 2 tipos de indicadores:

Indicadores de resultados, y señalizados en blanco. De éstos se presentarán los datos disponibles actuales, anotando en observaciones el año de disponibilidad del dato. Posteriormente se hará la comparativa si fuera posible con el mismo dato antes de iniciar el Plan de Salud y se volverá a presentar el dato una vez finalizado el periodo del Plan de Salud en 2020 como parte del informe final.

Indicadores de proceso- KPI que nos sirven para monitorizar los avances de la Estrategia. Deberíamos poder tenerlos con periodicidad semestral y deben promover acciones, miden inductores de éxito. Son los señalizados en color y a ser posible se presenta el dato diferenciado para hombres y mujeres.

Se han considerado sobre todo 2 posibles denominadores de los indicadores en el caso de la Estrategia de Crónicos:

“**CRÓNICO**” = se considera a la población que tenga alguna de las 9 patologías: Ictus, C. Isquémica, Insuficiencia Cardíaca, DM2, Asma, EPOC, Insuficiencia Renal Crónica, Cirrosis, Demencia

Población Diana de Estrategia de Crónicos “**P. Diana EC**” = son los que se considera que deben incluirse en la Estrategia de Crónicos (EC) 2016-17 (los PP Severos o Paliativos + los definidos cada perfil)

PRIORIZACIÓN DE LOS INDICADORES

Para la priorización de los indicadores, se ha trabajado en grupo de trabajo pequeño de cada Comité, y luego se han aprobado en reunión del Comité Técnico:

Los criterios de priorización utilizados ⁽¹⁾ han sido los siguientes:

- Que cumpla los requisitos de un buen indicador en cuanto a Disponibilidad, Validez (reproducibile), y Fiabilidad
- Que aporte información sobre acciones/programas que actúan sobre problemas de magnitud y trascendencia (gravedad y repercusión social) grande. Muy aplicable en los indicadores de resultados
- Que sea útil para la toma de decisiones, que conduzca a la acción. Muy aplicable en los indicadores de proceso

(3) Bibliografía: Características de un buen indicador. Lección 4 UNAD

CODIFICACIÓN

Para la CODIFICACION y numeración de los objetivos se ha realizado en relación a objetivos del Plan de Salud (PS): 1º dígito: G=Obj. General PS, E= Específico de una Estrategia; 2º dígito es de cada Estrategia: V=vascular, C=Crónico sobre todo en relación a pluripatológico; 3º dígito: obj. del PS: M=Mortalidad; m=morbilidad; D=Discapacidad; S=Sostenibilidad; E=Equidad; EV= Estilos de vida; C=Calidad; A= Autocuidados; 4º dígito: nº orden en panel indicadores resultados PS.



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

INDICADORES PLAN DE SALUD Y ESTRATEGIA CRÓNICOS * (ver explicación al final de tabla)- P. Crónica= tenga alguna de las 9 patologías- P. Diana EC= los considerados a incluir en EC							Resultados			
Nº	Código	Objetivo Plan S. Mejorar:	Objetivos Específicos	INDICADOR	Observaciones	Prioridad	Hombre	Mujer	Total	Periodo
1	G.C.M.3	MORTALIDAD	Disminuir la mortalidad prematura por Infartos (IAM) e Insuficiencia cardiaca	Tasa de mortalidad prematura (en <75 años) por Enfermedad coronaria	Es tasa ajustada a la población europea actualizada	1	33,7 (26,6-40,7)	6,6 (3,6-9,7)	20,2(16,9-23,4).	2015
		DISCAPACIDAD	Mejorar discapacidad de P. crónica							
2	G.C.D. 1.8	DISCAPACIDAD	Aumentar % cuidadores registrados HCI de: P.demencia ó de P.Paliativos o de PPsevero,	%P. demencia o PP de Población diana EC que tienen persona cuidadora identificada en Hª clínica	Se valorará los que tienen cuidador en domicilio y también los que están en Residencias . Datos también de severos y paliativos (SyP)	1			57,62% demencias (SyP=71,6%); 36,68% PP (SyP=59,9%)	2016
3	G.C.m.6	MORBILIDAD	Disminuir la morbilidad y severidad en las personas con patología crónica	% P. adulta que se considera crónica, con percepción de estado de salud malo o muy malo	En ECV 2012 datos de p. general tienen el 21,2% de hombres y 25,9% de mujeres	1			Pendiente dato en P. crónica ECV 2017	
4	E.V.m.0. 1	MORBILIDAD	Medir y reducir las descompensaciones de los pacientes crónicos con DM2	% P. DM2 controlada	N= DM2 (tienen al menos una HbA1c=24.701 de los 36.455DM, osea cobertura=67,7%) y con HbA1c <8%	1			58,40%	2016
5	E.V.m.0.		P. con HTA debe tenerla controlada para disminuir Factores RCV	% P. HTA controlada	N= Es P. atendida 15-75años con HTA y al menos medida 1 vez/año y esta o la media de 2 últimas es ≤140/90	1			64,50%	2016
6	E.V.m.0.		DLP con medición Factores RCV	% P. con DLP en Prev. 1ª que tienen medido RCV	Pendiente de dar resultado AP. Se valora sobre P. de 35-75años	1				2016



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

INDICADORES PLAN DE SALUD Y ESTRATEGIA CRÓNICOS (continuación)							Resultados			
P. Crónica= tenga alguna de las 9 patologías- P. Diana EC= los considerados a incluir en EC							Hombr	Mujer	Total	Periodo
Nº	Código	Objetivo Plan S. Mejorar:	Objetivos Específicos	INDICADOR	Observaciones	Prioridad				
		SOSTENIBILIDAD	Contribuir con la E. Crónicos a mejorar la sostenibilidad SNS							
7	G.C.S.2	SOSTENIBILIDAD	Reducir en un 25% las urgencias hospitalarias de los pacientes Crónicos	Tasa de visitas a urgencias hospitalarias de P. Diana EC*	En EC se considera el indicador de la población diana de crónicos y por ello se anota actualmente esto	1			0,20	2016
8	G.C.S.4		Reducir las estancias hospitalarias de P. crónica	Media de estancias Hospitalarias de P. Diana	Propuesto y aprobado en reunión Comité 1-3-17. No incluye estancias de HaD	2				
9	G.C.S.6		Aumentar las Hospitalizaciones Domiciliarias de P. crónica frente a ingresos hospitalarios	% Estancias de Crónicos en en HaD sobre la del total de hospitalizaciones *	Se adopta el indicador de EC que presenta el Sº de Efectividad	1			11,71%	2016
10	G.C.I.0.	EQUIDAD	Cobertura poblacional de E. crónicos al 100% ZBS de Navarra	%Disponibilidad o extensión a ZBS de Navarra de EC	Indicador según cronograma extensión PP y 4 perfiles		21,5% de la población= crónicos y PP 1,2%	18,4% son crónicas y PP 0,9%	100%	2017
11	G.C.I.0.2	EQUIDAD	% P. crónica de EC incluida en EC	% P. Diana EC con valoración global realizada por ZBS *	La presentación por ZBS está disponible y por áreas es: Pamplona=10%; Tudela=8%; Estella=13%	1			9,96%	2016
12	G.C.I.03		Prevalencia DM2 por ZBS vs esperada sea próxima a 1	Tasa Prevalencia DM2 ajustada por grupos edad	Datos disponibles en Observatorio Salud por edad y por ZBS. Aquí Tasa ajustada DM2 ≥20 a.	1	8,30%	6%	6,91 IC=(6,84 – 6,97)	2017
13	G.C.E.6	ESTILOS DE VIDA	60% crónicos abandonen tabaco o sean no fumadores	% P. que se considera Crónica y son no fumadores	57.210 hombres y 50.380 mujeres son crónicos. En ECV 2017 se calculará los no fumadores sobre los que se consideran crónicos	1			dato ECV pendiente 2017 sobre los que se consideran crónicos	2017
14	G.C.E.1		Mejorar el % de crónica sin sobrepeso y crónica que hacen ejercicio	% P. que se considera Crónica que hacen ejercicio. Idem con sobrepeso	Datos ECV 2017 de Ejercicio y Sobrepeso, pero éste en Encuesta Europea valores de P.total	1	47,2% de P. total tiene sobrepeso	26,9% de P. total tiene sobrepeso	Pendiente dato en P. crónica ECV 2017	2014
15	G.C.E.6.1	ESTILOS DE VIDA	Conocer el % de P. crónica que va dejando de fumar o son, nuevos crónicos no fumadores, en el periodo estudiado	% P. crónica que dejan de fumar en el periodo estudiado	Medirlo cada año en la P. crónica a la que se ha puesto DGP de EXFUM o NO FUM. Pendiente datos 2016	2				
16	G.C.C.2	CALIDAD VIDA	Mejorar calidad de vida de población crónica	% P. que se considera crónica y con mala calidad de vida (EQ 5)	Pendiente dato ECV 2017 yes sobre P. que se consideran P. crónica	1			Pendiente dato en P. crónica ECV 2017	
17	G.C.C.7	CALIDAD VIDA	Incluir a paliativos de P. diana EC en programa paliativos	% P. Diana EC que son Paliativos y tienen Protocolo y/o episodio de Paliativos	Para ver si tienen protocolo al menos tienen que tener cumplimentada DGP "dolor". Pendiente datos 2016	2				
18	G.C.A.0	AUTOCUIDADOS	% P. diana EC que está formada (pacientes activos)	% P. Diana EC que recibe formación en talleres autocuidados	Oferta desde ISPLN de 8 talleres por semestre de 15-20 plazas+ talleres dados en Las Zonas Básicas de Salud. Pendiente dato ISPL	1			343 personas Pendiente conocer % P. crónica	2015-16
19	G.C.A.1	AUTOCUIDADOS	60% de los pacientes P. diana EC hayan recibido formación en Autocuidados	% P. diana EC formados en autocuidados *	En P. de algún perfil como demencia se considera si se da formación en autocuidados al cuidador	1			46,28%	2016

* son indicadores de la EC que se tienen datos por área y ZBS pero no datos de 2016 por sexo

Indicadores KPI. Son de proceso y se deben medir con cierta frecuencia para monitorizar los avances de la Estrategia, al menos semestral y deben promover acciones, miden inductores de éxito (8 prioridad 1 y tres 2)

Indicadores de resultados específicos de la Estrategia Crónicos (7).



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

ANEXO J. 5: Indicadores del Cuadro de Mandos Clínico EC

DIMENSIÓN	INDICADORES
Calidad	% CON VALORACIÓN GLOBAL REALIZADA
Calidad	% CON ESPECIALISTA REFERENCIA
Calidad	% CUBOS ROJOS
Efectividad/Resultado	TASA de INGRESOS
Efectividad/Resultado	TASA URGENCIAS HOSPITALARIAS
Efectividad/Resultado	TASA REINGRESOS A 30 DIAS
Efectividad/Resultado	Hospitalizaciones potencialmente evitables
Calidad	% CLASIFICADOS COMO SEVEROS Y /O PALIATIVOS
Calidad	% CLASIFICADOS COMO SEVEROS Y /O PALIATIVOS CON PLAN INTERVENCION INTEGRAL
Calidad	% SEVEROS/PALIAT. CON VALORACION DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL
Calidad	EDUCACION EN AUTOCAUIDADOS RECIBIDA
Seguridad	% ALTAS CUBOS ROJOS CON CONCILIACIÓN AL ALTA
Seguridad	% PACIENTES CON REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO
Seguridad	% POLIMEDICADOS (≥8) CUBO ROJO SIN INGRESO ULTIMO AÑO CON REVISIÓN MEDICACIÓN
Calidad	PLANIFICACION PRECOZ DEL ALTA: I. cont cuidados
Calidad	PLANIFICACION PRECOZ DEL ALTA: Trabajo social
Efectividad/Resultado	MEDIA DE ESTANCIAS POR PACIENTE Y AÑO
Efectividad/Resultado	% INGRESOS en HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO
Efectividad/Resultado	% de ESTANCIAS EN H. A DOMICILIO
Calidad	CONTINUIDAD ASISTENCIAL . Cita en AP o EC 24 HORAS
Seguridad	% POLIMEDICADOS (≥8)
Calidad	% de pacientes con demencia en los que consta GDS*
Calidad	% pacientes IC con registro NYHA
Efectividad/Resultados	% pacientes con HbA1c dentro de objetivo (media de las 2 últimas determinaciones) -Grupo 1: < 75 años y < 15 años de evolución sin complicaciones: HbA1c < 7% -Grupo 2: < 75 años y > 15 años de evolución o <75 años con complicaciones o comorbilidades graves: HbA1c < 8% -Grupo 3: > 75 años o < 75 años, "severos o paliativos": < 8,5%
Calidad	Pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia en tratamiento con neurolépticos de acción prolongada
Calidad	% pacientes de la población diana de IC a los que se ha realizado ECOcardiograma
Calidad	% pacientes de la población diana de IC con fibrilación auricular(FA) en tto con ACO
Seguridad	% pacientes con perfí Demencia en tratamiento con neurolépticos
Efectividad/Resultado	% reingresadores (2 ó más ingresos en 1 año)NO incluidos en la estrategia (sin cubo rojo?).
Calidad	% pacientes con disfunción sistólica con IECA y/o ARA II + BB
Seguridad	Valoración del riesgo de caídas en pacientes atención domiciliaria o institucionalizados o ingresados
Seguridad	Valoración del riesgo de UPP en pacientes domiciliarios o institucionalizados o ingresados
Efectividad/Resultado	% pacientes del perfil Diabetes con TA controlada (Media de las 2 últimas determinaciones: < 140/90. En mayores de 75 años: 160/90)
Calidad	Pacientes cubo rojo atendidos en Hospital de día
Calidad	Media de citas de pacientes cubo rojo atendidos en Hospital de día
Calidad	% pacientes en los que se han realizado las exploraciones y actividades preventivas de complicaciones recomendadas: IMC anual, hábito tabáquico anual, exploración de pie y registro de categoría de riesgo anual, exploración de fondo de ojo en los 2 últimos años, determinación óptima de HbA1c (al menos 2/año), determinación de
Seguridad	Demencia .Carga anticolinérgica
Calidad	% CON VALORACION DE SEVERIDAD CLINICA
Calidad	% CON VALORACION DE CUIDADOS
Calidad	% CON VALORACION DE NECESIDADES SOCIALES
Calidad	%SEVEROS o PALIATIVOS con info persona cuidadora
Calidad	% cuidadores con valoración de la sobrecarga registrada (Zarit)
Calidad	persona cuidadora con cuidados eficaces
Efectividad/Resultado	% INGRESOS CON ORIGEN DIFERENTE A URGENCIAS
Seguridad	VALORACION CRIBADO NUTRICIONAL EN CUBO ROJO
Efectividad/Resultado	% pacientes diagnosticados de retinopatía diabética
Seguridad	% pacientes con ic + fibrilación auricular(FA) NO anticoagulado y valoración riesgo embólico
Eficiencia	GASTO MEDIO POR PACIENTE
Calidad	% pacientes con prescripción de Clozapina, respecto al total de pacientes con F20
Calidad	% neurolépticos de acción prolongada
Calidad	%pacientes con diagnostico F20 y prescripción de neurolépticos de acción prolongada
Efectividad/Resultado	% pacientes con LDL-colesterol < 100 (medias de las 2 últimas analíticas a lo largo del año)
Efectividad/Resultado	% pacientes fumadores activos
Efectividad/Resultado	% pacientes diagnosticados de retinopatía diabética
Efectividad/Resultado	% pacientes diagnosticados de neuropatía diabética (somática y/o autonómica)
Efectividad/Resultado	% pacientes diagnosticados de nefropatía diabética (albuminuria > 30 mg/g Cr y/o MDRD < 60)
Efectividad/Resultado	% pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica o enfermedad cerebrovascular
Efectividad/Resultado	% pacientes diagnosticados de pie diabético
Seguridad	% pacientes en tratamiento insulínico que realizan autoanálisis de glucemia capilar
Calidad	Valoración del dolor en pacientes paliativos
Calidad	Calidad de vida Euroqol en pacientes
Calidad	Gestión de citas en AE. Especialidades con las que tienen citas
Calidad	% de pacientes cubo rojo a los que se les ha realizado consejo a pie de cama
Calidad	Adherencia tratamiento farmacológico
Cobertura	PREVALENCIA por intervalos de edad y sexo
Cobertura	tasa de incidencia por intervalos de edad y sexo
Efectividad/Resultado	tasa de mortalidad
Actividad	% pacientes con i. cardiaca en Fibrilación auricular
Calidad	% cuidadores de pacientes con EQ-5
Cobertura	% pacientes con demencia que han participado en programa de estimulación cognitiva
Calidad	% pacientes con valoración dependencia
Seguridad	Contención mecánica
Calidad	% pacientes en prevención secundaria cardiovascular en tratamiento con estatinas y antiagregantes
Efectividad/Resultado	% de pacientes con control glucémico para intensificar intervenciones (media de las 2 últimas determinaciones de HbA1c > 8% en general y > 8,5 en mayores
Seguridad	% pacientes que han presentado una hipoglucemia grave en los últimos 12 meses
Calidad	% pacientes con valoración de intensidad del dolor EVA
Calidad	% pacientes con valoración del FIQ
Calidad	% pacientes con valoración del Escala de HAD
Calidad	% pacientes con prescripción de ejercicio físico en Historia Clínica



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

Actividad	% pacientes que acuden a talleres de AP
Actividad	% de pacientes derivados a Medicina Interna, Rehabilitación y/o Unidad del Dolor
Actividad	% pacientes que acuden a talleres de psicoterapia en SM
Seguridad	% pacientes con opioides menores y/o mayores durante un período mayor de 6 meses
Cobertura	% pacientes en atención domiciliaria
Cobertura	% pacientes institucionalizados
Calidad	% pacientes severos o paliativos con valoración dependencia registrada
Calidad	% pacientes severos o paliativos con habilitación de citas en AP
Calidad	% pacientes con registro de voluntades anticipadas
Actividad	Frecuentación en AP por paciente y año
Actividad	% Consultas no presenciales/presenciales en AP
Actividad	Frecuentación en la unidad hospitalaria por paciente y año
Actividad	% Consultas no presenciales/presenciales en la unidad
Actividad	Enfermera de consejo
Actividad	Pacientes paliativos atendidos por ESAD
Efectividad/Resultado	Tasa urgencias extrahospitalarias (tasa por paciente-año)
Efectividad/Resultado	Tasa de reingresos a 90 días
Efectividad/Resultado	Estancias hospitalarias convencional (media por paciente-año)
Efectividad/Resultado	Mortalidad prematura
Eficiencia	Gasto medio en Farmacia
Eficiencia	Gasto medio en Hospitalización
Seguridad	% pacientes con fármacos 0-7
Seguridad	% pacientes con fármacos 8-12
Seguridad	% pacientes con fármacos \geq 13
Seguridad	% pacientes en riesgo de desnutrición
Seguridad	% pacientes con desnutrición/malnutrición
Seguridad	% pacientes con estado nutricional satisfactorio
Cobertura	tasa de prevalencia de pacientes con i.cardiaca con función sistólica conservada
Cobertura	tasa de prevalencia de pacientes con i.cardiaca con función sistólica limite
Cobertura	tasa de prevalencia de pacientes con i.cardiaca con función sistólica deprimida
Cobertura	tasa de prevalencia de pacientes con i.cardiaca con NYHA I
Cobertura	tasa de incidencia de pacientes con i.cardiaca por función sistólica (conservada, limite, deprimida)
Cobertura	tasa de incidencia de pacientes con i.cardiaca por grado funcional (NYHA)
Efectividad/Resultado	tasa de mortalidad intrahospitalaria de pacientes con i.cardiaca
Efectividad/Resultado	tasa de mortalidad de pacientes con i.cardiaca tras reingreso por i. cardiaca
Efectividad/Resultado	tasa de mortalidad prematura de pacientes con i.cardiaca por i. cardiaca
Actividad	% pacientes con i. cardiaca con tabaquismo activo en último año
Actividad	% pacientes con i. cardiaca que realizan actividad física en los 2 último años
Actividad	% pacientes con IC en cuya H ³ C ³ consta prescripción de ejercicio físico y abandono de tabaco
Actividad	% pacientes con i. cardiaca con registro NYHA en H ³ C ³ con resultado III-IV
Actividad	% pacientes con i. cardiaca con FE \geq 50 "conservada"
Actividad	% pacientes con i. cardiaca con FE 40-49 "límite"
Actividad	% pacientes con i. cardiaca con FE $<$ 40 "deprimida"
Actividad	% pacientes con i.cardiaca en Fibrilación auricular antiagregados
Actividad	% pacientes con i. cardiaca con IECA y/o ARA II
Actividad	% pacientes con i. cardiaca con betabloqueantes
Actividad	% pacientes con IC con determinación de peso, iones, función renal, TA en el último año
Actividad	tasa de ingresos hospitalarios ajustado por grado funcional
Actividad	tasa de ingresos hospitalarios ajustado por FEVI
Actividad	tasa de ingresos hospitalarios ajustado por edad
Efectividad/Resultado	% de descompensaciones en pacientes con i. cardiaca que precisan H.Día
Efectividad/Resultado	% de descompensaciones en pacientes con i. cardiaca que precisan H. Domicilio
Efectividad/Resultado	% de descompensaciones en pacientes con i. cardiaca que precisan atención en urgencias extrahospitalarias
Efectividad/Resultado	% de descompensaciones en pacientes con i. cardiaca que precisan atención en urgencias hospitalarias
Efectividad/Resultado	promedio días estancia en pacientes con i. cardiaca en S ^o Cardiología
Efectividad/Resultado	promedio días estancia en pacientes con i. cardiaca en S ^o M.Interna
Efectividad/Resultado	promedio días estancia en pacientes con i. cardiaca en S ^o Geriatria
Efectividad/Resultado	tasa de reingresos en pacientes con i. cardiaca a 1 año
Efectividad/Resultado	% de reingresos en pacientes con i. cardiaca por cardiopatía isquémica
Efectividad/Resultado	% de reingresos en pacientes con i. cardiaca por i. cardiaca



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

Calidad	%pacientes con i.cardiaca NYHA III-IV con valoración funcional
Calidad	% pacientes severos o paliativos con habilitación de citas en AP
Actividad	Frecuentación en la unidad hospitalaria por paciente y año
Efectividad/Resultado	Estancias hospitalarias convencional (media por paciente-año)
Seguridad	% pacientes en tratamiento con CRONICO BZD y análogos
Seguridad	% pacientes con Valoración de la disfagia
Calidad	% pacientes con objetivos (NOC) e intervenciones (NIC) de educación diabetológica registrados durante el último año
Calidad	% pacientes con albuminuria positiva en tratamiento con IECAs o ARA2
Calidad	% pacientes con IMC anual registrado
Calidad	% pacientes con al menos 2 tomas de TA durante el último año
Calidad	% pacientes con hábito tabáquico registrado y puesto al día
Calidad	% pacientes con exploración de pie y registro de categoría de riesgo realizados
Calidad	% pacientes con exploración de fondo de ojo realizada en los 2 últimos años
Calidad	% pacientes con al menos 2 determinaciones de HbA1c el último año
Calidad	% pacientes con determinación de Cr y cálculo de función renal (MDRD) en el último año
Calidad	% pacientes con determinación de albuminuria el último año
Calidad	% pacientes con determinación de LDL-colesterol realizada en el último año
Actividad	Frecuentación en Servicio de Endocrinología por paciente y año
Efectividad/Resultado	Reingresos a 90 días de causa metabólica
Efectividad/Resultado	Mortalidad prematura
Efectividad/Resultado	% pacientes con HbA1c dentro de objetivo (media de las 2 últimas determinaciones) -Grupo 1: < 75 años y < 15 años de evolución sin complicaciones: HbA1c < 7%; - Grupo 2: < 75 años y > 15 años de evolución o <75 años con complicaciones o comorbilidades graves: HbA1c < 8%; -Grupo 3: > 75 años o < 75 años, "severos o paliativos": < 8,5%
Efectividad/Resultado	% pacientes con TA controlada (Media de las 2 últimas determinaciones: < 140/90. En mayores de 75 años: 160/90)
Efectividad/Resultado	% pacientes con LDL-colesterol < 100 (medias de las 2 últimas analíticas a lo largo del año)
Efectividad/Resultado	% pacientes con registro de severidad de retinopatía en el último año
Efectividad/Resultado	% pacientes con retinopatía proliferativa
Efectividad/Resultado	% pacientes diagnosticados de edema macular
Efectividad/Resultado	% pacientes incluidos en circuito de tratamiento intravitreo
Efectividad/Resultado	% pacientes con albuminuria > 300 mg/g Cr
Efectividad/Resultado	% pacientes con IRC (MDRD < 30)
Efectividad/Resultado	% pacientes en programa de diálisis
Efectividad/Resultado	% paciente trsplantados de riñón
Efectividad/Resultado	% pacientes en tratamiento por polineuropatía dolorosa
Efectividad/Resultado	% pacientes con amputaciones por pie diabético
Efectividad/Resultado	% pacientes con lesiones activas por pie diabético en el último año
Seguridad	% pacienes con mal control crónico (2 últimas HbA1c > 9,5)
Seguridad	% pacientes que requieren insulina de acción rápida como parte de su tratamiento
Seguridad	% de pacientes que requieren >3 fármacos para control de su diabetes
Actividad	% pacientes derivados a Reumatología
Seguridad	% pacientes con opiodes mayores
Calidad	% pacientes con valoración de la severidad clínica "0"
Calidad	% pacientes con valoración de la severidad clínica "1"
Calidad	% pacientes con valoración de la severidad clínica "2"
Calidad	% pacientes con valoración de la severidad clínica "3"
Calidad	% pacientes con valoración de la severidad clínica "4"
Calidad	% pacientes con valoración de las necesidades de cuidados "0"
Calidad	% pacientes con valoración de las necesidades de cuidados "1"
Calidad	% pacientes con valoración de las necesidades de cuidados "2"
Calidad	% pacientes con valoración de las necesidades de cuidados "3"
Calidad	% pacientes con valoración de las necesidades de cuidados "4"
Calidad	% pacientes con valoración de las necesidades sociales "0"
Calidad	% pacientes con valoración de las necesidades sociales "1"
Calidad	% pacientes con valoración de las necesidades sociales "2"
Calidad	% pacientes con valoración de las necesidades sociales "3"
Calidad	% pacientes con valoración de las necesidades sociales "4"
Calidad	% pacientes con valoración de las necesidades sociales "5" "Pendiente"
Calidad	% pacientes con valoración dependencia "no valorado"
Calidad	% pacientes con valoración dependencia "en trámite"
Calidad	% pacientes con valoración dependencia "moderada"
Calidad	% pacientes con valoración dependencia "severa"
Calidad	% pacientes con valoración dependencia "gran dependencia"
Calidad	% pacientes con valoración dependencia "dependencia social"
Efectividad/Resultado	% de descompensaciones en pacientes con i. cardiaca >65 años que precisan atención en urgencias hospitalarias
Eficiencia	% pacientes en riesgo nutricional o desnutridos, que han precisado nutrición artificial durante el último año
Seguridad	% pacientes que realizan autoanálisis de glucemia capilar
Calidad	% pacientes con valoración del FIQ leve <39
Calidad	% pacientes con valoración del FIQ moderado ≥39 y <59
Calidad	% pacientes con valoración del FIQ grave ≥59
Efectividad/Resultado	% variacion de pacientes con FIQ grave≥59% respecto al año anterior



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

ANEXO J.6: Seguimiento EC enero 2017

ESTRATEGIA DE CRÓNICOS

TOTAL NAVARRA

Datos a: 20/01/2017

Pluripatológico		Diabetes		Demencia		Insuf. Cardíaca		Fibromialgia		No definido	
Pacientes Crónicos	3.852	Pacientes Crónicos	6.257	Pacientes Crónicos	2.197	Pacientes Crónicos	2.059	Pacientes Crónicos	1.881	Pacientes Crónicos	147
% AZUL	16,04%	% AZUL	2,08%	% AZUL	8,60%	% AZUL	6,51%	% AZUL	0,53%	% AZUL	44,22%
% ROJO	6,39%	% ROJO	0,53%	% ROJO	0,50%	% ROJO	2,04%	% ROJO	0,05%	% ROJO	55,78%
% Leves	5,57%	% Leves	6,82%	% Leves	2,62%	% Leves	1,05%	% Leves	50,00%	% Leves	0,85%
% Moderados	40,36%	% Moderados	47,73%	% Moderados	38,86%	% Moderados	43,68%	% Moderados	37,50%	% Moderados	8,55%
% Severos	52,51%	% Severos	43,75%	% Severos	57,21%	% Severos	53,16%	% Severos	12,50%	% Severos	89,74%
% Paliativos	1,56%	% Paliativos	1,70%	% Paliativos	1,31%	% Paliativos	2,11%	% Paliativos	0,00%	% Paliativos	0,85%
% Sin Valoración Global	76,71%	% Sin Valoración Global	97,19%	% Sin Valoración Global	89,58%	% Sin Valoración Global	90,77%	% Sin Valoración Global	98,72%	% Sin Valoración Global	20,41%
% Form. Autocuid.	54,75%	% Form. Autocuid.	51,06%	% Form. Autocuid.	36,37%	% Form. Autocuid.	51,24%	% Form. Autocuid.	18,93%	% Form. Autocuid.	68,71%
% Con Especialista	10,36%	% Con Especialista	1,29%	% Con Especialista	6,19%	% Con Especialista	5,39%	% Con Especialista	0,21%	% Con Especialista	61,22%
% Plan Terapéutico	12,69%	% Plan Terapéutico	1,53%	% Plan Terapéutico	7,19%	% Plan Terapéutico	6,07%	% Plan Terapéutico	0,58%	% Plan Terapéutico	36,73%
Necesidad de cuidados	35,38%	Necesidad de cuidados	5,67%	Necesidad de cuidados	15,38%	Necesidad de cuidados	15,49%	Necesidad de cuidados	1,28%	Necesidad de cuidados	79,59%
Necesidad social	22,53%	Necesidad social	2,64%	Necesidad social	10,01%	Necesidad social	8,06%	Necesidad social	0,96%	Necesidad social	38,78%
Severidad clínica	32,97%	Severidad clínica	4,16%	Severidad clínica	12,93%	Severidad clínica	13,16%	Severidad clínica	1,49%	Severidad clínica	84,35%
% Va. Cap. Funcional	49,14%	% Va. Cap. Funcional	22,15%	% Va. Cap. Funcional	68,41%	% Va. Cap. Funcional	41,14%	% Va. Cap. Funcional	4,89%	% Va. Cap. Funcional	74,15%
%Severos con cuidador	59,59%	%Severos con cuidador	66,25%	%Severos con cuidador	71,64%	%Severos con cuidador	67,62%	%Severos con cuidador	66,67%	%Severos con cuidador	44,34%
% Con cuidador	36,68%	% Con cuidador	19,47%	% Con cuidador	57,62%	% Con cuidador	35,89%	% Con cuidador	2,29%	% Con cuidador	60,54%
% Cuidador valorado	6,79%	% Cuidador valorado	2,30%	% Cuidador valorado	8,21%	% Cuidador valorado	1,62%	% Cuidador valorado	4,65%	% Cuidador valorado	8,99%
Tasa anual Urgencias AP	0,77	Tasa anual Urgencias AP	0,60	Tasa anual Urgencias AP	0,58	Tasa anual Urgencias AP	0,65	Tasa anual Urgencias AP	0,56	Tasa anual Urgencias AP	1,05
Tasa anual Urgencias AE	0,29	Tasa anual Urgencias AE	0,17	Tasa anual Urgencias AE	0,15	Tasa anual Urgencias AE	0,23	Tasa anual Urgencias AE	0,15	Tasa anual Urgencias AE	0,44
Tasa anual Ingresos	0,58	Tasa anual Ingresos	0,29	Tasa anual Ingresos	0,22	Tasa anual Ingresos	0,44	Tasa anual Ingresos	0,14	Tasa anual Ingresos	1,29
Estancia Media	7,63	Estancia Media	7,41	Estancia Media	6,94	Estancia Media	7,49	Estancia Media	5,52	Estancia Media	7,84
%Estancias que son HD	14,25%	%Estancias que son HD	6,83%	%Estancias que son HD	14,97%	%Estancias que son HD	13,44%	%Estancias que son HD	7,08%	%Estancias que son HD	15,57%
ROJO- Tasa Urg. Hosp.	0,65	ROJO- Tasa Urg. Hosp.	0,70	ROJO- Tasa Urg. Hosp.	0,36	ROJO- Tasa Urg. Hosp.	0,74	ROJO- Tasa Urg. Hosp.	0,00	ROJO- Tasa Urg. Hosp.	0,55
Concil. Polim. s/i últ. añ	0,00	Concil. Polim. s/i últ. añ	0,00	Concil. Polim. s/i últ. añ	0,00	Concil. Polim. s/i últ. añ	0,00	Concil. Polim. s/i últ. añ	0,00	Concil. Polim. s/i últ. añ	0,00
% Polimedicados (>=8)	76,97%	% Polimedicados (>=8)	57,47%	% Polimedicados (>=8)	39,64%	% Polimedicados (>=8)	59,15%	% Polimedicados (>=8)	25,78%	% Polimedicados (>=8)	72,79%
% Cardiólogo	0,75%	% Cardiólogo	0,10%	% Cardiólogo	0,05%	% Cardiólogo	1,12%	% Cardiólogo	0,00%	% Cardiólogo	2,04%
% Neurólogo	0,36%	% Neurólogo	0,06%	% Neurólogo	3,32%	% Neurólogo	0,15%	% Neurólogo	0,11%	% Neurólogo	0,00%
% M. Interna	7,40%	% M. Interna	0,86%	% M. Interna	1,73%	% M. Interna	3,55%	% M. Interna	0,11%	% M. Interna	45,58%
% Geriatra	1,84%	% Geriatra	0,27%	% Geriatra	1,09%	% Geriatra	0,58%	% Geriatra	0,00%	% Geriatra	13,61%
% Endocrino	0,00%	% Endocrino	0,00%	% Endocrino	0,00%	% Endocrino	0,00%	% Endocrino	0,00%	% Endocrino	0,00%
% En Domicilio	10,18%	% En Domicilio	1,47%	% En Domicilio	7,65%	% En Domicilio	5,93%	% En Domicilio	0,21%	% En Domicilio	31,97%
% En Residencia	2,41%	% En Residencia	0,59%	% En Residencia	3,37%	% En Residencia	1,02%	% En Residencia	0,05%	% En Residencia	0,68%
ROJO- 3/4Cont AP 24h Alta	66,77%	ROJO- 3/4Cont AP 24h Alta	73,42%	ROJO- 3/4Cont AP 24h Alta	100,00%	ROJO- 3/4Cont AP 24h Alta	80,62%	ROJO- 3/4Cont AP 24h Alta	0,00%	ROJO- 3/4Cont AP 24h Alta	67,99%



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

INFORMACION ADICIONAL: Composición de Comités a fecha mayo 2017

COMITÉ COORDINADOR DEL PLAN DE SALUD

Presidente del Comité	Luis Gabilondo
Responsable de la Estrategia Prevención y Promoción P. Infantil y adolescente	Lázaro Elizalde
E. Promoción y autocuidados P. adulta	Koldo Cambra
E. Atención a la discapacidad y autonomía	Mercedes Ferro
E. Prevención y atención en Salud Mental	Begoña Flamarique
E. Prevención y atención al cáncer	Ruth Vera
E. Seguridad del paciente	Carmen Silvestre
E. Atención a Urgencias tiempo dependientes	Tomás Belzunegui
E. Crónicos	Cristina Ibarrola
Director del Servicio de Planificación, Evaluación y Gestión del Conocimiento	Javier Abad
Subdirector de asistencia sanitaria integrada del SNS-Osasunbidea.	Javier Apezteguía
Subdirector Procesos Ambulatorios y Diagnóstico del CHN	Manuel Montesinos
Directora de cuidados sanitarios del Complejo Hospitalario de Navarra	María teresa Soria
Subdirectora de Atención Primaria	Marimar Malón
Gerente de Estella	M ^a Luisa Hermoso de Mendoza
Gerente de Tudela	José Ramón Mora
Jefa de Servicio de Cuidados Asistenciales y Atención Domiciliaria de Atención primaria	Ana Granada
Directora de Cuidados Sanitarios del Complejo Hospitalario de Navarra	María Teresa Soria
Jefa de Sección de Planificación, y de la Unidad Técnica de apoyo al Plan, que actuará como Secretaria del Comité	Carmen Fuertes



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

COMITES TÉCNICOS

(En azul claro los responsables de programas y en gris los de gestión)

A. Prevención y Promoción P. Infantil y Adolescente	
Responsable de la Estrategia	Lázaro Elizalde Soto, Director de Servicio de Ciudadanía Sanitaria, Aseguramiento y Garantías
Programa de Prevención de Riesgos en Embarazo y Parto	Ginecóloga Eva Arpa Nadal y Matrona Jefa de la Unidad de Partos del CHN Araceli Mejías Jiménez
Prevención de la Discapacidad y Atención a las Enfermedades Crónicas Infantiles	Jefa del Servicio de Pediatría del CHN, Ainhoa Iceta Lizarraga, enfermera de la Unidad de Enfermería de hospitalización pediátrica del CHN Margarita Aliaga Marín; Directora del Centro de Atención Temprana, Amalia Cuartero Arteta
Salud en Infancia y Adolescencia en Atención Primaria	Pediatra de AP, José Antonio Heras Galindo y enfermera Juana Larrayoz Iriarte
Intervención integral en desigualdad y riesgo psicosocial infantil. Programa comunitario de promoción de la salud en infancia y adolescencia	Servicio Promoción Salud Comunitaria del ISPLN, Rocío Ibáñez Espinal Servicio Promoción Salud Comunitaria del ISPLN, María Rosario Múgica Martínez
Vacunaciones Infantiles	Jefe Sección Epidemiológica y vacunaciones: Aurelio Barricarte Gurrea
CHN: Subdirectora de Cuidados Ambulatorios y Apoyo al diagnóstico	Elena Antoñanzas Baztán
Representante Área Regionales	María Lorente Simón, del Área de Tudela
Unidad técnica del Plan	Itxaso Mugarra Bidea del Servicio de Planificación, Evaluación y Gestión Conocimiento
Representante de la ciudadanía	Laura Lecumberri de Asociación Amagintza



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

B. Comité técnico de la estrategia de Promoción de Salud y Autocuidados en Población Adulta	
Responsable de la estrategia	Koldo Cambra Contin, Jefe Servicio de Promoción de Salud Comunitaria del ISPLN
	Coordinador responsable
Programa comunitario de Promoción de la Salud	Pilar Marín Palacios, Servicio de Promoción de Salud Comunitaria del ISPLN
Intervención personalizada sobre estilos de vida	Maite Arizaleta Beloqui del Servicio de Apoyo G. Clínica y Continuidad Asistencial de AP
Programa de envejecimiento saludable	Nerea Egües Olazabal, Servicio de Promoción de Salud Comunitaria del ISPLN y Álvaro Casas Herrero, Servicio Geriatria del CHN
Autocuidados y Promoción de salud en personas adultas. Escuelas de Pacientes/salud	Amaia Aguas, Servicio de Promoción de Salud Comunitaria del ISPLN
Programa de Prevención selectiva en colectivos vulnerables	Raquel Gonzáles Eransus, Servicio de Promoción de Salud Comunitaria del ISPLN
Persona en representación del Sº Apoyo G. Clínica y Continuidad Asistencial de AP	Guillermina Marí Puget
Jefa de Sección Asistencial de Enfermería de AP	Begoña Viejo Hernandez
Apoyo por Unidad Técnica Plan Salud	Itxaso Mugarra Bidea



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

D. Comité Técnico de Prevención y Atención al Cáncer	
Responsable de la Estrategia	Jefa Servicio Oncología Médica Ruth Vera García
Programa de prevención en cáncer	Jefa Sº Epidemiología y prevención sanitaria Nieves Ascunce Elizaga
Organización y estructura en Atención al Cáncer	Director Asistencial CHN Jesús Berjón Reyero
Alta Resolución y Personalización en cáncer	Servicio de oncología médica Nuria Láinez Milagro
Apoyo y Atención psicosocial al cáncer	Jefa Unidad de Hospitalización de Día Lourdes Gómara
ISPLN. Jefa Sección Observatorio de la Salud.	Eva Ardanaz Aicua
CHN FEA Sº Apoyo a la Gestión clínica y Continuidad asistencial de Atención Especializada	Marisa Saldaña Lusarreta
Jefa Sº AP y Continuidad Asistencial área Estella	Nancy Nelly Gonzalo Herrera
Jefe Servicio Oncología Radioterápica	Enrique Martinez Lopez
Jefe Área Clínica de Cirugía del CHN	Miguel A. Ciga Lozano
Jefe del Servicio de Digestivo del CHN	Jose Manuel Zozaya Urmeneta
Jefe del Servicio de Radiología del CHN	Luis Miranda Orella
Jefe Servicio de Anatomía Patológica	Federico Garcia Bragado Acin
Unidad Técnica del Plan y Res. Form. e invest.	Javier Abad Vicente / Vega García López
Jefe Unidad de Cuidados Paliativos S. Juan de Dios	Marcos Lama Gay
Representante de Ciudadanía	Paco Arasanz Seral presidente de la AECC



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

E. Comité Técnico de la estrategia de Prevención y Atención en Salud Mental	
Responsable de la Estrategia	Begoña Flamarique Chocarro, Gerente de Salud Mental
Programa de Atención Sociosanitaria al TMG	Javier Antomás Osés , Jefe de Servicio de Cuidados Asistenciales de Salud Mental
Prevención y Atención en SM infanto juvenil	Sara Chivite Lasheras, Jefa Servicio Área Atención ambulatoria
Capacitación y apoyo a la persona cuidadora en TMG	Germán Jusué Erro, Jefe Servicio Recursos intermedios
Atención integral al TMG	Víctor Peralta Martín, Jefe Servicio Recursos Hospitalización de SM
Programa de prevención en Salud Mental	Marga Echauri Ozcoidi, Jefa Sección Promoción de la Salud y Salud en todas la Políticas del ISPLN
Dirección de Atención Primaria	M ^a del Mar Malón Musgo, Subdirectora AP
Apoyo de la Unidad Técnica de Apoyo al PS	Idoia de Gaminde Inda, Jefa Sección Investigación del Servicio Planificación E y GC del Departamento de Salud.



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

G. Atención a las Urgencias Tiempo dependientes	
Responsable de la estrategia	Subdirector asistencial procesos hospitalización y urgentes: Tomás Belzunegui Otano
Programa de Tecnología y Comunicación de urgencia vital	Jefe Sº Sistemas de Información Sanitaria Javier Turumbay Ranz
Programa de Capacitación ciudadana frente a la urgencia vital	Servicio de Urgencias Extrahospitalarias Diego Reyero Diez
Atención a la urgencia vital con 4 responsables de códigos	Ictus: Servicio Neurología del CHN Nuria Aymerich Soler
	IAM: Jefa Sección de Hemodinámica CHN Marisol Alcasena Juango
	Politrauma: Bernabé Fernandez Esain
	Paro cardiorespiratorio: Diego Reyero Diez
Subdirector Urgencias Extrahospitalarias	Luis Otermin Fagoaga
Subdirector de AP	Borja Azaola Estevez
Jefe del Servicio de Urgencias CHN	Javier Sesma Sanchez
Jefe del Servicio de Urgencias del Hospital de Tudela	David Cambra Ría
Jefa Sección Urgencias del Hospital de Estella	Mª Mar Paternain Osés
Jefe Sección S.O.S Navarra. Dto Presidencia Responsable de los operadores de sala	Jose Joaquin Pascual Garralda
Jefa Area de cuidados en procesos urgentes	Arantza Elizondo Sotro
Unidad Técnica del Plan	Vega García López/ Carmen Fuertes Goñi



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

J. Atención a Población Crónica	
Responsable de la Estrategia (E.)	Jefa Sº Efectividad Y Seguridad Asistencial Cristina Ibarrola Guillén
Responsable de E. Enfer. neurodegenerativas	Sº Neurología CHN: Ivonne Jericó Pascual
Responsable de E.Enfer. vascular y Diabetes	Sº Apoyo Gestión Clínica AP: Oscar Lecea Juarez
Responsable de E.Enfer. Respiratorias	Jefe Sº Neumología CHN: Javier Hueto Pérez de Heredia
Responsable de E.Enfer. Pluripatológicos	Jefa Unidad Hospitalización Domiciliaria CHN María Ruiz Castellano
Expertos de Apoyo a las Estrategias	Javier Lafita Tejedor
Gerente de Salud Mental	Begoña Flamarique
ISPL Sección de Promoción Salud en todas las Políticas	Margarita Echaury Ozcoidi
AP Jefa Sº Apoyo G. Clínica y Cont. Asistencial	Marian Nuín Villanueva
AP Jefa Sº Cuidados Asist. y Atención Domic.	Ana Granado Hualde
AP Trabajadora Social (TS) de la Unidad de Cuidados y Atención Sociosanitaria	Pilar Abaurrea Leoz
TS de Servicio de Efectividad y Seguridad	Montserrat de la Fuente Hurtado
Jefe Sección Estrategia Crónicos SNS-O	J. Javier Celorrio Astiz
Jefa Sº Apoyo G.Clinica Cont. Asistencial CHN	Isabel Rodrigo Rincón
Subdirectora de Cuidados Hospitalización y urgentes CHN	Marta Ancín Pagoto
Jefa de Unidad Hospitalización Domiciliaria CHN	María Ruiz Castellano
Jefa del Servicio de Cuidados Asistenciales del Área de Salud de Estella	Emilia Esandi Alvarez
Unidad Técnica del Plan de Salud. Jefa Sección Planificación Departamento de Salud	Carmen Fuertes Goñi

AP= Atención Primaria; CHN= Complejo Hospitalario de Navarra;

ISPLN= Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra; Sº= Servicio; Enf.=Enfermedades



INFORME ANUAL Plan de Salud 2014-2020

L. Seguridad del Paciente	
Responsable de la Estrategia. Presidenta del Comité	María Carmen Silvestre Busto Jefa Sección Calidad Asistencial y Seguridad Clínica
Prevención de Infección nosocomial	Jefa Sº M.Preventiva del CHN Amaia Bacaicoa Hualde
Prevención de Errores asociados a Medicamentos y Dispositivos Sanitarios en AE	Jefa Sº de Farmacia del CHN Teresa Sarobe Carricas
Prevención de Errores asociados a Medicamentos y Dispositivos Sanitarios en AP	Jefa Sº Gestión Prestaciones Farmacéuticas del SNS-O Cristina Agudo Pascual
Programa de prevención de las complicaciones en el Área Quirúrgica	Area Clinica Cirugía: Fabiola Oteiza Martínez y Sº Anestesia: Nicolas Zaballo Barcala del CHN
Programa de complicaciones en relación a los Cuidados Sanitarios	Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial Ana Fernández Navascués
Prevención de complicaciones en Áreas Asistenciales Médicas y de Diagnóstico	Jefa del Sº de Gestión Información y Evaluación del CHN: Inmaculada Gimena Ramos
Programa del Sistema de Identificación Inequívoca y de Notificación	Gabriela Elizondo Rivas, Centro de Farmacovigilancia de Navarra, Sº Ciudadanía, Aseguramiento y Garantías, Dpto de Salud ; y Jefa Sección Quirúrgica General del CHN: Marta Martín Vizcaíno
Director Asistencial del CHN	Jesús Berjón Reyero
Subdirectora Cuidados Procesos Quirúrgicos del CHN	Conchita Moreno Sousa
Gerente de Salud Mental	Begoña Flamarique Chocarro
Jefa Sº Apoyo G. Clínica y Cont. Asistencial AP	Marian Nuín Villanueva
Jefa Sº Cuidados Asist. y Atención Domici. AP	Ana Granado Hualde
Jefa Sº Apoyo G.Clinica Cont. Asistencial CHN	Isabel Rodrigo Rincón
Gerente de Estella	Mª Luisa Hermoso de Mendoza Merino
Designada por Gerente de Tudela	Ana Carmen Jaso López
Representante de Ciudadanía	Aurora Lozano, Presidenta de AFAN