



Plan de Salud de Navarra 2014-2020

Informe de Evaluación en Ecuador 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 Evaluación Ecuador Plan de Salud 2014-2020

	Pg
ÍNDICE	
I. Introducción.....	3
II. Desarrollo global del Plan de Salud	5
III. Informes de las Estrategias, e indicadores:.....	8
A. Estrategia de Prevención y Promoción de Población Infantil y Adolescente.....	9
B. Estrategia de Promoción de salud y autocuidados de Población Adulta.....	18
C. Estrategia de Atención a la Discapacidad y Promoción de la Autonomía.....	27
D. Estrategia de Prevención y Atención al Cáncer	34
E. Estrategia de Prevención y atención en Salud Mental.....	38
F. Estrategia de Atención a Cronicidad	42
G. Estrategia de Urgencias Tiempo - dependientes	51
L. Estrategia de Seguridad del Paciente.....	57
IV. Conclusiones y Aspectos a potenciar	66-71
V. Indicadores clave del Plan de Salud en base a los 8 objetivos	72

Correcciones en esta versión del 21/06/19 sobre la versión inicial que se colgó en web plan de salud el 17/06/19

En pág. 25: se ha corregido el indicador de “Tasa de IAM” en el que los datos de 2014 eran correctos pero los del 2016 se han actualizado.

En pág. 55: se ha actualizado la tasa de mortalidad prematura por IAM e ictus, poniendo las de 2016 (en 2014 eran de 13,7 y 7,5 respectivamente).

En pág. 75: se especificaba que era el 65% de los indicadores claves los que presentaban mejor valor en Navarra que en España y al revisarlo en esta versión está puesta la cifra correcta que es el 71,4%.



I. INTRODUCCIÓN

Este informe que se presenta como evaluación en el Ecuador del Plan de Salud de Navarra 2014-2020 (PS), pretende recoger cuál es la situación en el período de mitad de desarrollo del PS. Se ha elaborado a partir de los informes anuales que han realizado los 8 Comités Técnicos de las Estrategias del PS y que se presentaron en el Comité Coordinador PS en mayo 2018 y en reuniones posteriores de los Comités se han actualizado y planificado el 2019.

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

A principios de 2016 se configuró la estructura de seguimiento del PS 2014-2020, 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.

El Comité Coordinador del PS tiene entre sus funciones, elaborar un informe anual, y así se hizo elaborando el informe del año 2016 y 2017.

El informe actual pretende recoger lo más importante del PS en base al esquema que se puede apreciar en la figura adjunta.

Este informe de evaluación en el Ecuador del PS, refleja cómo se han ido consolidando los instrumentos estratégicos más transversales a todas las Estrategias, incluyendo las actividades formativas, y las de investigación. El informe presenta los programas y acciones más destacados desarrollados hasta 2018 y los previstos en 2019 de cada Estrategia, así como los indicadores correspondientes. Para finalizar se presentan los resultados en salud, con los indicadores “clave” del PS, en relación a sus 8 objetivos.



Las actividades desarrolladas en relación al Plan de Salud han implicado, directamente en los diferentes comités y grupos, a un importante número de profesionales, más de 500, de múltiples procedencias y ámbitos de trabajo; profesionales de Atención Primaria y Hospitalaria, de trabajo social, medicina y enfermería, asistenciales y de gestión. En la mayoría de las estrategias se han incluido en los Comités Técnicos a representantes de la ciudadanía y/o pacientes.

A lo largo de 2017 y 2018, las actividades de los comités y Grupos Técnicos de Trabajo (GTT) se han centrado en continuar con las acciones, ya recogidas en su plan de acción, redefinir los planes de seguimiento y priorizar y buscar valores para aquellos indicadores seleccionados en el año anterior como importantes para la estrategia.

Destacar la importancia de los Sistemas de información para poder llevar a buen puerto este Plan de Salud, en el sentido de “poder obtener datos y valores que sean útiles para los clínicos, y para el plan de mejora, y también con indicadores de micro, meso y macro gestión”.

La única estrategia de la que no se ha formado Comité Técnico, es la de “Cuidados paliativos y dolor”, pero si existen grupos de trabajo para desarrollar aspectos operativos. Los Equipos de apoyo a los cuidados paliativos extrahospitalarios y la Unidad de Paliativos se concierta con el Hospital San Juan de Dios.

Como aspectos positivos hay que destacar que el Plan de Salud es el punto de partida de las diferentes estrategias y planes del Departamento de Salud: Estrategia de Osasunbidea “Caminando por la Salud”; el Plan de Salud Pública y Plan de Salud Mental, las Estrategias de Envejecimiento saludable, y de Atención Primaria.



En esta línea, hay que resaltar la participación de la Unidad Técnica del PS, en la Comisión de Desarrollo Sostenible, participando en el desarrollo de la Agenda 2030 (esta Agenda fue aprobada por la ONU en la Cumbre para el Desarrollo Sostenible de septiembre 2015), colaborando sobre todo en su objetivo 3 de “Garantizar una vida sana y promover el bienestar a todas las edades”.

En el ecuador del período de vigencia del Plan de Salud es de destacar que el 88% de las acciones planteadas están en marcha.

Resaltar también que como novedad en relación con el informe 2016-2017, en este informe se incluyen los indicadores de resultados seleccionados por los Comités de las Estrategias del PS con valores de situación antes de iniciarse el Plan de Salud y los obtenidos en el ecuador de desarrollo de dicho PS.

Como en el informe 2016-2017 ya se presentaban las personas que constituían los distintos Comités Técnicos de las Estrategias del PS y sus planes de acción 2016-2017, en este informe no repetiremos esta información y lo centraremos sólo en los aspectos que varían en relación al informe anterior y en los aspectos más reseñables (la información anterior se puede encontrar en la web (www.plandesalud.navarra.es))

No queda si no dar las gracias a todas las personas que con su esfuerzo hacen posible se lleve a cabo este Plan de Salud.



II. DESARROLLO GLOBAL del PLAN DE SALUD

Composición del Comité Coordinador del Plan de Salud	18 personas
Composición de los 8 Comités Técnicos de Estrategias del Plan de Salud	127 personas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personas Responsables de las Estrategias ▪ Personas coordinadoras de los programas de las Estrategias ▪ 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) ▪ Unidad Técnica del Plan de Salud ▪ Personas en representación de la ciudadanía 	<p style="text-align: right;">8</p> <p style="text-align: right;">63</p> <p style="text-align: right;">45</p> <p style="text-align: right;">4</p> <p style="text-align: right;">5</p>
GRUPOS DE TRABAJO en relación a Estrategias (sin contar con los de E. Discapacidad intersectoriales)	51
Personas que participan en Grupos de Trabajo distintas de las que ya están en las Estrategias	439
TOTAL DE PERSONAS PARTICIPANTES (sin contar los grupos interdepartamentales)	584

De las personas participantes en los Comités Técnicos de las Estrategias del Plan de Salud, se trató que en todos hubiese representación de los distintos ámbitos de gestión y territoriales del Sistema Navarro de Salud y también representación de la ciudadanía. Se ha tenido en cuenta también la participación equitativa de mujeres y hombres en los comités, con un 64,1% de mujeres en el total de comités, un 65,3% en las ocho estrategias del Plan de Salud y un 61,1% en el Comité Coordinador. Las estrategias con mayor participación de mujeres son las de seguridad del paciente con un 89,5% y promoción salud infantil y adolescente (81,3%); las de menos participación, la de urgencias (40%) y cáncer (53%).

Valoración global de las Estrategias del Plan de Salud

▪ Constitución y reuniones de los Comités de Estrategias.

Los Comités Técnicos de todas las Estrategias (excepto la de cuidados paliativos y dolor) están constituidos mediante Ordenes Forales (ver las correspondientes en cada Estrategia en web Plan de Salud). Se han reunido de dos a cuatro veces por año cada Comité Técnico, desde 2016 y han trabajado con más de 50 grupos de trabajo.

▪ Grupos de Trabajo

Se han ido formando Grupos Técnicos de Trabajo (GTT) a partir de los Comités de Estrategias del PS y en 2017 ya había 48 (GTT) y se añadieron 2 grupos más con el objetivo de constituir las Unidades Funcionales Multidisciplinares de cáncer, y un grupo más para trabajar los indicadores de la estrategia de Discapacidad y Promoción de la Autonomía que se constituyó en noviembre 2017. Las personas pertenecientes a los Comités sumaron 439 personas trabajando en grupos. En relación a la Estrategia de Discapacidad funcionan varios grupos de trabajo intersectoriales con profesionales pertenecientes al ámbito de Salud, Derechos Sociales y Educación.

▪ Plan de acción

Para el total de las 8 Estrategias se definieron 55 programas y 452 acciones, destacando las 120 acciones de la Estrategia de Seguridad del Paciente. Del total de acciones, hay 146 (32%) que están totalmente implantadas, 252 (56%) en desarrollo y 54 (12%) pendientes de poner en marcha. En la tabla 1 se presenta la situación global de los planes de acción y de las Estrategias. En el apartado de cada Estrategia se presenta el cronograma de los planes de acción de cada una de ellas.

▪ Evaluación de las Estrategias

Se priorizaron unos 10-18 Indicadores para cada Estrategia, y en total se definieron 139 indicadores. Se presentan junto con el informe de cada Estrategia, señalando aquellos indicadores de resultados que se proponen como indicadores “clave” del PS, y que se recogen en el apartado V de este documento, donde se presentan agrupados en base a los 8 objetivos generales del PS y de sus correspondientes objetivos específicos, sumando un total de 61 indicadores clave.



Plan de Formación

A finales de 2016, (y esto se ha mantenido al final de cada año) cada Estrategia hizo su propuesta de necesidades docentes para el año siguiente, y la Sección de Docencia del Servicio de Planificación, Evaluación y Gestión del conocimiento del Departamento, recogió y planificó las propuestas. Dicha sección de Docencia recoge propuestas desde distintas fuentes (encuestas, solicitudes de gerencias..), y las presenta a las personas responsables de docencia de los distintos ámbitos de Realización de Actividades Docentes (CHN, AP, ISPLN, HGO, HRS, SM, Servicios Centrales.). Posteriormente, se presenta el “Plan de Formación Coordinado” para cada año, 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 cada Estrategia y el Total para 2017 y 2018 pueden apreciarse en la tabla siguiente. Hay que destacar que de un número importante de las actividades se hacen ediciones repetidas. Las que se realizaron en 2017-2018, y que estaban relacionadas con el Plan de Salud fueron el 76,5% del total de las actividades formativas que se realizaron en estos años dentro del Plan Docente Coordinado de Salud.

Actividades formativas REALIZADAS	nº ediciones de:									Total
	EPP Infantil	EPAP Adulta	E. Discapacidad	E. Cáncer	E. Salud Mental	E. Urgencias TD	E. Cronicidad	E. Paliativos	E. Seguridad	
Ámbito realización										
2017	16	6	6	2	69	39	183	1	128	450
Interno Centros										
SNS-O	13	4	2	1	68	7	171		120	386
Sistema (D de Salud)	3	2	4	1	1	32	12	1	8	64
2018	20	4	8	2	38	140	97	3	106	418
Interno Centros										
SNS-O	17	2	1	2	37	110	87	2	100	358
Sistema (D de Salud)	3	2	7		1	30	10	1	6	60
Total	36	10	14	4	107	179	280	4	234	868

Actividades del Plan de Formación Coordinado distribuidas por Estrategias del Plan de Salud y ámbito de realización de la actividad

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 cinco Códigos de la Estrategia de Urgencias tiempo-dependientes, actualizados y aprobados en las reuniones de dicho Comité. Los Comités Técnicos y GTT disponen de una herramienta de comunicación y trabajo, dentro del share point del Servicio de Planificación, Evaluación y Gestión del Conocimiento, con una página exclusiva para las estrategias del PS y sus grupos. En este share point están disponibles para miembros de los Comités Técnicos y



grupos de trabajo, las actas de las reuniones y cuantos documentos se van elaborando, incluidos los informes más extensos de todas las Estrategias del PS. Así mismo hay un espacio propio para compartir bibliografía.

Desarrollo de Estrategias del Plan de Salud con sus planes de acción en el global de las Estrategias a finales de 2018

PANEL DE CONTROL PROCESO Plan de Salud 2014-2020		Estado Inicial 2014	2016		2017-2018			
			Primer Semestre	Segundo Semestre	Total	Acciones Realizadas	Proceso	Pendientes
TOTAL ESTRATEGIAS	Nº de Estrategias constituidas (con Comité Técnico)			10 /12 Estrategias	11/12 (no constituido el de "Paliativos y Dolor")			
	Nº de programas				55			
	Nº de acciones				452	146 32%	252 56%	54 12%
	Nº de estrategias que disponen de Panel de control cumplimentado				11			



III. INFORMES DE CADA ESTRATEGIA

Contenidos de los Informes de cada Estrategia

1. Valoración de los programas de la Estrategia
2. Cronograma del Plan de Acción
3. Evaluación de la Estrategia, indicadores y Valoración global

- A. Estrategia de Prevención y Promoción de Población Infantil y Adolescente
- B. Estrategia de Promoción de salud y autocuidados de Población Adulta
- C. Estrategia de Atención a la Discapacidad y Promoción de la Autonomía
- D. Estrategia de Prevención y Atención al Cáncer
- E. Estrategia de Prevención y atención en Salud Mental
- F. Estrategia de Atención a Cronicidad
- G. Estrategia de Urgencias Tiempo - dependientes
- L. Estrategia de Seguridad del Paciente



Estrategia A:	Prevención y Promoción de Salud en Población Infantil y Adolescente (EPI)
----------------------	--

1.- Valoración de los programas de la Estrategia (EPI)

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

Con el objetivo de **definir un itinerario único de atención a población desde el embarazo, parto, puerperio**, y atención y seguimiento a población recién nacida tras el alta hospitalaria:

- Se creó un Grupo de Trabajo Técnico (GTT) formado por profesionales del ámbito de la atención al embarazo, parto y puerperio y atención al neonato, de Atención Primaria (AP), Centros de Atención para la Salud Sexual y Reproductiva (CASSYR), Complejo Hospitalario de Navarra (CHN), Hospital de Estella y Hospital de Tudela. **Plan de mejora y control de embarazo, incorporando perspectivas culturales y valoración de riesgo psicosocial**, Protocolo de embarazo de alto riesgo. Mejora de diagnóstico prenatal y asesoramiento genético que tiene previsto terminar su trabajo para mayo de 2019. Se plantea adelantar el diagnóstico prenatal desde la semana 16 en que se hace actualmente a la semana 9-10. Se ha trabajado en 4 subprocesos, y se ha analizado las prácticas que se realizan en cada Centro, las fortalezas, debilidades, la variabilidad entre centros y las acciones de mejora, y se ha recogido todo en un documento conjunto **“Transición y seguimiento del Recién Nacido tras el alta hospitalaria en el SNS-O”**. Se concluye que es preciso trabajar una guía única de buenas prácticas en la atención al embarazo, parto y puerperio teniendo en cuenta las diferencias contextuales, garantizar la atención a la población en límites marginales y contar con el identificador único como elemento que garantice la transición desde el hospital a AP, en los márgenes de calidad establecidos sobre 24-72 horas tras el alta (estudio de viabilidad de identificador único al nacimiento del bebé).

Con el objetivo de **desarrollar la estrategia IHAN** (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia), se ha realizado diferentes acciones:

- Elaboración de un informe de **“Propuesta de arquitectura de las maternidades hospitalarias del CHN”** que se propuso elevarla a la Gerencia para tenerla en cuenta de cara a futuras modificaciones.
- Se presentó el **“Informe sobre la formación de formadoras de la estrategia IHAN”** y se realizó un curso de formación de personas formadoras en octubre del 2017 con 9 personas, con el compromiso de que formaran parte de comisiones de desarrollo de la estrategia “Iniciativa Humanización Atención al Nacimiento” (IHAN) en su centro y fueran impulsores de la formación en Navarra. Desde diciembre 2017 siguiendo la metodología de “formación de personas formadoras” se formó a 40 profesionales de atención directa, En 2018, extendida al Área de Tudela con un nuevo grupo de 9 personas formadoras. También se ha realizado formación de profesionales con atención directa en Lactancia Materna en Estella (14 profesionales), Pamplona (42), y Tudela (63).
Se prevén 3 ediciones en el área de Pamplona y continuar en el área de Tudela en 2019.
- Están previstos dos **cursos de formación online IHAN** en el 2019 para personal de nueva incorporación, por parte del grupo de personas formadoras, y para profesionales que no prestan atención directa a madres lactantes (según criterios IHAN).
- En cuanto a **la acreditación de centros IHAN** en Navarra, el CHN ha solicitado la fase ID, Tudela en la fase II obtenida en 2018, y en desarrollo Fase III. Ansoain/Andraize ha logrado la fase ID en 2018. Están en desarrollo nuevas acreditaciones en AP. En fase de preparación la autoevaluación de la fase ID IHAN-ACCS de los centros piloto (13 Centros de Salud y 2 CASSYR).
- Se dispone de la figura de enfermera **asesora de lactancia** en el CHN desde mayo del 2018 Se han iniciado gestiones para disponer de un Banco de Leche. Se ha preparado un documento para facilitar leche artificial a madres seropositivas al VIH.
- Se difundió la estrategia IHAN en el CHN por parte de los equipos de CASSyR y Pediatría en octubre del 2018.
- Está solicitado que en el 2021 se celebre en Pamplona el Congreso Nacional IHAN

Están en marcha los programas de **IVE en CHN** con un circuito establecido para la atención, derivación y realización de IVE, así como **en los CASSyR**. Se está trabajando desde CASSyR conjuntamente con el ISPLN la formación con Educadoras. La metodología que se sigue es la formación de educadoras como formadoras para el conjunto del profesorado. Además se oferta a centros educativos las visitas a CASSyR.



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

- Varios grupos de trabajo se han conformado para diseñar y poner en marcha diferentes **programas y mejoras en la atención a menores** que presentan trastorno en el desarrollo, o riesgo de padecerlo entre los 0-6 años, y entre sus acciones destacan:
 - elaboración de procedimiento y criterios claros para la derivación al Servicio de Atención Temprana desde servicios sanitarios; -intervención con menores que presentan prematuridad y/o bajo peso al nacer; - reelaboración del programa dirigido a menores y familias en riesgo psicosocial; - formación en modelo centrado en familia y entornos para profesionales del servicio de atención temprana; - modelo de cuidados centrados en el desarrollo para profesionales de la unidad de Neonatología del CHN; - divulgación del protocolo para la detección; - creación de una Unidad Integral de Atención Temprana (Educación-Derechos Sociales) para la atención a los menores 0 a 3 años; - manual de detección e intervención del sistema de desprotección con desarrollo de indicadores para diferentes situaciones y niveles de gravedad.
- Están previstas acciones formativas el primer trimestre del 2019 (Salud, Educación y Servicios sociales), con el objetivo de sensibilizar sobre la desprotección, consensuar indicadores, prácticas de buen trato a la infancia, y protocolo de detección y notificación, así como extender el programa de Atención Temprana de 3 a 6 años.

Definir e implementar itinerarios de atención a población infantil con diabetes y atención a problemas crónicos-complejos. Para ello se formó Grupo de Trabajo Técnico y sus principales acciones son:

- Se elaboró un informe propuesta de creación de una Unidad Funcional multidisciplinar para la atención integrada a pacientes pediátricos crónicos y pluripatológicos.
- Se está trabajando la estrategia de atención a pacientes crónicos- complejos-paliativos o frágiles desde un abordaje integral de la población infantil. Se ha incorporado al equipo la enfermera de enlace del perfil de paciente pediátrico crónico complejo.
- Se han realizado avances en la formación de profesionales en atención a población infantil con diabetes: se han organizado charlas en el CHN y en las escuelas, y se han comenzado a elaborar protocolos de actuación, de forma que al debutar el paciente pediátrico se contacte con la familia, y se den pautas al centro escolar. Dos veces al año, se imparten charlas al profesorado de los colegios, y está mejorando la colaboración entre el Departamento de Educación y el CHN.
- Se está elaborando una guía clínica de diabetes para protocolizar el manejo de procesos crónicos y estandarizarlo, basándose en la guía clínica del grupo europeo de diabetes (Proyecto SUITE). Se está promoviendo la coordinación con centros educativos y atención primaria para atención a pacientes con diabetes.
- Sobre todo se ha trabajado en colaboración con Estrategia de cronicidad, en los perfiles de diabetes y asma, acciones y responsables en cuanto a: planes de formación, modelo organizativo, modelo tecnológico y de seguimiento, modelos de autocuidados, y sobre el seguimiento y sistema de evaluación. Se pondrán en marcha después del verano 2019 al concluir el trabajo interno.
- Se ha incorporado el inicio de acciones de diagnóstico de algunas enfermedades raras y está previsto desarrollar grupos de trabajo contando con asociaciones.
- Está pendiente de desarrollo el modelo de transición de pacientes con problemas crónicos entre Pediatría y atención de personas adultas.

3.- Programa de Vacunaciones infantiles

- En 2018 sin cambio de calendario, se sustituyó la vacuna frente al VPH de tetravalente a nonavalente.
- Hay prevista una reunión en marzo 2019 de la Comisión Asesora Técnica de Vacunas de Navarra (CATVN) en la que se tratará de la sustitución de una o más dosis de vacuna antimeningocócica C conjugada, por vacuna antimeningocócica conjugada ACWY.

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

- Se ha venido trabajando en la implantación del nuevo programa de salud infantil (PSI), asumiendo el liderazgo el Servicio de apoyo a la gestión clínica y continuidad asistencial de AP. El Programa de Salud Infantil (PSI) se ha desplegado en 30



- zonas básicas: 18 en Pamplona, 7 en Tudela y 5 en Estella. En breve plazo se incorporan 3 zonas básicas de Estella y 8 de Pamplona. Se prevé completar el despliegue para la totalidad de zonas básicas para verano de 2019.
- En el nuevo programa se ha reforzado la formación en vínculo afectivo seguro, desarrollo psicomotor, visita domiciliaria a población recién nacida, alimentación a menores de dos años, y lactancia materna. También se trabaja el tema de alimentación saludable en las otras visitas y consejo sistematizado sobre prevención de accidentes infantiles en todas las revisiones. Se han realizado varios cursos sobre primeros auxilios en centros educativos.
- Desde la sección de promoción de salud del ISPLN, se está trabajando en la incorporación de la educación afectivo sexual en el PSI.
- Trabajo Social tiene protocolizada la valoración de riesgo psicosocial en los períodos: de 1-20 días, 3 años y 14 años. Interviene antes de los primeros 15 días si hay algún factor de riesgo previamente conocido. Trabajo Social informa a los servicios de Obstetricia cuando hay ingreso de madre con factor de riesgo psicosocial. Se han creado “circuitos de protección menores” con participación de pediatría, ginecología y trabajo social, en los casos en que se detecta problemática psicosocial en la madre (ejemplo consumo de drogas). Hay un indicador en pactos de gestión de realización de cribado de riesgo psicosocial.
- Se han realizado en 2017 y 2018 tres cursos de formación sobre vínculo afectivo y parentalidad positiva a personal de AP (pediatras, enfermería de pediatría y trabajo social). Se va a continuar con esta formación en 2019.
- Se ha estudiado la prevalencia de obesidad infantil y sobrepeso a partir de las historias clínicas. Los datos han mejorado, pero sigue siendo un problema en especial en determinadas zonas. No parece que el gradiente socioeconómico sea el único factor y los determinantes varían según zonas. Se está trabajando en zonas de mayor prevalencia en proyectos comunitarios con EAP, servicios sociales, y educación

5.- Programa Comunitario de Promoción de la Salud en Infancia y Adolescencia. Actuaciones en materia de promoción de salud:

- **Acciones realizadas en centros escolares:**
 - Red de escuelas promotoras de salud: encuentros de inicio y final de curso, convocatoria para la incorporación de nuevos centros.
 - Formación de profesorado
 - En el curso 2017-2018, Programa de reparto de frutas y verduras en centros escolares, en 137 centros; exposiciones “Crecer con salud” en 23 centros escolares. Programa de reparto de leche en 88 centros escolares. Difusión de los programas y material en los centros de salud y entre las familias del alumnado.
 - Se ha continuado con los trámites para la publicación de un Decreto Foral sobre alimentación en los centros escolares para trasponer la normativa estatal (publicidad, máquinas en los centros escolares...), que se publicará en 2019.
- **Obesidad infantil:** hay material educativo desde pediatría de AP para ayudar a familias con enfoque de autocuidados y se realizó un taller grupal con profesionales de pediatría. En el 2018 se comenzó a trabajar con intervenciones comunitarias en varias zonas básicas con mayor prevalencia de obesidad en colaboración con los ayuntamientos, centros deportivos, centros escolares y otros recursos de esas zonas. En 2018 se comenzó a diseñar un estudio sobre la obesidad infantil en varias zonas básicas de Navarra entre el Observatorio y AP que se realizará en el 2019.



- En el 2017 se han realizado dos talleres de “**Escuela de madres y padres**” desde el ISPLN, en Pamplona y Noain, participando 57 personas. En 2018, 3 talleres en Pamplona, Zizur y Allo, participando 63 personas.
- Se están apoyando iniciativas de escuelas de familias para trabajar el tema de adicciones.
- Se ha distribuido material divulgativo con familias en etapa 0-3 años.
- Se ha dado apoyo técnico y económico a redes de infancia y a proyectos de intervención en situaciones de vulnerabilidad.
- Actividades de promoción del buen trato a la infancia, vínculo afectivo, parentalidad positiva y sexualidad: Se han realizado dos jornadas de Buen trato a la infancia (2017-2018) con una alta participación de profesionales de Salud, Educación y Derechos sociales. Se han realizado junto con Atención Primaria actividades de formación en vínculo.
- **Enfermería escolar** En octubre del 2017 se comenzó el pilotaje de la enfermería escolar en dos zonas básicas con dos modelos de intervención: Una enfermera de perfil más urbano e integrada a tiempo completo en el Equipo del Centro de Salud de Mendillorri; Una enfermera a tiempo completo en la zona de Alsasua y Etxarri. Se decidió continuar el pilotaje en el curso 2018-2019

Acciones realizadas desde el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra:

- ✓ Se realiza formación del Profesorado, apoyo técnico y materiales, difusión y desarrollo del Decreto foral sobre la alimentación en centros escolares
- ✓ Se lleva a cabo conjuntamente con Desarrollo Rural el Programa de Reparto de Fruta y Verdura más Leche, en Centros Escolares
- ✓ Se trabaja con centros educativos en el Programa “Educar sin drogas: prevención y abordaje de consumos”

Se promueve y se colabora con Educación en el Plan de Educación Sexual.

Desde la página web del ISPLN se trabaja en distribución y acceso a materiales informativos, exposiciones y guías a familias, centros educativos, APYMAS y otras entidades sociales

Se trabaja conjuntamente con los planes municipales de prevención comunitaria en la prevención de adicciones en el ámbito local.

Se hacen convocatorias de subvenciones anuales para apoyar proyectos comunitarios de promoción de salud en infancia y adolescencia

Investigación

Se planteó la posibilidad de presentar una **Buena Práctica** al Ministerio de Sanidad sobre parto de baja intervención en embarazos de bajo riesgo en la próxima convocatoria.

2.-Cronograma del Plan de acción EPI

Se presenta en las tablas siguientes el cronograma de Plan de Acción, en el formato similar a todas las estrategias y están señalizado el desarrollo de acuerdo a los siguientes colores:

acción en proceso de realización ya realizada no iniciada



PLAN DE ACCIÓN ESTRATEGIAS PLAN DE SALUD 2014-2020

PROGRAMAS Y ACCIONES	CRONOGRAMA															
	2017				2018				2019				2020			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ESTRATEGÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN SALUD POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE																
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 IVE en el SNS-O																
8. Plan de formación para adolescentes en los centros escolares.																
9. Plan de coordinación de los recursos socio-sanitarios.																
10. Plan para la prestación sanitaria de IVE en hospitales públicos del SNS-O.																
2.- Programa de Prevención de la Discapacidad y Atención a las Enfermedades Crónicas Infantiles																
1. Ampliación del cribado de metabopatías congénitas.																
2. Revisar, reforzar y mejorar la coordinación del Programa de Atención Temprana a la discapacidad y extenderlo hasta los 6 años.																
3. Sistema de registro y evaluación de la atención a la discapacidad.																
4. Garantizar los cribados establecidos por la evidencia científica.																
5. Establecer y aplicar un Patrón Integral de Atención a las EE Crónicas Infantiles Severas según la metodología de enf. Crónica en pob.adulta. (Diabetes, Asma Severa, Enfermedades raras, etc.)																
6. Programa de apoyo a las madres y padres cuidadoras de niños o niñas con discapacidad física, psíquica, sensorial o intelectual, con atención especial en las enfermedades raras al período desde la sospecha hasta el diagnóstico.																
3.- Programa de Vacunaciones Infantiles																
1. Actualización del Calendario Vacunal basado en la evidencia.																
2. Plan de comunicación de vacunaciones recomendadas.																
3. Planificación eficiente de vacunación para garantizar coberturas.																
4. Puesta en marcha del Registro central de vacunaciones																



ESTRATEGÍA DE PROMOCIÓN SALUD P. INFANTIL Y ADOLESCENTE	2017				2018				2019				2020			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
4. Programa de Salud en Infancia y Adolescencia en Atención Primaria																
1. Despliegue del 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.																
5. Programa de intervención integral en desigualdad y riesgo psicosocial infantil																
1. Desarrollar una metodología de Intervención en red en riesgo psicosocial infantil.																
2. Constituir en cada ZB un Comité 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																



ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN SALUD P. INFANTIL Y ADOLESCENTE	2017				2018				2019				2020			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
6. 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. Iniciativa para la Humanización de la Atención al 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	■															
No iniciada	■															



3.- Evaluación indicadores y Valoración global de Estrategia (EPI)

Los procesos de trabajo puestos en marcha han permitido avances en los siguientes apartados:

- Identificación de **protocolos** que se llevan a cabo desde AP, Hospitales y CASSyR en relación con la atención al proceso de embarazo, parto y puerperio para definir un itinerario único y protocolos con menor variabilidad entre centros y mayor coordinación, y por tanto más eficientes.
- El desarrollo de la formación en lactancia materna (formación de formadoras) y atención humanizada al nacimiento como paso previo necesario para el impulso de la lactancia materna desde el conjunto de servicios sanitarios y espacios comunitarios que permitirá mejorar la calidad de vida y alcanzar objetivos acordes con los estándares propuestos internacionalmente.
- El inicio de acciones orientadas a la **acreditación de centros "IHAN"** que promuevan compromisos profesionales hacia la Humanización de la Atención al Nacimiento y la lactancia materna tanto desde la atención hospitalaria como desde atención primaria, con compromisos crecientes hacia ese objetivo de profesionales y estructuras de gestión.
- La ordenación de **itinerarios** para atención a pacientes de pediatría con **problemas crónicos** que ya han cumplido algunas fases de formación de profesionales, y el desarrollo de herramientas organizativas necesarias y coherentes con las estrategias de atención a la cronicidad en otros sectores de población de Navarra.
- El impulso conseguido de activación de la extensión del **Programa de Salud Infantil** como guía de trabajo en atención primaria, que está completando su extensión y dotándose de nuevos recursos socio-sanitarios para su implementación.
- La coordinación con acciones que se desarrollan desde otros departamentos, que si bien tiene ritmos de adaptación necesarios entre las distintas culturas departamentales, va creando redes de colaboración al servicio de los problemas de la población infantil con mayores necesidades.
- La incorporación como experiencia piloto de la **enfermería escolar** con diferentes modelos organizativos pero con una mayor implicación profesional desde salud, en el ámbito educativo permitirá una vez evaluada, valorar si se incorpora o no a equipo de atención más integrado para varias Zonas Básicas de Salud.

Pendiente la Ampliación de escuelas parentalidad positiva y Extensión Red Escuelas Promotoras Salud.

Los indicadores priorizados se presentan a continuación:



INDICADORES Estrategia de Prevención y Promoción Salud en Población Infantil y Adolescente

OBJETIVO GENERAL Mejorar:	* Objetivos Específicos Plan S.	INDICADORES RESULTADOS PLAN SALUD Nombre del Indicador	VALORES de línea base 2014				Valores en 2017 o último año disponible			Fuente	COMPARACION Media España
			Hombre (H)	Mujer (M)	Total	año	Hombre(H)	Mujer(M)	Total		
Mortalidad	Aumentar la esperanza de vida	Esperanza de vida al nacer (años)	80,9	86,9	83,9	2014	81,3	87	84,2 (2016)	INCLASNS	83,4 (2016)
	Mantener tasas mortalidad infantil	Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos (0-1 año)	2,5	3,0	2,7	2014	2 (2016)	2,8 (2016)	2,4 (2016)	INCLASNS	2,7 (2016)
Discapacidad	Disminuir la prematuridad y bajo peso y las complicaciones en embarazo y parto	Porcentaje de recién nacidos/as prematuros/as (antes de las 37 semanas)			7,9%	2014			8,02% (2016)	INCLASNS	7,5% (2016)
		Porcentaje de recién nacidos/as a término con bajo peso al nacer (menor de 2500 gramos)			3,8%	2014			2,99% (2016)	INCLASNS	3,96%
		Tasa población 0-3 años incluida en servicio de Atención Temprana (por 1000 p. 0-3 años)			2,1 (399 casos)	2014			3,5 (605 casos)	SIPSS y Nastat	
		Porcentaje de cobertura del programa de salud infantil por grupos de edad			0-2 años: 89% 3-8 años: 98,5% 9-14 años: 39,6%	2015				HCI-BP	
		Tasa de incidencia de defectos congénitos estructurales y cromosómicos			2,1%	2011-2013	2,7% (2014-2016)	2,3% (2014-2016)	2,6% (2014-2016)	Servicio de Genética	
Estilos de vida	b) p. infantil	Prevalencia de obesidad infantil *: % obesidad en población de 6-7 años B. Inferido de encuesta en 1-14 años	10,4%	8,2%	9,3% (2014-2015)	HCI INCLASNS	10,9%	7,9%	9,4% (2016-17) B. 1,4	HCI INCLASNS	B. 10,3 (2017)
		Porcentaje de obesidad infantil por áreas y ZBS: A-0-5 años ***			4,3% (IC 4,1-4,5) - peor ZBS= 8,7% - mejor ZBS= 2%	(2014-2015)					Obs. Salud Navarra
	c) En jóvenes	% lactancia materna a los 6 meses** A. Exclusiva B. Algún tipo de lactancia			A. 31,5% B. 61,2% (2015)				A. 35,4% B. 64,9% Dif E.S. ambos	HCI Atenea Obs.Salud	
		Tasa de partos en mujeres de 15 a 19 años (tasa por mil)			6,5				6,2	CMBD	
		Tasa de interrupciones voluntarias de embarazo en mujeres de 15 a 19 años (tasa por mil)			8,4	2014			7,5 Dif. ES pendiente	R. IVE's	8,8 (2017)
Equidad	Reducir riesgos en población más vulnerable	Prevalencia de Bingedrinking en adolescentes (14 a 17 años) en los últimos 30 días (consumo de, más de 3u en chicas y 4 en chicos, de alcohol en unas 2 hor	22,6	24,6	23,7				Datos se obtendrán de encuesta 2018	Encuesta de la Juventud Navarra 2013-2014	
		Prevalencia de consumo diario de tabaco en adolescentes(14 a 17 años)	5,4	10,2	7,9				Datos se obtendrán de encuesta 2018	Encuesta de la Juventud Navarra 2013-2014	
		Prevalencia de consumo de cannabis en adolescentes : A. en el último mes (14 a 17 años) B. en los últimos 12 meses (14 a 17 años)	A. 6,6 B. 28,8	A. 9,8 B. 27,3	A. 8,3 B. 28,1			B. 33,2	B. 33,9	Datos se obtendrán de encuesta 2018 B. 33,5	A. ENJ 2013-14 B. ESTUDES 2014 y 2016
		Tasa de riesgo de pobreza en menores de 16 años	31,9	32,1	32,0	2014	29,2 (2016)	29,3 (2016)	29,3 (2016)	IEN Estadística de la renta (datos fiscales Hª y EPA)	

significa que es también indicador "Clave" del Plan de Salud.

Los colores en las casillas de valores (para los indicadores claves de PS) significan: en verde, se va consiguiendo el objetivo y en naranja empeoramiento.

* En obesidad infantil el punto de corte en ambos años es el peso indicado en los patrones de crecimiento infantil de la OMS+2Desviaciones Estándar (DE).

La tendencia es a la baja: en 2006-2007 era de 11% y entre 2014-2017 alrededor del 9%. Las diferencias entre los periodos 2014-2015 y 2016-2017 no son estadísticamente significativas.

** La lactancia materna tiene tendencia al alza (2008 era 20%). Las diferencias en los periodos 2015 y 2017 (en los dos más del 30%) son es. significativas p<0,05 para Navarra en su conjunto.

Se presenta además del dato de lactancia exclusiva (a) hasta los 6 meses como recomienda la OMS, el dato de "Algo de lactancia" aunque no sea exclusiva (b)

*** Ver las desigualdades en obesidad infantil por ZBS en los datos del Observatorio de Salud.

Se escogió el grupo de 0 a 5 años por ser el que tiene una mayor representatividad de los datos a nivel poblacional, ya que hasta los 5 años se les mide y pesa a todos al año y por tanto más del 90% de esta población infantil de todas las zonas básicas están medidos y pesados en esas edades



1.- Valoración de los programas de la Estrategia EPA

1.- Programa comunitario de promoción de la salud

La mayor parte de las acciones de este programa se encuentran en marcha. Continúan sin iniciar en 2018 dos acciones que se contemplaron en el momento de la redacción del Plan de Salud: la creación de una Estrategia interdepartamental de alimentación saludable y la realización de informes de impacto en salud para los proyectos clave del Gobierno. El abordaje de esta última ha sido pospuesto al segundo semestre de 2019. La acción relativa a la información a la población de los riesgos de la sobremedicación se inició con una campaña sobre el uso adecuado de IBPs. Directamente relacionado con este tema, en 2018, se puso en marcha el Observatorio de la Seguridad de la Medicación, con la aplicación Observa. Esta herramienta permite integrar toda la información farmacológica disponible de cada paciente y facilita la comunicación entre todos los profesionales que participan en el proceso de prescripción y dispensación de medicamentos, al crear un entorno de trabajo colaborativo entre los y las profesionales de Medicina y Farmacia del SNS-O tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada.

Entre las acciones llevadas a cabo en 2018, dentro del Programa comunitario de promoción de la salud, cabe destacar la convocatoria conjunta Instituto Navarro de Deporte y juventud y el Departamento de Salud de subvenciones a entidades locales de programas actividad física para la tercera edad y pacientes crónicos (29 entidades subvencionadas en 2018) y para proyectos locales de actividad física y salud (14 entidades subvencionadas)

En 2018 se elaboró el III plan de prevención de Drogas y adicciones 2018-2023, a partir de la evaluación del plan anterior y mediante un proceso participativo. El plan ha sido aprobado por el GN en 2019. Dentro de este ámbito, en 2018 se inició el diseño de la campaña sobre el uso del cannabis, especialmente dirigida a jóvenes ('el cannabis afecta a tu cerebro, ¿lo has pensado?'), que se ha implementado en 2019, y se hizo un refuerzo de la Campaña para la prevención y sensibilización en población adulta sobre el consumo excesivo de alcohol ["Beber lo normal puede ser demasiado. ¿Conoces tus límites?"]

2.- Programa de intervención personalizada sobre estilos de vida

Todas las acciones previstas para este programa se encuentran en marcha y constituyen actuaciones sostenidas en el tiempo, que tienen continuidad. Se ha realizado alguna evaluación sobre estilos de vida según el programa de actividades preventivas de AP (PAPPSS) a 90.641 personas entre 15 y 74 años (19,22 %) y a 25.546 mayores de 75 años (42,3%). Se realizaron 43 talleres de apoyo al cese tabáquico en 26 centros, 54 talleres de manejo ansiedad y estrés en 23 centros de salud, y 15 talleres sobre alimentación saludable en 9 centros.

El 28,9 %, (23.683) de las personas fumadoras atendidas en consulta de Atención Primaria han recibido apoyo para dejar de fumar. En 2018 se inició la financiación terapéutica de los fármacos para dejar de fumar dentro del Programa Ayuda a Dejar de Fumar del SNS-O (PAF) que incluye el programa de ayuda a dejar de fumar con apoyo educativo y farmacológico. Han participado en el programa 6139 personas, lo que ha supuesto un gasto farmacéutico de 734.222€

3.- Programa de envejecimiento saludable

Este programa tiene acciones de naturaleza distinta. Son destacables en 2018 las actuaciones relativas a la fragilidad y prevención de caídas: elaboración de un protocolo de cribado y detección de fragilidad y prevención de caídas, y propuesta de aplicación en Servicio Navarro de Salud; formación en el CHN de personal sanitario en la prevención de caídas en el ámbito hospitalario, con elaboración de 12 talleres, puesta en marcha de la consulta de fragilidad y caídas CHN con periodicidad semanal desde junio 2018; inicio de la creación de estructura y dotación para realizar plan de ejercicio físico en el adulto mayor que ingresa por patología médica en el Servicio de Geriatría (2018 realizado con personal de fondos de investigación, pendiente de asignar personal por parte del CHNA en el 2019); puesta en marcha de una Unidad funcional mixta, clínico-investigadora en



Navarrabiomed para valoración fragilidad-caídas/ intervenciones en el adulto mayor ambulatorio, dependiente de la consulta de caídas; creación de talleres de fisioterapia grupal en atención primaria para pacientes con caídas de repetición que requieren de monitorización especial (creación estructura, pendiente de implementación 2019). En Atención Primaria, en 2018 se ha evaluado el riesgo de caídas a 22.166 personas mayores de 75 años (36,3%) del total.

En 2018 se aprobó el Plan de Acción 2018-2019 de la Estrategia de envejecimiento activo y saludable de Navarra, promovida por el Consejo Interdepartamental de Salud y se sometió a un proceso de participación ciudadana que tuvo la sesión de retorno en marzo de 2018. Gran parte de las acciones de carácter intersectorial contempladas en el Programa de Envejecimiento Saludable del Plan de Salud como son la promoción y mejora de la oferta de ejercicio físico, el impulso de los programas municipales de envejecimiento saludable, el fomento de actividades intergeneracionales y participación social han sido incluidas en el Plan de Acción 2018-2019. Este Plan de acción fue presentado a los medios, junto con los resultados de índice de Envejecimiento activo, un índice sintético que sitúa a Navarra, en envejecimiento activo, entre las posiciones 6ª y 7ª del ranking de países de la UE28.

Se realizó refuerzo de la campaña “Mayores en Positivo” para mejorar la percepción sobre las personas mayores que tiene la sociedad. Además se elaboró el decálogo para el buen trato de las personas mayores en colaboración con entidades relacionadas con personas mayores y se realizaron otras actividades conjuntamente.

En 2018, por primera vez, se hizo una ‘Convocatoria a entidades locales para ejecutar proyectos de Agenda Local 21, con envejecimiento’, impulsada conjuntamente por el Departamento de Desarrollo Rural, Medio Ambiente y Administración Local y por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. Se financiaron 24 proyectos (10 programas, 14 proyectos de inversión) relacionados con envejecimiento.

4.- Programa de Capacitación en Autocuidados “Escuela de Salud”

Todas las acciones previstas en este programa se están implementando.

La Escuela de Salud está compuesta por la Escuela de Mayores, la Escuela de Madres y Padres y la Escuela de Pacientes. El grupo formador de la Escuela de Salud está actualmente compuesto por 16 profesionales sociosanitarios y 16 pacientes/madres/mayores expertos. Durante el año 2018 realizaron un total de 29 talleres: 16 de la Escuela de Pacientes (4 Talleres para personas cuidadoras de pacientes con Alzheimer y otras demencias, 2 de Cómo aceptar una enfermedad crónica, 2 de Alimentación saludable en las enfermedades crónicas, 3 Alimentación y ejercicio en Diabetes tipo 2, 1 Vivir con una enfermedad vascular, 10 talleres de Envejecer con Salud y 3 Cineforum de la Escuela de Mayores y 4 de la Escuela de Madres y Padres. Asistieron un total de 611 personas al total de talleres, el 35% a la escuela de pacientes, 51% a la escuela de mayores y 14% a la de madres y padres.

Estrategia de Autocuidados en procesos crónicos: En 2018 han sido atendidos en consulta de enfermería de Atención Primaria 61.556 personas con enfermedad vascular o diabetes, de las cuales 33.604, (51,1 %) han recibido capacitación para el autocuidado. De las personas con asma, han recibido esta capacitación 4.972 personas (25,8 %). Los objetivos son continuar aumentando el número de personas capacitadas para autocuidado y extender el modelo a otras patologías crónicas. Asimismo en 2018 se han realizado 71 talleres grupales a personas con procesos crónicos (diabetes, EPOC, enfermedad vascular, fibromialgia, insuficiencia cardiaca, alimentación...) en 31 centros de salud

Estrategia de Autocuidados en procesos agudos autorresolubles: El 17 % (de estos episodios (56.265 personas), han sido abiertos por enfermeras de Atención Primaria durante el año 2018 (Se ha introducido un cambio en el indicador de procesos agudos, por lo que los datos no son comparables con años anteriores)

En 2018 se han llevado a cabo 32 cursos/talleres formativos dirigidos a profesionales la Sección de Promoción de Salud junto con la Gerencia de Atención Primaria, Atención Hospitalaria y el Servicio de Efectividad y seguridad asistencial.



5.- Programa de prevención selectiva en colectivos vulnerables

El grado de implementación de las actuaciones de este programa es variable.

El Observatorio de Salud Comunitaria tuvo un desarrollo inicial en 2017 y ha permitido conocer el perfil de cada una de las Zonas Básicas de Salud (57 en la actualidad) basando éste en un panel seleccionado de indicadores, en los que además de presentar los datos numéricos de los indicadores de una zona, se informa de su posición relativa respecto del conjunto de la Comunidad Foral de Navarra. Los indicadores seleccionados por el Observatorio de Salud Comunitaria para elaborar los Perfiles de Zona Básica de Salud se clasifican en cinco grandes grupos: factores sociodemográficos, estilos de vida, morbilidad, sistema de salud y mortalidad. En 2018 se actualizaron los indicadores sociodemográficos, y se amplió el apartado de activos de salud, empleando el mismo software y en colaboración con la Alianza de Salud Comunitaria. Asimismo, se analizaron los resultados del módulo de salud de la Encuesta Social y de Condiciones de Vida de Navarra de 2017, cuyos resultados se incluyen en la nueva serie de informes de estilos de vida publicados en el Observatorio. Entre los 'temas de salud' estudiados en 2018 destacan el informe de 'Tabaquismo y cáncer de pulmón. Situación 2018', y el 'Estudio de contextos de iniciación del consumo de alcohol y tabaco en jóvenes'.

Las intervenciones correspondientes a la acción de "Promoción de la salud, de autocuidados y hábitos saludables con el objetivo de reducir la sobremorbilidad y sobremortalidad ya constatada en determinados colectivos vulnerables", línea 5 de la Estrategia, desarrolladas durante el año 2018 han sido implementadas de acuerdo con los programas y acciones que tienen larga trayectoria en Navarra, como son: el Programa Integral de salud con la participación de agentes comunitarias de salud de etnia gitana; los programas destinados a población en procesos de deshabituación y rehabilitación de consumos de sustancias psicoactivas (incluido recaídas); las intervenciones destinadas a familias con menores y adolescentes con consumo problemáticos de sustancias; el apoyo a familiares de personas con adicción al juego de apuestas con dinero; las intervenciones con personas que están ejerciendo la prostitución y el programa dirigido a empresas y otros centros de trabajo para la detección y mejora del abordaje del consumo de alcohol y otras sustancias. Por otra parte en las líneas de subvenciones se pone especial atención a los proyectos que incorporan a grupos de población en situación de vulnerabilidad.

En esta línea, desde Atención Primaria se han realizado las 11 actividades de Promoción de Salud siguientes: "Cuidados básicos en la infancia dirigidos a madres en riesgo de exclusión social "(Casco Viejo), "Envejecimiento de las personas con discapacidad" (Leitza), "Educación sexual comunidad árabe" (San Adrián),"Promoción de la integración etnia gitana" (San Adrián), "Alimentación saludable y económica para minorías étnicas" (Buztinchuri), "Alimentación y cocina saludable dirigido a la etnia gitana" (Valtierra/Cadreita), "Alimentación durante el Ramadán" (Artajona), "Cuidados niño inmigrante viajero población árabe" (Artajona), "Información sobre recursos sanitarios y prestaciones población árabe" (Artajona), "Promoción de salud con la comunidad gitana de Burlada" (Burlada) "Educación sexual para mujeres inmigrantes" (Allo).

La línea acción contemplada en este programa orientada a la disminución de las barreras de distinta naturaleza en al acceso al sistema sanitario han tenido un desarrollo importante en la Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra, tanto en su línea de 'Calidez del trato' como en la de 'Adaptación del entorno'.

En relación con las acciones de detección, registro e intervención frente a la violencia de género (VG), en 2019 se presentará la memoria de la **beca de investigación sobre VG** "Elaboración de diagnóstico del cribado, desarrollo de instrumentos y mejora de la atención a las personas objeto de VG". Se ha establecido como área prioritaria de investigación las violencias que sufren las mujeres en la convocatoria de proyectos de investigación del Departamento de Salud del 2019, se ha incorporado la escala de valoración de riesgo en el protocolo de actuación de urgencias, se ha revisado el protocolo para la actuación sanitaria contra la VG en los CASSYR. En 2017 se revisaron los protocolos en Atención Primaria y en Urgencias. Asimismo, se ha continuado con la formación en "Detección e intervención en VG desde el sistema de salud" para profesionales de la salud de todos los ámbitos asistenciales y perfiles profesionales. El curso previsto para el 2018 se realizó en marzo del 2019. El INAI en colaboración con el INAP ha incorporado en su itinerario formativo cursos de VG.



Impulsar la mejora de la imagen y prevenir el estigma de las personas con enfermedad mental es uno de los objetivos del Plan de Salud mental de Navarra. Hay centros que tienen acciones pero no se hace de forma sistemática, en todos ellos. Así por ejemplo, en la Unidad de Rehabilitación tienen el programa “Rompiendo Barreras” y en Centro San Francisco Javier, en dos ocasiones se ha organizado una Jornada de puertas abiertas, a la que se invita al alumnado del IES de Eunate.

Como se indicó en el informe de 2017, en relación con la conveniencia de incluir variables sociales en la HC, Nastat tiene un proyecto de interconexión de los distintos registros poblacionales existentes en Navarra y de creación y uso de un identificador único para las personas de Navarra que permita relacionar todos los registros, que abre nuevas oportunidades para el desarrollo de esta acción.



2. Cronograma del Plan de Acción EPA

La Información de la situación en relación a los programas y acciones de la Estrategia EPA se puede ver en los cuadros adjuntos.

PROGRAMAS Y ACCIONES	CRONOGRAMA																			
	2016				2017				2018				2019				2020			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ESTRATEGÍA DE PROMOCIÓN SALUD POB.ADULTA																				
1.- Programa Comunitario de Promoción de la Salud "Salud en todas las políticas"																				
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																				
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.																				
Pilotaje de un Plan Integral de Intervención sobre consumo de alcohol																				
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																				



ESTRATEGÍA DE PROMOCIÓN SALUD POB.ADULTA	2016				2017				2018				2019				2020			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
3.- Programa de Envejecimiento Saludable																				
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)																				
5. Fomento de otras iniciativas sociales de colaboración intergeneracional, estimulación cognitiva y participación social de la persona mayor.																				
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.																				
8. Promover imagen social positiva de personas mayores																				
9. Elaboración y coordinación de estrategias interdepartamentales de envejecimiento activo y saludable																				
4.- Programa de Capacitación en Autocuidados y Escuela de Salud																				
1. Escuela de Salud: Escuela de Pacientes, Escuela de Mayores y Escuela de Madres y Padres.																				
2. Estrategia de Autocuidados en Procesos Crónicos.																				
3. Estrategia de Autocuidados en Procesos Agudos Autorresolubles.																				
4. Portal de Salud orientado al autocuidado.																				
5.- Programas de prevención selectiva en colectivos vulnerables																				
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 ya constatada en determinados colectivos vulnerables: pacientes con Trastorno Mental Grave o con discapacidad intelectual, minorías étnicas,																				
4. Disminuir las posibles barreras físicas, sensoriales, geográficas, sociales, culturales o de género en el acceso al sistema sanitario.																				
5. Completar el despliegue del protocolo de detección e intervención frente a la Violencia de Género.																				
6. Inclusión sistemática de las variables sociales en Hª Clínica y en todos los registros sanitarios considerando la protección de datos.																				
7. Programa para reducir el estigma social asociado al Trastorno Mental Grave, la Discapacidad Funcional, el dolor crónico y la fibromialgia.																				
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																				

■ En implementación
 ■ Diseño y elaboración
 ■ No iniciado y continúa



PROPUESTAS para 2018-2020 y Áreas de Mejora

- Evaluación de Impacto en Salud (planes y programas). Inicio Navarra Activa. Después de Evaluación II Plan Foral de Drogodependencias, desplegar el recién elaborado III Plan de Adicciones (Campaña cannabis)
- Extensión cribado a consumidores de alcohol
- Desarrollar el Plan de acción de Envejecimiento activo y saludable 2018-2019
- Continuación en autocuidados, de todas las acciones en marcha.
- Potenciar el Observatorio de Salud Comunitaria con el Desarrollo de presentación de “activos en salud” y abrirlo a agentes locales.
- Avances en despliegue de protocolos de violencia de género en urgencias, CASSYR y salud mental



3.- Evaluación indicadores y Valoración global de Estrategia EPA

* Objetivos Específicos Plan S.	INDICADORES Nombre del Indicador	VALORES de la línea base 2014				Valores en 2017 o último año disponible			
		Hombre	Mujer	Total	año	Hombre	Mujer	Total	Fuente
Aumentar la esperanza de vida	Esperanza de vida al nacer (años)	80,9	86,9	83,9	2014	81,3	87	84,2 (2016)	INE
Mejorar el abordaje de Enfermedades cardiovasculares	Tasa ajustada de incidencia de IAM (en >24 años) por 100.000 habitantes	165,7	49,3	107,5	2014	165,3 (2016)	53,8 (2016)	109,6 (2016)	ISPLN
	Incidencia enfermedades cerebrovasculares (Tasa ajustada nueva p. EUx100.000hab.)	215	135	170	2012-14	188	115	149 (2015-16)	R. ictus ISPLN
Mejorar la detección del maltrato	Tasa de incidencia de violencia de género x 100.000, en mujeres > 14 años detectadas en AP ¹ : Abuso físico Abuso Psíquico/emocional			A- 92,9 B- 24,1	2015			A - 96,9 B- 46,5	HCI-Atenea
Conocer Discapacidad	% de población adulta que refiere está gravemente limitada para realizar actividades cotidianas ²	4%	5,3%	4,6%	2011	4,3%	7,9%	6,1% Dif. E.S.	ENCV
Mejorar la percepción positiva de la salud en la p. (población general)	Porcentaje que consideran su estado de salud como bueno, o muy bueno, en los últimos 12 meses, entre la población ³ : A. Total de 15 o más años De 65 o más años	A. 76,4% B. 57,8%	A. 73,4% B. 51,4%	A. 74,9% B. 54,2%	2014	A. 74,8% B. 58,8%	65,5% B. 42,3%	A. 70,1% Dif. E.S B. 49,7% Dif. E.S	EESE 2014 y ENSE 2017
Mejorar calidad de vida	Percepción de su calidad de vida relacionada con la salud, en población adulta (de 15 o más años en EVA ⁴ : 100 puntos)	79,3	76,3	77,8 puntos (2011-12) (DE=16,2)	2011-2012	75,3	75,3	75,3 puntos (DE=19,8)	ENSE 2011-12 y ENCV 2017
Mejorar los estilos vida:	Prevalencia de consumo diario de fruta en población de 15 y más años ⁴	54,3%	73,4%	64%	2014	63%	72,9%	68,1% Dif. E.S	EESE 2014 y ENSE 2017
a) En P. General	Prevalencia de sedentarismo en población de 15 y más años ⁵	24,1%	31,8%	28%	2014	17,6%	27,7%	22,7% Dif. E.S	EESE 2014 y ENSE 2017
	Prevalencia declarada de obesidad en población adulta de 18 y más años (IMC≥30) ⁶	13,2%	10,3%	11,7%	2014	17,0%	13,8%	15,4% Dif. E.S	EESE2014 y ENSE 2017
	Población con Tensión arterial controlada (de la atendida en Atención Primaria de 15 a 75 años, y con TA medida en último año)			64,5%	2014			66,0%	HCI
c) mayores	Porcentaje p. > 65 años que acude a SNS-O a los que se ha dado consejo ejercicio físico	68,0%	68,6%	68,3%	2014	71,2%	70,9%	71,1%	HCI. Atenea
Reducir riesgos para la salud	Prevalencia de consumo de riesgo de alcohol en población de 15 y más años ⁷	3,1%	1,8%	2,5%	2014	3,3%	2,8%	3% Dif. E.S	EESE 2014 ENSE 2017
	Prevalencia de consumo habitual de tabaco en población de 15 y más años ⁸	27,7%	18,8%	23,2%	2014	25,7%	15,2%	20,4%	EESE 2014 ENSE 2017
	Índice de envejecimiento activo global (IEA)					38,3	35,3	36,8	Observatorio S.C.Navarra
Mejorar la información a pacientes	Grado de satisfacción de la población: A- información y consejo recibidos en Atención Primaria B- Satisfacción Funcionamiento sistema sanitario, según Barómetro Sanitario	7,96	7,96	7,96 (DE=1,8) B. 7,2	2010	8,62	8,60	8,61 B. 7,3 (DE=1,8)	A. Encuesta a población que acude a SNS-O. B. - Barómetro Sanitario
Empoderamiento y autocuidado	Nº de personas/año (pacientes y/o personas cuidadoras) que han estado en las Escuelas de Salud ⁹			342	2015-2016			1.228 (2017-18)	ISPLN

ue es también indicador "clave" del Plan de Salud.

as casillas de valores (para los indicadores claves de PS) significan: en verde, se va consiguiendo el objetivo y en naranja empeoramiento.



- ¹ Hay diferencias estadísticamente significativas en los dos periodos comparados sobre todo para la violencia psicológica. Hay que tener en cuenta que son datos de lo registrado en la HCI de AP ya que en los otros ámbitos no se registra como para poder obtener datos fiables. Probablemente en años sucesivos si se puedan tener datos sobre todo de lo registrado en urgencias, en Centros de Salud Mental y Centros de Salud Sexual y Reproductiva
- ² Este y el siguiente indicador son propiamente de resultados. El primero se ha considerado la edad de 65 años o menos para valorar el % de personas que antes de esa edad se consideran no limitadas, porque a partir de esa edad se estiman los Años de vida Saludables. Además de los 2 indicadores de resultados se pone un tercero que se considera de "resultados intermedios" y se describe el indicador peculiar para Navarra, ya que lo que se mide no es sólo si tiene valorada la "capacidad funcional", sino si está actualizada y se realiza cada dos años, con la finalidad de ver si las acciones que hay programadas en el PS y que se van realizando consiguen mantener o mejorar la capacidad funcional. En la comparación en otras Comunidades Autónomas como el País Vasco, este porcentaje es más bajo, pero porque en ellas se mide únicamente que tengan hecha la valoración, no si está actualizada.
- ³ En la percepción de buena salud se ha empeorado en 2017 respecto a 2014 con diferencias estadísticamente significativas tanto en hombres como en mujeres, entre ambos periodos. Además, en 2017 aumenta la diferencia entre sexos respecto a 2011. El dato de este indicador que presenta el INCLASNS lo refiere a toda la población, sin embargo aquí hemos considerado la población de 15 o más años tal como lo referimos en el enunciado. Sin embargo para comparar con España como en el análisis de 65 o más años el valor es igual el calculado de las Encuestas que el de INCLASNS, hemos puesto este para poder hacer la comparación con la media de España.
- ⁴ Hay diferencias estadísticamente significativas en los dos periodos comparados en el porcentaje de personas que consumen fruta a diario, y en 2017, el de hombres es superior y el de mujeres inferior respecto al estimado en 2014. En conjunto, se aprecia una mejora entre los periodos.
- ⁵ Sedentarismo definido como "no hacen ejercicio de forma habitual en su tiempo libre". Hay diferencias estadísticamente significativas en hombres y en mujeres. En conjunto, se aprecia una gran mejora entre los periodos
- ⁶ En obesidad hay diferencias estadísticamente significativas en los 2 periodos comparados: En 2017 el % de personas obesas es mayor tanto para hombres como para mujeres, aunque es menor que la media de España (17,4%)
- ⁷ Las diferencias entre 2014 y 2017 en consumo de riesgo de alcohol son estadísticamente significativas, aunque con variaciones muy pequeñas. En 2017 el % de mujeres con consumo de riesgo de alcohol es superior respecto al estimado en 2014, y ligeramente superior en los hombres. Un informe y análisis más completo puede verse en Observatorio de Salud.
- ⁸ Consumo diario de tabaco. Se observa la mejora entre la EESE 2014 y ENSE 2017, tanto en hombres como en mujeres.
- ⁹ En 2017 el % de hombres fumadores a diario prácticamente se mantiene, pero el de mujeres es notablemente inferior respecto al estimado en 2011-12.
- ⁹ Hasta el 2017 no comienzan las escuelas de mayores y de madres y padres, solo estaban en marcha las escuelas de pacientes

Aspectos RELEVANTES de la Estrategia EPA

- Plan Promoción de ejercicio 2017-20. Campaña sensibilización consumo excesivo de alcohol. Decreto financiación fármacos de ayuda para dejar de fumar
- Información a la población de los riesgos de la sobremedicación. Se han realizado algunas campañas desde el servicio de farmacia sobre el uso adecuado de inhibidores de la bomba de protones (IBP) y otros.
- Consejo estilos de vida en AP a 87.777 personas de 15-74 años y a 22.750 >75años. Se vienen realizando de forma continuada talleres sobre ello para la población. Así en 2017 en los centros de salud se realizaron 42 talleres de apoyo al cese tabáquico; 53 de manejo ansiedad y estrés; y 6 talleres sobre alimentación saludable. El 24,8 %, de las personas fumadoras atendidas en consulta de Atención Primaria han recibido apoyo para dejar de fumar en 2017 y en cuanto intervención sobre consumo de alcohol, se pilotó en dos centros de salud un plan integral de, que incluía cribado y consejo personalizado en personas bebedoras de riesgo
- Se han llevado a cabo distintas actuaciones ante la fragilidad y prevención caídas: elaboración de protocolo; consulta de fragilidad y caídas en CHN, puesta en marcha en Navarra Biomed de una Unidad funcional mixta, clínico-investigadora. En Atención Primaria en 2017 se ha evaluado el riesgo de caídas al 30,7% de personas mayores de 75 años y se han llevado a cabo 58 talleres. En 2017 se aprobó la Estrategia de envejecimiento activo y saludable de Navarra, promovida por el Consejo Interdepartamental de Salud y se sometió a un proceso de participación ciudadana para la elaboración del Plan de Acción 2018-2019, que fue aprobado en marzo de 2018.
- La Escuela de Pacientes está en marcha desde el 2015. En el año 2017 se crearon la Escuela de Mayores y la Escuela de Madres y Padres englobándose las tres en la Escuela de Salud de Navarra. Durante el año 2017 realizaron un total de 29 talleres y asistieron un total de 497 personas. El trabajo de AP para capacitación en autocuidados se realizó a 28.983 personas con enfermedad Vasculard/diabetes; y 5.645 con asma. Se han realizado 92 talleres grupales a personas con procesos crónicos en 27 centros de salud.
- Constitución del Observatorio de Salud comunitaria: con perfiles de salud y mapas por Zonas Básicas de Salud. Estudio sobre Violencia de género y otros informes que sirven de apoyo para llevar a cabo el Programa de prevención selectiva en colectivos vulnerables. En relación a ello hay 4 programas que se llevan a cabo hace años en el ISP: uno en relación a agentes comunitarios de etnia gitana y dos en relación a adicciones, uno de ellos específico para adolescentes. Apoyan las distintas actividades grupales que se hacen en los Centros de Salud, en concreto en 2017 se realizaron diez y tres de ellas con población inmigrante.



1. *Valoración de los programas de la Estrategia EDPA*

Se constituye este Comité por ORDEN FORAL 551E/2017, de 28 de agosto 2017, del Consejero de Salud, por la que se establecen los objetivos y responsabilidades de la Estrategia de Atención a la Discapacidad y Promoción de la Autonomía. Por tanto este **Comité Técnico** comenzó su andadura en noviembre de 2017, aunque muchas de las acciones propuestas en la Estrategia se habían trabajado en Grupos de Trabajo intersectoriales (con Departamento de Derechos Sociales y/o con Educación). Además se formó un **Grupo Técnico de Trabajo** para definir los Indicadores de la Estrategia.

Las acciones en desarrollo relacionadas con cada programa han sido:

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

- ✓ Cursos relacionados con Detección y manejo de fragilidad y caídas en las personas mayores y con Consejo en actividad física y prescripción de ejercicio para profesionales sanitarios.
- ✓ Constitución y desarrollo de Grupos de trabajo centrados en: Modelo Funcional, Modelo Sociosanitario, Proyecto de Atención Integrada Sociosanitaria en Tafalla.
- ✓ Estudio, consenso de actuaciones profesionales y elaboración del documento "Plan de Mejora de la Capacidad Funcional".

Programas de prevención y atención a la discapacidad sensorial y promoción de la autonomía.

- ✓ Prevención de la retinopatía diabética: La cobertura aproximadamente se encuentra entre el 50-60% de los diabéticos diagnosticados.
- ✓ Respecto al tabaquismo: Detección del hábito tabáquico en población general. Consejo sistemático de cesación del hábito tabáquico y oferta de ayuda. Apoyo individual para dejar de fumar, consultas de enfermería. Apoyo grupal. Ayuda farmacológico. Apoyo día mundial contra el tabaco.

Programa de Capacitación y Apoyo a la persona cuidadora. Con actuaciones llevadas a cabo hacia:

- ✓ Concesión de subvenciones a asociaciones.
- ✓ Colaboración con entidades sociales relacionadas con discapacidad: - Instalación de un sistema de comunicación eficaz (CHN-HRS-HGO).
- ✓ Medidas relacionadas con la accesibilidad de personas discapacitadas. Mejora accesibilidad en remodelación y obras nuevas.
- ✓ Elaboración de material didáctico sobre "cuidar y cuidarse".
- ✓ Trabajo de un Grupo Técnico trabajando procesos en relación con las personas cuidadoras.
- ✓ La identificación de género de personas cuidadoras (se constata que el 80% de las cuidadoras son mujeres)
- ✓ Oferta de plazas de respiro para personas cuidadoras (Derechos Sociales y asociaciones).

Constitución de Comités de Coordinación Sociosanitaria de Zona Básica, o Equipos Operativos de Zona.

- ✓ Identificación de Zonas Básicas donde existe alguna Coordinación Sociosanitaria.
- ✓ Valoración de necesidades sociosanitarias. Elección y adquisición de herramienta de cribado-RAICA. Definición Escala Basika de valoración tanto por parte de trabajo social de salud y como de Derechos Sociales.
- ✓ Definición modelo Programa de Atención Integrada Sociosanitaria (PAISS) Tafalla.
- ✓ Trabajo de consenso para registro unificado de datos e intervención social en Historia Clínica Electrónica común de trabajo social de todos los ámbitos de salud.

Programa de Convalecencia Residencial Rehabilitadora (física y psíquica).

- ✓ Se ha de desarrollar en el plan operativo del PAISS, iniciando en el Distrito de Tafalla.
- ✓ Reorientación Programa Hogar ZOE.



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

- ✓ Consensuado y elaborado documento de "Fragilidad y prevención de caídas".
- ✓ GTT trabajando proceso de anciano frágil.
- ✓ Trabajando en prevención de caídas y proyecto Vivifrail.

Además de ello y relacionado con la mejora de Sistemas de Información que puedan repercutir en una mejor atención para la prevención y atención a las personas con discapacidad, se ha trabajado en:

- ✓ Herramienta de valoración de cribado sociosanitario RAI-CA por parte del SNS-O y Derechos Sociales, Servicios Sociales de Base.
- ✓ Herramienta de valoración social Escala Basika.
- ✓ Definición de la Historia Social Unificada en el SNS-O (incorporada en HCI hospitalaria y pendiente de incorporar en HCI de AP) y se está trabajando desde el Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial en la implantación en la HCI común a AP y Hospitalaria (ANDIA) de la herramienta de "valoración sociosanitaria", que incorpora los datos más relevantes de necesidades sociales y los datos más relevantes de valoración de necesidades de cuidados, así como un plan de intervención sociosanitaria.

La propuesta a futuro es continuar con el desarrollo de las acciones ya iniciadas e iniciar otras como:

- ⇒ Consolidar los indicadores para el seguimiento de la Estrategia.
- ⇒ Avanzar en relación con la discapacidad en Coordinación e Integración del ámbito Sociosanitario, de actividades integrales y equipos interdisciplinarios y en el desarrollo de TICs y Sistemas de Información compartidos.
- ⇒ Continuar con el desarrollo de las acciones ya en curso y con recorrido por delante.



2. Cronograma del Plan de Acción EDPA

PROGRAMAS Y ACCIONES													OBSERVACIONES
	2018				2019				2020				
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
ESTRATEGÍA DE PROMOCIÓN DISCAPACIDAD(I)													
1.Programa de Ejercicio Terapéutico y Rehabilitación Funcional en el nivel primario de atención													
Sistematizar la valoración periódica e integral de la capacidad funcional													
Prescripción personalizada y desde Atención Primaria de Ejercicio Terapéutico y Rehabilitación Funcional													
Constitución GTT Interdepartamental para Plan Rehabilitación Funcional y Distribución territorial													
Promover actividades grupales de Ejercicio Físico Terapéutico y Rehabilitación Funcional													
Promover la rehabilitación funcional y la readaptación al entorno de los pacientes con brusca pérdida de capacidad funcional.													
Promover la adaptación del hogar y el uso de servicios y productos de apoyo para posibilitar una vida independiente.													
2.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.*													Acciones realizadas a Diciembre 2018: Cobertura del 50-60% de los diabéticos diagnosticados Formación profesionales necesarios lectura retinopatía: 100% Implantación en Área de Estella de retinografía no miótrica Identificación y citación proactiva de personas diabéticas sin cribado de retinopatía Estella
Continuar desarrollando el programa de prevención de la hipoacusia.*													Previsto continuar con cobertura 100% poblacional
Sensibilizar a la población sobre la relación entre el tabaquismo en particular y el riesgo vascular en general con la ceguera.													En los CSs se seguirá con la detección del hábito tabáquico en población general, así como con el Consejo sistemático (CS) de cesación del hábito tabáquico. Igualmente seguirán las acciones de Apoyo individual (API), Apoyo grupal (APG) y Ayuda farmacológica a dejar de fumar.
Promover la autonomía y disminuir las barreras sensoriales en el acceso a los servicios sanitarios													Concesión de subvenciones a asociaciones Colaboración con entidades sociales relacionadas con discapacidad Medidas relacionadas con la accesibilidad de personas discapacitadas. Mejora accesibilidad en remodelación y obras nuevas



ESTRATEGÍA DE PROMOCIÓN DISCAPACIDAD(II)	2018				2019				2020			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
3. Programa de Capacitación y Apoyo a la persona cuidadora	2018				2019				2020			
Puesta en marcha de la Escuela de Pacientes y Personas Cuidadoras*	█				█							
Programa de apoyo a la cuidadora principal desde los Centros de Salud y los Servicios Sociales de Base	█				█							
Promocionar la participación de las personas cuidadoras en grupos de autoayuda*	█				█							
Analizar Cuidado y género y promover con el INAI la participación de los hombres en el cuidado.					█							
Disposición de plazas de respiro y apoyo a la Persona Cuidadora	█				█							
4. Programa de Atención Domiciliaria Sociosanitaria												
Constitución de Comités de Coordinación Sociosanitaria de Zona Básica	█				█							
Protocolización de valoración de necesidades sociosanitarias considerando el gradiente social y la perspectiva de género.	█				█							
Cartera de Servicios de Atención Sociosanitaria domiciliaria	█				█							
Plan Integral de atención. Gestión y responsables de Casos	█				█							
Desarrollo progresivo de servicios de rehabilitación funcional domiciliaria para evitar el encamamiento.	█				█							
Desarrollo de la Historia Clínica Socio-Sanitaria	█				█							



ESTRATEGÍA DE PROMOCIÓN DISCAPACIDAD(III)	2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
5. Programa de Convalecencia Residencial Rehabilitadora (física y psíquica)								
	2018				2019			
Definición de perfiles para convalecencia residencial rehabilitadora. (Salud mental, ictus, fractura de cadera, etc)					PAISS *			
Caracterización y disposición de camas en Centros sociosanitarios de media estancia								
Definición de la Cartera de Servicios de los centros de media estancia								
Planificación de necesidades de camas sociosanitarias								
Definición de las necesidades temporales de atención por procesos								
6. Programa de atención a la fragilidad y prevención de complicaciones en los Cuidados del Mayor								
Sistematizar la valoración periódica en mayores de fragilidad, capacidad funcional, presencia de s. geriátricos					GTT			
Protocolo de trabajo social en el seguimiento del anciano frágil.					GTT			
Garantizar una valoración geriátrica integral en personas con trastornos de la marcha, antecedentes de caídas, déficits visuales y auditivos.								
Elaborar una Guía de Prevención de Complicaciones en los Cuidados de la Persona mayor **					GTT			
Prevención de úlceras por decúbito **					GTT			
Generalizar la prescripción de ejercicio físico personalizado*								
Evaluación del entorno y promoción de apoyo o ayudas técnicas								
Prevención de la conducta suicida y del maltrato a la persona mayor								
* Proyecto de Atención Integrada Sociosanitaria que se inicia en Distrito Tafalla								
** comun a otras estrategias (crónicos, seguridad paciente, SM)								
GTT= Grupo de Trabajo Técnico								



3.- Evaluación indicadores y Valoración global de Estrategia EDPA

La creación de este Comité Técnico, como uno más del resto de comités creados para el impulso y seguimiento de las estrategias del Plan de Salud de Navarra, ha permitido trabajar y reorientar si procediera los objetivos, indicadores y cronograma propuestos en el PS, impulsando así el mejor desarrollo de la Estrategia de Atención a la Discapacidad y Promoción de Autonomía y su seguimiento.


La valoración de acciones concretas relacionadas con la discapacidad, en términos generales han seguido el desarrollo esperado.

La propuesta a futuro es continuar con el desarrollo de las acciones ya iniciadas e incidir en:

- ⇒ Consolidar los indicadores para el seguimiento de la Estrategia.
- ⇒ Avanzar en relación con la discapacidad en Coordinación e Integración del ámbito Sociosanitario, de actividades integrales y equipos interdisciplinarios y en el desarrollo de TICs y Sistemas de Información compartidos.
- ⇒ Continuar con el desarrollo de las acciones ya en curso y con recorrido por delante.
- ⇒ Desarrollar el proyecto Atención Integrada Socio Sanitaria (PAISS) en el Distrito de Tafalla y extenderlo a toda Navarra.
- ⇒ Apoyar las acciones integradas y colaborar en el Plan de Discapacidad de Derechos Sociales que en 2019 está en proceso abierto participativo



Los Indicadores para el seguimiento de la Estrategia Discapacidad y Promoción Autonomía, se han ido trabajando en un GTT y en algunos de ellos no se pueden obtenerse valores con los sistemas de registro actuales pero habrá que trabajar para que esto sea posible. Los indicadores priorizados se presentan en la siguiente tabla, señalizando aquellos que pueden ser también indicadores “clave” del plan de salud.

INDICADORES DE ESTRATEGIA DE DISCAPACIDAD Y PROMOCIÓN AUTONOMÍA (EDPA)							
Objetivos Específicos <small>(se considera sólo si mejora, sin cuantificar. El periodo es 2014-2020)</small>	Indicadores de EDPA y con  también "claves" del Plan Salud	VALORES línea base (2014 ó en paréntesis año disponible)			VALORES 2017 (ó en paréntesis año disponible)		
		Hombre (H)	Mujer (M)	Total	Hombre (H)	Mujer (M)	Total
Disminuir años de Discapacidad	Años de vida saludable A. al nacer y B.a los 65años 	A. 62,7 B.>65=10,4	A. 63,1 B.>65=10,3	A. 62,7 B.>65=10,1	A. 64 B.11,6 (en 2016)	A. 63,4 B.12,2 (en 2016)	A. 64 B.12,2 (en 2016)
Mejorar la Atención temprana a la discapacidad	Porcentaje de niños con hipoacusia neonatal que se interviene antes de los 6 meses de edad	100%	80%	90,0%	100% (3 casos 2018)	100% (5 casos 2018)	100% (2018)
Conocer la capacidad funcional, periódicamente (basal y cada 2 años), de la población anciana(> 75años)	Porcentaje de población >75años) con valoración capacidad Funcional ó con Barthel en dos últimos años 	11,2%	15,1%	13,5%	21,4%	26,4%	24,4%
Prevenir el empeoramiento de deterioros cognitivos: Formar como mínimo a 10 personas (cuidadoras o familiares de p. demencia)	Razón entre personas (cuidadoras y familiares de personas con demencia) con formación en talleres ISPLN-demencia y pacientes incluidos en perfil demencia			76 personas (2015)			76+121+97/ 3.658= 8/ 100pers.
Aumentar los adultos (no ancianos), que no están limitados para actividades cotidianas	Porcentaje de población adulta (> 15 y < 70 años) que refiere NO tener limitaciones para realizar actividades cotidianas. 	86,4%	82,6%	84,50%	72,4%	71,5%	72,0%
Disminuir las personas adultas y/o ancianas gravemente limitadas para actividades cotidianas	Porcentaje de población adulta que refiere está gravemente limitada para realizar actividades cotidianas. 	4,0%	5,3%	4,6%	4,3%	7,9%	6,1%
Mejorar la población infantil con déficits de desarrollo, que recibe Atención Temprana	Tasa p. 0-3 años que es incluida en el servicio de atención temprana por 1000 personas de 0-3 años 			2,1 (399 casos)			3,5 (605 casos)
Mejorar la capacidad funcional de personas con enfermedad Neurológica.	Porcentaje de personas afectadas por enfermedad Neurológica que, tras tratamiento, presentan mejoría en escalas de Rankin o Barthel.						No datos
Mejorar la capacidad funcional de personas que han sufrido una fractura de cadera.	Porcentaje de pacientes que, tras fractura de cadera y tratamiento, mejoran su capacidad funcional medida a través de las siguientes escalas: D Aubigné Postel, Índice de Katz o Barthel.						No datos
Mejorar la capacidad funcional de personas diagnosticadas de primer episodio psicótico.	Porcentaje de pacientes que, tras finalizar el programa de primer episodio psicótico, tiene remisión sintomatológica.						



ESTRATEGIA D:	Prevención y Atención al Cáncer
----------------------	--

1. *Valoración de los programas de la Estrategia Prevención y Atención al Cáncer*

1.- Programas de prevención en cáncer

En cuanto a Actividades en Detección Precoz, se va a incluir además del de cáncer de mama y colorrectal que ya están en marcha y con buena cobertura, y en marcha el programa de cribado oportunista de cáncer de cérvix, por lo que se está ya planificando el screening, y se sigue con acciones de prevención en relación a este cáncer en los CASSyR.

2.- Programa de Organización y Estructuras de atención al Cáncer

- De este programa ha sido importante avanzar en el tema de las Unidades Multidisciplinares (UMD). Se ha trabajado en el diseño de las UMD, se ha realizado formación para todos los miembros de las dos UMD implantadas (cáncer colorrectal y cáncer ginecológico), se han realizado los documentos de ambas unidades, se han nombrado a las enfermeras gestoras de casos y ya están funcionando estas dos UMD. Se realizará una evaluación de su funcionamiento a final del año 2019. Se va a empezar en 2019 a constituirse la UMD de cáncer de pulmón (ya que el comité de cáncer de mama prefiere esperar a ver la evolución de las 2 unidades creadas).
- También se ha avanzado en el tema del Registro Hospitalario del Cáncer creando un Grupo de trabajo para ello. Anteriormente se estaba tratando el tema de registro de tumores, en otro grupo que se ha incorporado a este de la Estrategia y con miembros de Sistemas de Información, del Servicio de Integración Asistencial y de AP y del área de Tudela. No será un Registro al uso sino como se viene haciendo en la Organización para otros Registros (códigos urgencias tiempo-dependientes...) se tratará de un Sistema de Información del Cáncer, que contará con un cuadro de mando semejante al implementado para Diabetes y que se nutrirá de datos de Historia Clínica Informatizada (HCI), DBA's (Datos Básicos de Atención editables para AP y Hospitalaria, en el entorno ANDIA) y otros datos de la HCI.

3.- Programa de Alta Resolución y Personalización en Cáncer

En este programa se ha priorizado trabajar con un Grupo de coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada que 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 de mama por su impacto en el seguimiento hospitalario. Están definidos los criterios de derivación por parte de los Servicios de Oncología (Médica y Radioterápica) estando pendientes de incorporar la solicitud de mamografía desde AP, confirmar con AP modelo de informe de derivación, y posibilidad de consulta no presencial en los servicios de Oncología ante eventualidades o sospechas de recaída que se puedan ver en AP.

4.- Programa de Apoyo y atención psicosocial

Se está llevando a cabo Procedimientos de cuidados (incluido apoyo a familiares, asociaciones, información específica portadores de drenajes ...)

La coordinadora de este programa cambia en diciembre 2018, y se incorpora como nueva responsable del Programa María Huarte (Jefa de Unidad de Enfermería de Planta C-2). En reunión del Comité refiere que el problema para obtener información de lo realizado con este programa es, que gran parte de la información está en soporte papel y esto está en vías de solución para registrar todo en HCI. El principal problema es de poder registrar en Hª clínica la derivación a primera visita de psicooncólogo, ya que al tratarse de personal externo a la organización (de la AECC), la actividad no quedaba registrada en agendas del SNS-O, la derivación se hacía en papel y pueden duplicarse por Servicio (ej. Radioterapia, médica...), los datos para los indicadores los proporciona la AECC. Esto ya se ha solventado.



2. Cronograma del Plan de Acción Estrategia Prevención y Atención al Cáncer

ESTRATEGÍA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN al CÁNCER	2016				2017				2018			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
1 Programa de prevención en cáncer												
Reducir F.riesgo: tabaco, obesidad alcohol, exposición al sol, etc.												
Promover estilos de vida saludables en ejercicio y alimentación												
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 deteccioende Cancer de de cuello de útero a las nuevas recomendaciones científicas												
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												
Programa de organización y estructuras de atención al cáncer												
Creación del Área Clínica de Cáncer												
Diseñar un Plan de implantacion de Unidades Multidisciplinares												
Registro hospitalario de Tumores												
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												
Programa de atención personalizada al cáncer	2016				2017				2018			
Monitorizar tpos desde sospecha diag. hasta decisión terapéutica y aplicación trato												
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 UMD												
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									
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									■

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



3.- Evaluación, y Valoración global de Estrategia Prevención y Atención al Cáncer

El Grupo de trabajo de Indicadores ha realizado un informe final que se presentó en la evaluación 2016 y sobre él se han ido priorizado hasta quedar en los 13 indicadores que se adjuntan en tabla, y de ellos 6 (señalados ) pasan a ser "claves" del PS. Esta selección fue la aprobada y presentada en última reunión de Estrategia cáncer 2018

Objetivos Estrategia Prevención y Atención al Cáncer	INDICADORES PLAN DE SALUD	VALORES de línea base 2014 (o año disponible)			VALORES en 2017 (o último año disponible)			FUENTE y observ.
	Nombre del indicador	Hombre (H)	Mujer (M)	Total	Hombre (H)	Mujer (M)	Total	
Disminuir la mortalidad prematura por CÁNCER	 Tasa de mortalidad prematura (<75 años) por cáncer (Ca.)	138,2	74,7	105,8	119,5	62,8	90,5	INCLASNS
Disminuir la mortalidad prematura por ca colorrectal	Tasas de mortalidad prematura (<75 años) por cáncer colorrectal	18,3	11,6	15				ISPLN Observatorio
Disminuir la mortalidad prematura por ca de pulmón	Tasas de mortalidad prematura (<75 años) por cáncer de pulmón	42,9	14,3	28,6				ISPLN Observatorio
Mejorar supervivencia (Sv) cancer (Subir 5%)	 Supervivencia relativa al conjunto de los cánceres a los 5 años	49,8%	60,0%	54% (2000-2005 con seguimiento hasta 2011)				ISPLN
Aumentar en un 5% la supervivencia del cáncer de colon y recto a los cinco años	Supervivencia RELATIVA por cáncer colorrectal a los 5 años y por estadios de diagnóstico							Observatorio ISPLN. Sv Observada en el grupo de personas con la misma
Disminuir la incidencia de cáncer de pulmón (en hombres en un 5% contener en mujeres)	 Tasa de incidencia de cáncer de pulmón por sexo, por 1000 hab.	50,5 (2003-2007)	8,9 (2003-2007)		50,2 (2008-2012)	13,2 (2008-2012)		ISPLN Observatorio
Disminuir incidencia de cáncer cuello de útero	Tasa de incidencia /100.000 de cáncer de cuello de útero	no procede	3,8	3,8	no procede	3,6 (2008-2012)		R. Ca ISPLN
Que más del 67% población Na participe en el programa de screening de Ca colorrectal	Participación en screening ca colorrectal			67,5% (2015)			71,1% (2016)	ISPLN Detección precoz
Detección precoz de cáncer y correcto seguimiento	Porcentaje de pacientes con ca colón-recto diagnosticados en estadios III v IV respecto al total diagnósticos 			58,8% (2013)				R. Ca ISPLN
	Porcentaje de pacientes con ca mama diagnosticados en estadios III y IV respecto al total diagnósticos 	no procede	17,1%					R. Ca ISPLN
	Porcentaje de pacientes con ca cuello útero diagnosticados en estadios III y IV respecto al total diagnósticos	no procede	32,8%	32,8% (2008-2012)				R. Ca ISPLN
Facilitar que personas vulnerables con cáncer tengan cuidadora	 Porcentaje de pacientes paliativos con cáncer en cuya HCI consta la persona cuidadora principal	32,5%	32%	32,2%	45,0%	49,0%	47,5%	HCI
Mejorar la atención psicológica a pacientes con ca	Porcentaje de pacientes nuevos vistos en oncología en el año y que tienen valoración por psicooncólogos			665 casos nuevos para la AECC			??? 30%	Registro AECC y Host



ESTRATEGIA E:	Prevención y Atención a la Salud Mental
----------------------	--

1.- Valoración de los programas de la Estrategia Prevención y Atención a la Salud Mental

El Comité de esta Estrategia se modificó como consecuencia de cambios en la Gerencia de Salud Mental en 2017. Se priorizaron líneas de actuación dentro de cada uno de los cinco programas que incluye la estrategia de SM:

1. Programa de Prevención de Salud Mental (adultos)

- Prevención del suicidio. Consolidación del programa de seguimiento telefónico de tentativas de suicidio. Implementación de protocolos de valoración del riesgo de suicidio al ingreso de hospitales de día, unidades de hospitalización psiquiátrica y de salud mental (UME, ULE y UR).
- Programa de autocuidados en pacientes con trastorno mental para reducir la sobremortalidad, en el programa de primeros episodios psicóticos

2. Programa de atención integrada al Trastorno Mental

- Programa de intervención en Primeros episodios con el despliegue el Programa en toda la Red de Salud Mental de Navarra y apertura a AP
- Desarrollo de la Interconsulta No Presencial de SM en todos los CSM de Adultos.
- Permitir que Atención Primaria pueda derivar directamente a las agendas de Psicología
- Aumento de la cartera de servicios de psicoterapia grupal en respuesta a AP y SM
- Puesta en marcha de las Unidades de Hospitalización de Media y Larga Estancia de SM

3. Programa de Atención Sociosanitaria al Trastorno Mental Grave (TMG)

- Programa de rehabilitación funcional ambulatoria. Propuesta de despliegue y puesta en marcha de la Unidad de Deterioro Cognitivo en Tudela.

4. Programa de Prevención y Atención en S. Mental Infanto Juvenil

- Se ha sistematizado la intervención terapéutica con la protocolización de itinerarios de atención por grupos diagnósticos y diferenciarla según criterios de gravedad, empleando la Escala CGAS. Además se propuso el replanteamiento de nuevos modelos en la relación con Atención Primaria, modelo colaborativo
- Atención Infanto-Juvenil en el área de Tudela diferenciada de la de adultos y en inicio la de Estella. Implantado en Pamplona

5. Programa específico de capacitación y apoyo a la persona cuidadora de pacientes con TMG

- El INSPL lo hace con familiares con demencia. En cada CSM grupo de intervención psicológica para familiares. Incluirlo en el Programa de Terapia grupal ambulatoria. Elaboración de guía/folletos para pacientes, familiares y cuidadores (SM-INSPL) en 2019

Líneas de acción pendientes:

Con Atención Primaria: Seguimiento de la salud física de los pacientes con enfermedad mental

Con el ISPLN: Acciones relacionadas con la capacitación y apoyo a las personas cuidadoras, Escuela de pacientes e Información (Folletos y trípticos informativos) sobre Trastorno Mental Grave.



2.- Cronograma de acción Estrategia Salud Mental

ESTRATEGÍA DE SALUD MENTAL	2017				2018				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 seguimiento telefónico de tentativas de suicidio. Implementación de Protocolos de valoración del riesgo de suicidio
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.
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. Desde INSPyL (comunidad gitana, y cárcel)
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, y otros y también con Dpto. Educación
Despliegue efectivo del Plan de Drogodependencias y otras Adicciones. (Ver Estrategia de Promoción y Prevención en Adultos)									Pendiente el III Plan Foral de Drogodependencias
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									El programa se va a implementar progresivamente en Educación secundaria
Programa de atención integrada al Trastorno Mental*									
Programa de intervención en Primeros episodios									En marcha su despliegue.
Desarrollar acciones para incrementar la capacidad resolutoria de la Atención Primaria en la atención al Trastorno Mental Menos Grave.									Propuestas para Áreas, incluidas Estella y Tudela; desarrollo de la INP de adultos.
Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención a la Esquizofrenia por niveles de severidad según la metodología de crónicos.									Trabajado con estrategia de cronicidad
Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención a los Trastornos Depresivos por niveles de severidad según la metodología de crónicos.									Proponemos crear el grupo en el tercer trimestre de 2018
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)									Desarrollado modelos de enfermería de enlace en entorno sociosanitario. Modelo de Gestión de Casos de Esquizofrenia (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. Pendiente protocolizar la atención en crisis en los CSM.
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



ESTRATEGÍA DE SALUD MENTAL	2017				2018				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, 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
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 Infanto Juvenil									
Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención al TMG Infantil por niveles de severidad según la metodología de crónicos									2016, GTT protocolización de itinerarios de atención por grupos diagnósticos y gravedad, mejorar en la coordinación y nuevos modelos con AP
Programa de salud mental en la escuela. TMG, TDAH, 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									
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									El INSPL lo hace con familiares con demencia. En cada CSM grupo de intervención psicológica para familiares. Incluirlo en el Programa de Terapia grupal ambulatoria. Elaboración de guía/folleto para pacientes, familiares y cuidadores (SM-INSPL) en 2019
Capacitación específica a p.cuidadoras en pautas de actuación y alteraciones conductuales									Programa de intervención familiar Unidad de Rehabilitación.
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									Propio de Demencias. Tb aplicable en TMG (familiares con problemas de salud e ingresos). Depende de derechos sociales
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 Psicogeriátrico con las Unidades Residenciales del Centro SFJ



3.-Evaluación indicadores y Valoración global de la Estrategia Salud Mental.

La valoración global es positiva en lo que se refiere al desarrollo de las líneas de acción que dependen exclusivamente de la Gerencia de Salud Mental, aunque quedan acciones a desarrollar que están contempladas en el Plan de salud Mental 2019-2023, frente a las que requieren de la coordinación con otros servicios principalmente AP. Los indicadores se aprecian en la siguiente tabla

OBJ. Específico	Nº Indic.	INDICADORES DE LA ESTRATEGIA SALUD MENTAL y con los que son también de Resultados del Plan de Salud	FUENTE	VALOR HOMBRE	VALOR MUJER	VALOR TOTAL 2017	valor en años anteriores o en España
2.1. Disminuir un 10% la mortalidad prematura por suicidio en hombres y mantenerla en mujeres.	1	Tasa de mortalidad por suicidios	ISPLN R. mortalidad e INCLASNS	11,2 (2015-17)	5,9 (2015-17)	8,5 (2015-17) 6,3 (INCLASNS 2016)	Na= 6,2 (en 2014) y España 2016= 6,3
11. 1. Disminuir la tasa de incidencia de intentos de suicidio	2	Intentos de suicidio (que generan ingreso)	CMDB	35 intentos	68 intentos	103 intentos (2016)	95 (2015) 105 (en 2014)
12.1. Disminuir la prevalencia declarada de depresión y ansiedad	3	Prevalencia declarada de depresión, ansiedad	ENSE 2017	7,9%	11,8%	9,9%	en ENSE 2012 Na= 9,1% (4,1% en H y 14,2% M) y en España 2017=10,8
4.1. Capacitar al menos el 10% de personas cuidadoras de pacientes dependientes con TMG	4	Personas con EZ con al menos 1 familiar incluido en programa de capacitación	Registro SM	16/1385= 1,15%	6/1069= 0,56%	1%	1% (2016)
4.2. Tener el 90% HCI de con Registro personas cuidadoras.	5	Número de pacientes de SM en cuya Historia Clínica NO consta la persona cuidadora principal	Registro SM	(1385-545)/1385=60,6	(1069-433)/1069=59,5	60,15%	74,47% (2016)
1. 2 Concienciar Población general para erradicar el estigma social y la discriminación del enfermo mental	6	Porcentaje de población escolar 14-17 años, en programa sensibilización para reducir el estigma social sufrido por las personas con enfermedad mental	ISPLN	4,33%	3,46%	3,87% (2016)	último dato de 2016
1. 1 Mejorar la prevención de las patologías orgánicas crónicas en pacientes con problemas de salud mentales	7	Porcentaje de pacientes con TMG en cuya Historia Clínica Electrónica consta que se ha prescrito ejercicio físico, dieta y abandono del tabaco	HCI	no disponible	no disponible	Ejercicio: 8,13 Dieta: 7,02 Abandono t.: 13,76	Ejercicio: 7,48 Dieta: 6,86 Abandono t.: 12,57 (2016)
7.1. Aumentar el 10 % de pacientes atendidos en la Red de Salud Mental con consentimiento informado	8	Porcentaje de pacientes atendidos en SM al año, con consentimiento informado para tratamientos farmacológicos definidos (Meta= aumentar 10%)	HCI	341/11630= 2,93%	293/12694= 2,30%	2,64%	3,08% (2016)
10.1. Aumentar el % de episodios atendidos en Hospital de día SM sobre el total hospitalización	9	Porcentaje episodios atendidos en Hospital de Día de SM sobre total de hospitalización	CMDB y Registro SM	no disponible	no disponible	44,9%	44% (2016)



ESTRATEGIA F: Atención a la población con Enfermedades Crónicas o Estrategia de Cronicidad

1.- Valoración de los programas de la Estrategia de Cronicidad

La estrategia de cronicidad 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, integradas en la Estrategia de Cronicidad, está recogida la información relativa a Orden Foral y composición del Comité, en el apartado de "Instrumentos".

En 2016 se realiza la Evaluación, por el Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial, del piloto de Estrategia de Crónicos, en perfil Pluripatológico, Insuficiencia Cardíaca y Demencia.

Se redefine la Estrategia en estos perfiles y se inicia el despliegue.

Se define y se inicia la implantación en la estrategia de los perfiles Fibromialgia y Diabetes tipo 2.

En junio de 2017 finaliza el despliegue a todo Navarra en los perfiles Pluripatológico, Insuficiencia Cardíaca, Demencia, Fibromialgia y Diabetes tipo 2.

En marzo de 2018 se realiza la Evaluación, por el Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial, junto a Navarrabiomed, y el equipo de Contabilidad Analítica del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, del perfil Pluripatológico, a los dos años de implantación en los 5 Centros pilotos, que objetiva buenos resultados en efectividad del programa, experiencia de paciente en continuidad asistencial y satisfacción de profesionales implicados en la estrategia.

Se han elaborado o están en proceso de elaboración los documentos técnicos por parte de los Grupos Técnicos de Trabajo (GTT) en relación con la Estrategia de Crónicos y se sigue trabajando en la implementación:

- GTT de atención a **demencias**: ha redefinido el proceso de atención a la Demencia tras el pilotaje, se han definido criterios de indicación de estimulación cognitiva, se ha realizado y evaluado un piloto de derivación desde Atención Primaria a estimulación cognitiva, se va a iniciar el despliegue de esta derivación y está trabajando actualmente en acciones de formación a profesionales, autocuidados y formación a pacientes y cuidadores.
- Comisión Asesora Técnica del Departamento de Salud de **Diabetes**: ha aprobado el modelo de atención a pacientes diabéticos complejos.
- Grupo Asesor de Nueva Estrategia de Diabetes: Se ha realizado un programa de autoliderazgo y gestión del cambio, liderado por el Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial, con participación de diferentes perfiles y niveles asistenciales involucrados en la atención a pacientes con diabetes. Se está actualizando la Guía de Atención a Diabetes tipo 2 y posteriormente se realizará la Guía de Atención a Diabetes tipo 1.
- GTT de Integración Asistencial de **Enfermedades Cardiovasculares**: se ha redefinido el modelo de atención a Insuficiencia Cardíaca en el marco de la Estrategia de Crónicos, se está actualizando la Guía de Atención a pacientes con Insuficiencia Cardíaca y en la incorporación a la estrategia del perfil Cardiopatía Isquémica.
- GTT operativo de **Enfermedades Respiratorias**: finalizó la propuesta del modelo de EPOC en la Estrategia de Crónicos, que se ha implantado en el SNS-O en marzo de 2018. Está actualmente trabajando en un grupo operativo, junto a representantes del servicio de Alergología del CHN y del GTT de integración asistencial de Alergología, en la propuesta de incorporación de Asma de adulto a la Estrategia de Crónicos.
- GTT de atención a **Fibromialgia**: trabajó el protocolo y modelo de atención a fibromialgia y los criterios de derivación directa a psicoterapia grupal desde Atención Primaria, actualmente se está actualizando el protocolo, que va a incorporar trabajo con ejercicio en el programa de terapia cognitivo-conductual. Se está actualizando desde Salud Pública el protocolo de autocuidados.
- 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 definido el modelo de atención y se inicia la formación e implantación en mayo de 2019.
- GTT de **ELA y otras enfermedades neurodegenerativas**: está definido el modelo de atención y se inicia la formación e implantación en mayo de 2019.
- GTT de **cuidados**: Ha trabajado en la incorporación en HCl modelo de patrones de cuidados utilizado en Atención Primaria.
- **Comités de seguimiento de la Estrategia de Crónicos** en Áreas de Pamplona, Estella y 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**.
- Grupo de trabajo de **Enfermedad Crónica Compleja en la Infancia**: ha definido el modelo de atención de Niño Crónico Complejo en la Estrategia de Crónicos, pendiente de formación e implantación en mayo de 2019.
- GTT de **integración asistencial en nefrología**: pendiente de definir el modelo de atención en Insuficiencia Renal crónica en segundo semestre 2019.
- GTT de cuidados paliativos no oncológicos: ha definido el modelo de atención en Enfermedad Crónica Avanzada, pendiente de formación e implantación en mayo de 2019.
- GTT de **integración asistencial en Nutrición**: ha definido el protocolo de cribado de desnutrición en enfermedades crónicas.
- GTT de **fragilidad**: ha definido el protocolo de cribado de fragilidad y prevención de caídas.
- GTT de Enfermedad Cerebrovascular: está definiendo el modelo de atención a esta población en la estrategia.

Además de todos los grupos, el Comité Director de Atención Integral y Continuidad Asistencial del SNS-O, con representación de todas las Direcciones, aprueba todos los documentos relacionados con la Estrategia de Crónicos.

En marzo de 2018 se incorporó el perfil EPOC en la estrategia.

Están finalizados, pendiente de implantación prevista en mayo de 2019 los perfiles Enfermedad Crónica Compleja en la Infancia, ELA y Parkinsonismos Atípicos, Esclerosis Múltiple y el modelo de atención en todos los perfiles para Enfermedad Crónica Avanzada.

A lo largo de 2018 y primer trimestre de 2019 se ha trabajado en la incorporación de los perfiles: Cardiopatía Isquémica, Enfermedad Cerebrovascular y Asma en adultos. Se están actualizando las Guías de Manejo de Insuficiencia Cardíaca, Diabetes tipo 2 y Fibromialgia. En mayo de 2019 finalizará la formación para enfermería de Atención Primaria en Insuficiencia Cardíaca para potenciar la estrategia de autocuidados. En total se habrán realizado 23 ediciones (las 6 últimas están calendarizadas en mayo). Se ha formado a las tres Áreas de Salud. Se ha iniciado la cita de pacientes para primera consulta en Rehabilitación Cardíaca y está pendiente de iniciarse en breve la actividad física en el CHN.

Se ha implantado la pantalla editable de valoración global en ANDIA (espacio de HCl compartido en los distintos ámbitos de salud), permitiendo una actualización integrada en el SNS-O de la valoración de severidad clínica, de cuidados, necesidades sociales, valoración global, objetivos y pautas de descompensación del paciente incluido en la Estrategia de Cronicidad.

Se han implantado Datos Generales de Paciente (DGP) en HCl desde marzo de 2018. Los primeros DGP de HCl implantados fueron los de EPOC definidos en la estrategia de crónicos. Se han definido los Datos Básicos de Atención (DBA) en el proceso diabetes, que están en producción desde marzo de 2019 y suponen los primeros datos integrados en ANDIA que se editan y se actualizan en todos los aplicativos de forma simultánea. Se ha actualizado el Cuadro de Mandos de Crónicos con la incorporación de todos los indicadores principales, se ha actualizado el Panel de Control de Crónicos que incorpora avisos de actualización de datos desde otros ámbitos. Se ha definido el Panel de Control y el Cuadro de Mandos Clínico del proceso diabetes, cuya implantación y formación a profesionales está prevista en mayo de 2019. Se está trabajando en la definición de ANDIA procesos con el proceso diabetes.

En junio de 2018 se incorporó en ANDIA crónicos y como garantía de pacientes con cubo rojo la habilitación indefinida de transporte sanitario.

Se inició la formación de la Estrategia de Cronicidad a Centros Residenciales en 2017 y se ha continuado de forma permanente y progresiva.



Como elemento fundamental en la valoración global de pacientes crónicos, se está trabajando en herramientas de valoración sociosanitaria y en mejoras en historia clínica. Está implantada y se ha realizado formación la herramienta de cribado de valoración sociosanitaria RAICA, se ha definido la historia social unificada en Salud, se ha definido la herramienta de valoración sociosanitaria domiciliar Basika y en abril de 2019 estará en producción en ANDIA la valoración sociosanitaria, que incorpora los elementos más relevantes de necesidades de cuidados y de necesidades sociales, además de permitir el Plan Individualizado de Atención en ANDIA, elemento relevante en la estrategia de cronicidad, como parte de la intervención individualizada en pacientes con necesidades sociales y sanitarias.

Está previsto trabajar en la mejora de circuitos, en la formación y apoyo a los profesionales, en la mejora y evolución de herramientas de apoyo (sistemas de información, automatización de circuitos, cuadros de mandos clínicos, evaluación de resultados) así como en la mejora de información y capacitación de personas crónicas y cuidadores.

Se va a iniciar el despliegue del proyecto de automediciones pilotado en Arre desde 2014. Se está trabajando desde el Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial con el Servicio de Atención al Paciente, Sistemas de Información y la DGITIP en la incorporación en Carpeta Personal de Salud de automediciones desde Atención Hospitalaria y tramitación de dudas entre clínicos y pacientes, con la colaboración de Nutrición y Dietética así como de Endocrinología Infantil del CHN.

En abril de 2019 se implantará la Interconsulta No Presencial entre Enfermería, entre Enfermeras de Enlace, con diferentes modalidades: entre Enfermera de Enlace Comunitaria y Enfermera de Enlace Hospitalaria, entre unidades en el CHN y entre ámbitos.

En mayo de 2019 se inicia la formación en el modelo de atención a Enfermedad Avanzada en cualquier perfil de la estrategia de crónicos. Actualmente, una vez finalizado el documento, se está avanzando en la identificación de estos pacientes en HCE y en los requerimientos funcionales en sistemas de información. Se ha incluido la identificación de registro de voluntades anticipadas en HCE y se ha incluido como indicador en el cuadro de mandos de crónicos.



2.- Cronograma del Plan de Acción Estrategia de Cronicidad

PROGRAMAS Y ACCIONES PP	CRONOGRAMA												OBSERVACIONES
	2018				2019				2020				
	T1	T2	T3	T4	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.													Pantalla de valoración global editable, Estudio Viabilidad (EV) ANDIA editable
Protocolo informatizado compartido de Pluripatológico.													
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 en 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.													Se hace en todos los ambitos y apoya el ISP. Todavía pendientes de autorización de utilización EQ5D5L (Juan Cabasés)
Capacitación en autocuidados/Paciente activo. Autoformación, individual y grupal													3 Talleres distintos (varias ediciones en distintos puntos de Navarra) para toda persona con enfermedad crónica, o para su cuidadora
Escuela de pacientes. Talleres conducidos por profesionales y pacientes expertos													
Telemonitorización de pacientes pluripatológicos severos													
Programa de Conciliación de la Medicación y Adherencia al Tratamiento													
Conciliación de la medicación al ingreso y alta hospitalaria, especialmente en pacientes pluripatológicos.													Pendiente mejoras de automatización de circuitos
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.													La subdirección de farmacia no lo tiene en sus prioridades
Conciliación periódica de la medicación de pacientes polimedicados en AP													
■ acción en proceso de realización ■ ya realizada ■ no iniciada ■ acción desplegada a toda Navarra													



PROGRAMAS Y ACCIONES E. NEURODEGEN.	CRONOGRAMA												OBSERVACIONES
	2018				2019				2020				
	T1	T2	T3	T4	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													Valoración global en ANDIA, EV ANDIA editable
Valoración e intervención integral socio-sanitaria coordinada con Departamento de Derechos Sociales													ANDIA sociosanitario implantado en Salud en marzo 2019
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													Criterios definidos y piloto con derivación desde AP en 2018. Despliegue en abril 2019.
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 en 24 h													
Programa específico de Capacitación y Apoyo a la Persona cuidadora de pacientes con Deterioro Cognitivo													
Escuela de pacientes. Talleres conducidos por profesionales y pacientes expertos													3 Talleres distintos (varias ediciones en distintos puntos de Navarra) para toda persona con enfermedad crónica, o para su cuidadora
Capacitación en autocuidados/Paciente activo. Autoformación, individual y grupal													Se hace en todos los ambitos y apoya el ISP
Identificación de la Persona cuidadora principal en Historia Clínica y evaluación sobrecarga y Euroqol.													Falta autorización para utilizar EQ-5D-5L (Juan Cabasés)
Disposición de plazas de respiro y apoyo a la Persona Cuidadora.													Solo lo que tiene Derechos Sociales
Promocionar la participación de las personas cuidadoras en grupos de autoayuda.													El Servicio de ciudadanía del Dpto. Salud subvenciona AFAN para apoyo a cuidadoras
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"													Informar por parte de AP
■ acción en proceso de realización ■ ya realizada ■ no iniciada													
■ acción desplegada a toda Navarra													



PROGRAMAS Y ACCIONES E. RESPIRATORIAS	CRONOGRAMA												OBSERVACIONES
	2018				2019				2020				
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
Programa de Prevención y detección precoz de EPOC y Asma													
Prevención comunitaria universal frente al Tabaco.													
Prevención selectiva de tabaquismos en adolescentes y jóvenes													
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													EPOC hecho, asma cuarto Trimestre 2019, EV ANDIA 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 hecho, asma comenzará cuarto trimestre 2019
Consulta urgente de reagudización. Presencial y no presencial													EPOC hecho, asma 1º T.2019; Atención descomp. EPOC en el CHN horario tarde 4º T2018, asma inicio 4º T 2019
Alternativas a la hospitalización convencional en caso de reagudización													EPOC hecho, asma cuarto trimestre 2019
Escuela de pacientes. Talleres conducidos por profesionales y pacientes expertos													3 Talleres distintos (varias ediciones en distintos puntos de Navarra) para toda persona con enfermedad crónica
Capacitación en autocuidados/Paciente activo. Autoformación, individual y grupal													Se hace en todos los ambitos y apoya el ISP
Sistematizar el uso de escalas de estado de salud percibido y evaluación de calidad de vida EQ-5													Falta autorización utilización EQ5D5L (Juan Cabasés)
Garantizar seguimiento neumológico de pacientes con ventilación mecánica no invasiva													
Programas de Rehabilitación Respiratoria y Deshabitución Tabáquica Avanzada													
Prescripción indicada de deshabitución tabáquica en Enf. Resp. Crónicas. Captación en ingreso, circuito AP/especializada													
Unidad de Enfermería Especializada en deshabitución 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													Proyecto investigación con UPNA
Programa de prevención y vigilancia de neumonías nosocomiales y comunitarias en centros hospitalarios													
Vacunación antigripal y antineumocócica en pacientes de riesgo.													
Deshabitución 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 *													

*NEUMONÍA ZERO:relacionado con neumonía por aspiración y por ventilación mecánica en UCI.Ambos en proyecto SEPSIS



PROGRAMAS Y ACCIONES DE VASCULARES	CRONOGRAMA												OBSERVACIONES
	2018				2019				2020				
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
Prevención Primaria de Enfermedad Vasculare													
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					■								
Prevención Secundaria de Enfermedad Vasculare													
Autocuidados incluyendo prescripción ejercicio terapéutico.	■	■	■	■									
Capacitación en autocuidados/Paciente activo. Autoformación, individual y grupal	■	■	■	■									Se hace en todos los ambitos y apoya el ISP
Escuela de pacientes. Talleres conducidos por profesionales y pacientes expertos	■	■	■	■									3 Talleres distintos (varias ediciones en distintos puntos de Navarra) para toda persona con enfermedad crónica, o para su cuidadora + 1 específico de enfermedad vascular
Protocolos de tratamiento de la FA y HTA, anticoagulación etc.	■	■	■	■	■								Guía anticoagulación SNS-O primer trimestre 2019
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	■	■	■	■	■	■							En actualización
Protocolo compartido Insuf. Card. común en HCl.	■												Valoración global en ANDIA, EV ANDIA 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	■	■	■	■	■	■	■						Pendiente autorización utilización EQ5D5L (Juan Cabasés)
Inclusión en el Programa de Rehabilitación Cardíaca.	■	■	■	■	■	■	■						Pendiente CHN
Telemonitorización de pacientes severos	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Insuf. Cardíaca en programas cuidados de paliativos.	■	■	■	■	■	■	■						Protocolo Enfermedad Crónica Avanzada
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	■												Pendiente CHN
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	■	■	■	■	■	■	■						Se desarrollará con el PAISS Distrito de Tafalla



PROGRAMAS Y ACCIONES DIABETES	CRONOGRAMA												OBSERVACIONES
	2018				2019				2020				
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
ESTRATEGÍA DIABETES *													
Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención a la Diabetes por niveles de severidad según la metodología de crónicos													Guía actuación DM2 2º T 2019, DM1 finales 2019
Protocolo informatizado compartido de Diabetes con utilización adecuada de nuevos fármacos y dispositivos													EV ANDIA editable
Unidad de Diabetes													
Enfermeras Gestoras de Casos en Primaria y Enfermera de Enlace en Especializada													Enfermera gestora DM1 finales 2019
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													
Escuela de pacientes. Talleres conducidos por profesionales y pacientes expertos													3 Talleres distintos (varias ediciones en distintos puntos de Navarra) para toda persona con enfermedad crónica + 1 específico DM y alimentación y ejercicio físico
Capacitación en autocuidados/Paciente activo. Autoformación, individual y grupal													Se hace en todos los ambitos y apoya el ISP
Herramientas de ayuda al autocuidado. Aplicaciones telemáticas y consulta telefónica													

* en este cronograma las acciones son las propuestas en Plan Salud. Están pendientes de confirmar en Comisión Asesora Técnica Diabetes

3.- Evaluación indicadores y Valoración global de Estrategia de Cronicidad

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

La evaluación de la Estrategia de Atención Integrada a Pacientes Pluripatológicos a los dos años de implantación, objetiva buenos resultados en efectividad, satisfacción de profesionales y experiencia de paciente. Los dos aspectos de mejora detectados fundamentalmente son la mejora en los circuitos de automatización y organizativos que garanticen la conciliación y revisión sistematizada de la medicación y la definición de un modelo de atención domiciliario a enfermedad crónica avanzada.

Se están dando pasos y el horizonte está definido en el modelo tecnológico de integración asistencial y en la definición de cuadros de mandos clínicos con información de evaluación de resultados, pero es muy importante agilizar lo máximo posible la velocidad de implantación para mantener la credibilidad de la organización con los clínicos implicados en la transformación del modelo.

Como ámbitos de mejora, falta generalización de visión global y atención integrada en la organización, implantación generalizada del modelo de atención en hospitales, y no limitarla a los profesionales de apoyo en las unidades específicas para avanzar en una verdadera transformación de modelo asistencial, agilidad en la respuesta de requerimientos organizativos y tecnológicos, implantación del modelo definido recientemente de atención domiciliaria a enfermedad crónica avanzada y desarrollo de material de autocuidados de todos los perfiles que se incorporen a la Estrategia de Crónicos.

Está disponible un tableau de evaluación de la Estrategia y se está trabajando en la evaluación actualizada de costes de todos los pacientes pluripatológicos incorporados a la Estrategia. Se está trabajando además en la reestratificación de pacientes pluripatológicos complejos con modelos predictivos de mortalidad para definir subgrupos de pacientes que se beneficiarían de diferentes modelos de gestión de casos para posteriormente reevaluar la estrategia, en la implantación y evolución de cuadros del cuadro de mandos clínico de diabetes y de esquizofrenia, en un registro actualizado de pacientes con demencia, en el registro de ictus y en un tableau de resultados clínicos de pacientes con EPOC.



Objetivos *	INDICADORES PLAN SALUD	VALORES de línea base (2014 ó en azul y paréntesis año disponible del dato)			Valores en 2017 (ó en azul y paréntesis año disponible del dato)		
		Hombre (H)	Mujer (M)	Total	Hombre(H)	Mujer(M)	Total
Disminuir la mortalidad prematura por cardiovascular	Mortalidad prematura por Cardiopatía isquémica, ajustada por edad (Tasa por 100.000 hab.)	21,26	6,19	13,7	19,38	4,06	11,65 (2016)
	Incidencia de primer ictus (Tasa por 100.000 habitantes ajustada población Europea)	215	135	170 (2012-2014)	188	115	149 (2015-2016)
Mejorar el abordaje de enfermedades Crónicas	DM2 con buen control (HbA1C<8 de x% que tienen hecha)			86,2% (del 67,8% con HbA1c)			86,9% (del 67,3% con HbA1c.)
	Prevalencia declarada de asma en p. >15 años, diagnosticada por un mé.	2,7%	3,8%	3,2% (2011)	3,8%	4,8%	4,3%
	Tasa de ingresos por amputaciones de miembros inferiores por 1000 p. diabética			2,24	Estella=2,9 Pamp.= 4,1 Tudela=3,9	Estella=0 Pamp.= 1,3 Tudela=0,9	2,69
	Tasa de retinopatía y/o ceguera x1000 pacientes diabéticos (datos 2016 y por áreas)	Estell=118,5 Pamp.= 93,1 Tudela=94 (2016)	Estell=141,9 Pamp.= 97,7 Tudel=102,7 (2016)	90,4	Estella=114,5 Pamp.=100,5 Tudela=100,4	Estella=132 Pamp.=106,7 Tudela=106,7	105,5
	Porcentaje de EPOC fumadores que se ha hecho intervención dejar de fumar: A.en cualquier momento B.en el año	A. 80% B. 24%	A. 81% B. 26%	A. 80% B. 25%	A. 88% B. 30%	A. 87% B. 27%	A. 88% B. 29%
	Porcentaje de EPOC fumadores que h... dejado de fumar en los 3 últimos años					7%	
	Porcentaje de personas con IAM fumadoras o exfumadoras al Diagnóstico	60,1%	21,3%	49,6%	66,2%	27,3%	55,9%
Incrementar los pacientes con factor riesgo controlado	Porcentaje de Diabéticos 2 con TA controlada			35,3%			34,2%
Mejorar autocuidados	Porcentaje de p. de Estrategia crónicos con formación en autocuidados			46,28% (2016)			46,26%
Equidad y cobertura EC	Porcentaje de pacientes PP incluídos (tener valoración global) en Estrategia cronicidad			23,3% (2016)			42,2%
Facilitar que las "Personas vulnerables" tengan persona cuidadora	Personas enfermas crónicas PP severos y paliativos en los que consta en HCI que tienen persona cuidadora			59,6% (2016)			61,4%
	Personas enfermas crónicas PP en los que consta en HCI que tienen persona cuidadora			36,7% (2016)			42,0%
	Porcentaje de pacientes de Estrategia Cronicidad con Demencia en cuya HCI consta la persona cuidadora			57,6% (2016)			60,7%
	Porcentaje de pacientes con Demencia Severos y Paliativos en cuya HCI consta la persona cuidadora			71,6% (2016)			80,6%
Mejorar la sostenibilidad del Sistema	Media de frecuentación a urgencias de p. diana Estrategia Cronicidad en un periodo (12 meses, aunque inicial se midió en 3 meses)			0,2 (dic.2016 y desde 1/10/17)			0,79 (30nov. 2018 y desde 1/12/2017)
	Porcentaje de estancias de P. crónica en Hospitalización a Domicilio (HAD) en mes determinado (respecto al total de estancias)			13% (abril 2017)			17% (dic. 2017)



ESTRATEGIA G: ATENCIÓN A LAS URGENCIAS TIEMPO DEPENDIENTES (EUD)

1. Valoración de los programas de la Estrategia

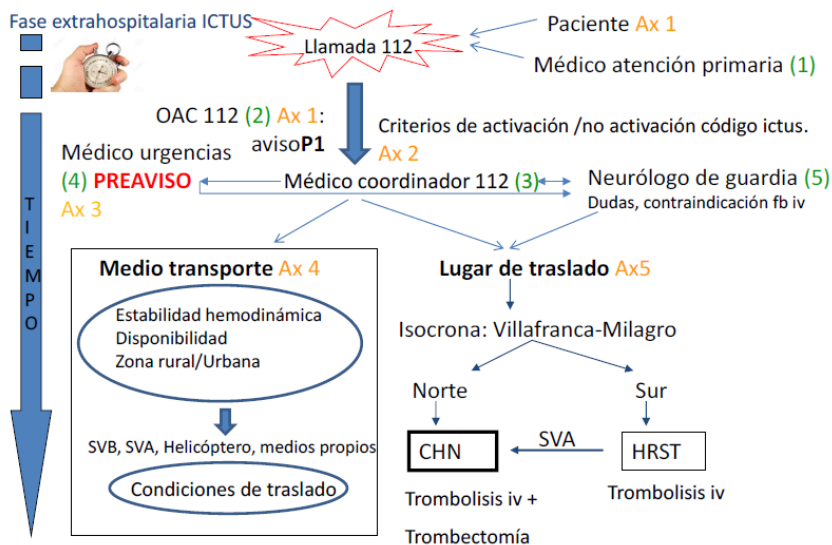
1. Programa de ordenación de la atención a la urgencia vital

- Actualización de código Ictus y elaboración del Código sepsis (adulto e infantil). Aprobación de ambos y ubicación en la página web del plan de salud, igual que la actualización del resto de códigos (infarto, trauma grave y PCR).
- Creación de un Grupo para desarrollo de sistemas información para PCR (operativo) y para ictus (inicio de desarrollo de registro en HCI, para que pueda alimentar el registro ictus, (similar a PCR). En el caso de ictus y al estar en el proyecto de investigación ictus-net, hay una neuróloga liberada parcialmente para entre otras actividades impulsar el tema del registro.
- Elaboración del nuevo Decreto Foral de uso y formación en DEA de primeros intervinientes (publicación en marzo 2019)
- Desarrollo de la aplicación de parada a través de tablets, que permite introducir datos mientras se realiza la RCP. Permite trazabilidad, seguimiento en H^a clínico y cumplimentación fiable de la base de datos.

Están operativos y con grupos específicos y un responsable, **5 códigos**:

1. PCR extrahospitalarias: Diego Rejero
2. Trauma: Bernabé Fernández
3. Ictus: Nuria Aymerich
4. IAM: M. Sol Alcasena
5. Sepsis: Carlos Ibero

Todos ellos tienen un procedimiento operativo en forma de documento y algoritmos (ver un ejemplo en la imagen que se pone a continuación de una parte del código ictus) que permiten la valoración del paciente y su inclusión en el código correspondiente, la coordinación entre niveles, las actuaciones correspondientes a cada uno de ellos y las variables a recoger para su cumplimentación en la base correspondiente. En todos ellos la pediatra Nuria Clerigué aporta la parte infantil de los mismos.



Los documentos base se pueden visualizar en página web Plan de Salud <http://www.plandesalud.navarra.es>



2. Programa de tecnología y Sistemas de Comunicación en Urgencia Vital

El tema de registros es un punto problemático por el gran esfuerzo que requiere mantener unos registros operativos y por otro lado son imprescindibles para conocer la eficacia de las acciones que se implementan.

Existen registros operativos de PCR (incluido en HCI), Trauma (externo a HCI) e IAM (en HCI pero la mayoría de datos hay que introducirlos manualmente).

El Servicio de Sistemas de Información Sanitaria Informática está trabajando en este momento para la implementación de una ficha específica en HCI similar a la de PCR que permita explotar los datos correspondientes a los ICTUS. En este sentido el proyecto ICTUSnet del programa Interreg-Sudoe está actuando muy positivamente. En años sucesivos se debe valorar la necesidad de seguir la misma estrategia con el resto de los registros de patologías tiempo-dependientes (IAM, Trauma, Sepsis).

Se está trabajando en definir las variables y categorías del código sepsis para su implementación como registro específico (2019).

Salvo que se automaticen y los médicos implicados se comprometan a introducir los datos, y a pesar de ello posiblemente haya que contar con “data manager” para la introducción y gestión de las bases de datos, pero no hacer registros dependientes de una persona sino que se “alimenten” de HCI. PCR por la casuística limitada podría ser autosuficiente.

3. Programa de Capacitación de la ciudadanía ante la Urgencia vital

Campañas de divulgación para reconocer síntomas y signos y pautas de actuación ante estas urgencias, sobre todo en colaboración con “ABC que salva vidas” y también en concreto para cada código, cabe destacar las acciones del día del ictus así como la difusión en todos los centros sanitarios de carteles y folletos en relación a reconocimiento de esta patología.



2. Cronograma del Plan de Acción Estrategia Urgencias Tiempo-dependientes

ESTRATEGÍA DE URGENCIAS	2016				2017				2018			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
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					■	■						
Regulación del Código IAM.					■	■						
Regulación del Código Trauma Grave.					■	■						
Regulación del Código de Parada Cardiorrespiratoria.					■	■						
Desarrollo del código Sepsis		■	■	■								
Desarrollo del código Hemorragia masiva			■		■	■	■	■	■	■	■	■
Iniciar el tratamiento y activar el Código de Activación correspondiente desde el primer contacto médico.		■										
Iniciar estrategia de reperfusión y tratamiento coadyuvante desde el primer contacto médico (según protocolo)		■										
Garantizar transporte primario en ambulancia medicalizada (SAMU-UCI), priorizando el tiempo a la calidad del recurso.		■										
Establecer centros de referencia, criterios y circuitos de derivación.		■										
Optimizar los circuitos intrahospitalarios.			■	■								
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.		■										
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			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
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		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Integración de la Información registrada en HCI en los registros hospitalarios de IAM, Ictus, TG y PCR					■	■	■	■	■	■	■	■
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



3.- Evaluación indicadores y Valoración global de Estrategia

Indicadores

Para la valoración de resultados se han seleccionado los indicadores que se presentan conjuntamente en una tabla general. No obstante se detallan más los datos en relación a los códigos trauma, PCR e ictus en las tablas siguientes:

Código TRAUMA

Se registraron 133 CASOS en 2018 y los indicadores más destacados son (en verde los que cumplen el objetivo y naranja los que no):

Indicador	2018	Objetivo
Tiempo: Llamada- llegada al lugar:	14m.	Menor de 17 minutos (m.)
Tiempo: Llamada – llegada al hospital:	50m.	Menor de 60 minutos
% de atención medicalizada	55%	Superior al 70 %
% de traslados en helicóptero:	13,6%	Superior al 10 %
% de IOT en Glasgow menor de 9 puntos	65%	Superior al 65 %
% de avisos de código trauma en politraumatizados	53%	Superior al 60 %
Tiempo llegada al hospital- TAC:	40m.	Menor de 45 minutos
Tiempo llegada al hospital- IQ clave:	1:45m.	Menor de 2 horas
Realización de gasometría arterial con EB	36 %	Al menos 45 %
Tasa de mortalidad hospitalaria:	16 %	Menor del 15 %

Código Parada Cardio-Respiratoria (PCR). Serie 2014-2018





Valor (%)	2014	2016	2017	2018
NUMERO DE PCR	82	71	89	113
ROSC	35 (42,7)	28 (39,4)	33 (37)	29 (26)
ROSC CON FV	16 (45,7)	13 (46,4)	15 (84)	16 (70)
SUPERVIVENCIA CPC 1-2	12 (14,6)	16 (22,5)	12 (16,4)	10,6
RCP POR TESTIGOS	51 (62,2)	52 (73,2)	56 (62,9)	53(42,4)
DEFIBRILACION PREVIA	10 (12,2)	16 (22,5)	22 (24,7)	12(9,6)
MEDIANA LLAMADA -INICIO RCP	3 m	3 m	3 m	3m
LLAMADA-LLEGADA EE	9 m	11 m	9 m	11 m
LLAMADA- CHOQUE TESTIGO	8 m	6 m	8 m	7 m
LLAMADA-CHOQUE EE	15 m	18 m	10 m	21 m



Código ICTUS

INDICADORES DE PROCESO	OBJETIVOS	
TIEMPOS	ver los tiempos en otra tabla	
% HIC sintomática (HICS) post TEV	< 10%	7%
INDICADORES DE RESULTADO	OBJETIVOS	
% pacientes tratados con TIV en Navarra		21%
% pacientes tratados con TEV en Navarra	5 -7%	6%
% pacientes que consiguen revascularización	≥ 70% mTICI ≥ 2b (en primeros 60 min desde punción)	79%

Los indicadores del conjunto de todos los códigos y que se seleccionaron para la Estrategia de Urgencias tiempo-dependientes, en base a que fuesen más de resultados y a poder priorizar algunos de ellos para incluirlos en los indicadores clave del Plan de Salud, fueron los siguientes:

INDICADOR ESTRATEGIA URGENCIAS TIEMPO-DEPENDIENTES	FUENTE	Estándar (St.)	Valor en 2016	Valor en 2017 (o último disponible)
Tasa de mortalidad prematura por cardiopatía isquémica	INCLASS			11,6 (2016)
Tasa de mortalidad prematura por enf. Vascular cerebral	INCLASS			6,5 (2016)
Mortalidad hospitalaria por IAM, Ictus y Trauma grave	CMDB		IAM= 5,1%(2015); TG=14% (2016); Ictus= 8,4%(2015)	IAM= 6,5%; TG=14%;
% de pacientes vivos al alta del total de los que se inicia RCP con supervivencia CPC 1-2	Registro PCR	25%	22,5% (N=16)	16.4% (N=12)
% pacientes con reperusión primaria total en IAM 	Registro IAM CHN R.poblacional ISP *		76,0%	83% (ACTPp 95,1%, FL 4,9%) 66,8% (ISP 2017) *
% de pacientes con reperusión primaria total en infarto cerebral (Trombolisis IV. y/o Trombectomía EV en ingresados con infarto cerebral) 	Memoria CHN Ictus		T. IV= 18% T.EV 3,6% 162 reper./862	TIV=21% TEV=6%
Mediana del tiempo llamada-llegada del recurso en PCR, trauma, IAM, Ictus)	varios Registros		PCR= 11m. ; Trauma G.= 12m.	PCR= 9m.
Mediana del tiempo llamada-PCR_RCP (por testigos y por Urgencias Extrahospitalarias)			3m.	3m.
Mediana sintomas-apertura arteria IAM	IAM		3horas y 28m. (2015)	3horas y 20m.
Mediana Tiempo Inicio - puerta en ICTUS	Registro Ictus			CHN: 75' HRS: 87'
Mediana tiempo Puerta- trombolisis (aguja) en Ictus	Registro Ictus	< 50 min	43 m.	CHN:40m. Tudela: 60m.
Mediana Tiempo llamada - 1ª Intervención clave en hospital para Trauma Grave	Registro Trauma G.		llamada-Hosp= 1h y 8m Hosp.-TAC=52m y Hosp.-Cirug=1h y 10m	Llamada-Hosp= 47m Hosp.-TAC= 37m y Hosp.-Cirug= 1h 50m
% de PCR en las que se hace Reanimación por testigos. 	Registro PCR		73,0%	62,9%
% PCR a los que se hace desfibrilación previa a la llegada del recurso	Registro PCR		22,5%	24,7%
 = es indicador de resultados incluido en "claves" del Plan Salud *				



FORMACIÓN

En el aspecto de formación, que es muy importante para el desarrollo de la Estrategia, las acciones que se han ido implementando (un total de 179 acciones formativas en 2017-2018) han sido muy bien valoradas por los diferentes colectivos implicados en el tema de urgencias tiempo-dependientes y está incluidas en el Plan de Formación Coordinado del Departamento de Salud. Se han centrado en los siguientes temas:

- Difusión de Códigos de Patologías tiempo-dependientes (para todos los ámbitos y profesionales implicados)
- Cursos de RCP-A para SUR, SUE, UVI-Móvil, Urgencias
- Atención al Paciente Politraumatizado
- Interpretación ECG y código IAM
- Formación en Sepsis
- Formación y reconocimiento de ICTUS

INVESTIGACIÓN

La estrategia conlleva una actividad formativa e investigadora muy dinámica y en la que participan muchas personas. Están en marcha los siguientes proyectos:

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

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

Se va a solicitar en 2019 el proyecto EGALURG-POCTEFA que tiene como objetivo la extensión de la base de datos de trauma a todo el territorio POCTEFA (Aquitania, Occitania, Andorra, Cataluña, Aragón, Navarra y País Vasco)

Código ICTUS. Proyecto ICTUSnet del Programa InterregSudoe, y en el que Navarra se integra a través del Servicio de Neurología del Complejo Hospitalario de Navarra y Navarrabiomed. Socios: Cataluña, Aragón, Baleares, Navarra, Occitania (France), Portugal.

Se siguen generando publicaciones en revistas indexadas con factor de impacto.

Evaluación, y Valoración global de la Estrategia

Lo más destacable en las acciones llevadas a cabo y pendientes en esta Estrategia ha sido:

- Soporte documental de los 5 códigos en documentos operativos actualizados y accesibles vía web
- Gran esfuerzo formativo para conocimiento de códigos en todos los ámbitos
- Implantación de Sistemas de Información accesibles desde diferentes soportes digitales e integrados en HCI, en fase de desarrollo
- Integración en Proyectos de Investigación regionales e internacionales



ESTRATEGIA L: DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (ESP)

1.- Valoración de los programas de la Estrategia de Seguridad del Paciente

1. Programa de Prevención de la Infección nosocomial (IN)

- **VIGILANCIA:** Se mantienen los estudios de **prevalencia** de IN global. Se definen nuevos estudios de **incidencia** de IN para 2017, integrados en la RENAVE en colaboración con Salud Pública. **Procedimientos quirúrgicos:** en CHN, C. Colon y C. Cardíaca); en HRS, Retrospectivo de prótesis de cadera y rodilla (3 meses); en HGO, Prótesis de cadera y rodilla (4 meses) y C. Colon y cesáreas (6 meses). **IN asociada a dispositivos en UCI:** ENVIN anual en CHN y HGO. Preparación para el seguimiento del modelo nacional en las UCI de adultos y pediátrica. La global hospitalaria se reduce a un cuatrimestre. **IN por Microorganismos Multirresistentes:** En CHN en el 2º semestre, seguimiento anual global y por Unidades de hospitalización y en HRS: informes y seguimiento según necesidades (s. epidermidis, R linezolid).
- **PREVENCIÓN INFECCIÓN NOSOCOMIAL (IN):** Los Proyectos de **infección Zero** promovidos por el MSSSI, están implantados en los servicios críticos (UCI) de adultos y pediatría, y ha disminuído el número de pacientes que adquiere una infección asociada a catéter de 2, en 2015 a 1,6 en 2017. Para la Neumonía por aspiración, está priorizada la formación en varias unidades y UCI en CHN. **Flebitis zero:** En distintas unidades de hospitalización de CHN y HRS. **Programa de optimización de la prescripción Antibiótica (PROA),** está dentro del Plan de Resistencias Antimicrobianas, y en 2018 está implantado para adultos y pediatría, en todos los Hospitales. En Atención Primaria está implantado en las Áreas de Tudela, Estella, y Pamplona a excepción de la zona Norte de Navarra, que se hará en 2019. **Higiene de Manos,** en base a los resultados de 2016, se refuerza la formación a todos los estamentos, se incrementa la dotación de dispositivos de base alcohólica, en todos los centros sanitarios. **Esterilización y limpieza del material quirúrgico reutilizable:** Instalación de una central de lavado en CHN, para esterilizar el material de A. Primaria de Pamplona; Salud Mental envía el Material a Ubarmin, en CHN B se instalan nuevas lavadoras de instrumental. **Infección perioperatoria,** Preparación prequirúrgica del paciente, así como las acciones de las medidas preventivas para desarrollar el pilotaje del programa nacional Infección Quirúrgica zero. **Control de Microorganismos Multirresistentes:** mediante formación a auxiliares, enfermeras y celadores. **Código sepsis:** En 2016 se presentó el protocolo del código Sepsis de adultos y en 2017 el de pediatría. Se ha realizado formación a médicos / enfermería y auxiliares de atención a la sepsis; así como del manejo del paciente con infección principalmente a Urgencias y Atención Primaria. Se ha implantado en las tres Urgencias hospitalarias (CHN, HGO y HRS), UVI-movil/112, servicio de urgencias extrahospitalario y se ha trabajado con Atención Primaria y nivel UCI y hospitalización en los tres centros hospitalarios.

2. Programa de Prevención de errores de medicación y de dispositivos asistenciales

- **Sistemas seguros de Prescripción,** se ha trabajado para que las medidas seguras se incorporen a todos los ámbitos; se han desarrollado distintas Dimensiones para reducir el riesgo de algunos fármacos que alertan en grupos de pacientes concretos y para optimizar la eficiencia en otros (ej.se ha reducido la prescripción los IBP Y de diuréticos). Se ha facilitado la prescripción electrónica para algunos grupos de pacientes cuyas peculiaridades no lo permitían. Se han hecho visibles en todos los entornos las interacciones de potencialmente letales de algunos fármacos. Se ha modificado los horarios de administración de fármacos por el riesgo de generar errores en profilaxis antibiótica u otra medicación.
- **Elaboradas Guías para el uso de fármacos** en catéteres vasculares de línea media y en la administración de medicación a través de Sonda Naso Gástrica.
- Para mejorar la **Conciliación de la medicación** al alta hospitalaria en pacientes pluripatológicos y otros frágiles, se plantean acciones, llevadas a cabo por el servicio de Farmacia.
- **Alergias:** en 2017 se opta por integrar esta información mediante la codificación SNOMED y se inicia el proceso de codificación. Se ha integrado la codificación de las alergias en todo el SNS-O, mediante ANDIA-Alergias.
- **Anticoagulación oral,** se ha actualizado y consensado entre AP y 2º nivel de Atención y la Dirección de Farmacia, la Guía para el manejo de pacientes con Anticoagulación oral.



3. Programa de Prevención de Complicaciones Quirúrgicas:

- **Checklist de verificación quirúrgica (LVQ):** El CHN modifica su listado de verificación quirúrgica, las medidas de profilaxis prequirúrgica en las Unidades de Hospitalización y protocoliza la profilaxis antibiótica. El resto de hospitales mantienen el LVQ de la OMS. En 2018 se han actualizado los LVQ en los hospitales llegando a consenso en la mayor parte de los ítems a evaluar. El registro de LVQ no está informatizado y la obtención de datos es costosa, por lo que el nº de intervenciones elegidas al azar para evaluar su cumplimentación depende de los recursos disponibles.
- **Formación a profesionales y pacientes,** en todos los hospitales se están seleccionando nuevas medidas para incrementar la seguridad de pacientes quirúrgicos, con formación a los profesionales, utilizando programas de excelencia. Se han implementado iniciativas de información y educación preoperatoria a los pacientes para mejorar su autocuidado postoperatorio.
- **Prevención control de sangrado:** en fase de selección de escala de riesgo de sangrado. En redacción el protocolo de la detección del paciente quirúrgico anémico para la recuperación intraoperatoria y posquirúrgica de sangre.
- **Programa de ahorro de sangre:** Se han tomado 3 medidas: la optimización de la anemia preoperatoria, La aplicación de las recomendaciones del “Documento Sevilla” sobre alternativas a la Transfusión y la reinfusión en el caso de la cirugía ortopédica.
- **Prevención tromboembolismo posquirúrgico:** Revisión de escalas de valoración de riesgo embólico y de la bibliografía sobre la profilaxis anticoagulante perioperatoria, con elaboración de protocolo y en fase de difusión.

4. Programa de Prevención de Complicaciones en Cuidados

- **Protocolos de valoración, prevención, registro y tratamiento Ulceras por presión, y de Caídas:** La caída es el incidente de seguridad más frecuente de los notificados. Tanto en este como en tema Ulceras por presión se han generado protocolos, en el contexto de proyectos de investigación traslacional financiados por el Departamento de Salud. Esta iniciativa resulta muy eficiente porque reduce el tiempo en disponer de los protocolos, especializa y convierte en líder al profesional que lo desarrolla, forma y genera grupos de trabajo multicéntricos imprescindibles para mantener una práctica de excelencia en toda la red. El CHN, ha realizado una intensa formación por su participación en un proyecto de implantación de GPC basadas en la evidencia y extenderá su experiencia a HRS y HGO. Se trabaja en un algoritmo para el adecuado tratamiento de las heridas y en el consenso con A. Primaria para el abordaje de las Heridas crónicas
- **Adecuación y control de medidas de sujeción física y farmacológica:** Unificación del registro en HCI (HRS, CHN, psicogeriatrico) de los dispositivos de contención incluyendo dos nuevos tipos de dispositivos, que conllevan actividades y procedimientos diferentes. Programada formación para manejo.
- **Protocolos de la Neumonía por aspiración y de la Desnutrición relacionada con la enfermedad:** A partir del Documento Marco del SNS para el Abordaje de la Desnutrición Relacionada con la Enfermedad, se desarrolla el protocolo de “Cribado, valoración e intervención nutricional” siendo un elemento obligatorio en la atención a pacientes Crónicos y pluripatológicos (cubo rojo). Se ha acompañado de modificaciones en las Historias clínicas para facilitar su valoración (mediante escalas) y registro y, de formación en todos los ámbitos.
- **Manejo del Dolor:** A través del proyecto “Sumamos Excelencia” en CHN y HRS se está extendiendo la formación para la valoración del dolor mediante escala, su registro y el procedimiento a seguir en el dolor posquirúrgico.
- **Errores en la administración de medicación por parte de enfermería:** Se van a pilotar diferentes estrategias para evitar las distracciones de enfermería en el momento de preparación y administración de los medicamentos. Sistemas inteligentes para la administración de la quimioterapia

5. Programa de Prevención de Complicaciones Asistenciales en el Área Médica

- **Medidas para Reducción del riesgo de radiaciones ionizantes:** Registro de dosis en HCI en Pediatría semiautomático. Control y optimización de la dosis de radiación en cada prueba en la mitad de los aparatos del SNS-O. Estudio de la aplicación de la Normativa Europea de protección a la población y los profesionales en las instalaciones radiológicas.
- **Seguridad en las Transiciones asistenciales:** Elaboración de protocolo adaptado al SNS-O por el GTT de Transiciones.
- **Actuación ante la Urgencia Vital en los dispositivos sanitarios:** Realizado el protocolo de la atención urgente intracentro, y se registra en ficha de HCI.
- **Eliminar intervenciones de escaso o nulo valor** Se trabaja en un proyecto de investigación, con financiación externa, para identificar el daño producido por hacer lo que no hay que hacer. Las recomendaciones de los protocolos



elaborados para atender procesos multidisciplinares integrados, contemplan también prácticas de baja eficiencia para su abandono progresivo. Se ha creado la Comisión de Mejora de la Práctica Asistencial –MAPAC- con el doble objetivo de identificar prestaciones potencialmente inadecuadas, la formulación de recomendaciones y acciones para reducirla y también busca promover la utilización de mejores alternativas en caso de estar disponibles.

6. Programa de Identificación Inequívoca y Notificación de Incidentes

- **Notificación y análisis de Incidentes:** Los centros que venían teniendo baja notificación hacen un esfuerzo por mejorarla incrementando la formación de profesionales y de nuevos gestores, incrementando también la actividad de las comisiones de seguridad de los centros. Todas las gerencias superan los objetivos. La notificación se va incrementado siendo en 2018 de 48,1% notificaciones/100 camas, notablemente mayor que la media de España de 16,6%.
- **Identificación inequívoca del paciente:** Los incidentes de Identificación son los más frecuentes, 15%, en A. Primaria, mientras que en Hospitales suponen el 4% de los notificados. Se ha decidido que el CIPNA es el código de identificación inequívoco para los usuarios del SNS-O. Los laboratorios están haciendo modificaciones para integrar sus sistemas y evitar errores. Está protocolizada e implantada la identificación inequívoca de los pacientes en todos los hospitales y en fase de redacción el protocolo de identificación del paciente en todos los ámbitos de la red.
- **Comunicación e información sobre eventos adversos (EA):** La difusión y formación para la implantación de planes de atención en caso de EA grave se ha realizado en todas las Gerencias para proteger a los pacientes, a los profesionales y a la propia institución. Se ha elaborado un Procedimiento Normalizado de Trabajo para informar a pacientes y familiares del procedimiento a seguir para interponer una reclamación de responsabilidad patrimonial ante un evento adverso centinela evitable. Se ha elaborado una Resolución de la gerencia del SNS-O para garantizar que todos los eventos adversos graves que ocurren sean comunicados a los responsables de los servicios o unidades en los que ocurren y a las instancias superiores, de forma que siempre puedan estar protegidos los pacientes y los profesionales.
- **Participación del paciente en su propia seguridad.** Se ha iniciado la organización de talleres en los centros de salud dirigidos a los pacientes polimedcados para que aprendan a hacer un manejo adecuado de sus medicamentos. Anualmente se imparte formación a los profesionales para estimular a los pacientes a actuar como primera barrera ante incidentes de seguridad.

Plan de formación y de investigación

La actividad formativa ha sido intensa, en esta Estrategia y en 2018, se han realizado 30 cursos sobre seguridad del paciente, con 106 ediciones en total y se han emitido 2333 diplomas.

En cuanto a investigación:

- Finaliza el proyecto de validación del paciente como auditor de Prácticas seguras (FISS 2015)
- Sigue activa la colaboración en la Acción Conjunta con la AEMPS y la UE para la prevención y control de las resistencias antimicrobianas en el SNS-O
- El proyecto de identificación de las consecuencias para la seguridad del paciente de Hacer lo que NO hay que HACER, ha finalizado la fase I de recogida de información de los profesionales.

2.-Cronograma del Plan de acción de la Estrategia de Seguridad del Paciente

En las tablas que se adjuntan se aprecia el plan de acción propuesto. Esta Estrategia tiene numerosas acciones (123) distribuidas en seis líneas estratégicas y 6 programas que cada uno de ellos tiene uno o dos coordinadores.

Se presenta cada una de las líneas o programas en una tabla y al final una tabla resumen de los más importante realizado en 2018 o propuesto para 2019



PLAN DE ACCIÓN 2016 - 2020

PROGRAMAS Y ACCIONES	CRONOGRAMA																				OBSERVACIONES
	2016				2017				2018				2019				2020				
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
ESTRATEGÍA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	L.1																				
I. Programa de prevención de la Infección Nosocomial																					
LI.1 Bacteriemia, Neumonía Zero y neumonía por aspiración																					
L1.1.1 Estudios de prevalencia EPINE																					Se mantiene en las acciones porque precisa monitorización
L1.1.2 Establecer un modelo unificado y sistematizado de recoger la información sobre vigilancia y control de las infecciones nosocomiales en el SNS-O																					Estará para junio probablemente
L1.1.3 BZ: Interv Estandarizada STOP-BCC																					Pilotado en 2016. Inicio 2017
L1.1.4 BZ: Interv Estandarizada Flebitis zero																					Planificada formación para su inicio
L1.1.5 NVM: Interv Estandarizada STOP NAVM																					Se realiza como actividad higiénica
L1.1.6 NPA: Prev en Hosp identificación y Valoración pacientes riesgo																					Anestesia lo contempla en su protocolo
L1.1.7 NPA: Prev en Hosp: Higiene bucal, cambios posturales, asistencia en comidas																					Se inicia 2019
L1.1.8 NPA: Prev en area Quirúrgica: incentivo respiratorio, profilaxis																					Planificada
L1.1.9 Difundir Pildora de conocimiento de prevención NPA																					Pendiente de dato
L1.1.10 Educación en autocuidado del paciente																					
L1.1.11 NPA: Formación DUE y TCAE en Unidades de hospitalización																					
L1.1.12 NPA hospitalaria																					
LI.2 Resistencia Zero, aislamiento y utilización adecuada de antibióticos																					
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 reforzos 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																					
LI.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
LI.4 Higiene de manos																					
L1.4.1 PBA en puntos de atención																					
L1.4.2 Formación Higiene de manos																					Formación en HM y precauciones univ.
L1.4.3 Evaluación / Obsevación																					Evaluación en Unidades por las JUE
LI.5 Preparación del paciente previamente a la cirugía																					
L1.5.1 cumplimiento protocolo de profilaxis antibiótica cirug.programada																					Actualizado protocolo
L1.5.2 Proyecto piloto Infección Quirúrgica zero (IQZ)																					Se inicia en todos los hospitales
L1.5.3 Infección Localización Quirúrgica																					Pendiente de datos
LI.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
LI.7 Detección Precoz y Tratamiento Sepsis																					
L1.7.1 Formación Código Sepsis																					Faltan servicios hospitalarios
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.



L2 Prevención Errores Medicación y dispositivos sanitarios	2016	2017	2018	2019	2020	
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)						Solo esta garantizado los pacientes cubo r
L2.1.2 Conciliación de la medicación al alta hospitalario polimedcados ≥8 (NO cubo rojo)						La conciliación de los pacientes NO cuborojo es a demanda
L2.1.3 Conciliación en AP Pacientes polimedcados ≥8 sin ingreso						Se inicia la conciliacion desde Primaria. 2019: 144
L2.2 Sistemas expertos y ayudas para la prescripción farmacológica adecuada.						
L2.2.1 Despliegue Global de LAMIA						
L2.2.2 Utilización de SAPE, OBSERVA y FARHO						SAPE y OBSERVA finalizados. FARHO en progreso
L2.2.3 Visualización de la aplicación para TAO desde todos los entornos.						Se ha definido el EV
L2.2.4 Incrementar el nº pacientes con TRT ≥60%						En 2018 objetivo ha descendido:56,6%
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
L2.2.7. Integración del sistema de codificación de alergias						En poco tiempo estará integrado
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. Identificación inequívoca paciente externo
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
Prevención de interrupciones durante la preparación y admóm. Medicac						
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						



L3. Programa para la Prevención de Complicaciones en el área Quirúrgica (incluida anestesia)	2016	2017	2018	2019	2020	
L3.1 Listados de verificación						
L3.1.1 Actualizar listado de Verificación Quirúrgica						
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 anestelistas
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 está disponible en HCI
L3.3.2 Evaluación de riesgo isquémico o complicación trombótica cuando se usa manguito						
L3.3.3 Formación en el uso y aplicación de isquemia periquirúrgica						Programada en Plan docente 2017
L3.3.1.1 Disminución de ETV (Ind cuantitativo)						
L3.4 Programa de cirugía segura						

L4. Programa de Prevención de Complicaciones en relación con los Cuidados Sanitarios	2016	2017	2018	2019	2020	
L4.1 Prevención de caídas						
L4.1.1 Valoración del riesgo de caídas						Grupo de Trabajo para unificar protocolos y registro
L4.1.2 Protocolo unificado de prevención de caídas						
L4.1.3 Registro y evaluación de caídas						Disponible registro en Atenea y HCI
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						Pilodora 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						Se elaborará desde el GTT de Demencia
L4.4.2 Protocolo de actuación en pacientes de riesgo de síndrome confusional						Pilodora 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



L.5. Programa para la Prevención de Complicaciones en áreas asistenciales Médicas y de Diagnóstico	2016	2017	2018	2019	2020	
L.5.1 Seguridad en las transiciones asistenciales						
L5.1.1 Adaptación de la técnica ISOBAR. Protocolo IMASER						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						
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 acciones o pruebas de escaso o nulo valor						
L5.4.1 Instaurar protocolo de adecuación de PSA para cribado						Grupo Trabajo para definirlo
L5.4.2 Uso relativo de medicamentos de baja eficiencia						
L5.4.3 Reducir el uso con estatinas en pacientes dislipémicos sin FRCV						

L.6. Sistemas de Identificación Inequivoca y Notificación	2016	2017	2018	2019	2020	
L.6.1 Sistema de notificación y aprendizaje						
L6.1.1 Reuniones mensuales y a demanda de gestores en cada área para revisión de incidentes y elaboración de acciones de mejora.						En desarrollo progresivo
L6.1.2 Presentación de Resultados de SINASP semestral en cada centro						En 2018 han superado las 1000 notificaciones Establecido e implantado el acuerdo
L6.1.3 Incrementar nº Notificaciones						
L6.1.4 Notificar RAM y errores de medicación con daño en SINASP y CFN						
L.6.2 Existencia de Comisiones de Seguridad del Paciente en todos los ámbitos asistenciales						
L6.2.1 Reuniones la Comisión de seguridad mensuales y a demanda						En desarrollo progresivo
L.6.3 Sistema de comprobación inequívoca de pacientes						
L6.3.1 Revisión y unificación de los protocolos de identificación inequívoca de pacientes en el SNS-O						Unificamos los existentes
L6.3.2 Identificar mediante pulsera con sus datos a Pacientes en Unidades de hospitalización, en Urgencias, en Hospitales de día, Partitorios y sala de partos, en Pruebas con sedación.						
L6.3.3 Existencia de protocolos unificados de identificación del paciente para vacunación, citación, consultas, volantes de solicitud de pruebas o consulta, Muestras biológicas, salas de extracción de sangre, envío de muestras biológicas a laboratorio o A. Patológica						En desarrollo
L6.3.4 Existencia de protocolo y sistema de identificación inteligente para pacientes que reciban transfusiones de hemoderivados o tratamientos farmacológicos destinados exclusivamente para ellos.						Pendiente
L.6.4 Mejora de la comunicación y la información sobre los efectos adversos y mejora de la implicación del paciente en la seguridad						
L6.4.1 Existencia de plan de respuesta a pacientes y profesionales ante un evento adverso y designación del equipo de Gestión del mismo en todos los centros.						Todos tienen un plan o aplican el de su gerencia
L6.4.2 Campañas de fomento para la implicación del paciente en su seguridad						Pendiente
L6.4.3 Contar con la participación del paciente en los comités y grupos de mejora.						Se han incorporando algunos tímidamente
L6.4.4 Revisar y contar con la participación de los pacientes en el diseño de documentos y materiales dirigidos a ellos (CI, Recomendaciones sobre autocuidados)						Se han incorporando algunos tímidamente
L6.4.5 Poner a disposición de los pacientes una plataforma en la que puedan notificar cuando hayan sufrido incidentes evitables derivados de la asistencia sanitaria						Pendiente
L6.4.6 Fomentar la "declaración de últimas voluntades"						
L.6.5 Formación tanto en seguridad, notificación de efectos adversos y herramientas para gestionar el riesgo (AMFE, ACR, etc.)						
L6.5.1 Plan anual y a demanda de formación en seguridad del paciente						
L6.5.2 Formación en SINASP						
Formación en técnicas y procedimientos simulados						
Formación en seguridad del paciente						
Formación en Gestión de riesgos						
Formación para el abordaje de la ocurrencia de un evento adverso						Iniciada
Sesiones internas de formación para indagar sobre preferencias del paciente para el final de la vida						



Acciones más relevantes realizadas en 2018 o propuestas para 2019

Acciones de Programas	Fecha	Responsable
1. Prevención infección nosocomial		
▪ PROA Atención Primaria y sociosanitario, en hospitales está iniciado	2018	GTT PROA
▪ Profilaxis antibiótica protocolizada en Cirugía Programada	2018	Subcomisión ATB
▪ Pilotaje de Infección Quirúrgica zero	2018	M.Preventiva/ Cirugía
▪ Programa para higiene manos en puntos de atención	2018	GTT H. Manos
▪ Formación, Implantación y Despliegue de los códigos sepsis	2018	GTT SEPSIS
2. Prevención Errores Medicación		
▪ Protocolo unificado de manejo de la Anticoagulación (TAO)	2018	GTT TAO
▪ Integración del sistema de codificación de alergias	2019	Subd. Farmacia
▪ Prevención de interacciones letales medicación de alto riesgo	2018	Subd. Farmacia
▪ Conciliación al ingreso de los pacientes en Observación de Urgencias	2018	Farmacia Hospitalaria
3. Prevención Complicaciones área Quirúrgica y Anestesia		
▪ Pilotaje programa cirugía segura	2018	GTT Cirugía
▪ Escala valoración de riesgo tromboembólico y hemorrágico quirúrgicos, protocolo ahorro de sangre	2018	GTT Tromboembolismo
4. Prevención Complicaciones en Cuidados		
▪ Protocolo inserción, cuidados y duración adecuada de sondaje vesical	2019	GTT Cuidados
▪ Protocolo prevención NPA (neumonía por aspiración)	2018	GTT Cuidados
5. Prevención Complicaciones áreas Médicas y Diagnóstico		
▪ Despliegue del protocolo de Transiciones asistenciales de pacientes	2018	GTT Transiciones
▪ Creación ficha de registro de RCP internas	2018	Responsable L5
▪ Adaptar al SNS la Matriz de riesgos de Radioterapia	2018	Radioterapia
6. Sistemas Identificación Inequívoca y Notificación Incidentes		
▪ Presentación de resultados de SINAPS semestral	2018	Responsables SINASP
▪ Planes de respuesta ante Evento adverso en todos los centros	2018	Comisiones S.Paciente
▪ Identificación inequívoca del paciente y sus muestras biológicas	2019	GTT Identificación
• Sensibilizar y formar a los pacientes en el ámbito de la seguridad	2018	Diferentes agentes



3.- Evaluación y Valoración global de Estrategia de Seguridad del Paciente

Valoración global de la Estrategia

Se ha seguido trabajando con los distintos GTT en elaborar y consensuar protocolos, basados en la evidencia científica y en las Buenas Prácticas que faciliten una atención segura y de calidad en todo el sistema y faciliten la comunicación entre profesionales y con los pacientes.

La lucha contra las Resistencias Antimicrobianas (RAM) es un objetivo a largo plazo que conlleva un amplio abanico de medidas y de recursos; las nuevas medidas para garantizar la atención quirúrgica, y la médica; los Cuidados y el aprendizaje del análisis de los incidentes notificados, suponen un refuerzo de los sistemas y de la cultura de seguridad de la organización.

Indicadores de la Estrategia de Seguridad del Paciente priorizados en el PLAN DE SALUD

OBJETIVO en relación a línea:	INDICADOR	VALOR línea base (2014)	VALOR 2016	VALOR 2017 TOTAL	Fuente y observaciones
L1.1 Bacteriemia, Neumonía Zero y neumonía por aspiración	%Prevalencia Infección Nosocomial (IN) (pacientes con IN adquirida en el centro)	7,6% (2015)	6,60%	5,3%	
L1.7 Detección Precoz y Tratamiento Sepsis	Tasa de letalidad al alta de pacientes con sepsis	29,8% (2015)	2016:26,3% 2015: 29,8%	25,9%	CMBD
L1.5 Preparación del paciente previamente a la cirugía	Prevalencia y/o incidencia de infección del sitio quirúrgico		3,50%		
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)	No dato	No dato		
L3.1. Utilización del Listado de Verificación Quirúrgica	% pacientes quirúrgicos con lista de verificación abiertas		56,20%	77,6%	
L4.1 Prevención de caídas	A. % valoración riesgo caídas en pacientes hospitalizados B. % valoración riesgo caídas pacientes >75años A. Primaria		A. 6,6% B. 19%	B.30,7%	CMBD y HCI
L4.1 Prevención de caídas	Estancia media de pacientes ingresados y operados por fractura de cadera.	10,9 días	10,8 días	9,3 días	CMBD. Pendiente datos "Fracturas de cadera en comunidad"
L4.2 Prevención de úlceras por decúbito	A.% de pacientes con úlceras adquiridas en el hospital B.% valoración de riesgo úlceras en pacientes en Domicilio		A.1,3% B.11,5%	B. 26,1%	
L.5 Hospitalizaciones potencialmente evitables	Tasa de hospitalizaciones potencialmente evitables por 10.000hab en >40 años (estandarizada por edad y sexo) y por áreas	Estella=57,3 Pamplona=48,8 Tudela=63,7 (2013)	Estella=56,9 Pamplona=54,9 Tudela=72,6 (2015)		Atlas de variabilidad clínica
L.5 Incidencia de cesáreas	Cesáreas por cada 100 partos	18,2		16,4	Datos de CMBD
L5.4 Indicación de acciones o pruebas de escaso o nulo valor	Uso relativo de medicamentos de baja eficiencia		45,52%	51,8%	
L6.1 Sistema de notificación y aprendizaje	Eventos adversos notificados/ 1.000 habitantes	0,4/1000 hab.	2016: 612 notificaciones. Incremento: 94% sobre 2105	816 ó 1,3/1000 hab.	



IV. CONCLUSIONES EN EL ECUADOR PLAN DE SALUD DE NAVARRA 2014-2020

RESUMEN DE ASPECTOS MÁS IMPORTANTES E INDICADORES “CLAVE”

- Destacar la implicación y **gran participación activa** de muchas personas en la implementación del Plan de Salud (PS), con más de 500 profesionales de todos ámbitos asistenciales, clínicos, gestores, técnicos, y también de la ciudadanía colaborando en los Comités y más de 50 Grupos de Trabajo Técnicos (GTT) de las Estrategias. Este potencial es el que hace posible que se desarrolle el Plan de Salud, sin olvidar las y los profesionales que trabajan en el día a día, atendiendo a la población y llevando a cabo las tareas del PS.
- El 88% de **las acciones del Plan de Salud** están iniciadas o implantadas, dado que todas las Estrategias del Plan de Salud y sus grupos de trabajo están funcionando activamente. Los instrumentos de las Estrategias del PS como son, el Comité Coordinador y los Comités Técnicos de ellas, están todos funcionando, a excepción del Comité para la Estrategia de Paliativos y Dolor. Todos los Comités tienen sus reuniones periódicas e impulsan los programas y acciones del Plan de Salud con los distintos grupos de trabajo técnico
- Los **instrumentos estratégicos del Plan de Salud**, se van desarrollando progresivamente, y algunos se apoyan en la Estrategia de Cronicidad, que tal como se define en el Plan de Salud se considera una herramienta estratégica esencial. El desarrollo de esta Estrategia y su evaluación pueden consultarse en el documento “Estrategia navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos”, que está accesible en la portada de la web del Plan de Salud: www.plandesalud.navarra.es

En el citado documento se recogen algunos de los **nuevos roles y perfiles profesionales** a que se hace referencia en el PS. Destacar sobre todo el nuevo papel de enfermería y en concreto la enfermera de enlace, que también se ha adoptado para las Unidades Multidisciplinares del cáncer. También el documento refleja cómo se han ido desarrollando los **sistemas de información** clínica y evaluación sanitaria, disponiendo los y las profesionales sanitarios de cuadro de mandos y panel de control accesible desde los ámbitos de AP y hospitalaria.

En **Formación y Gestión del conocimiento**, se han alineado todas las acciones que se realizan en los distintos ámbitos y se han coordinado todos sus Comités de Docencia desde la sección de Docencia del Departamento de Salud, para que respondan a los objetivos del Plan de Salud. Destacar que el 76,5% de las actividades docentes desarrolladas en 2017 y 2018 en los distintos ámbitos, se han realizado en base a las necesidades formativas planteadas desde los Comités Técnicos de Estrategias del Plan de Salud

- **Las palancas para la efectividad del PS**, como es el enfoque de la **Salud en Todas las Políticas**, está presente en iniciativas de trabajo intersectorial e interinstitucional y principalmente se canaliza a través del Consejo Interdepartamental de Salud, con la Presidenta del Gobierno de Navarra a la cabeza, y a través de las distintas comisiones interdepartamentales. Se está trabajando e interactuando sobre todo con los Departamentos de Educación y Derechos Sociales. Se establecieron las líneas de desarrollo del espacio sociosanitario y en 2016 se constituyó el Comité Director de Atención Integrada.
- Todos los Comités Técnicos de las Estrategias del Plan de Salud, han definido sus indicadores de evaluación y de ellos se han seleccionado los que pueden ser **indicadores “clave”**, teniendo en cuenta que principalmente fueran de resultados. En la tabla que se adjunta se presentan estos indicadores “clave”, agrupados según responden a los 8 objetivos del Plan de Salud, y también se ha señalado en qué estrategias se apoyan para obtener esos resultados. En el 82% de los valorados actualmente, nos indican que se van cumpliendo los objetivos marcados.



También en el Observatorio de Salud Comunitaria de Navarra se pueden apreciar algunos de los indicadores considerados importantes y su presentación en series o comparación con datos nacionales o de otros países.

http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Observatorio+de+Salud+Comunitaria+de+Navarra/Situacion+de+salud/

Se detallan a continuación los indicadores más destacados en relación a los 8 objetivos generales del Plan de Salud, y se comentan también algunas acciones realizadas para conseguirlos. Los resultados de estas acciones se recogen así como los indicadores en los informes de cada Estrategia del PS.

- **Objetivo de “Disminuir la Mortalidad prematura y evitable aumentando la esperanza de vida”**

La fuente para estos indicadores comentados de este objetivo, con su informe correspondiente se puede consultar en: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/AECCD760-AB2A-4841-818A-FA53478FD6DC/419581/BOL9718.pdf>.

La esperanza de vida al nacer en Navarra es mayor que la media española (siendo la española la tercera más alta mundial después de Japón y China-Hong Kong)¹, y está algo por encima en 2016 respecto al 2014 (ver figura 1). La media de 83,8 años sitúa a la población navarra entre la más longeva de España, manteniéndose más alta en mujeres que en hombres (la diferencia en Navarra entre sexos se ha ido reduciendo en las últimas décadas y, es de 5,7 años, una cifra similar a la española). Desde final de los años 70, la esperanza de vida ha aumentado diez años en la población navarra.

Las tasas de mortalidad prematura en los hombres se redujeron entre un 50 y un 58% en todos los grupos de edad desde finales de los años 70 y hasta el 2016. Destacar el aumento de mortalidad por tumores relacionados con el tabaco en las mujeres que nacieron en las décadas de 1940 y 1950, ya que en estas mujeres había un porcentaje mayor de fumadoras respecto a las nacidas en años anteriores. En el PS se destaca la importancia de incidir en acciones para la eliminación del tabaquismo, sobre todo en la Estrategia de Promoción de Población Adulta.

La mortalidad prematura por las enfermedades cardiovasculares ha caído de forma espectacular, tanto las relacionadas con el corazón como las cerebrovasculares (ictus) en población menor de 75 años y en ambos sexos. Parece que esto puede ser una señal de que se están abordando algunas de las causas desde diferentes estrategias del PS; así en las Estrategias de Promoción de Salud se incide en reducir el tabaquismo, en la Estrategia de atención a la enfermedad vascular sobre todo en las mejoras de los tratamientos médicos, y desde la de Urgencias Tiempo-dependientes en la rápida atención en los casos urgentes, contemplada en cada código.

Objetivo de Disminuir la Discapacidad y promover la autonomía personal:

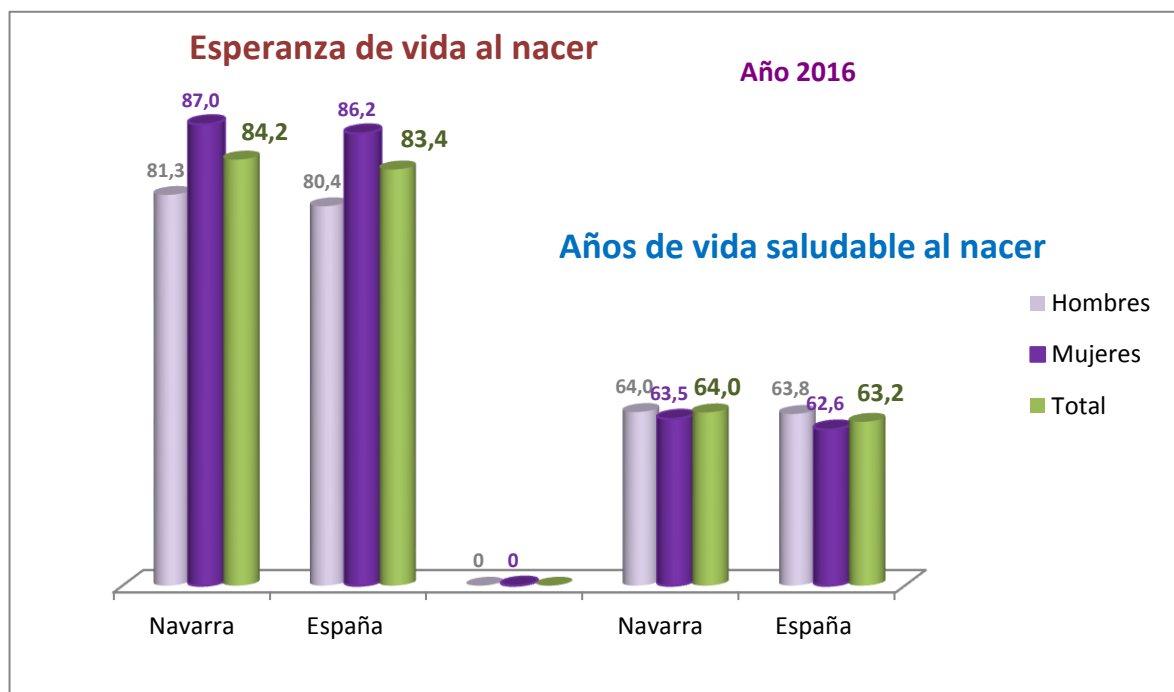
Fuentes: INCLASNS <http://inclasns.msssi.es/main.htm> y Encuesta Navarra de Condiciones de Vida (ENCV) <https://administracionelectronica.navarra.es/GN.InstitutoEstadistica.Web/informacionestadistica.aspx?R=1&E=3>

La Esperanza de Vida Libre de Discapacidad (EVLD), o años de vida saludable al nacer, ha ido aumentando para el conjunto de ambos sexos, de forma similar a la Esperanza de vida (EV), siendo para 2016 de 64 años en Navarra, si bien la esperanza de vida al nacimiento es mayor en mujeres que en hombres (87 vs 81,3), la EVLD es a la inversa, o sea algo mayor en hombres (ver figura 1).

¹ Health at a Glance: Europe 2018 y Health at a Glance: Asia/Pacific 2018



Figura 1. Comparación de Esperanza de vida al nacer, y de Años saludables de vida, en Navarra y España por sexo. 2016



Desde el Plan de Salud en la estrategia de “Promoción de salud de población infantil” y en la de “Discapacidad” se plantean varios programas y acciones para conseguir el objetivo de mejorar EVLD y en concreto en el Programa de Atención Temprana casi se ha duplicado el número de casos atendidos entre 2014 y 2017, pasando la tasa de inclusión de 2,1 a 3,5 por 1.000 niños de 0-3 años. Queda por incidir más en mejorar la EVLD a los 65 años y para ello están planteadas acciones de atención temprana y rehabilitación en las Enfermedades Vasculares y en EPOC, así como con las acciones de la Estrategia de envejecimiento activo y saludable de Navarra.

La prevalencia de población gravemente limitada para realizar actividades de la vida cotidiana ascendió de 4,6%, a 6,1% en el período 2012-2017 según la Encuesta de Condiciones de Vida en Navarra. No obstante se está trabajando en la Estrategia de Cronicidad, y desde AP por tener al menos una valoración inicial de capacidad funcional de población mayor de 75 años, y seguir realizándola cada dos años, con la finalidad de valorar si las acciones que se van proponiendo ayudan al menos a mantener la capacidad funcional. El porcentaje de personas que tiene realizada esta valoración actualizada ha pasado del 13,5% en 2014 al 24,4% en 2017.

- **Objetivo de Disminuir la Morbilidad y reducir la severidad de las patologías priorizadas:**

La tasa de **incidencia de ictus va disminuyendo desde 2009** (ver figura 2) y **el porcentaje que reciben algún tipo de revascularización va aumentando** (pasa del 18% de fibrinólisis en 2015, al de 21% de fibrinólisis en 2017, tomando como fuente las memorias del Servicio de Neurología del CHN y pendiente de tener datos de registro ictus actualmente en consolidación). Es de destacar que la mejora sucede a pesar de que la media de edad de la población que precisa intervención es mayor en 2017, que en 2015 y presenta más comorbilidad.

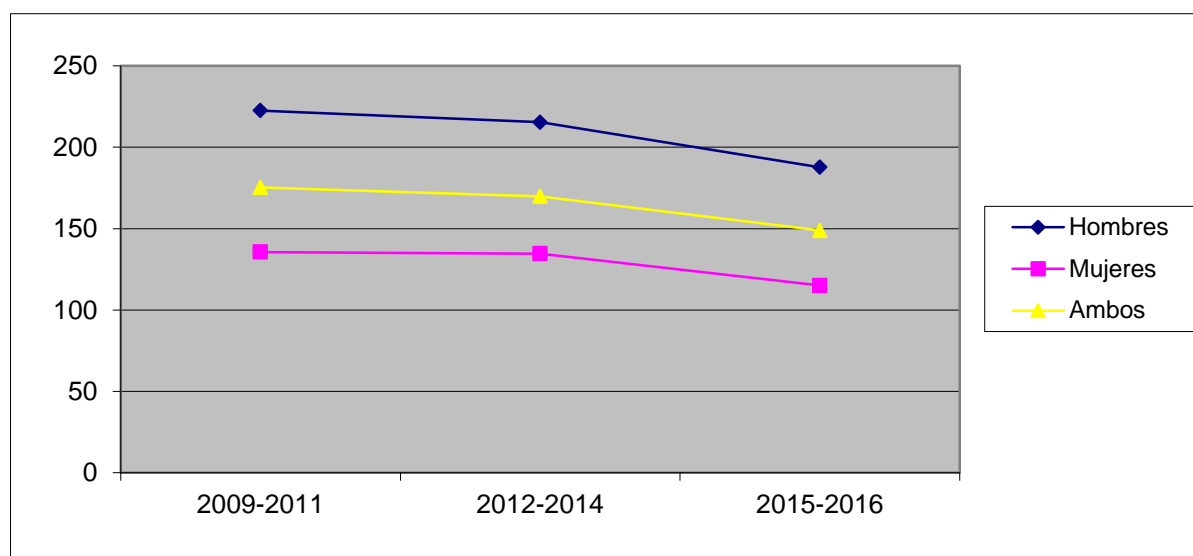
Un 7% de los EPOC fumadores dejaron de fumar a lo largo del período 2014-2017. La intervención para



dejar de fumar es especialmente importante en pacientes con esta patología o con problemas vasculares.

Sobre el 80% de las personas con “EPOC fumadoras en 2014”, se hizo alguna intervención para deshabituación tabáquica, y sobre el 88% en 2017 (Fuente: Análisis propio a partir de Historia Clínica Informatizada).

Figura 2. Tasas de incidencia de un primer ictus ajustadas por edad en 3 periodos del 2009 al 2016



Fuente: ISPLN. Registro Poblacional de Enfermedades cerebrovasculares

En relación a la seguridad del paciente, en estos últimos 4 años se observa una mejora de sus indicadores así como un incremento de las acciones emprendidas, destacando **la prevalencia de infección nosocomial, que sigue tendencia descendente** (7,5% en 2015 vs 5,3% en 2017 según EPINE).

- **Objetivo de mejorar la salud percibida y la Calidad de vida relacionada con la salud**

No se encuentran diferencias significativas entre 2012 y 2017 en los datos para valorar la calidad de vida relacionada con la salud, obtenidos mediante el instrumento Escala Visual Analógica (EVA) de encuestas poblacionales. En cuanto a la percepción positiva de la salud recogida en las Encuestas Europea y Nacional de Salud de 2014 y 2017 respectivamente, ha disminuido en 4,8 puntos porcentuales la población que considera su estado de salud como bueno o muy bueno en los últimos 12 meses. Esto también se encontró en las Encuestas de Condiciones de Vida de 2011 y 2017 en las que la disminución era de 8 puntos.

En 2012 casi tres de cada cuatro personas adultas tenían una percepción buena de su salud y las diferencias por sexo solo eran estadísticamente significativas en el grupo de 45 a 64 años, con mejor percepción por parte de los hombres. No ocurre así en 2017 en que hay diferencias significativas en ambos sexos y aumentan las diferencias entre ambos. También en relación a 2014 los datos de las Encuestas Europea y Nacional de Salud reflejan los mismos resultados, siendo en 2017 un 70,1% de la población la que refiere buena percepción de estado de salud (casi 5 puntos porcentuales menos que en 2014).



- **Objetivo de Promover Estilos de vida saludables**

Este objetivo ha sido uno de los prioritarios ya que durante el desarrollo de este Plan de Salud se ha potenciado la Salud Pública y las actividades de prevención y promoción (se ha elaborado la estrategia de envejecimiento activo, plan infancia, escuelas de salud, estrategia IHAN).

Aunque son muchos los indicadores en relación a este objetivo general, a continuación comentamos los más destacables

El **consumo de Tabaco** en población de 15 y más años según las Encuestas Navarras de Condiciones de vida (ENCV) 2011-12 y 2017 ha disminuido. También se constata en la Encuesta Nacional de Salud en la población navarra, en la que en las mismas fechas pasa del 23,3% en 2014 al 20,4% en 2017, y el descenso ha sido sobre todo en mujeres (3,6 puntos porcentuales de diferencia entre 2014 y 2017). Navarra ha sido la primera Comunidad Autónoma que ha financiado los fármacos de apoyo para dejar de fumar según destacan en el informe de la Estrategia de Promoción de Salud en Población adulta.

Ejercicio físico y obesidad: En los consejos sobre estilos de vida saludables se incide en la promoción del ejercicio físico, y así el 71,1% de la población navarra >65 años había recibido consejo sobre ejercicio físico en el SNS-O (2017). Destacar el “Plan de Promoción de la Actividad y Ejercicio de Navarra 2017-2020” en colaboración con el Instituto de Deporte y Juventud. Ha descendido el porcentaje de sedentarismo en población mayor de 15 años del 32% al 28% y al 22,8% (periodos 2011-2014-2017). La prevalencia declarada de obesidad según la ENCV y según ENSE ha ascendido en población adulta siendo según ENSE de 15,4% en 2017, manteniéndose estable en población infantil de 6-7 años en torno al 9% en 2015 y 2017, y descendiendo del 11% en 2007 (Fuente: historia clínica informatizada). En otro análisis que se hace en Navarra (Boletín epidemiológico ISPLN: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/AECCD760-AB2A-4841-818A-FA53478FD6DC/389007/BOL9317.pdf>), refieren un “Descenso importante de la prevalencia de obesidad y sobrepeso en nacidos en Navarra en 2012 en comparación con los nacidos en 2004”.

Alcohol: La prevalencia de consumo de riesgo de alcohol según la ENCV va aumentando del 2,5% en 2014 a 3% en 2017, siendo mayor para hombres que para mujeres. Se ha pilotado en 2017 en las Zonas de Elizondo y Villava un “Plan integral de intervención sobre consumo de alcohol” y previsto realizar acciones para toda Navarra en el “III Plan de Drogodependencias”.

- **Objetivo de fomentar el Autocuidado**

Más de 1/6 de la población navarra mayor de 15 años ha recibido “consejo individualizado sobre estilos de vida” en las consultas de Atención Primaria, según se indica en la Estrategia de Promoción en población Adulta y según la Estrategia de cronicidad el 46,3% de las personas de dicha estrategia tienen formación en autocuidados en 2017.

El grado de satisfacción de la población con la información y consejo recibidos en AP obtiene puntuaciones ascendentes (media de 8,6 sobre 10 en 2017, vs 7,96 en 2014 según la encuesta de satisfacción anual a las personas atendidas en el SNS-O).

- **Objetivo de reducir las Desigualdades en los resultados de salud:**

Para las desigualdades de género se pueden apreciar en varios indicadores y se destaca de forma importante el porcentaje de pacientes **con depresión y/o ansiedad**, que en conjunto va aumentando, pero **la brecha entre hombres y mujeres va disminuyendo** (pasa de 9,7 de diferencia de porcentajes mayor en las mujeres en 2011-12 a 3,9 en 2017 según ENSE).

En la atención a **personas más vulnerables**, va aumentando el porcentaje de personas, incluidas en la



Estrategia de cronicidad, y con cáncer, que tienen **persona cuidadora identificada**.

En las desigualdades según lugar de residencia, el “**Observatorio de Salud Comunitaria**” creado el 23-11-2016 permite conocer el perfil de cada una de las Zonas Básicas de Salud, así como de sus “activos en salud” y sirve de base para fomentar e impulsar la puesta en marcha de acciones en el ámbito local-comunitario y reducir las desigualdades de salud. En los indicadores cabe destacar las diferencias en **obesidad infantil** por Zonas Básicas de Salud y por nivel de renta de los padres. En el informe sobre desigualdades del Observatorio, también se manifiestan otras las desigualdades.

http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Observatorio+de+Salud+Comunitaria+de+Navarra/Temas+de+Salud/Desigualdades+de+salud/Informe+sobre+Desigualdades+en+Salud+en+Navarra.htm

- **Objetivo de contribuir a la Sostenibilidad del Sistema Sanitario**

A finales de 2017 la inclusión en la estrategia de cronicidad, de las y los pacientes pluripatológicos era de 42% y su frecuentación a urgencias (media de frecuentación a urgencias de población diana Estrategia Cronicidad) en los 12 meses anteriores al 1/12/2018 fue de 0,79. Está pendiente comparar con años posteriores ya que la extensión de la Estrategia de cronicidad para pacientes pluripatológicos a toda Navarra no se completó hasta junio 2017.

Resumen de todos los indicadores por objetivos

Se puede apreciar en la siguiente tabla el resumen, y en el punto V están las tablas de todos los indicadores. En esta tabla sólo se reflejan el número de indicadores de cada objetivo que indican que este se consigue (**positivos**), son el **82%** (sin contar los pendientes). También se ha seleccionado un objetivo específico logrado en 2017 y otro pendiente de conseguir (señalizado en rojo) por cada objetivo general

Objetivos Plan Salud Mejorar.....	Objetivo logrado en 2017 y objetivo a conseguir...	INDICADORES		
		Posi- tivos	Mejo- rar	Pendi- entes
Mortalidad	Aumentar esperanza vida Disminuir intentos y tasas suicidio	4		2
Morbilidad	Disminuir los Eventos Vasculares y su mortalidad Mejorar ansiedad-depresión.	7	1	7
Discapacidad	Aumentar la p. infantil incluida en Atención Temprana. Aumentar personas sin limitación en activ. cotidianas	3	2	1
Calidad de vida	Incluir en programa personas Paliat. Crónicas Mejorar percepción positiva de salud	1	2	1
Estilos vida saludable	Disminuir Sedentarismo y Aumentar Lactancia materna Mejorar obesidad y alcoholismo	9	2	2
Autocuidado	Mejorar información a población en autocuidados Incluir toda P. crónica Na Estrategia cronicidad	1		2
Equidad	Mejorar la brecha género ansiedad-depresión Mejorar en otros aspectos de equidad	5		4
Sostenibilidad	Disminuir estancia hospitalaria de fracturas cadera Disminuir urgencias de p. con Patologías Crónicas	2		3
TOTAL	82% indicadores que se consigue objetivo de salud	32	7	22



ASPECTOS A POTENCIAR HASTA 2020

- Es necesario seguir trabajando en la **mejora de los Sistemas de Información e implementación de Registros** de actividad asistencial y resultados de salud, para poder obtener los indicadores que sirvan para valorar los puntos débiles y de mejora, o conocer la situación, como es el caso de la Rehabilitación en los casos de enfermedades cardiovasculares e ictus (ej. en ictus en la memoria del Servicio de Neurología del CHN de 2017, al valorar el ranking a los 3 meses en las personas que han padecido ictus, se encuentra que hay un 40% de personas que son autónomas, a pesar de que en el 13,6% de pacientes que sufrieron un ictus ya eran dependientes antes del evento). De esta forma se podrá valorar si se avanza en el objetivo de atención a la discapacidad.
- **Implantar el Proyecto de Atención Integrada Social y Sanitaria**, ya planificado para el denominado “Distrito de Tafalla”, e impulsar el desarrollo en los otros Distritos de Navarra, con el objetivo de que la población reciba una atención integrada lo más cerca posible a su domicilio.
- **Implantar el Plan de cuidados paliativos en el medio hospitalario** y seguir con el Plan de Atención Paliativa a pacientes con enfermedad crónica avanzada. Se ha creado el Observatorio de Muerte Digna. Está pendiente de desarrollar y trabajar el tema del dolor, tanto en situaciones de cuidados paliativos como pacientes con enfermedad crónica o aguda, ya que afecta a gran parte de la población navarra (en ENSE 2017 el 48,6% declara vivir con algún tipo de dolor)
- En la atención al cáncer:
 - 1) avanzar en el **desarrollo de las Unidades Multidisciplinares de Cáncer**;
 - 2) valorar el impacto de los programas de screening de cáncer colorectal, mama y de cérvix en el diagnóstico de los casos en estadios tempranos, 3) es necesario desarrollar un Sistema de Información Integrado en HCI, que posibilite tener información del proceso de abordaje del Cáncer y de sus resultados.
- **Impulsar el III Plan Estratégico de Salud Mental** siguiendo algunas de las líneas iniciadas, como la de prevención de suicidios y el plan de comunicación para la erradicación del estigma del paciente con enfermedad mental, incluyendo la perspectiva de género.
- **Impulsar el III Plan de Drogas y Adicciones** que se ha elaborado para 2018-2023.
- **Seguir desplegando la estrategia de cronicidad**: impulsar la implementación del modelo en la atención a pacientes crónicos y pluripatológicos en todo el SNS-O tanto en población adulta como en población infantil; ampliar la cobertura del programa; reducir la variabilidad de práctica clínica en la atención a pacientes crónicos; promover la estrategia de autocuidados; impulsar un modelo de atención a la enfermedad crónica avanzada y un plan de decisiones anticipadas; desarrollar la historia clínica integrada y los cuadros de mandos clínicos; mejorar la efectividad, eficiencia y satisfacción del programa por parte de la ciudadanía y profesionales sanitarios.
- **Impulsar el Plan de acción de la Estrategia de Envejecimiento activo y saludable**.
- Seguir aumentando las personas a las que se da **consejo para autocuidados** y las incluidas en escuelas de salud. Continuar también con el impulso que se está dando a la lactancia materna y la humanización de la asistencia.
- **En seguridad del paciente**, potenciar los programas de prevención de complicaciones quirúrgicas, de los cuidados, de medicación y en un futuro plantear también la revisión de dispositivos o exploraciones con riesgo de exposición a radiaciones ionizantes y a partículas contaminantes.





V. INDICADORES CLAVE EN EL ECUADOR DEL PLAN DE SALUD 2014-2020

Metodología para la selección de los indicadores “clave” del Plan de Salud

Del total de indicadores planteados inicialmente en las Estrategias del Plan de Salud (PS) y que responden a los 8 Objetivos generales, cada Comité Técnico de Estrategia del PS priorizó de 10 a 20 indicadores que consideraron más relevantes en relación con su Estrategia y de ellos como “claves” del PS aquellos que se consideraron más importantes y que fueran, sobre todo, de “resultados de salud” y que se disponía de valores fiables, tanto al inicio (2014), como en fecha cercana al ecuador del PS (2017).

Del conjunto de Estrategias se seleccionaron un total de 61 indicadores “clave”, que correspondían a 39 objetivos del PS (previamente ya se habían agrupado los 87 objetivos específicos, planteados inicialmente, en estos 39 objetivos más generales, como se puede ver en la página web http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/Plan+Salud+Navarra/Plan+de+Salud+de+Navarra+2014-2020+Profesionales/Seguimiento/). En general se trató de seleccionar al menos un indicador para cada objetivo (en 13 objetivos tienen más de un indicador para cada objetivo).

Se ha puesto entre paréntesis en la tabla, en la columna de “indicador”, a qué Estrategia pertenece (alguno puede pertenecer a 2, o a todas) y las siglas son: ECa= Estrategia cáncer; ESM= de Salud Mental; EU= de Urgencias; EC= de Atención a población Crónica, que se añade CV si es Cardiovascular y DM, PP pluripatológico, ER enfermedades respiratorias, EN enfermedades neurodegenerativas ; EDPA= Discapacidad; EPA= Promoción adultos ; EPD= Paliativos y Dolor; EPI= Promoción infantil; ESP= Seguridad del Paciente.

En la columna penúltima de la tabla se presenta la fuente de los valores. El significado de las siglas que se referencian, como el link a la fuente están detallados al final del documento.

En la última columna se ponen gráficamente la comparación de los valores de Navarra y los de ese indicador para la media de España. La caja del gráfico de barras representa el 80% de los valores de las CCAA de España. Los bigotes representan máximo (el de la CCAA que ha obtenido el mejor valor) y el mínimo. La línea central representa la media nacional y el punto el valor de Navarra.

Para valorar si se va consiguiendo el objetivo, se comparan los valores del indicador en la línea base (2014) y el valor más próximo al del año 2017 y se anota en este si la diferencia es significativa en los que ha sido posible contrastar. También se ha tenido en cuenta los indicadores en que el valor está mejor en Navarra que en la media de España. Los que se ha conseguido el objetivo se señalan en verde, los que no, en naranja, y de los que no hay información suficiente para valorarlos o no son diferencias significativas, en gris.



Resultados

De los 61 indicadores clave, hay 8 que no se ha podido obtener el dato posterior al de la línea base (como los tres de la ENJ que se tendrán datos en 2019) y por tanto no puede verse la evolución en este informe. En otros 14 casos actualmente no hay suficientes datos o serie para concluir si se va cumpliendo el objetivo, y en todos ellos habrá que dejar la valoración para la evaluación final del PS. De los 39 indicadores restantes:

- El 82% de los indicadores clave indican que se va consiguiendo el objetivo (32 indicadores de los 39 valorables y en verde en la tabla). En muchos de estos indicadores se hacen algunos comentarios en el apartado de conclusiones del informe, en relación a lo destacable del Plan de Salud en base a los ocho objetivos.
- En 7 no se cumple el objetivo (señalizados en naranja). Algunos de estos indicadores se han obtenido a partir de encuesta (ENSE) como el de valoración de ansiedad y/o depresión y era esperable que la población se percibiese con peor salud mental en 2017 que en 2011-12 y que en 2014 (7,7%). Otro indicador en el que no se cumple el objetivo (también de encuesta, ENCV) es el de “gran limitación para actividades de la vida cotidiana”, y que ha aumentado el porcentaje de población limitada, como corresponde a población cada vez más envejecida. En 1 de los 9 indicadores sobre estilos de vida, el relativo a obesidad en adultos la tendencia indica que no se va cumpliendo el objetivo, pero sí el valor es mejor que el de la media de España, sin embargo en obesidad infantil, aunque en los valores en 2014 y 2017 en Navarra sólo se aprecia que se mantiene en el tiempo, si consideramos desde años anteriores y otros estudios, hay un notable descenso. En la comparación con España es notablemente más baja la obesidad infantil en Navarra. Es de destacar que va aumentando la población que hace ejercicio. Hay que considerar el gran aumento de población que declara vivir con algún tipo de dolor en las 4 últimas semanas y que en 2017 es el 48,6%.
- En el 71,4% de los indicadores clave del PS y que lo son también del INCLASNS tienen valores mejores en Navarra que en España.

En documento más amplio se recogerá más información y análisis más detallado de los indicadores. En este resumen, algunos indicadores están señalizados con un “superíndice” y se pone al final del documento, un comentario, ampliando o aclarando la información. También se han adjuntado al final del documento algunas gráficas ilustrativas de presentación de algunos indicadores.

Como indicador especial podemos destacar que en la Estrategia de Promoción de Población Adulta se ha trabajado especialmente la Estrategia de Envejecimiento Activo y saludable y también se puede considerar para el PS un indicador complejo que es el de “índice de envejecimiento activo global”. Navarra ocupa el 7º lugar (detrás de Suecia, Dinamarca, Países Bajos, RU, Finlandia e Irlanda) y tiene un valor de 36,8 en 2017, por encima del de España (32,6) y del de la UE28 (33,9).



OBJETIVOS	Indicador	2014 *			2017 *			FUENTE	COMPARACIÓN Media España (INCLASNS**)
		Hombre	Mujer	Total	Total	Hombre	Mujer		
MORTALIDAD /Morbilidad									
Aumentar la esperanza de vida	Esperanza de vida al nacer (años) (Todas Estrategias)	80,9	86,9	83,9	84,2 (2016)	81,3 (2016)	87,0 (2016)	INCLASNS	83,4 (2016)
Mantener tasas mortalidad Infantil	Tasa de mortalidad infantil (0-1año) por 1.000 nacidos vivos (EPI)	2,5	3,0	2,7	2,4 (2016)	2 (2016)	2,8 (2016)	INCLASNS	2,7 (2016)
Disminuir mortalidad prematura	Mortalidad prematura por todas las causas (Tasa x100.000 en <75años y ajustadas a población europea) ¹ (Todas Estrategias)	293,2 (2007-11)	129,9 (2007-11)	211,5 (2007-11)	198,1 (2012-16)	273,2 (2012-16)	123,0 (2012-16)	ISPLN-R. mortalidad	
	Tasa de mortalidad prematura por cáncer (Tasa x100.000 en <75años y ajustadas a población europea) ¹ (ECa)	136,6 (2007-11)	71,0 (2007-11)	103,8 (2007-11)	99,5 (2012-16) 90,5 (2016)	131,5 (2012-16)	67,6 (2012-16)	R. Ca ISPLN INCLASNS	96,4 (2016)
Aumentar la supervivencia de cáncer	Supervivencia relativa del conjunto de cánceres a 5 años (ECa)	49,8%	60%	54% (2000-2005 y Seguimiento vital hasta 2011)	Pendiente datos			R. Ca ISPLN	
Disminuir la incidencia de cáncer (en cáncer de pulmón disminuir en hombres y contener en mujeres)	Incidencia de cáncer de pulmón (Tasa /100.000ajustada población mundial) ² (ECa)	50,5 (2003-07)	8,9 (2003-07)			50,2 (2008-12)	13,2 (2008-12)	R. Ca ISPLN	



Detección precoz de cáncer	Población con cáncer de colon-recto con diagnóstico tardío ³ (ECa)			58,8% (2013)	Pendiente datos			R. Ca ISPLN	
	Población cáncer de mama ³ con diagnóstico tardío ³ (ECa)		17,1% (2013-14)				Pendiente datos	R. Ca ISPLN	



OBJETIVOS	Indicador	2014 *			2017 *			FUENTE	COMPARACIÓN Media España (INCLASNS**)
		Hombre	Mujer	Total	Total	Hombre	Mujer		
Disminuir enfermedades graves	incidencia mentales Intentos de suicidio, y lesiones autoinflingidas, con ingreso en hospital (ESM)	50 intentos	55 intentos	105 intentos	103 (2016)	35 intentos	68 intentos	CMBD	
Disminuir mortalidad por suicidios (disminuir en hombres y mantener en mujeres)	Casos de suicidio, y lesiones autoinflingidas ⁴ (ESM)	38 suicidios	9 suicidios	47 suicidios	51 suicidios (2016)	34 suicidios	17 suicidios	INE	
	Tasa mortalidad total por suicidio ⁴ (ajustada población europea x100.000)	12,6 (2012-14)	3,9 (2012-14)	8,2 (2012-14)	8,5 (2015-17) (6,7 en 2016 INCLASNS)	11,2 (2015-17)	5,9 (2015-17)	ISPLN-R. mortalidad	6,3 España (2016)
Disminuir enfermedades menos graves	incidencia mentales Prevalencia percibida de depresión y ansiedad diagnosticada por un médico(ESM) (Prevalencia declarada trastorno mental p. adulta)	4,1% (2011-12)	13,8% (2011-12)	9,0% (2011-12)	9,9% Dif.E.S. (10,7% INCLASNS)	7,9% Dif.E.S.	11,8% Dif.E.S.	ENSE (2011-12 y 2017)	10,8 (2017)
Identificar a los y las pacientes con enfermedades Crónicas y mejorar su salud	Prevalencia declarada de asma en >15 años, diagnosticada por un médico (EC-AR)	2,7%	3,8%	3,2%	4,3% Dif.E.S	3,8% Dif.E.S	4,8% Dif.E.S	EESE 2014 y ENSE 2017	4,7 (2017)
	% Diabéticos con buen control de entre los que tienen realizada la HbA1c ⁵ (EC-CV)			86,2% (del 67,8% con HbA1c)	86,9% (del 67,3% con HbA1c.)			HCI	



	Tasa de ingresos por amputaciones de miembros inferiores por 1000 p. diabética	0,09	0,02	0,05	0,05 (2016)	0,08	0,02	INCLASNS	0,08 (2016)
Disminuir la incidencia de Enfermedades vasculares	Incidencia de enfermedades cerebrovasculares. (Tasa ajustada x100.000hab.)(EU) y (EC-CV)	215	135	170 (2012-14)	149 (2015-16) Dif.E.S	188 (2015-16) Dif.E.S	115 (2015-16) Dif.E.S	<u>R. ictus</u> ISPLN	146,3 (2015)
	----- ----- Tasa ajustada de hospitalización por ECV (INCLASNS)				140,5 (2015)				




OBJETIVOS	Indicador	2014 *			2017 *			FUENTE	COMPARACIÓN Media España
		Hombre	Mujer	Total	Total	Hombre	Mujer		
Mejorar la Atención a la urgencia tiempo-dependiente	Porcentaje de Revascularización ajustado por edad en población con IAM ⁶ (EU)	70,6%	59,3%	65%	66,8%	72,8%	60,9%	R. IAM ISPLN	
	Porcentaje pacientes ingresados con infarto cerebral sometidos: A-fibrinólisis B-trombectomía (EU)			A- 18% B- 3,6% (2015)	A- 21% B- 6%			Memoria a CHN y R. ictus	
Disminuir la población crónica fumadora	EPOC fumadores: A. con intervención dejar de fumar B. que han dejado de fumar en últimos 3 años (EC-ER)	A.80 %	A. 81%	A. 80%	A. 88% B. 7%	A. 88%	A. 87%	HCI	
Aumentar la Seguridad del paciente	Letalidad al alta hospitalaria de pacientes con sepsis ⁷ (ESP)	29,4% (2015)	30,4% (2015)	29,8% (2015)	25,9% No Dif E.S	26,1% No Dif E.S	25,6% No Dif E.S	CMBD	
	Prevalencia Infección Nosocomial (ESP)			7,6% (2015)	5,3%			EPINE	7,56% (EPINE ESPAÑA 2017)
Mejorar la detección del maltrato	Tasa de incidencia de “Violencia de género en mujeres >14 años”(x 100.000 mujeres) ⁸ A. Abuso físico B. Abuso Psíquico (EPA)			A. 92,9 B. 24,1 (2015)	A. 96,9 B. 46,5			HCI-Atenea	



OBJETIVOS	Indicador	2014 *			2017 *			FUENTE	COMPARACIÓN Media España (INCLASNS**)
		Hombre	Mujer	Total	Total	Hombre	Mujer		
Disminuir años de Discapacidad	Años de vida saludable: A. al nacer	A. 62,7	A. 63,1	A. 62,7	A. 64 (2016)	A. 64 (2016)	A. 63,5 (2016)	INCLASNS	A. 63,2 (2016)
	B. a los 65 años (EDPA)	B.10,4	B.10,3	B.10,1	B.12,2 (2016)	B. 11,7 (2016)	B. 12,2 (2016)		
Aumentar las personas sin limitación para actividades cotidianas	% de población de 65 y menos años que refiere NO tener limitaciones para realizar actividades cotidianas ⁹ (EDPA+EPA)	86,7% (2011)	83,6% (2011)	85,2% (2011)	73,1% Dif.E.S.	73,0% Dif.E.S.	73,1% Dif.E.S.	ENCV	
	% de población adulta que refiere está gravemente limitada para realizar actividades cotidianas (EDPA+EPA)	4% (2011)	5,3% (2011)	4,6% (2011)	6,1% Dif.E.S.	4,3% Dif.E.S.	7,9% Dif.E.S.	ENCV	4,0% (ECV 2017)
Mejorar o mantener la capacidad funcional en población anciana (inicialmente medirla)	Población >75 años con valoración Funcional (% con Barthel 2 últimos años) ⁹ (EDPA)	11,2%	15,1%	13,5%	24,4%	21,4%	26,4%	HCI	
Realizar Atención temprana a la discapacidad	Tasa de población de 0 a3 años incluida en Servicio de Atención Temprana (x1000 niños 0-3 años) (EPI) y (EDPA)			2,1 (399 casos)	3,5 (605 casos)			SIPSS y Nastat	
Disminuir la prematuridad y bajo peso y las complicaciones en embarazo y parto	% de recién nacidos/as prematuros/as (antes de las 37 semanas) (EPI)			7,9%	8,02% (2016)			INCLASNS	7,5% (2016)



OBJETIVOS	Indicador	2014 *			2017 *			FUENTE	COMPARACIÓN Media España (INCLASNS**)
		Hombre	Mujer	Total	Total	Hombre	Mujer		
Mejorar la percepción positiva de la salud en la población general	Porcentaje que consideran su estado de salud como bueno, o muy bueno , en los últimos 12 meses, entre la población: A. Total de 15 o más años ¹⁰ (EPA)	A.76.4%	A. 73,4%	A. 74,9%	A.70,1% Dif.E.S	A. 74,8% Dif.E.S	65,5% Dif.E.S	EESE 2014 y ENSE 2017	B.45,4% (2017) 
	B. De 65 o más años	B. 57,8%	B. 51,4%	B. 54,2%	B. 49,7% Dif.E.S	B. 58,8% Dif.E.S	B. 42,3% Dif.E.S		
Mejorar calidad de vida	Percepción de su calidad de vida relacionada con la salud, en población adulta (de 15 o más años en EVA sobre 100 puntos) (EPA)	79,3	76,3	77,8 puntos (2011-12) (DE=16,2)	75,3 puntos (DE=19,8)	75,3	75,3	ENSE 2011-12 y ENCV 2017	
Disminuir población con dolor	Prevalencia población que declara vivir con algún dolor en las 4 últimas semanas ¹¹ (EPD)	16,9%	24,4%	20,7% (2011-12)	48,6% Dif.E.S	37,2% Dif.E.S	59,7% Dif.E.S	ENSE 2011-12 y ENSE 2017	
Extender la atención programa paliativos a la población con enfermedades crónicas	Pacientes paliativos no oncológicos, incluidos en programa de cuidados paliativos (%) (EPD)			0,3% (2 casos)	6% (43 Casos)			Memoria Paliativos HSJD	



OBJETIVOS	Indicador	2014 *			2017 *			FUENTE	COMPARACIÓN Media España (INCLASNS**)
		Hombre	Mujer	Total	Total	Hombre	Mujer		
Reducir riesgos para la salud	Prevalencia de “consumo de riesgo” de alcohol en población de 15 y más años ¹² (EPA)	3,1%	1,8%	2,5%	3%	3,3%	2,8%	EESE 2014 ENSE 2017	1,5 (ENSE 2017)
Reducir riesgos para la salud	Prevalencia de consumo habitual de tabaco en población de 15 y más años ¹³ (EPA)	27,7%	18,8%	23,2%	20,4% Dif.E.S	25,7% Dif.E.S	15,2% Dif.E.S	EESE 2014 ENSE 2017	22,1 (2017)
Incrementar el número de personas con factor riesgo controlado	Población con Tensión arterial controlada ¹⁴ (EPA)			64,5%	66,0%			HCI	
Incrementar el número de pacientes con factor riesgo controlado	Porcentaje de personas con Diabetes 2 con Tensión Arterial controlada ¹⁵ (EC-EV)			35,3%	34,2%			Atlas VPM	




OJETIVOS	Indicador	2014 *			2017 *			FUENTE	COMPARACIÓN Media España (INCLASNS**)
		Hombre	Mujer	Total	Total	Hombre	Mujer		
Obj. Estilos de Vida (II) Estilos vida más saludables y control de factores de riesgo en: a) Estilos vida Población adulta	Prevalencia de sedentarismo ¹⁶ en población de 15 y más años (EPA)	24,1%	31,8%	28,0%	22,8% Dif.E.S	17,6% Dif.E.S	27,7% Dif.E.S	EESE 2014 y ENSE 2017	37,8(2017)
	Prevalencia de obesidad (IMC≥30) declarada en población adulta de 18 y más años ¹⁷ (EPA)	13,2%	10,3%	11,7%	15,4% Dif.E.S	17,0% Dif.E.S	13,8% Dif.E.S	EESE2014 y ENSE 2017	17,4 (2017)
	Prevalencia de consumo diario de fruta en población de 15 y más años ¹⁸ (EPA)	54,3%	73,4%	64%	68,1% Dif.E.S	63% Dif.E.S	72,9% Dif.E.S	EESE 2014 y ENSE 2017	
	Población con Tensión arterial controlada (de la atendida en Atención Primaria de 15 a 75años, y con TA medida en último año) (EPA)			64,5%	66,0%			HCI	
b) población infantil	Prevalencia de obesidad infantil: %obesidad en población de 6-7 años ¹⁹ (EPI) B. Inferido de encuesta (2-17 años)			11% (2006-07) B.7,8	9,4% (2016-17) B. 1,4	10,9%	7,9%	HCI B.INCLASNS	B. 10,3 (2017)
	% lactancia materna a los 6 meses A. Exclusiva B. Algún tipo de lactancia ²⁰ (EPI)			A. 31,5% B. 61,2% (2015)	A. 34,8% B. 64,9% Dif E.S.ambos			HCI Atenea Obs.Salud	




c) población mayor de 65 años	Población > 65 años que acude al SNS-O, a los que se ha dado consejo de ejercicio físico (EPA)	68,0%	68,6%	68,3%	71,1%	71,2%	70,9%	HCI	
d) en jóvenes	Tasa de partos en mujeres de 15 a 19 años (tasa por mil) (EPI)			6,5	6,2 Dif.E.S.			CMBD	
	Tasa de interrupciones voluntarias de embarazo en mujeres de 15 a 19 años (tasa x 1.000 mil) (EPI)			8,4	7,5 no Dif.ES			R. IVE's	
	Tasa de interrupciones voluntarias de embarazo en mujeres menores de 20 años				8,3			INCLASNS	8,8 (2017)



OBJETIVOS	Indicador	2014 *			2017 *			FUENTE	COMPARACIÓN Media España (INCLASNS**)
		Hombre	Mujer	Total	Total	Hombre	Mujer		
Mejorar la información a pacientes	Grado de satisfacción de la población con: A- información y consejo recibidos en Atención Primaria (EPA)	7,96	7,96	7,96 (2010)	8,61	8,62	8,60	- Encuesta a población que acude a SNS-O.	6,7 (2017) Barómetro S. 
	B- Satisfacción Funcionamiento sistema sanitario, según Barómetro Sanitario			B. 7,2 (DE=1,8)	B. 7,3 (DE=1,8)			-Barómetro Sanitario	
Enseñar autocuidados a la población	Porcentaje de paradas cardiacas en las que se realiza Reanimación por testigos (EU)			62,2% (51 casos)	62,9% (56 casos)			R. parada cardiaca	
	Porcentaje de Población de Estrategia cronicidad con formación en autocuidados (EC)			46,28% (2016)	46,26%			HCI	



OBJETIVOS	Indicador	2014 *			2017 *			FUENTE	COMPARACIÓN Media España (INCLASNS**)
		Hombre	Mujer	Total	Total	Hombre	Mujer		
Reducir Hospitalizaciones e intervenciones sanitarias evitables	Hospitalizaciones potencialmente evitables en mayores de 40 años en Área Pamplona ²¹ (en la nota ver los datos de las otras Áreas de salud) (Tasa estandarizada x 10.000 habitantes) (ESP)			49,5 (2013)	54,9 (2015)	65,9	49,4	Atlas VPM	
	Estancia media por fractura de cadera en pacientes intervenidos (días) (ESP)	11,5	10,7	10,9	9,3 Dif.E.S.	10 Dif.E.S.	9 Dif.E.S.	CMBD	
	Cesáreas por cada 100 partos (ESP)	No procede		18,2	16,4 NO Dif.E.S.	No procede			24,8 (2016) 
	Media de frecuentación a urgencias de población diana EC en año anterior (EC)			0,20 (en 3 meses anteriores a 31/12/16)	0,79 En año antes de 1/12/2018			HCI	
	Porcentaje de estancias de Población crónica en Hospitalización a domicilio (en un mes determinado) (EC)			13,0% (abril 2017)	17% (dic. 2017)			CMBD y Registro Agendas	



OBJETIVOS	Indicador	2014 *			2017 *			FUENTE	COMPARACIÓN Media España (INCLASNS**)
		Hombre	Mujer	Total	Total	Hombre	Mujer		
Reducir factores de riesgo en jóvenes	Prevalencia de Bingedrinking* ²² en adolescentes (14 a 17 años) en los últimos 30 días *(consumo de, más de 3u en chicas y 4 en chicos, de alcohol en unas 2 horas)	22,6	24,6	23,7	Datos se obtendrán de encuesta 2019			ENJ 2013-14	
	Prevalencia de consumo diario de tabaco en adolescentes(14 a 17 años) (EPI)	5,4	10,2	7,9	Datos se obtendrán de encuesta 2019			ENJ 2013-14	
	Prevalencia de consumo de cannabis en adolescentes : A. en el último mes (14 a 17 años) (EPI)	A. 6,6	A.9,8	A.8,3	A. Datos se obtendrán de encuesta 2019			A. ENJ 2013-14	
	B. en los últimos 12 meses (14 a 18 años)	B.28,8	B.27,3	B.28,1	B.33,5	B.33,2	B.33,9	B. ESTUDES 2014 y 2016	B.26,3 (2016)
Facilitar que las "Personas vulnerables" tengan valoración global y persona cuidadora	Porcentaje de pacientes con enfermedad crónica Pluripatológica (PP) incluidos en Estrategia de Cronicidad. (EC-PP)			23,3% (2016)	42,2%			HCI Extensión EC se completó en junio 2017	
	Porcentaje pacientes con enfermedad crónica PP severos y paliativos con registro persona cuidadora (EC-PP)			59,6% (2016)	61,4%			HCI	
	Porcentaje pacientes con demencia con registro de persona cuidadora (EC-EN)			57,6% (2016)	60,7%			HCI	



	Pacientes en fase paliativa con cáncer en cuya HCl consta la persona cuidadora principal (ECa)	32,5%	32%	32,2%	47,5%	45,0%	49,0%	HCl	
Reducir desigualdades de género	Diferencia de porcentajes (Dif. %) de la percepción estado de salud como bueno o muy bueno (15 o más años) por sexo (EPA)	76,4%	73,4%	2,9 puntos menos en mujeres	9,3 puntos menos en mujeres	74,8%	65,5%	EESE 2014 y ENSE 2017	
	Diferencia de porcentajes (Dif. %) de población con depresión o ansiedad (15 o más años) por sexo. (Con diag médico y > 12 meses) (ESM)	4,1% H (2011-12)	13,8% M (2011-12)	9,7 puntos más en Mujeres (2011-12)	3,9 puntos más en Mujeres (2017)	7,9% H 2017	11,8% M2017	ENSE 2011-12 y ENSE 2017	
	Diferencia de porcentajes (Dif %) de la población con dolor (15 o más años en las últimas 4 semanas) por sexo (EPD)	16,9%	24,4%	7,5 más en mujeres	22,5 más en mujeres	37,2%	59,7%	ENSE 2011-12 y ENSE 2017	
Reducir las desigualdades por áreas y ZBS de salud	Porcentaje de obesidad infantil (0-5 años) por áreas y ZBS ²³ (EPI)			Navarra: 4,3% (IC 4,1-4,5) - peor ZBS= 8,7% - mejor ZBS= 2% (2014-2015)				Ver mapa ZZBB Navarra: Obs. Salud Navarra	





* Se presentan los datos de 2014 (la línea base) y 2017, en ambos por sexo. Si no hay datos de esos años, o no son valorables, se presentan de un intervalo de años o los del año más próximo y se pone en la casilla correspondiente entre paréntesis el año al que corresponde el dato.

** Fuente para Benchmarking. Para la mayoría de indicadores la referencia son los indicadores que presenta el MSSSI y si es otra fuente se especifica esta entre paréntesis.

Abreviaturas:

EVLD= Esperanza de Vida Libre de Discapacidad

CMBD= Conjunto Mínimo Básico de Datos del MSSSI

CHN= Complejo Hospitalario de Navarra

EC= Estrategia de Cronicidad

DM= Diabetes Mellitus

PS= Plan de Salud

TA= Tensión arterial

AP= Atención Primaria

EPOC= Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

IAM= Infarto Agudo de Miocardio

HCI=Historia Clínica Informatizada y si es de Atención Primaria (Atenea);

HSJD= Hospital San Juan de Dios

ISPLN= Instituto Salud Pública y Laboral de Navarra

MSSSI= Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España

Obs.Salud= Observatorio de Salud Comunitaria de Navarra, indicadores por Zonas Básicas de Salud;

R.= Registros: de Ca=Cáncer; de IAM= infarto agudo miocardio

SIPSS= Sistema Integrado de Prestaciones y Servicios Sociales de Navarra;

SNS-O= Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea

HSJD= Hospital San Juan de Dios

ZBS= Zona Básica de Salud



Siglas de Fuentes y links:

Atlas de Variabilidad de la Práctica Médica (VPM)

<http://www.atlasvpm.org/>

Barómetro Sanitario (BS.)

<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/barometro/home.htm>

EESE= Encuesta Europea de Salud en España;

http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2014.htm

ENSE= Encuesta Nacional de Salud;

<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>

ENJ= Encuesta de Juventud en Navarra;

<https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/CA39B09E-9972-4B56-9441-0B65COD35145/359223/BOL8916.pdf>

ENCV= Encuesta Navarra de Condiciones de Vida

<https://administracionelectronica.navarra.es/GN.InstitutoEstadistica.Web/informacionestadistica.aspx?R=1&E=3>

EPINE= Estudio Prevalencia Infecciones Nosocomiales en España

<http://hws.vhebron.net/epine/>

INE= Instituto Nacional de Estadística de España

<https://www.ine.es/>

INCLASNS= Selección de Indicadores Clave Sistema Nacional de Salud

<http://inclasns.msssi.es/>

<http://inclasns.msssi.es/main.htm>

Nastat= Instituto de Estadística

http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Economia+y+Hacienda/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Estadistica/

Obs.Salud: Observatorio Salud Comunitaria de Navarra

http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Observatorio+de+Salud+Comunitaria+de+Navarra/

SiNAPS= Sistema de Notificación y Aprendizaje para Seguridad del Paciente, del MSSSI

<https://www.sinasp.es/>



¹En la mortalidad prematura por todas las causas se considera para su valoración el período de 2007-2011 comparando con el siguiente en que hay datos o sea 2012-2016. Se aprecia que hay diferencias en cuanto a que ha disminuido en el total, siendo el intervalo de confianza (193,5-226,6) en el primer período y (183,7-212,4) en el segundo. Si analizamos por género, también disminuye para Hombres ya que el intervalo de confianza en 2007-2011 fue de (268,4-317,9) y en 2012-2016 (249,6-296,7); y en Mujeres disminuye, siendo los intervalos de (113,1-146,7) y (106,9-139,0), respectivamente.

Lo mismo en el caso de la mortalidad prematura por cáncer, que para el Total, los intervalos de confianza fueron (100,2-107,3) en el período 2007-2011 y (96,2-102,8) en el período 2012-2016. Para los Hombres fue (130,8-142,3) en el primer período y (126,1-136,9) en el segundo, y para Mujeres (66,8-75,1) y (63,7-71,4), respectivamente.

²Para el cáncer de pulmón es muy diferente el comportamiento en hombres y en mujeres, relacionado con su distinto hábito de fumar en ambos sexos. Por ello se presentan los datos separados de ambos sexos y no del total. Como se aprecia en la tabla, el objetivo se cumple en parte para hombres y no para mujeres.

³Se han considerado los indicadores para los cánceres con mayor mortalidad en Navarra y los datos poblacionales solo están disponibles actualmente hasta 2013. Sí que hay datos y se pueden presentar en informe adicional del porcentaje de diagnósticos en estadios III y IV, sobre las personas a las que se les realiza screening.

⁴Se presentan además de la tasa de mortalidad por suicidios, (considerándolo como datos del mismo indicador), el de número de suicidios y se compara con el indicador de intentos de suicidio, para poder valorar la relación entre ellos, que suele ser de 1 a 3 en la literatura, coincidiendo también en nuestro caso. Además este segundo indicador de “intentos de suicidio”, se ha considerado como indicador para el objetivo de disminuir la incidencia de enfermedades mentales graves. En el Plan de SM 2019-2023 también se lo plantean como un indicador de prevención. Los ingresos por intento de suicidio ha disminuido un 1,9% del 2014 al 2017.

En el informe del Observatorio de Salud de Navarra sobre análisis de suicidio 2000-2015. Los datos por grupos de edad y sexo indican que disminuye (no estadísticamente significativo) en Hombres para todas las edades y significativamente en el grupo de edad 25-44 años. En Mujeres parece que en tendencia se mantiene igual, pero como excepción en 2015-2017 aumenta de forma no significativa. En Navarra, al ser número absoluto pequeño de suicidios, las tasas pueden variar mucho cada año por lo que se han presentado los valores en dos periodos y así se aprecia mejor la tendencia. Se aprecia en los datos presentados que el objetivo de disminuir tiende a cumplirse (no significativamente) para los Hombres que pasa de 12,6 (IC 10,2 - 15) a 11,2 (8,9 - 13,5); pero no así para las mujeres, que aumenta de forma significativa de 3,9 (IC 2,5 - 5,3) a 5,9 (IC 4,2 - 7,6). Al coger la serie solo desde 2012 habrá que valorarlo al final del PS en el 2020.

⁵El control de DM se considera si HbA1C<8 de x% que consta en HCl de AP (Atenea) de entre los que la tienen realizada. En valores de años posteriores también constará los que la tengan realizada y anotada en HCl en otros ámbitos distintos de AP. En el Atlas de VPM se da el dato sobre la población total con DM, por lo que no son comparables actualmente estos datos con los que se presentan en el Atlas VPM de otras Comunidades Autónomas.

⁶Es el valor del porcentaje y está ajustada por edad de las personas con intervención revascularizadora cardiaca. Es necesario ajustar también por comorbilidad para poder comparar datos con otras Comunidades Autónomas y por género.

⁷La letalidad al alta hospitalaria, a pesar de que los casos de sepsis se registran mejor sobre todo desde la instauración del código sepsis, todavía puede haber un infra-registro. No obstante, se observa una disminución en el período de 2014 al 2017. En 2017 la mortalidad en mujeres ingresadas con sepsis fue significativamente menor respecto al de 2014. También en hombres pero sin significación estadística.



⁸ Hay diferencias estadísticamente significativas en los dos períodos comparados sobre todo para la violencia psicológica. Hay que tener en cuenta que son datos de lo registrado en la HCI de AP ya que en los otros ámbitos no se registra como para poder obtener datos fiables. Probablemente en años sucesivos si se puedan tener datos sobre todo de lo registrado en urgencias, en Centros de Salud Mental y Centros de Salud Sexual y Reproductiva.

⁹ Este y el siguiente indicador son propiamente de resultados. El primero se ha considerado la edad de 65 años o menos para valorar el % de personas que antes de esa edad se consideran no limitadas, porque es la edad que se obtiene en el indicador de “años de vida saludable al nacer” en 2016. En el siguiente indicador el denominador es toda la población adulta y en el numerador la gravemente limitada para realizar actividades de la vida cotidiana. Además de los 2 indicadores de resultados se pone un tercero que se considera de “resultados intermedios” y se describe el indicador peculiar para Navarra, ya que lo que se mide no es sólo si tiene valorada la “capacidad funcional”, sino si está actualizada y se realiza cada dos años, con la finalidad de ver si las acciones que hay programadas en el PS y que se van realizando consiguen mantener o mejorar la capacidad funcional. En la comparación en otras Comunidades Autónomas como el País Vasco, este porcentaje es más bajo, pero porque en ellas se mide únicamente que tengan hecha la valoración, no si está actualizada.

¹⁰ En la percepción de buena salud se ha empeorado en 2017 respecto a 2014 con diferencias estadísticamente significativas tanto en hombres como en mujeres, entre ambos períodos. Además, en 2017 aumenta la diferencia entre sexos respecto a 2011. El dato de este indicador que presenta el INCLASNS lo refiere a toda la población, sin embargo aquí hemos considerado la población de 15 o más años tal como lo referimos en el enunciado. En el análisis de 65 o más años el valor es igual al calculado de las Encuestas que el de INCLASNS, para la media de España.

¹¹ Este indicador estaba pensado dentro de la Estrategia de “Cuidados paliativos y Dolor”, que ha sido la única en la que no se ha formado Comité Técnico para su seguimiento. Los datos obtenidos de las encuestas dan diferencias significativas comparando 2011-12 con 2017, y en ambos años se percibe también una diferencia significativa por género siendo casi 6 de cada 10 mujeres las que declaran vivir con algún dolor en las 4 últimas semanas, mientras que en los hombres es casi 4 de cada 10, en 2017.

¹² Las diferencias entre 2014 y 2017 en consumo de alcohol son estadísticamente significativas, aunque con variaciones muy pequeñas. En 2017 el % tanto de hombres como de mujeres con consumo de riesgo de alcohol es ligeramente superior respecto al estimado en 2014. Un informe y análisis más completo puede verse en Observatorio de Salud.

¹³ Consumo diario de tabaco. Se observa la mejora entre la EESE 2014 y ENSE 2017, tanto en hombres como en mujeres.

¹⁴ Se da el dato de la población atendida en Atención Primaria de 15 a 75 años, y que tiene la Tensión Arterial (TA) medida en último año y la media de las dos últimas cifras de TA sistólica es menos de 140 y de TA diastólica es menor de 90.

¹⁵ Los diabéticos que tienen buen control de su TA (con la misma definición que en el indicador anterior), los consideramos sobre el total de Diabéticos. El resultado es un número ostensiblemente más bajo que en el anterior indicador, pero hay que considerar que aquel era sobre la población atendida. No obstante en DM se obtienen mejores resultados que en Aragón, Valencia y Canarias, y similares al del País Vasco y similares en los años 2014 y 2017 en Navarra.

¹⁶ Sedentarismo definido como “no hacen ejercicio de forma habitual en su tiempo libre” hay diferencias estadísticamente significativas en hombres y en mujeres. En conjunto, se aprecia una gran mejoría entre los periodos.

¹⁷ En obesidad hay diferencias (estadísticamente significativas en los 2 periodos comparados: En 2017 el % de personas obesas es mayor tanto para hombres como para mujeres, aunque es menor que la media de España (17,4%).

¹⁸ Hay diferencias estadísticamente significativas en los dos períodos comparados en el porcentaje de personas que consumen fruta a diario, y en 2017, el de hombres es superior y el de mujeres inferior respecto al estimado en 2014. En conjunto, se aprecia una mejoría entre los periodos.



¹⁹En obesidad infantil el punto de corte en ambos años es el peso indicado en los patrones de crecimiento infantil de la OMS+2Desviaciones Estándar (DE). La tendencia es a la baja: en 2006-2007 era de 11% y entre 2014-2017 alrededor del 9%. Las diferencias entre los períodos 2014-2015 y 2016-2017 no son estadísticamente significativas.

²⁰La lactancia materna tiene tendencia al alza (2008 era 20%). Las diferencias en los períodos 2015 y 2017 (en los dos más del 30%) son estadísticamente significativas con $p < 0,05$ para Navarra en su conjunto. Se presenta además del dato de lactancia exclusiva (a) hasta los 6 meses como recomienda la OMS, y el de si se ha estado con lactancia aunque no sea exclusiva (b)

²¹En el Atlas VPM los datos se dan por Regiones o Áreas y por tanto los datos en 2013 desagregados de las Hospitalizaciones Evitables son: Estella=57,3 Pamplona= 48,8 Tudela=63,7 y para 2015: Pamplona= 57,2 Estella=56,9 Tudela=72,6. También estos últimos datos se presentan por género en 2015 y para los hombres son: Pamplona= 65,9 Estella=74,3 Tudela=82,9; y para las mujeres: Pamplona= 49,4 Estella=41,1 Tudela=63,3. No obstante no hay datos más recientes de esta fuente que considera los procesos de hospitalización evitable en mayores de 40 años por EPOC e ICC, igual que el MSSSI, pero este además considera HTA, neumonía bacteriana e ITU; y el Atlas los de Angina, Asma, Complicaciones agudas de DM, y Deshidratación como diagnóstico principal en mayores de 65 años. Por tanto no es comparable este indicador en las dos Fuentes.

²²Bingedrinking: consumo de 4 vasos de vino o 4 cañas de cerveza o 2 copas de licores fuertes o combinados o cubatas completos en el caso de las mujeres ; y 5 vasos de vino o 5 cañas de cerveza o 2,5 copas de licores fuertes o combinados o cubatas completos en el caso de los hombres.

²³Las desigualdades en obesidad infantil por ZBS se pueden ver en los datos del Observatorio de Salud. Se escogió el grupo de 0 a 5 años por ser el que tiene una mayor representatividad de los datos a nivel poblacional, ya que hasta los 5 años se les mide y pesa a todos al año, y por tanto más del 90% de esta población infantil de todas las zonas básicas están medidos y pesados en esas edades.