



Servicio Navarro de Salud
Osasunbidea

N A ♥ A R R A

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA DE NAVARRA

2019-2022

ÍNDICE | PASA PÁGINA | IMPRIMIR

Nafarroako
Gobernua



Gobierno
de Navarra



ÍNDICE



PASA PÁGINA



IMPRIMIR



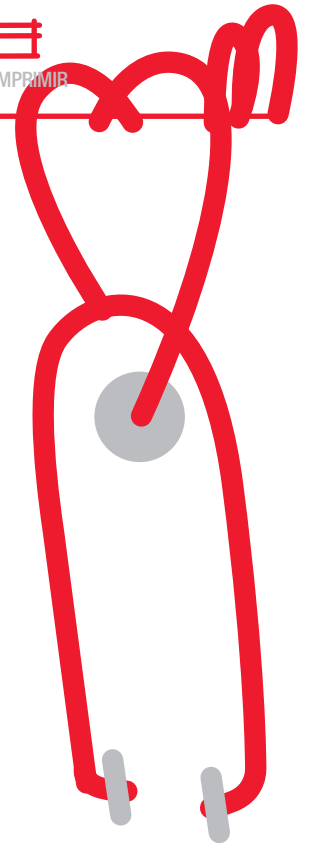
Servicio Navarro de Salud
Osasunbidea

Gerencia de Atención Primaria
Oinarrizko Osasun Laguntzako Kudeatzailletza

N A ♥ A R R A

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA DE NAVARRA

2019-2022



**“Sin una Atención
Primaria fuerte
y empoderada,
ningún Sistema
Sanitario es
sostenible a
largo plazo”**

Kings Found

ÍNDICE

> I. JUSTIFICACIÓN.....	7
> II. MARCO ESTRATÉGICO Y DE CONTEXTO	13
> III. ANÁLISIS DE SITUACIÓN.....	18
> IV. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	20
> V. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.....	22
> VI. OBJETIVOS CLAVE DE RESULTADOS.....	24
> VII. PLAN DE ACCIÓN. PROYECTOS ESTRATÉGICOS.....	26
> VIII. OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACCIÓN DE LOS PROYECTOS ESTRATÉGICOS.....	28
> IX. ESCENARIO DE POLÍTICA DE PROFESIONALES.....	36
> X. CRONOGRAMA.....	39
> XI. ESCENARIO HORIZONTE Y ESTIMACIÓN ECONÓMICA	42



ÍNDICE



PASA PÁGINA



IMPRIMIR



I. JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Atención Primaria de Salud como:

“La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria y Comunitaria (APyC) forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad”.

La presente Estrategia pretende reforzar el rol de la APyC y promover los cambios necesarios para contribuir al desarrollo de un sistema sanitario público universal, orientado al paciente, integral e integrado, sostenible y de calidad que sea capaz de afrontar los nuevos retos asistenciales y sociales a los que se enfrenta la sociedad actual.

No ha olvidado los principios inspiradores de la APyC formulados en Alma Ata, y ha tomado en consideración tanto la Estrategia APyC XXI del Sistema Nacional de Salud como las Estrategias formuladas por otras CCAA, así como la visión sobre el futuro de la Atención Primaria formulada por las distintas Sociedades Científicas y Colegios Profesionales.

A la hora de concretar los objetivos estratégicos se han considerado tanto las prioridades de salud como las necesidades y expectativas ciudadanas y profesionales. Conforme al compromiso programático del Gobierno se prioriza el desarrollo de la Atención Primaria como eje del sistema sanitario y se define el horizonte estratégico de la Atención Primaria para el próximo quinquenio, con el fin último de garantizar servicios de salud integrados y centrados en la persona.

NECESIDAD DE FORTALECER LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Todos los expertos nacionales e internacionales convienen en señalar que:

“Sin una Atención Primaria fuerte y empoderada ningún Sistema Sanitario es sostenible a largo plazo”.

La propia OMS en su 69ª conferencia mundial resalta la necesidad de fortalecer los servicios integrados y centrados en la persona, teniendo en cuenta sus necesidades e insta a los países asociados a:

- Garantizar la Cobertura sanitaria universal.
- Invertir en los sistemas de salud y fortalecer en particular la APyC.
- Corresponsabilizar a las personas reconociendo al mismo tiempo sus derechos y responsabilidades respecto de su propia salud.
- Coordinar a los servicios de salud.
- Enfocar con una visión holística y asignar de manera equilibrada los recursos de los servicios de promoción de la salud, prevención, asistencia, rehabilitación y cuidados paliativos.
- Colaborar intersectorialmente para abordar los determinantes sociales más amplios de la salud.

- Gestionar el conocimiento con un enfoque integral para garantizar la seguridad, la calidad y la eficacia de los servicios de salud.

Tal como señala la prestigiosa institución Kings Found, para que la APyC asuma el timón de un Sistema Sanitario integrado y orientado a la persona se hace necesario un compromiso mutuo entre administración y profesionales. Kings Found propone al respecto que la Administración ha de comprometerse a trabajar en:

- Empoderar a la APyC otorgándole el poder y las atribuciones precisas para ejercer dicha función. Empoderamiento.
- Reducir a un término razonable las expectativas y demandas de los ciudadanos en materia de salud (aspecto clave en la responsabilidad de los políticos). Gestión de expectativas.
- Promover la relevancia social que merece este destino profesional (donde llegar y quedarse). Visibilidad pública.
- Promover el trabajo multiprofesional, (redistribuir de forma sustancial el trabajo, evitando la dependencia absoluta de los médicos). Perfiles profesionales idóneos.
- Financiar de manera proporcional al rol asignado. Coherencia financiera.

Por su parte los profesionales de APyC tienen que estar dispuestos a:

- Asumir la responsabilidad que ello comporta. Profesionalismo.
- Salir de la zona de confort cuando la misma entra en contradicción con los principios y atributos de accesibilidad y longitudinalidad del modelo integrado y de orientación a la persona que proclamamos defender. Coherencia profesional..

NECESIDAD DE ADECUAR LA ATENCIÓN PRIMARIA A UNA NUEVA REALIDAD SANITARIA Y SOCIAL

A pesar de los importantes logros conseguidos en los últimos 30 años por la APyC en Navarra y de la notable ampliación de su cartera de servicios, sin embargo en el momento presente se constata la necesidad de adecuar la Atención Primaria al profundo cambio del contexto sanitario y social experimentado en las últimas décadas.

A esta nueva realidad han contribuido:

- El **envejecimiento poblacional**, especialmente en el medio rural, con despoblación.
- El **aumento de problemas crónicos de salud**, las enfermedades degenerativas, la pluripatología y la polifarmacia.
- La mayor relevancia de la **morbimortalidad asociada a estilos de vida no saludable**.
- El aumento de situaciones de **dependencia**.
- El aumento de problemas **psicosociales**.
- Los **cambios en la estructura familiar**.
- Las nuevas **necesidades y expectativas** por parte de los ciudadanos, más informados.

- Mayor exigencia respecto a la **calidad** de la atención por parte de los ciudadanos.
- Mayor preocupación por la **seguridad** de los pacientes.
- Avance exponencial en **tecnologías de la información y comunicación** con **desigual implantación** en el medio rural, pero también entre capas de la población.
- **Limitación de los recursos** económicos para la financiación de los servicios de salud.
- **Avances en tecnología médica y farmacológica** con importantes incrementos en los costes.
- **Menor disponibilidad de profesionales médicos.**

Todos estos cambios no hacen sino evidenciar la necesidad de dotar a la APyC de un nuevo empuje que permita proseguir el avance con una perspectiva de futuro.

“Solo una comunidad dotada de una APyC fuerte y empoderada será capaz de afrontar los nuevos retos asistenciales y sociales a los que se enfrenta el Sistema Sanitario en la actualidad”.

Los **profesionales que desarrollan su trabajo en los equipos de APyC**, se encuentran en una situación privilegiada, cercana a los ciudadanos y autoridades locales, ideal para ejercer el **liderazgo transformador** que se requiere para lograr los cambios necesarios para transformar el sistema sanitario, en aras de lograr su sostenibilidad y los objetivos que se proponen en este Plan.

Es preciso reordenar nuestros recursos para obtener el máximo de los disponibles, incrementándolos donde sea preciso y orientando su acción hacia proyectos que aporten valor en términos de salud.

NECESIDAD DE PRESERVAR Y REFORZAR LAS CARACTERÍSTICAS PROPIAS DE LA APyC

La necesidad de adecuar la APyC a los nuevos retos sanitarios y sociales, lejos de hacernos olvidar sus principios inspiradores nos obliga a reforzar sus características propias que son cada día más necesarias tanto para reducir las desigualdades en salud como para ofrecer los servicios integrados centrados en la persona por los que aboga la OMS.

- **Integral:** abordando los problemas y necesidades de salud de la persona desde una perspectiva biopsicosocial, considerando siempre sus componentes biológicos, psicológicos y sociales como partes indisolubles de los procesos de salud-enfermedad.
- **Integrada:** asumiendo que los procesos de atención sanitaria deben contemplar de forma constante y coordinada actuaciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y análisis del entorno social.
- **Continuada y longitudinal:** desarrollando sus actividades a lo largo de toda la vida de las personas, en los diferentes lugares en que vive y trabaja y en el seno de los distintos recursos, centros y servicios del sistema sanitario (centro de salud, hospital, urgencias...).
- **Activa:** realizada por unos profesionales que no se limitan a actuar como

receptores pasivos de los problemas y demandas, sino que trabajan de forma activa y anticipatoria detectándolos en sus fases más precoces.

- **Accesible:** sin existencia de barreras que dificulten la utilización de sus recursos por las personas que los necesiten o que las discriminen en función de su raza, creencias o situación económica.
- **Desarrollada por equipos:** formados por profesionales sanitarios (medicina, enfermería...) y no sanitarios (trabajo social, administración...).
- **Comunitaria y participativa:** enfocando la atención de las necesidades y problemas de salud tanto desde una perspectiva personal como colectiva o comunitaria, y contando con la participación activa y constante de los actores implicados.
- **Programada y evaluable:** a partir del desarrollo de actuaciones que respondan a objetivos y métodos predeterminados y con herramientas de evaluación adecuadas.
- **Docente e investigadora:** con capacidad y reconocimiento docente e investigador en los ámbitos que le son propios.

NECESIDAD DE PRECISAR EL ROL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA

La APyC es el primer nivel de acceso al sistema sanitario, el más cercano a la ciudadanía y el responsable del seguimiento de la evolución de los problemas de salud de cada paciente en su entorno. El rol que ha de jugar la APyC es el siguiente:

ROL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA

- ▶ Agente del paciente ante el Sistema Sanitario y responsable principal de prestar y promover una atención de calidad, continuada, integral y longitudinal verdaderamente centrada en la persona.
- ▶ Agente clave en el impulso de las estrategias de promoción de la salud e intervención comunitaria en el ámbito local.
- ▶ Responsable principal en la prevención individual y en la detección precoz.
- ▶ Garante de una atención sanitaria accesible y agente clave en la priorización clínica.
- ▶ Responsable principal de proveer cuidados sanitarios, promover la autonomía funcional de las personas y prevenir la dependencia.
- ▶ Responsable principal de promover el empoderamiento del paciente y la capacitación e implicación activa en su autocuidado.
- ▶ Responsable principal de la integración, ordenación y clasificación de la información en la Hª Clínica del paciente.
- ▶ Agente clave en la evaluación de resultados con visión poblacional.
- ▶ Agente clave en la eficiencia global de las actuaciones mediante una práctica asistencial basada en la evidencia, un uso racional de los recursos y una adecuada gestión de la incertidumbre.
- ▶ Responsable de ofertar, recabar y registrar las voluntades anticipadas del paciente y de actuar si fuera necesario como agente del paciente ante el Sistema Sanitario para asegurar su cumplimiento.

Como vemos, la Atención Primaria ha de jugar un papel fundamental en el desarrollo de la mayor parte de los objetivos estratégicos definidos por el Departamento de Salud y el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

NECESIDAD DE RECUPERAR EL PAPEL COMUNITARIO PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD

El nuevo Observatorio de Salud Comunitaria puesto en marcha por el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (ISPLN) nos muestra la existencia de importantes desigualdades de salud entre colectivos sociales y ámbitos territoriales.

Promover la salud y reducir las desigualdades en salud implica una apuesta decidida por la intervención comunitaria que permita actuar sobre sus determinantes y para ello es necesario pensar y planificar en base poblacional. Es preciso conocer las necesidades de salud de cada subgrupo poblacional, reconocer sus determinantes y catalogar los activos de salud existentes en cada comunidad, que pueden ser movilizados con el fin de darles respuesta.

En definitiva necesitamos recuperar el rol comunitario que nunca debiera haberse perdido en el desarrollo efectivo de la labor desarrollada por los Equipos de Atención Primaria (EAP).

Pero hoy también sabemos que, siendo muy relevante el papel de los EAP, sin embargo la intervención comunitaria no puede hacerse sin una verdadera implicación activa y una adecuada metodología de trabajo en red en la comunidad. Será por tanto necesario repensar también los procesos de participación y crear las nuevas estructuras de coordinación que lo posibiliten.

NECESIDAD DE ADECUAR EL MODELO TERRITORIAL

Otro aspecto al que la nueva Estrategia de APyC ha de prestar especial atención es el referido al Modelo Territorial.

Reducir las desigualdades en salud no solo exige intervención comunitaria es preciso también mejorar la equidad territorial para afianzar el asentamiento de la población en el medio rural, priorizando tanto la atención a las urgencias que otorgue seguridad a la población rural.

No siempre el ámbito poblacional de una Zona Básica, por su limitada casuística, justifica la asignación de los recursos que serían necesarios para garantizar una atención accesible y equitativa, pero es evidente que con frecuencia el Área de Salud resulta lejana e inadecuada para garantizar los objetivos estratégicos perseguidos.

Se hace necesario definir un modelo territorial y poblacional que nos adecúe los recursos y la organización a las necesidades específicas de cada población y cada territorio.

Entendemos que el "Distrito Sanitario" debe ser el ámbito geográfico y poblacional con identidad cultural y comarcal propia, que sirva de referencia para la planificación, la asignación y la ordenación de los recursos y la organización del sistema de salud y también para mejorar la accesibilidad a determinados servicios hospitalarios.

Prevenir la dependencia y ofertar un modelo de atención sociosanitario integral a las personas dependientes que favorezca su permanencia en el hogar, prevenga los ingresos hospitalarios y la institucionalización permanente solo puede hacerse reforzando los servicios de APyC y acercándolos al territorio en el que viven las personas.

Reforzar la APyC y mejorar su resolutiveidad exige dotar a los EAP de los recursos necesarios pero también pasa por ofrecerles servicios de apoyo para que estén en condiciones reales de incrementar su resolutiveidad.

En el siglo XXI, disponemos de nuevos medios para mejorar la equidad territorial. Redes, viales y medios de locomoción rápidos y telecomunicaciones que permiten el acceso inmediato a la información y la interrelación entre profesionales, y entre estos y los ciudadanos.

NECESIDAD DE CONSTRUIR UN RELATO MOTIVADOR

El documento estratégico que sigue pretende construir un “Relato” que motive a profesionales, ciudadanos, autoridades municipales, gestores públicos y políticos, llevando a cabo una labor pedagógica que haga entender que en el siglo XXI los conceptos y valores que deben sustentar la planificación y asignación de recursos, así como la organización del sistema de salud, son distintos a los que eran hace apenas cuatro décadas, debido sobre todo a los grandes cambios poblacionales, sociales y tecnológicos en los que estamos inmersos en el mundo volátil, incierto y complejo que nos toca vivir.

Debemos ser capaces de convencer con hechos a los ciudadanos, profesionales, gestores públicos y autoridades municipales de que este es el modelo deseable. Responder de la manera más adecuada a las necesidades de salud de la población y evaluar los resultados en salud de nuestras intervenciones, deben ser los principales objetivos que movilicen tanto a la organización como a los profesionales y dirijan las actuaciones a llevar a cabo.



II. MARCO ESTRATÉGICO Y DE CONTEXTO

MARCO JURÍDICO

La **Ley Foral 10/1990**, de 23 de noviembre, de Salud, constituye el marco jurídico en el que se desenvuelven las competencias, funciones y actividades en materia de sanidad interior, higiene y asistencia sanitaria de la Comunidad Foral, recoge las funciones del Departamento de Salud y crea el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

El **Decreto Foral 57/2015**, de 12 de agosto determina la estructura básica del Departamento de Salud y el Decreto Foral 132/2015, de 28 de agosto establece la estructura orgánica del Departamento de Salud.

Por su parte la **Ley Foral 17/2010**, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra regula y promueve los derechos y deberes de los ciudadanos, las obligaciones de los profesionales y los criterios de gestión del Departamento de Salud en esta materia.

El **Decreto Foral 171/2015** de 3 de septiembre aprueba los Estatutos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por el que las Gerencias de Atención Primaria, del Complejo Hospitalario de Navarra y de Salud Mental pasan a ser auténticas Gerencias Asistenciales con el carácter de órganos periféricos recuperando las competencias de gestión económica y de personal que habían perdido.

MARCO ORGANIZATIVO Y DE CONTEXTO

La organización del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-0) descansa sobre las dos referencias organizativas para la prestación de la asistencia sanitaria, la de carácter territorial basada en la Zonificación Sanitaria, que se desarrolla mediante la **Ley Foral 22/1985**, y la de carácter funcional que diferencia la Atención Primaria de Salud, la Asistencia Hospitalaria y la Salud Mental.

Actualmente en Navarra hay 57 Zonas Básicas de Salud (ZBS) que se agrupan en tres Áreas de Salud: Pamplona, Estella y Tudela, cada una de las cuales cuenta con un centro hospitalario.

En el ámbito de Atención Especializada destacan la creación del Complejo Hospitalario de Navarra (Decreto Foral 19/2010, de 12 de abril) que engloba los recursos de asistencia hospitalaria del Área de Pamplona, fruto del proceso de unificación de los servicios de los antiguos hospitales de Navarra y Virgen del Camino.

Navarra dispone de una Red de Salud Mental muy desarrollada que cuenta con una Gerencia propia (Ley Foral de Salud Mental 21/2010).

En el ámbito de **Atención Primaria** existe desde 1998 un Plan de Gestión Clínica, cuyos objetivos de mejora de la calidad científico-técnica, efectividad, eficiencia, y aceptabilidad del ciudadano. **En 2007 comenzó el pilotaje del “Proyecto de Mejora de la Organización del Proceso Asistencial” y en 2009 la implantación del Plan de Mejora de Calidad** que contempla tres fases de desarrollo y ya están implantadas en todos los centros de salud.

La atención a la urgencia extrahospitalaria rural se rige por el Acuerdo sindical de 13 de marzo de 2008 a raíz del que se crearon los **Servicios de Urgencias Rurales (SUR)** para cubrir la atención continuada y urgente en los Puntos de Atención Con-

tinuada (PAC). Este acuerdo ha sido actualizado por la Resolución 56E/2014, de 15 de abril, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por la que se establece el calendario y el régimen de distribución de la jornada del personal de los EAP y de los Servicios de Urgencias Rurales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

La **Ley Foral 2/2013, de 14 de febrero**, de Atención continuada y urgente de Navarra contempla la realización de una **evaluación de las necesidades de la población de las zonas rurales de Navarra** en relación con la atención sanitaria y de las ineficiencias del modelo de atención continuada y urgente y la elaboración de un Plan de Funcionamiento que será debatido y aprobado por el Parlamento de Navarra (enmienda aprobada por el Parlamento Foral).

DISTRIBUCIÓN DE INFRAESTRUCTURAS Y POBLACIÓN TIS POR ÁREA DE SALUD 2018

ÁREA DE SALUD DE PAMPLONA

Población TIS: 475.228

- Complejo Hospitalario de Navarra, en Pamplona
- 7 Centros de Atención a la mujer y 4 subunidades
- 9 Centros de Salud Mental
- Incluye 41 Zonas Básicas de Salud

ÁREA DE SALUD DE ESTELLA

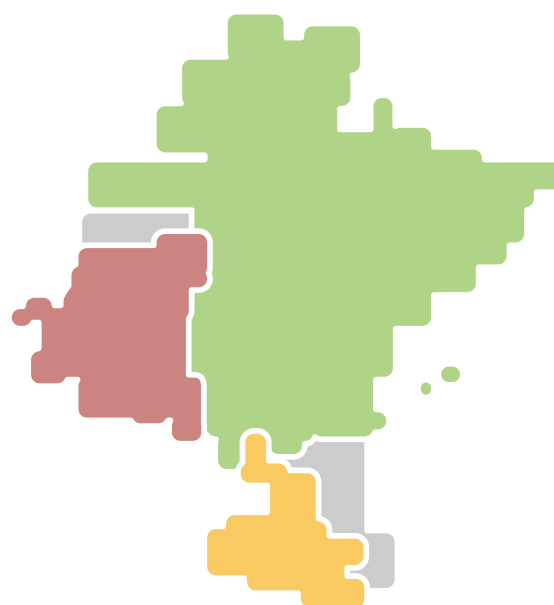
Población TIS: 60.107

- Hospital García Orcoyen, en Estella
- 1 Centro de Atención a la mujer y 2 subunidades
- 1 Centro de Salud Mental
- Incluye 8 Zonas Básicas de Salud

ÁREA DE SALUD DE TUDELA

Población TIS: 92.666

- Hospital Reina Sofía, en Tudela
- 1 Centro de Atención a la mujer
- 1 Centro de Salud Mental
- Incluye 7 Zonas Básicas de Salud



Junto a ello, 234 consultorios, 47 PACs, Servicios Normales de Urgencia (Estella, Tafalla, Tudela), Servicio de Urgencias Extrahospitalarias (San Martín + Buztintxuri).

MARCO ESTRATÉGICO

La **Ley Foral de Salud**, modificada en 2002, encomienda al Gobierno de Navarra elaborar el Plan de Salud y remitirlo al Parlamento Foral de Navarra, que es a quien en última instancia corresponde su aprobación, lo que da prueba de la importancia que el legislativo ha otorgado a este instrumento de planificación en razón de su trascendencia y vigencia temporal.

El actual **Plan de Salud 2014-2020** fue aprobado por la Comisión de Salud del Parlamento de Navarra el 19 de septiembre de 2014 y pretende lograr que todo el

Sistema Sanitario de Navarra se oriente al logro de resultados de salud en la población desde una concepción bio-psico-social.

El Plan de Salud establece los Objetivos de Resultados en Salud a lograr, 12 Estrategias de Salud Prioritarias y los Instrumentos Estratégicos a desarrollar para la transformación del Sistema y el desarrollo de un nuevo Modelo de Atención.

En el marco del Plan de Salud de Navarra, el Departamento de Salud ha aprobado el **Plan de Acción de la Legislatura 2015-2019** concretando los objetivos y metas a lograr en este período.

Los **ejes** sobre los que se basa esta estrategia son:

- **Pomover la salud de la comunidad y reducir las desigualdades en salud.**
- **Garantizar un Sistema Sanitario Público sostenible y de calidad que dé respuesta a las necesidades de la población.**

ROL DE LA APyC EN EL MARCO DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

La Atención Primaria de Salud juega un papel fundamental, como agente clave, en la mayor parte de los objetivos estratégicos definidos por el Departamento de Salud y el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, siendo el responsable principal en algunos de ellos.

EJE 1 / Promover la salud de la comunidad y reducir las desigualdades en salud

Desarrollar políticas intersectoriales de Salud en todas la políticas y equidad	Intervención Comunitaria en todas las política a nivel local	Prevención de la discapacidad y promoción de la autonomía	Intervención integral en la infancia. Trabajo en red
Priorizar la prevención y la promoción de la Salud	Promoción de la Salud y autocuidados poblacional	Prevención y detección precoz	Protección de la salud

EJE 2 / Garantizar un sistema sanitario sostenible y de calidad que dé respuesta a las necesidades de la población

Orientar los servicios al ciudadano y promover su autonomía	Resolutividad y agilidad	Empoderamiento y autocuidado de paciente	Humanización
Prestar una atención en Salud integral, efectiva, segura y orientada a resultados	Atención integrada	Logro de objetivos del Plan de Salud	Atención efectiva y segura
Innovación, evaluación y mejora continua	Innovación y mejora continua. Políticas de calidad	Sistemas de información y evaluación de resultados	I+D+i con visión poblacional
Eficiencia - Sostenibilidad	Eficiencia en las actuaciones	Cumplimiento presupuestario	Planificación y ordenación
Implicación y desarrollo profesional	Gobernanza clínica y reconocimiento	Desarrollo profesional y del conocimiento	Política de personal y participación
Responsabilidad social	Participación y comunicación social	Alianzas	Gestión medioambiental

Responsable principal
 Agente clave
 Copartícipe

LA ESTRATEGIA “CAMINANDO POR LA SALUD” DE SNS-O

La Estrategia “Caminando por la Salud” constituye la estrategia de despliegue y comunicación aplicada por el SNS-O, para trasladar a la población y a los profesionales tanto el Plan de Salud como la estrategia del Departamento de Salud para la transformación del sistema y del modelo sanitario.

Sin menoscabo de seguir desarrollando el resto de intervenciones relevantes la Estrategia “Caminando por la Salud” traslada el mensaje y focaliza, de un modo especial, los esfuerzos coordinados del equipo directivo del SNS-O en las siguientes líneas estratégicas de acción:

- 1. Personas activas en un sistema de salud proactivo** (Promoción de la salud y autocuidados).
- 2. Mejor prevenir que curar** (Prevención y detección precoz).
- 3. Priorizar la atención a las personas más vulnerables** (Prevención de la discapacidad y promoción de la autonomía, Salud en todas las políticas y equidad).
- 4. Integrar la atención para ofrecer mayor valor y seguridad para cada paciente** (Atención integrada, efectiva y segura).
- 5. Atención a pacientes en el lugar y momento adecuado** (Agilidad y tiempos de espera).
- 6. Trabajando conjuntamente el espacio sociosanitario para mejorar la calidad de vida de pacientes y sus familias** (Atención sociosanitaria).
- 7. Innovando en calidad** (Innovación y mejora continua).
- 8. Avanzando hacia la evolución digital de profesionales, pacientes y ciudadanía** (Sistemas de información y evaluación).
- 9. Empleando de forma óptima los recursos para garantizar una sanidad universal** (Eficiencia en las actuaciones).
- 10. Profesionales con formación para mejorar la calidad de la atención** (Desarrollo profesional y del conocimiento).
- 11. Equipos profesionales implicados con sus pacientes** (Implicación y satisfacción profesional).
- 12. Participación de profesionales en la gestión para mejorar la atención** (Gobernanza clínica).

Las líneas estratégicas de intervención establecidas por el SNS-O que se enmarcan en el concepto definido como **Triple Meta Ampliada**, que consiste en la “*búsqueda de la mejor salud posible para la población, ofreciendo la mejor experiencia de cuidados para el paciente, con un uso eficiente de los recursos y con satisfacción de los profesionales*”.





III. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

El proceso debate interno y de participación profesional y social ha permitido identificar las siguientes fortalezas y debilidades en la organización y el funcionamiento de la AP de Navarra.

FORTALEZAS

- Alto concepto de la población respecto a la atención sanitaria.
- Plan de Salud.
- Estructura de APyC consolidada.
- Profesionales expertos.
- Acciones de mejora del modelo asistencial en marcha (crónicos, etc.).
- Buenos indicadores de salud.
- Abundante existencia de estudios previos.
- Buena red de transporte sanitario.
- Buena red viaria.
- Red de recursos sociales extensa.
- Cobertura territorial de la atención a urgencias.
- Amplia red de farmacias.
- Informatización generalizada de la Hª Clínica y receta electrónica.
- Red de centros de Atención a la Mujer y Salud Mental.

DEBILIDADES

- Escasa orientación a los aspectos comunitarios.
- Escaso atractivo de la Especialidad y de la valoración social de la Atención Primaria.
- Escasez de profesionales médicos.
- Escasas atribuciones para ejercer su rol.
- Fragmentación de la atención sanitaria.
- Escasa coordinación Sociosanitaria.
- Modelo inadecuado de atención a urgencias.
- Dificultad para cubrir vacantes (pediatras y médicos de familia).
- Alta dispersión red de consultorios y PAC´s.
- Insatisfacción con la formación y pérdida de competencia en situaciones de baja casuística.
- Alto nivel de derivaciones a Especializada Hospitalaria.
- Recursos financieros limitados.
- Dificultad para incorporar la actividad docente e investigadora.
- Escasa tecnología médica resolutive.
- Trabajo en equipo dificultoso en ZB rurales.
- Dificultad para integrar al personal SUR en los objetivos del EAP.

AMENAZAS

- Envejecimiento de la población.
- Despoblación progresiva del medio rural.
- Aumento de la patología crónica y pluripatología.
- Incremento de los costes en tecnología y nuevos fármacos.
- Impacto sobre la población de la crisis económica.
- Dificultad para consensuar modificaciones en la reorganización de la atención continuada y urgente rural.
- Redes de telecomunicaciones insuficientes.

OPORTUNIDADES

- Parlamento motivado con la mejora del Sistema Sanitario.
- Concienciación ciudadana de necesidad de austeridad.
- Momento de participación.
- Capacitación profesional superior al de atribuciones ejercidas.
- Desarrollo de redes viarias, medios de locomoción.
- Nuevas tecnologías en sistemas de información y comunicación
- Nuevas tecnologías asistenciales adaptables a APyC.

De igual modo, la reflexión estratégica nos ha permitido identificar las siguientes Áreas de Mejora prioritarias.

ÁREAS DE MEJORA

- Necesidad de una mayor promoción de la salud e intervención comunitaria.
- Necesidad de adecuar el Modelo asistencial a la necesidad.
- Necesidad de incrementar la Capacidad resolutive y la agilidad de la atención.
- Necesidad de adecuación del modelo de atención rural y de urgencias.
- Necesidad de mejorar la coordinación asistencial y la continuidad de servicios.
- Necesidad de adecuar el rol y las atribuciones de los distintos perfiles profesionales.
- Necesidad de responder a la demanda de mayor participación y autonomía de gestión.
- Necesidad de reforzar la formación e impulsar la investigación.
- Necesidad de mejor aprovechamiento de las nuevas tecnologías.



IV. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DE ATENCIÓN PRIMARIA

El 31 de enero de 2018, la Comisión de Dirección de la Gerencia de Atención Primaria aprobó la misión, visión y valores de AP, tomando como referente las correspondientes al SNS-0.

Para ser capaces de lograr la necesaria transformación del sistema sanitario, es preciso lograr que los profesionales estén **alineados con la misión, visión y valores de la organización**.

MISIÓN

La Atención Primaria y Comunitaria de Navarra es una organización multidisciplinar integrada en el SNS-0, formada por equipos de profesionales, cuya Misión es atender en primera instancia las necesidades de salud de las personas, las familias y de la comunidad con vocación universal, proporcionando servicios de calidad tanto de prevención, promoción, asistencia sanitaria como de rehabilitación, de manera integral, con continuidad, accesibilidad y equidad, de forma aceptable para las personas, segura y sostenible a lo largo del tiempo.

VISIÓN

La visión de la Gerencia de Atención Primaria se concreta en:

- Queremos ser el elemento integrador del Sistema Socio-sanitario del que formamos parte, ofertando un modelo de atención orientado al paciente y a la ciudadanía como ejes centrales de un Sistema Público, accesible, equitativo y universal para todos los que residan en Navarra, que empodere y capacite a estos para ampliar sus posibilidades de elección ante la salud.
- Que esté compuesto por profesionales estables, motivados, formados, satisfechos y comprometidos con la organización.
- Que promueva la participación e implicación activa de los profesionales, la responsabilidad personal y la autonomía, que exija y reconozca resultados coherentes con los medios asignados.
- Que promueva la participación de los pacientes y comunidades de profesionales en la mejora continua de los procesos y servicios, optimizándolos, incorporando las innovaciones tecnológicas y los cambios organizativos que aporten valor añadido a la persona y la comunidad y demuestren su eficiencia social, haciéndolos sostenibles y que rentabilicen al máximo los recursos asignados y con resultados medibles.

VALORES

Los valores que aspira a promover y compartir en el seno de la organización son los siguientes:

- Compromiso.
- Concepción positiva de la salud.
- Universalidad.
- Accesibilidad.
- Solidaridad.

- Respeto a la autonomía del paciente.
- Trabajo en equipo.
- Profesionalismo y compromiso con la organización.
- Empatía.
- Buenas prácticas y compromiso ético.
- Participación.
- Sostenibilidad.
- Transparencia y rendición de cuentas.

Es necesario el compromiso de los profesionales que son los que día a día, con sus decisiones, disponen de la utilización de los recursos. Para lograr este compromiso es necesario ejercer un liderazgo compartido transformador y sin duda, la relación entre gestores y clínicos debe estar sustentada en una confianza mutua.

En la comunidad existen agentes que pueden aportar valor añadido al logro de los objetivos de este Plan. Es preciso activar esta capacidad existente, aunando esfuerzos de una manera coordinada y con objetivos comunes, de forma que puedan participar y aportar a las acciones emprendidas, conformando un tejido comunitario.

Ayuntamientos, concejos, mancomunidades, ONG's, voluntariado, asociaciones de pacientes, asociaciones culturales, deportivas o de otra índole, farmacias, ópticas, comercios, escuelas e institutos, polideportivos, empresas de telecomunicaciones, tienen un protagonismo relevante en la salud de los ciudadanos.

Cuando hablamos de salud, no debemos centrar el foco únicamente en la atención sanitaria tradicional de la enfermedad en la consulta, sino que debemos ser capaces de ampliarlo a otros aspectos; promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de la discapacidad y conseguir un sistema sanitario más proactivo en la atención de las necesidades de salud de los ciudadanos.

Es imprescindible dar un salto conceptual e introducir en el lenguaje de los ciudadanos y sus representantes, el concepto de "aporte de valor", como elemento principal a tener en cuenta a la hora de planificar y asignar recursos y lograr un sistema de Salud que de respuesta a los objetivos, ya mencionados, de este Plan.

En conclusión, el Plan que ahora presentamos, debe conseguir posicionar a su favor a profesionales, ciudadanía e instituciones, debe hacerles sentirse protagonistas activos y debe devolverles la ilusión de creer que es posible una APyC con un alto nivel de calidad, que asuma el protagonismo del sistema de Salud.



V. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Una vez realizado el análisis interno y externo, el equipo redactor acometió el necesario proceso de reflexión estratégica.

Como premisa previa consideró oportuno establecer los criterios que debieran cumplir los Objetivos Estratégicos priorizados:

- Que contribuyan a mejorar los resultados en salud de la población.
- Que estén alineados con los definidos para el conjunto del Sistema Sanitario Público del que forma parte.
- Que sean coherentes con la Estrategia APyC XXI.
- Que promuevan el desarrollo tanto de actividades de promoción de la salud, prevención, como de curación, cuidado y rehabilitación.
- Que conjuguen una atención personalizada a cada paciente y familia con la intervención comunitaria sobre los factores determinantes de la salud.
- Que se orienten a la mejora de la agilidad, efectividad, seguridad y eficiencia global del Sistema Sanitario.
- Que potencien el rol de la Atención Primaria como garante de una atención sanitaria accesible, integral, integrada y longitudinal a la persona.
- Que refuercen su papel como agente clave en la priorización clínica.
- Que promuevan la implicación activa en la mejora continua de procesos clínicos específicos para garantizar la continuidad de la atención.
- Que incorporen una visión sociosanitaria.
- Que impulsen el desarrollo de una actividad tanto asistencial como docente e investigadora.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS FINALISTAS E INSTRUMENTALES

Se ha considerado oportuno clasificar los objetivos en Objetivos Estratégicos Finalistas que guardan relación directa con la mejora de la atención y los resultados de salud y en Objetivos Estratégicos Instrumentales que hacen referencia a los factores determinantes para que Atención Primaria esté en condiciones reales de alcanzar los citados objetivos finalistas.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS FINALISTAS

- ▶ Impulsar las estrategias de prevención y promoción de la salud y la participación e intervención comunitaria a nivel local.
- ▶ Impulsar un modelo de atención bio-psico-social, centrado en las necesidades de la persona y que promueva la corresponsabilidad en el cuidado de su salud.
- ▶ Impulsar un modelo de atención basado en la evidencia y centrado en la mejora de los resultados en salud.
- ▶ Reforzar el despliegue de las estrategias y los nuevos modelos asistenciales de atención integrada orientada a la persona y con visión sociosanitaria: Estrategia de Crónicos, Agudos, Capacidad Funcional, Plan de Mejora, Atención Integral a la Infancia, etc.
- ▶ Incrementar la agilidad y capacidad resolutoria de la APyC dotándola de los medios precisos.

- ▶ Mejorar la equidad territorial para afianzar el asentamiento de la población en el medio rural, prestando especial atención a las urgencias.
- ▶ Potenciar la atención domiciliaria.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTRUMENTALES

- ▶ Definir y reforzar el rol de la APyC como agente principal del paciente ante el Sistema Sanitario.
- ▶ Regular y ampliar las competencias y atribuciones de los distintos perfiles profesionales.
- ▶ Impulsar la innovación y la autonomía profesional y organizativa.
- ▶ Reforzar la formación e impulsar la investigación.
- ▶ Aprovechar las oportunidades que brindan las nuevas tecnologías para mejorar la accesibilidad, la continuidad de la atención y la formación.
- ▶ Desarrollar sistemas de información de apoyo al clínico y de evaluación de resultados.
- ▶ Asegurar la financiación y los recursos necesarios.



VI. OBJETIVOS CLAVE DE RESULTADOS

Tal como propugna el Plan de Salud, todo el Sistema Sanitario de Navarra se ha de orientar al logro de resultados y, por tanto, la Atención Primaria ha de comprometerse con el logro de los siguientes objetivos clave de resultados a alcanzar para el año 2022.

OBJETIVOS CLAVE DE RESULTADOS

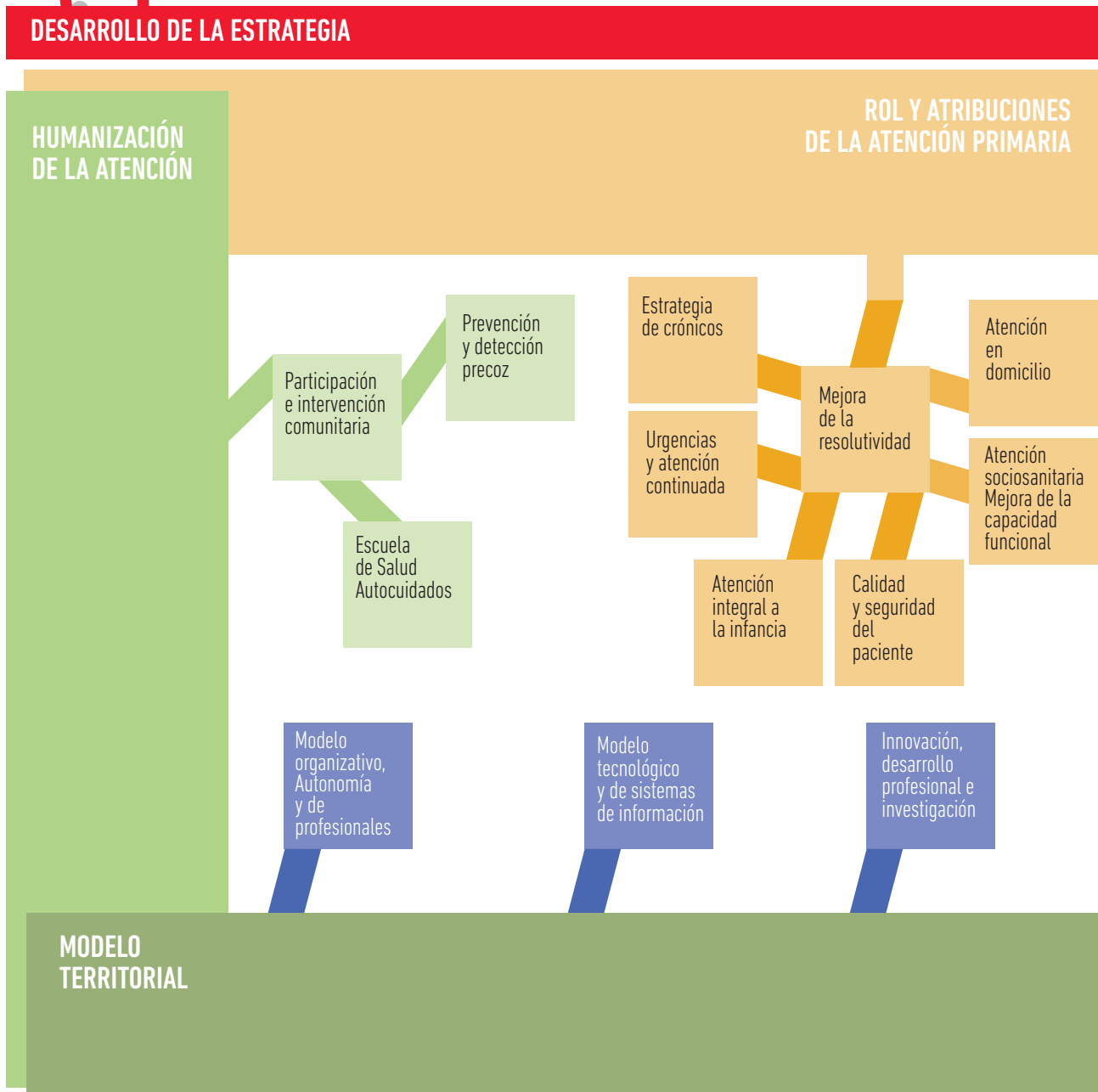
- ▶ Lograr que el 50% de los EAP participen en Programas de Intervención Comunitaria.
- ▶ Contribuir a disminuir en cinco puntos el % de consumo de tabaco en la población.
- ▶ Contribuir a incrementar en cinco puntos el % de población que realiza actividad física.
- ▶ Contribuir a reducir en un 10% la tasa de obesidad infantil.
- ▶ Evaluar el riesgo psicosocial al menos al 75% de los menores de 6 años.
- ▶ Lograr que al 80% de los mayores de 75 años se les haya evaluado su capacidad funcional al menos una vez en los tres últimos años.
- ▶ Lograr que el 80% de pacientes crónicos severos y paliativos cuenten con un diagnóstico integral de necesidades y un plan personalizado de intervención sociosanitaria, que incluya la capacitación y apoyo al cuidador principal.
- ▶ Reducir en un 5% la tasa de hospitalizaciones potencialmente evitables por condiciones que afectan a pacientes crónicos.
- ▶ Incrementar en un 40% el número de pacientes que han recibido formación en autocuidados.
- ▶ Reducir en un 15% el porcentaje de pacientes poli medicados (> 8 fármacos).
- ▶ Contener la tasa total de consultas a demanda por habitante a Atención Primaria.
- ▶ Contener la tasa de derivaciones totales a Atención Hospitalaria y reducir en un 10% la tasa de derivación de procesos propios de primaria y su variabilidad.
- ▶ Aumentar en un 50% el porcentaje de episodios agudos creados por enfermera sobre el total de episodios agudos tanto en población infantil como en adultos.
- ▶ Realizar Triage de Enfermería al 100% de las Urgencias.
- ▶ Incrementar en un 10 % el tiempo medio por acto en Medicina de Familia.
- ▶ Reducir un 10 % la tasa de consultas presenciales en Medicina de Familia.
- ▶ Reducir un 10 % las consultas presenciales por procesos agudos en Pediatría.
- ▶ Aumentar en un 50% el número de pacientes atendidos en Trabajo Social Sanitario.
- ▶ Lograr que el 100% de las consultas espontáneas de procesos agudos que manifiesten necesitar atención en el día reciban atención por el profesional idóneo en las primeras 24 horas.

OBJETIVOS CLAVE DE RESULTADOS

- ▶ Duplicar el porcentaje de consultas concertadas en domicilio sobre el total de consultas realizadas por enfermería en población ≥ 75 años.
- ▶ Lograr que el 75% de la población navarra se encuentre a <15 minutos de un recurso sanitario con posibilidad de realizar un soporte vital avanzado.
- ▶ Lograr que la satisfacción de los usuarios con la atención prestada por los profesionales del EAP sea igual o mayor a 8,5 puntos.
- ▶ Lograr que la satisfacción global de los profesionales del EAP sea igual o mayor a 7 puntos.

VII. PLAN DE ACCIÓN: PROYECTOS ESTRATÉGICOS

Para el logro de los Objetivos Estratégicos señalados el SNS-O pondrá en marcha un Plan de Acción que se desplegará en los siguientes Proyectos Estratégicos que se representa en el siguiente diagrama:



Los Proyectos Estratégicos contemplados en la Estrategia de APyC son los siguientes:

PROYECTOS ESTRATÉGICOS

- ▶ I. Rol de la AP. Atribuciones y perfiles profesionales.
- ▶ II. Participación e intervención Comunitaria. Prevención y Detección precoz.
- ▶ II. Mejora de la Capacidad Resolutiva.
- ▶ IV. Atención a los pacientes crónicos y pluripatológicos.
- ▶ V. Calidad y Seguridad del paciente.
- ▶ VI. Atención sociosanitaria y Mejora de la Capacidad Funcional.
- ▶ VII. Atención en el Domicilio.
- ▶ VIII. Urgencias y Atención Continuada.
- ▶ IX. Atención Integral a la Infancia.
- ▶ X. Modelo organizativo, autonomía y de profesionales.
- ▶ XI. Modelo Tecnológico y de Sistemas de Información.
- ▶ XII. Modelo de Innovación, Desarrollo Profesional e Investigación.
- ▶ XIII. Humanización de la Atención.
- ▶ XIV. Modelo Territorial.



VIII. OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACCIÓN DE LOS PROYECTOS ESTRATÉGICOS

Para cada uno de los Proyectos Estratégicos se han definido los correspondientes Objetivos y se han concretado un conjunto de Líneas de Acción que requieren de un desarrollo individualizado de Acciones concretas.

Con el fin de ofrecer una visión global de la estrategia, en las fichas que siguen se resumen los distintos Proyectos Estratégicos, con sus Objetivos, Líneas de Acción e Indicadores clave.

Como es lógico dentro en un Sistema Sanitario integrado e interdependiente las distintas Líneas de Acción propuestas no implican solo a una de sus partes sino que en muchas ocasiones requieren de la participación de varias o de todas ellas.

Con el fin de proporcionar una idea más global de la interrelación de los modelos y acciones se proponen en un código de colores de encabezamiento para cada uno de ellos similar al de la figura. Debido a que acciones encuadradas en cada modelo a su vez pueden tener relevancia para otros, se han añadido y coloreado con los tonos de los modelos en los que se encuentran incluidos, en los que se detallará el contenido.

I. ROL DE LA AP. ATRIBUCIONES Y PERFILES PROFESIONALES

OBJETIVOS

- Definir y reforzar el rol de la Atención Primaria de Salud como agente principal del paciente ante el Sistema Sanitario.
- Asignar a los distintos perfiles profesionales responsabilidades y atribuciones acordes a su nivel de competencia con el fin de garantizar un modelo de atención idóneo para las distintas necesidades de la persona.

LÍNEAS DE ACCIÓN

- I.1. Definir el rol y las atribuciones de la Atención Primaria**
- Definir con el rango legal adecuado el rol que ha de jugar la Atención Primaria y sus responsabilidades.
 - Definir nuevas responsabilidades y atribuciones para cada uno de los estamentos y perfiles profesionales de la Atención Primaria.
 - Generalizar el modelo y los circuitos de atención centrados en la necesidad, orientado al paciente y al modelo de atención y profesional idóneo.

INDICADORES CLAVE

- Porcentaje del presupuesto global de personal del Sistema Sanitario que se destina a Atención Primaria.
- Normativa desarrollada.
- Satisfacción global de los pacientes con la APyC > 8,5.
- Frecuentación por estamento profesional.
- Porcentaje de episodios agudos creados por enfermera respecto al total de episodios agudos predefinidos.
- Porcentaje de urgencias en centro en las que interviene la enfermera.
- Porcentaje de incremento del número de pacientes atendidos por Trabajo Social.

II. PARTICIPACIÓN E INTERVENCIÓN COMUNITARIA. PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ

OBJETIVOS

Impulsar las estrategias de prevención y promoción de la salud y la participación e intervención comunitaria a nivel local.

LÍNEAS DE ACCIÓN

- II.1. Integración de la salud en todas las acciones. Promoción de entornos saludables.
- II.2. Actualización de la composición, funciones y atribuciones de los Consejos de Salud, orientados como órganos de participación y coordinación de Intervención Comunitaria Sociosanitaria.
- II.3. Trabajo conjunto con Ayuntamientos y Asociaciones locales en la promoción de participación social y de ocio, contando con los recursos y actividades existentes.
- II.4. Acuerdo de colaboración con las Oficinas de Farmacia.
- II.5. Utilización de nuevas tecnologías para mejorar la participación ciudadana.
- II.6. Participación activa en las acciones de promoción y prevención a nivel poblacional e individual.
- II.7. Promoción y difusión de las Escuela de Pacientes/Escuela de Salud.

INDICADORES CLAVE

- Porcentaje de EAP que participen en Programas de Intervención Comunitaria.
- Nº de intervenciones comunitarias realizadas.
- Nº de "comunidades activas" promotoras de estilos de vida saludables en las ZBS.
- Porcentaje de pacientes a los que se ha prescrito consejo sobre estilos de vida.
- Tasa de obesidad infantil.
- Porcentaje de consumo de tabaco en la población.
- Porcentaje de población que realiza actividad física.
- Nº de "residencias de mayores activas".
- Nº de nuevos Consejos de Intervención Comunitaria Sociosanitaria puestos en marcha.
- Porcentaje de farmacias que colaboran con el proyecto.
- Vacunación de niñas 11-12 años frente a VPH.

III. MEJORA DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA

OBJETIVOS

- Incrementar la agilidad y capacidad resolutive de la atención primaria dotándola de los medios precisos.
- Contener la tasa de derivaciones totales a Atención Hospitalaria, reducir la tasa de derivación en procesos propios de Primaria y reducir la variabilidad en las derivaciones.

LÍNEAS DE ACCIÓN

- III.1. Evaluación y mejora de la capacidad resolutive.
- III.2. Atención inicial a procesos agudos orientada al autocuidado.
- III.3. Coordinación entre APyC y Hospitalaria.
- III.4. Potenciar la interconsulta no presencial.
- III.5. Ecografía clínica en APyC.
- III.6. Accesibilidad y mejora de la visualización radiológica.
- III.7. Cartera de servicios de cirugía menor.
- III.8. Extensión de la retinografía.
- III.9. Medidores portátiles de hemoglobina glucosilada.
- III.10. Dermatoscopia en la práctica asistencial en APyC.

INDICADORES CLAVE

- Variabilidad y tasas de derivación totales y por procesos propios de primaria
- Tasa de consultas no presenciales sobre el total de derivaciones por estamentos
- Porcentaje de Altas en Consulta hospitalaria
- Porcentaje de episodios agudos creados por enfermera respecto al total de episodios agudos predefinidos
- Porcentaje de ZBS con ecógrafo y profesionales formados.
- Tasas de ecografía clínicas por 1000 habitantes
- Porcentaje de radiologías simples musculoesqueléticas solicitadas sin informe
- Tasa de actividad de cirugía menor en APyC por 1000 habitantes
- Porcentaje Pacientes con diabetes tipo 2 a los que se les ha realizado RNM en los tres últimos años
- Prevalencia de pacientes con diabetes y dos determinaciones HbA1c al año
- Porcentaje de ZBS con dermatoscopio
- Variación de la tasa de interconsultas a Dermatología

IV. ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS Y PLURIPATOLÓGICOS

OBJETIVOS

- Afianzar y garantizar la extensión de la Estrategia de Crónicos al 100% de la población de Navarra con liderazgo desde Atención Primaria.
- Reducir la tasa de hospitalizaciones potencialmente evitables por condiciones que afectan a pacientes crónicos y su variabilidad.

LÍNEAS DE ACCIÓN

- IV.1. Extensión y afianzamiento de la estrategia de atención al paciente crónico y pluripatológico.**
- IV.2. Extensión de la estrategia de autocuidados en pacientes con procesos crónicos.**
- IV.3. Coordinación con Hospitalización a Domicilio.**
- IV.4. Extensión Programa de Planificación al alta desde el Trabajo Social Sanitario.**

INDICADORES CLAVE

- Tasa y variabilidad de hospitalizaciones potencialmente evitables.
- Porcentaje pacientes de la población diana a los que se les ha realizado la valoración global y porcentaje a los que se ha evaluado la capacidad funcional.
- Porcentaje pacientes severos o paliativos en los que tienen un plan de intervención integral.
- Porcentaje de pacientes con cubo rojo con valoración integral % contactados por APyC en 24 horas tras alta hospitalaria y porcentaje con pauta de descompensación registrada.
- Tasa urgencias hospitalarias en población diana.
- Porcentaje de pacientes con insuficiencia cardíaca, EPOC con al menos una visita al año.
- Porcentaje de crónicos incluidos en programa de autocuidados en los últimos 3 años.
- Porcentaje ZBS y Nº pacientes en telemonitorización.
- Porcentaje pacientes polimedicados (>8 fármacos).
- Porcentaje de pacientes con antagonistas de la vitamina K con autocontrol del INR.
- Porcentaje Hospitaliz. a domicilio/hospit. total.
- Porcentaje cobertura del programa.
- Porcentaje continuidad de la intervención social.

V. CALIDAD, IDONEIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

OBJETIVOS

- Mejorar la calidad técnica y reducir la variabilidad en la práctica clínica.
- Orientar la demanda al modelo de atención y profesional idóneo.
- Desplegar la estrategia de seguridad del paciente en APyC, fomentando la aplicación de prácticas seguras de acuerdo a la evidencia disponible.

LÍNEAS DE ACCIÓN

- V.1. Calidad técnica basada en la evidencia.**
- V.2. Accesibilidad y orientación de la demanda.**
- V.3. Creación de la Comisión de Seguridad del Paciente en APyC.**
- V.4. Prevención de eventos adversos.**
- V.5. Sistema de notificación de incidentes y eventos de APyC (SINASP).**
- V.6. Gestión adecuada de la atención al paciente y a los profesionales tras la ocurrencia de un efecto adverso.**

INDICADORES CLAVE

- Indicadores clave del Plan de Salud priorizados por el Comité de Calidad por su relevancia en APyC.
- Porcentaje de Protocolos Informatizados en los que se han identificado los parámetros clave.
- Nº de recomendaciones técnicas "do, not do" divulgadas a los profesionales de APyC.
- Nº de procesos en los que se ha evaluado la variabilidad.
- Frecuentación de consultas espontáneas por estamento profesional.
- Porcentaje de consultas espontáneas atendidas en <24h por estamento profesional.
- Porcentaje consultas espontáneas atendidas en >4 días por estamento profesional.
- Nº reuniones Comisión de Seguridad.
- Nº de sesiones realizadas en los EAPs, referidas a seguridad de la atención.
- Tasa de notificaciones por 100.000 consultas realizadas en SINASP.
- Porcentaje de eventos adversos gestionados conforme al protocolo recomendado.

VI. ATENCIÓN SOCIO SANITARIA Y MEJORA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

OBJETIVOS

- ▶ Desplegar una estrategia específica de Atención Sociosanitaria, liderada desde Atención Primaria, que favorezca la permanencia en el hogar y prevenga los ingresos hospitalarios y la institucionalización permanente.
- ▶ Desarrollar un Plan de Mejora de la Capacidad Funcional, priorizando la atención a la fragilidad y potenciando la rehabilitación domiciliaria y la rehabilitación funcional desde AP.

LÍNEAS DE ACCIÓN

- ▶ **VI. 1. Extensión del modelo de atención integrada socio-sanitaria.**
- ▶ **VI. 2. Atención sanitaria a Centros Residenciales.**
- ▶ **VI. 3. Plan de mejora de la capacidad funcional y rehabilitación domiciliaria.**
- ▶ **VI. 4. Programa de Prevención de fragilidad y caídas.**

INDICADORES CLAVE

- ▶ Nº de personas que viven en domicilio los últimos 5 años de su vida.
- ▶ Porcentaje Profesionales sanitarios de centros residenciales con acceso a HCE del SNS-0.
- ▶ Porcentaje de centros sociosanitarios con servicio de farmacia dependiente del SNS-0.
- ▶ Nº de pacientes derivados a fisioterapia grupal, desagregada por los procesos establecidos.
- ▶ Porcentaje población mayor de 70 años sobre la que se ha realizado valoración situación funcional/cribado de fragilidad.
- ▶ Porcentaje población mayor de 70 años sobre la que se ha realizado valoración del riesgo de caídas.
- ▶ Porcentaje población mayor de 70 años frágil a la que se ha realizado intervención (programa de actividad física).
- ▶ Porcentaje población mayor de 70 años con riesgo aumentado de caídas a la que se ha realizado intervención.

VII. ATENCIÓN EN EL DOMICILIO

OBJETIVOS

- ▶ Potenciar que todas las personas que por su situación de salud tienen dificultades para acceder al centro de salud, reciban una atención en su domicilio encaminada a la promoción, protección, curación y rehabilitación.
- ▶ Promover y apoyar la corresponsabilidad del paciente y la familia.
- ▶ Lograr que la Atención Primaria sea una alternativa a la Hospitalización y contando con el apoyo de los Servicios Sociales.

LÍNEAS DE ACCIÓN

- ▶ **VII.1. Elaboración del programa de atención en domicilio.**
- ▶ En relación con líneas de acción descritas en otros capítulos:
 - Promoción de cambios en la organización que favorezcan el desarrollo de la atención domiciliaria: tiempos adecuados en las agendas de los profesionales, incremento del profesional de enfermería.
 - Acceso a la H.C. en el domicilio del paciente.
 - Coordinación con otros profesionales y recursos (ver Atención Sociosanitaria).

INDICADORES CLAVE

- ▶ Nº de consultas a domicilio a demanda y programada por estamento profesional
- ▶ Porcentaje de consultas en domicilio sobre el total de consultas de enfermería en población \geq 70 años.
- ▶ Nº de pacientes en domicilio con un programa de atención integral y coordinada.
- ▶ Nº de primeras visitas conjuntas con aquellos profesionales a los que se solicita colaboración.

VIII. URGENCIAS Y ATENCIÓN CONTINUADA

OBJETIVOS

- ▶ Priorizar la atención a las urgencias tiempo dependientes y la aplicación generalizada de códigos de activación de urgencia.
- ▶ Mejorar la equidad en la atención a la urgencia en el medio rural, de manera que el 75% de la población se sitúe en la isócrona de 15 minutos de un Servicio Médico Específico de Emergencias.

LÍNEAS DE ACCIÓN

- ▶ **VIII.1. Atención a la emergencia, urgencia y atención continuada en el medio rural. Reordenación de la atención urgente. Creación de los Servicios de Urgencias Comarcales (SUC).**
- ▶ **VIII.2. Reordenación de la atención urgente en el Área de Pamplona.**
- ▶ **VIII.3. Otras mejoras en la atención a la urgencia extrahospitalaria.**
- ▶ **VIII.4. Enfermería de coordinación-consejo.**

INDICADORES CLAVE

- ▶ Porcentaje de población que se encuentra a <15 minutos de un Servicio Específico de Emergencias.
- ▶ Porcentaje de población a <15 minutos de una ambulancia de Soporte Vital Avanzado.
- ▶ Porcentaje de revascularización en IAM e ICTUS.
- ▶ Tasa de supervivencia en parada cardíaca.
- ▶ Porcentaje de población que se encuentra a <30 minutos de una ambulancia de Soporte Vital Avanzado.
- ▶ Porcentaje de población que se encuentra a <20 minutos de una ambulancia de urgencias de Soporte Vital Básico.
- ▶ Nº de Enfermeras de Coordinación-Consejo Sanitario.
- ▶ Porcentaje PAC's que cuentan con vehículo con dotación específica para la atención de Urgencia.
- ▶ Porcentaje de SUR cuyos profesionales se han integrado de manera efectiva en funcionamiento ordinario del EAP.
- ▶ Porcentaje de Microguardias eliminadas.

IX. ATENCIÓN INTEGRAL A LA INFANCIA

OBJETIVOS

- ▶ Desarrollar un Plan de Atención Integral a la Infancia y Adolescencia en colaboración con Derechos Sociales y Educación.

LÍNEAS DE ACCIÓN

- ▶ **IX.1. Plan integral de apoyo a la familia, la infancia y adolescencia**
- ▶ **IX.2. Plan de Salud infantojuvenil**
- ▶ **IX.3. Garantizar el derecho de prestación del Programa de Atención Dental Infantil (PADI)**
- ▶ En relación con líneas de acción descritas en otros capítulos:
 - Potenciar la coordinación de la atención entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria.
 - Potenciar la Interconsulta no presencial
 - Extender la Estrategia de Atención al Paciente Crónico y Pluripatológico a la Infancia.

INDICADORES CLAVE

- ▶ Prevalencia de menores de 6 años con valoración riesgo psicosocial
- ▶ Porcentaje de ZBS que han realizado una reunión con las direcciones de los centros escolares de su zona para detectar menores con enfermedades crónicas (diabetes, asma, convulsiones y riesgo de anafilaxia por alergias)
- ▶ Incidencia acumulada de recién nacidos alimentados con lactancia materna exclusiva a los 6 meses
- ▶ Tasa de obesidad infantil 0-4 años y de 5-9 años por ZB de Salud
- ▶ Cobertura del PSI
- ▶ Porcentaje de Zonas Básicas que participan en Redes Sociocomunitarias de Atención Integral a la Infancia y Adolescencia
- ▶ Nº de participantes en actividades de Educación en Parentalidad Positiva. Escuela de Padres Y Madres, APYMAS, etc.

X. MODELO ORGANIZATIVO, AUTONOMÍA Y DE PROFESIONALES

OBJETIVOS

- ▶ Promover la autonomía organizativa de los EAP. Modelos de autogestión y evaluación clínica.
- ▶ Adecuar la plantilla a los objetivos del Plan estratégico y a los nuevos roles y atribuciones.
- ▶ Desarrollar una política de personal incentivadora.
- ▶ Impulsar y favorecer iniciativas innovadoras.

LÍNEAS DE ACCIÓN

- ▶ **X.1. Pactos de Gestión alineados con el marco estratégico del Departamento de Salud y el SNS-O.**
- ▶ **X.2. Adecuación de plantillas y política de personal.**

INDICADORES CLAVE

- ▶ Indicadores del Plan de mejora de la GAP según MGA.
- ▶ Nº de contratos estructurales realizados para la cobertura de ausencias.
- ▶ Tiempo medio por acto.
- ▶ Nº consultas presenciales día.
- ▶ Ratio medio de TIS estandarizadas /profesionales de cada estamento.
- ▶ Porcentaje de profesionales de cada estamento que superan los ratios objetivos de TIS estandarizadas.
- ▶ Porcentaje de Enfermeras que desarrollan competencias avanzadas.
- ▶ Porcentaje de personal administrativo que reúne el perfil de administrativo- sanitario.
- ▶ Índice de satisfacción profesional.

XI. MODELO TECNOLÓGICO Y DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

OBJETIVOS

- ▶ Aprovechar la oportunidad que brindan las nuevas tecnologías para mejorar la accesibilidad de la atención a la población y facilitar el desarrollo profesional.
- ▶ Desarrollar nuevos sistemas de Información y autoevaluación orientados a ayudar a los profesionales sanitarios a mejorar los resultados clínicos y de salud.

LÍNEAS DE ACCIÓN

- ▶ **XI.1. Extensión de la banda ancha a todas las Zonas Básicas.**
- ▶ **XI.2. Historia Clínica integrada y de alto valor añadido.**
- ▶ **XI.3. Portabilidad de la historia clínica.**
- ▶ **XI.4. Digitalización de historias clínicas.**
- ▶ **XI.5. Sistemas de Información y evaluación de ayuda al clínico.**
- ▶ **XI.6. Tecnologías de comunicación en reuniones y actividades formativas.**

INDICADORES CLAVE

- ▶ Porcentaje de centros de salud y consultorios principales que disponen de fibra óptica.
- ▶ Porcentaje de centros de salud y consultorios con conexión a banda ancha.
- ▶ Nº de ZBS que han realizado al menos tres actividades por videoconferencia en el año.
- ▶ Porcentaje de profesionales de Urgencias que disponen de dispositivos móviles.
- ▶ Porcentaje de Ambulancias que disponen de dispositivos móviles con acceso a Hª Clínica.
- ▶ Porcentaje de EAP cuyos profesionales disponen de dispositivos móviles con acceso a Hª Clínica.
- ▶ Porcentaje de ZBS en los que se ha realizado la digitalización de las historias clínicas de pacientes fallecidos.
- ▶ Porcentaje de ZBS en las que es posible la digitalización de la documentación.
- ▶ Nº de pacientes telemonitorizados.
- ▶ Porcentaje de EAP que disponen de Cuadros de Mandos de Gestión Clínica.
- ▶ Porcentaje de profesionales con acceso Cuadros de Mandos Clínicos y Paneles de Control que les permitan navegar hasta la Hª Clínica del Paciente.

XII. MODELO DE INNOVACIÓN, DESARROLLO PROFESIONAL E INVESTIGACIÓN

OBJETIVOS

Fomentar la innovación, el desarrollo profesional y la investigación en Atención Primaria.

LÍNEAS DE ACCIÓN

- XII.1. Plan de formación continuada.
- XII.2. Plan de formación pregrado y postgrado de medicina, enfermería y trabajo social.
- XII.3. Creación de un portal de conocimiento de APyC.
- XII.4. Favorecer y estimular la presencia de profesionales de APyC en grupos de trabajo y comités técnicos.
- XII.5. Creación del Comité de Ética Asistencial.
- XII.6. Incentivación de la investigación en APyC.

INDICADORES CLAVE

- Creación de la Comisión de Formación.
- Nº de alumnos de Medicina, Enfermería, Tr. Social /año.
- Nº de MIR Medicina Familiar y Comunitaria/año.
- Nº de EIR Enfermería Comunitaria/año.
- Porcentaje de Zonas Básicas que colaboran en la formación pregrado y posgrado.
- Nº de profesionales de APyC que participan en un Grupo de Trabajo.
- Comité de Ética del SNS-0/Departamento de Salud.
- Nº de Grupos de Investigación de APyC integrados en IdiSNA.
- Nº publicaciones en revistas indexadas.
- Factor de impacto acumulado.
- Nº comunicaciones presentadas a congresos / Nº profesionales EAP.
- Nº de participantes en proyectos de investigación.

XIII. HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

OBJETIVOS

- Conseguir que la cultura de humanización impregne a todo el sistema y a todos los que participan en el mismo.
- Colocar al paciente en el centro del sistema, personalizando la atención.
- Conseguir una atención digna para pacientes y profesionales dando valor a la relación terapéutica.
- Hacer de los centros sanitarios espacios favorables para relaciones saludables.

LÍNEAS DE ACCIÓN

- XIII.1. Cultura de la humanización.
- XIII.2. Calidez del trato.
- XIII.3. Información y comunicación.
- XIII.4. Adecuación del entorno.
- XIII.5. Directrices para la gestión.
- XIII.6. Cuidado de los profesionales.

INDICADORES CLAVE

- Porcentaje de ZBS que tienen un referente para el plan de humanización.
- Porcentaje de profesionales con Identificación personal mediante tarjeta.
- Nº de centros en los que se oferta el servicio de teletraducción.
- Nº de reclamaciones, quejas, sugerencias y agradecimientos relacionadas con el trato.
- Porcentaje de ZBS con Plan de acogida a nuevos pacientes.
- Porcentaje de ZBS con un Plan de acogida a nuevos profesionales.
- Nº profesionales que han asistido a un grupo de manejo emocional.
- Satisfacción con la amabilidad y empatía de los profesionales del EAP.

XIV. MODELO TERRITORIAL

OBJETIVOS

- ▶ Mejorar la equidad territorial para reducir las desigualdades en salud y afianzar el asentamiento de la población en el medio rural, priorizando la atención a las urgencias.
- ▶ Desarrollar un nuevo marco territorial adecuado para garantizar una atención integrada orientada a la persona, dotando a la Atención Primaria de los servicios de apoyo necesarios.

LÍNEAS DE ACCIÓN

XIV.1. Plan de ordenación de servicios de ámbito comarcal de distrito.

- Puesta en marcha de Centros de Urgencias de ámbito Comarcal que otorguen seguridad a la población rural.
- Desarrollo de dispositivos y servicios y de Atención Primaria de Distrito que presten apoyo a los EAP para mejorar su capacidad de intervención comunitaria y su resolutivez.
- Descentralización de servicios Hospitalarios al Distrito para mejorar la accesibilidad, la coordinación y apoyar la estrategia de crónicos y otras estrategias de atención integrada orientada a la persona.
- Coordinación con los dispositivos y servicios de apoyo en el ámbito del Distrito para la atención sociosanitaria integral a las personas dependientes que favorezca su permanencia en el hogar, prevenga los ingresos hospitalarios y la institucionalización permanente: Coordinación Sociosanitaria de Distrito, Soporte Domiciliario, Convalecencia Residencial, Centros de Día, etc.
- Coordinación con los dispositivos y servicios de apoyo a la atención integral sociosanitaria a la infancia en el ámbito local. Atención Temprana y rehabilitación en la escuela.

XIV.2. Adecuación y reordenación de los consultorios periféricos.

INDICADORES CLAVE

- ▶ Incluidos en las distintas Líneas de Acción relacionadas a las que estos dispositivos prestan apoyo.



IX. ESCENARIO DE POLÍTICA DE PROFESIONALES

A la hora de definir las plantillas de APyC en Navarra se han tomado en consideración los siguientes aspectos:

- Los ratios establecidos en el Decreto de Libre Elección de Médico de Familia y Pediatra.
- Los ratios objetivo establecidos en el Plan de Mejora de la Atención Primaria de Navarra.
- El ratio contemplado en la Ley de Zonificación Sanitaria en particular para el estamento de Trabajo Social.
- Las necesidades derivadas de la implantación de los nuevos modelos de atención contemplados en el plan de mejora, en la estrategia de atención al paciente crónico y pluripatológicos.
- El incremento de la capacidad resolutoria derivado de la adecuación de los perfiles profesionales.

Otro aspecto esencial a considerar es la Previsión de jubilaciones en APyC realizada para el período 2016-2023, tomando en consideración la jubilación por edad a los 65 años.

PREVISIONES

EMPLEO	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	TOTALES
Administrativo/a			2	3	7	8	5	8	33
Enfermero/a	19	7	17	14	19	34	29	21	160
Médico/a	8	21	17	30	27	30	35	40	208
Pediatra	4	6	3	5	5	2	5	3	33
Trabajador/a social		1			1	1			3
TOTALES	31	35	39	52	59	75	74	72	437

A todo lo dicho se ha de unir el constatado déficit de determinados estamentos profesionales, lo cual genera una dificultad añadida a la hora de cubrir determinados puestos en zonas rurales que obliga a realizar una reflexión en profundidad de este tema.

Por todo ello es necesario:

- Actualizar los criterios de ponderación de TIS en base a las variables de edad, sexo y carga de enfermedad con objeto de equilibrar.

- Adecuar la plantilla de los EAP a los nuevos perfiles y atribuciones profesionales. Para ello, se estima que además del incremento de personal ya realizado en 2017 y 2018 sería necesario proceder al incremento de plantilla siguiente:

ESTIMACIÓN DEL PERSONAL A INCORPORAR EN LOS EAP EN EL PERÍODO 2019-2022

Medicina de familia*	Pediatría*	Enfermería comunitaria	Enfermería pediátrica y S. Escolar	Trabajo Social	Personal Administrativo
25	5	35	15	17	14

* Médicos y Pediatras de EAP con población asignada

En el año 2017 tasa media de población adulta por médico es de 1.325 TIS/ Med.Familia con población asignada. El incremento de la plantilla en 25 médicos de familia permitiría bajar de la tasa media a 1.250 TIS/ Med.Familia, tasa que puede considerarse óptima.

En relación a Pediatría el incremento de 5 pediatras con población asignada permitiría bajar de la tasa media observada en 2017 que es de 940 TIS/ Pediatra a una tasa que puede considerarse óptima de 900 TIS/ Pediatra.

- Reajuste de las diferencias injustificadas de las poblaciones TIS asignadas a los distintos facultativos respetando en todo caso las diferencias derivadas de la necesidad de garantizar la accesibilidad y equidad territorial y la libre elección de médico.
- Con carácter general la planificación de los recursos se realizará de forma que se evite superar los siguientes ratios de TIS estandarizadas por profesional:
 - 1.500 TIS estandarizadas por UBA de Medicina de Familia.
 - 1.000 TIS estandarizadas por UBA de Pediatría de AP.
 - 10.000 TIS/trabajador social.
- En tanto persista el actual déficit de facultativos especialistas de Medicina de Familia y Pediatría sin duda habrá dificultades para alcanzar los ratios objetivo. En tal caso la asunción por el profesional de pacientes adicionales deberá ser debidamente reconocida, en especial si la misma se deriva del ejercicio de la libre elección por parte del ciudadano.
- Otras medidas para alinear la política de personal con los objetivos estratégicos incluirán las siguientes medidas:
 - a. Potenciación y adecuación de las nuevas competencias de enfermería.
 - b. Adecuar el papel del personal administrativo dotándole de un perfil administrativo- sanitario para que esté en condiciones de gestionar el proceso asistencial con una adecuada orientación inicial de la demanda en función de la necesidad.
 - c. Incluir el mayor número posible de plazas en la Oferta Pública de Empleo incluyendo el 100% de las plazas de especialidades deficitarias.

- d.** Mejorar en la gestión de contratación del personal: reducir el número de contratos cortos o muy cortos, agrupar los contratos en contratos estructurales de más larga duración.
- e.** Consolidación de plantillas de los contratos estructurales de larga duración.
- f.** Autorizar la prolongación voluntaria de la edad de jubilación en los términos que dispone la Ley Foral 27/2018.
- g.** Promover la conciliación de la vida personal, familiar y laboral con horarios de trabajo más personalizados y flexibles siempre que se garantice el cumplimiento efectivo de la jornada laboral en cumplimiento de lo dispuesto en la nueva Ley Foral para la igualdad entre mujeres y hombres.
- h.** Homologar las retribuciones que se perciben en APyC y en el hospital por la realización de actividad extraordinaria fuera de la jornada en los siguientes supuestos:
 - suplir la ausencia imprevista o prolongada de un compañero,
 - garantizar los tiempos por consulta establecidos en tanto no sea posible evitar que existan facultativos que superen el máximo de TIS estandarizadas
 - realizar consultas monográficas al servicio del conjunto del EAP que permitan ampliar su cartera de servicios y reducir la tasa global de derivación.
- i.** Incentivar la realización de actividad asistencial adicional realizada dentro de la jornada para pasar la consulta de un compañero ausente, siempre que se cumplan criterios de sustitución y no se disponga de personal para contratar.
- j.** Identificar puestos de trabajo de difícil cobertura e incentivar a los profesionales que los ocupen adecuando su complemento de destino.
- k.** Incrementar de manera progresiva el peso que representa la retribución capitativa derivada de la asunción por el profesional de un mayor número de pacientes, en especial los derivados del ejercicio de la libre elección por parte del ciudadano.
- l.** Incentivar económicamente nuevas fórmulas de integración del personal de SUR en el EAP.
- m.** Incentivar económicamente nuevas fórmulas de cobertura personalizada de la atención continuada a pacientes en cuidados paliativos.
- n.** Adoptar medidas para fidelizar a los Residentes que finalizan el Programa MIR.



X. CRONOGRAMA DETALLADO

LINEAS DE ACCIÓN	2018	2019 1er semestre	2º semestre	2020	2021	2022
ROL Y ATRIBUCIONES DE APyC						
Instrucciones de la Gerencia de Atención Primaria		●	●	●	●	●
Ley / Decreto Foral de roles y atribuciones profesionales				●		
PARTICIPACIÓN E INTERVENCIÓN COMUNITARIA						
Integración de la salud en todas las acciones	●	●	●	●	●	●
Actualizar la composición, funciones de los Consejos de Salud				●		
Trabajo en Red con Ayuntamientos y Asociaciones Locales		●	●	●	●	●
Acuerdo de colaboración con las oficinas de farmacia		●	●	●		
Utilización del Portal de Salud para la Participación Ciudadana	●	●	●	●	●	●
PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ						
Participación activa en las acciones de promoción y prevención a nivel poblacional e individual	●	●	●	●	●	●
Escuelas de Pacientes / Escuelas de Salud	●	●	●	●	●	●
MEJORA DE LA RESOLUTIVIDAD						
Concretar los procesos propios de AP			●			
Establecer objetivos y evaluar tasas de derivación en procesos propios de AP				●	●	●
Generalizar la atención a procesos agudos. Autocuidados	●	●	●			
Incorporación de la ecografía clínica a la práctica asistencial en APyC	●	●	●	●		
Extensión territorial de la radiología simple y mejora de la visualización de la imagen radiológica	●	●	●			
Potenciar la interconsulta no presencial médica y de enfermería	●	●	●	●		
Servicios de cirugía menor en todos los EAP de Navarra	●	●	●	●		
Extensión territorial de la realización de la retinografía	●	●	●			
Incorporación de la dermatoscopia a la práctica asistencial en APyC	●	●	●			
ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS Y PLURIPATOLÓGICOS						
Extensión y afianzamiento de la estrategia de atención al paciente crónico y pluripatológico	●	●	●			
Extensión de la Estrategia de Crónicos a nuevos procesos (Asma, ELA, EM, Niños crónicos)	●	●	●			
Extensión de la estrategia de autocuidados en crónicos (IC, EPOC, INR)	●	●	●	●		

LINEAS DE ACCIÓN	2018	2019 1er semestre	2º semestre	2020	2021	2022
Coordinación y adecuación de modelos de Hospitalización a Domicilio al Distrito		●	●			
Extensión Programa de Planificación al alta desde el Trabajo Social Sanitario	●	●				
CALIDAD, IDONEIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE						
Constitución del Comité de Calidad de AP			●			
Priorización y divulgación de recomendaciones técnicas (do, not do)				●	●	●
Evaluación de calidad y resultados clínicos	●	●	●	●	●	●
Creación de la Comisión de Seguridad del Paciente en APyC.	●					
Prevención de la infección. Mejora en la seguridad del material para pacientes y profesionales	●	●				
Sistema de notificación de incidentes y eventos de APyC (SINASP)	●	●	●			
Gestión adecuada de la atención al paciente y a los profesionales tras la ocurrencia de un efecto adverso	●	●				
ATENCIÓN SOCIO SANITARIA Y MEJORA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL						
Modelo Piloto de At Sociosanitaria en Tafalla	●	●	●	●		
Extensión del modelo de atención socio-sanitaria				●	●	●
Acuerdos con centros residenciales		●	●	●		
Plan de mejora de la capacidad funcional	●	●	●	●		
Prevención de fragilidad y caídas	●	●	●	●		
ATENCIÓN EN EL DOMICILIO						
Adecuación de agendas para facilitar la atención programada de cuidados domiciliarios		●	●	●	●	●
Definir modelo de coordinación con Paliativos y con Hospitalización a Domicilio		●	●	●	●	●
Coordinación con Servicio Sociosanitarios			●	●	●	●
Coordinación con rehabilitación funcional domiciliaria			●	●	●	●
URGENCIAS Y ATENCIÓN CONTINUADA						
Puesta en marcha de Servicio de Urgencia Comarcal de Tafalla (SUC)	●	●				
Extensión de Servicios de Urgencia Comarcal (SUC)			●	●	●	●
Eliminar microguardias en PAC's		●	●	●	●	●
Dotación de vehículos a los PAC, SUC y SNU		●	●			
Integración progresiva de los profesionales del SUR en el EAP			●	●	●	●
Reordenación de la atención urgente en el Área de Pamplona	●	●				

LINEAS DE ACCIÓN	2018	2019 1er semestre	2º semestre	2020	2021	2022
Otras mejoras en la atención a la urgencia extrahospitalaria	●	●	●	●	●	●
Enfermería de coordinación-consejo	●	●				
ATENCIÓN INTEGRAL A LA INFANCIA						
Plan integral de apoyo a la familia, la infancia y adolescencia	●	●	●	●	●	●
Plan de Salud infantojuvenil	●	●	●	●	●	●
MODELO ORGANIZATIVO, AUTONOMÍA Y DE PROFESIONALES						
Pactos de Gestión alineados con el marco estratégico del Departammento y el SNS-0	●	●				
Ajuste y ampliación de plantillas	●	●	●	●	●	●
MODELO TECNOLÓGICO Y DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN						
Dotación de banda ancha de alta capacidad	●	●	●	●	●	●
Posibilitar el empleo de video conferencia para las reuniones de grupo	●					
Portabilidad de la historia clínica para dispositivos móviles	●	●	●	●		
Digitalización de historias clínicas	●	●	●	●		
MODELO DE INNOVACIÓN, DESARROLLO PROFESIONAL E INVESTIGACIÓN						
Plan de formación continuada	●	●	●	●	●	●
Formación pre y posgrado en medicina, enfermería y trabajo social		●	●	●	●	●
Creación de un portal de conocimiento de APyC		●	●	●		
Promover la implicación de profesionales de APyC en grupos y comités técnicos						
Creación del Comité de Ética Asistencial de APyC			●			
Incentivación de la investigación e innovación en APyC						
HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN						
Cultura de la humanización	●	●	●	●		
Calidez del trato	●	●	●	●		
Información y comunicación	●	●	●	●		
Adecuación del entorno	●	●	●	●		
Directrices para la gestión	●	●	●	●		
Cuidado de los profesionales	●	●	●	●		
MODELO TERRITORIAL						
Plan de Comarcalización de los Servicios de Salud		●				
Puesta en marcha del Distrito Sanitario Piloto de Tafalla			●	●		
Regulación normativa de los Distritos Sanitarios				●		
Puesta en marcha de los Distritos Sanitarios				●	●	●
Adecuación y reordenación de los consultorios periféricos			●	●	●	



XI. ESCENARIO HORIZONTE Y ESTIMACIÓN ECONÓMICA

Uno de los instrumentos esenciales para garantizar el efectivo desarrollo de la nueva Estrategia de APyC es contar con una dotación económica suficiente.

Toda Estrategia que contempla un gran número de planes, proyectos y acciones, como la que aquí se presenta, se ha de acompañar de un “Escenario Horizonte” y de una “Estimación Económica” que obligadamente ha de ser aproximativa. Solo será posible formular un Presupuesto propiamente dicho una vez que se desarrollen los correspondientes planes y proyectos operativos previstos, que esos sí deben contar con un presupuesto preciso para su aprobación.

ESCENARIO HORIZONTE

Como se ha señalado, la OMS insiste permanentemente en la necesidad de reforzar el rol de la Atención Primaria y Comunitaria (APyC) como única forma para lograr que el sistema sanitario sea sostenible y ofrezca un modelo de atención integral e integrado centrado en el paciente, capaz de afrontar los nuevos retos asistenciales y sociales a los que se enfrenta la sociedad actual. Ello pasa necesariamente por incrementar la dotación presupuestaria asignada a este ámbito asistencial.

En nuestro marco institucional la determinación de los presupuestos que se asignan a los distintos Departamentos, Centros y Servicios dependientes del Gobierno de Navarra corresponde realizarla al Parlamento Foral de Navarra mediante la aprobación de las correspondientes Leyes Forales de Presupuestos anuales.

Por ello garantizar el efectivo desarrollo de la nueva Estrategia de APyC de medio y largo alcance exige lograr un consenso social y político que garantice un escenario presupuestario evolutivo coherente y suficiente para llevar a buen término los objetivos y acciones establecidos.

Necesidad de consenso para que la Atención Primaria y Comunitaria constituya una prioridad presupuestaria continuada del SNS-0

Una de las opciones más frecuentemente propuestas a la hora de definir el Escenario Horizonte del Presupuesto de la Atención Primaria es hacer referencia a la necesidad de incrementar de manera progresiva el % global del gasto sanitario total que se destina a la Atención Primaria. Es precisamente ésta la fórmula que emplea el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos que en su informe sobre “La Atención Primaria de Salud en España en 2025”, aboga por lograr un incremento anual de 0,3 puntos en el % del presupuesto global del Sistema Sanitario de manera que para el 2025 se alcance el 17,3%

No obstante esta fórmula no toma en consideración la muy diferente estructura y evolución de los distintos componentes del gasto existentes en la Atención Primaria en comparación con la Atención Hospitalaria y por otra parte algunos autores cuestionan que no se considere el gasto farmacéutico a la hora de determinar el peso porcentual de la Atención Primaria.

Cuando se analiza el gasto global del Sistema Sanitario se observa que un 50% del presupuesto se destina a gasto corriente y a inversiones. El consumo de productos y servicios sanitarios y relevancia de las inversiones está muy condicionado por la imparable evolución tecnológica.

Sin embargo por su propia concepción la Atención Primaria es, y debe seguir siendo, intensiva en personal; de hecho más del 80% de su gasto corresponde a personal. Es indudable por tanto que **reforzar la Atención Primaria pasa principalmente por incrementar los recursos humanos** de manera que se disponga del tiempo necesario para realizar una atención primaria de calidad. Incrementar el tiempo de los profesionales sanitarios de Atención Primaria es sin duda el factor clave para lograrlo.

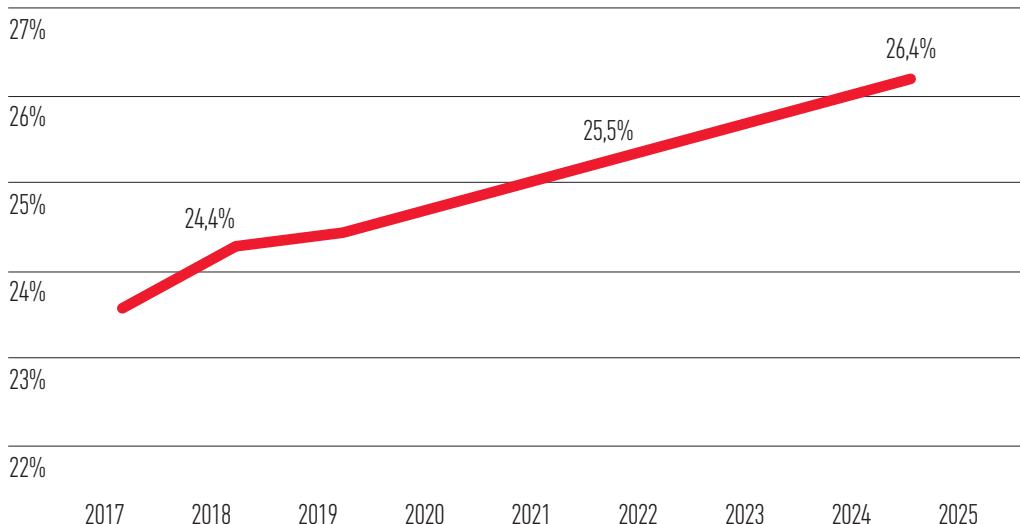
Se viene asumiendo como normal un modelo de atención asistencialista y progresivamente hiperespecializado. Se justifica por razones de complejidad y calidad técnica que los tiempos por acto de la consulta hospitalaria dupliquen o tripliquen los tiempos de la atención primaria lo cual conlleva que los médicos de Atención Primaria, que representan el 24% del total de facultativos del Sistema, asuman la realización del 78% de las consultas totales.

Incrementar la capacidad resolutoria de la atención primaria y ofrecer un modelo de atención bio-psico-social exige reequilibrar las plantillas profesionales de atención primaria y de atención hospitalaria. Por ello hemos considerado oportuno que el Escenario Horizonte de la Estrategia de Atención Primaria se centre en el objetivo de incrementar el porcentaje del presupuesto de personal destinado a la Atención Primaria.

En consecuencia el Escenario Horizonte que se formula se centra por tanto en:

Lograr un incremento anual de 0,3 puntos en el % del presupuesto global de personal del Sistema Sanitario que se destina a Atención Primaria de manera que para el año 2025 éste alcance el 26,4%.

% DEL GASTO TOTAL DE PERSONAL DEL SNS-O DESTINADO A ATENCIÓN PRIMARIA



En el período de vigencia de esta Estrategia 2018-2020, este Escenario Horizonte debiera permitir al SNS-O incrementar la plantilla total de Atención Primaria en un 2,5% anual, al menos mientras se mantenga el contexto general de estabilidad económica.

ESTIMACIÓN ECONÓMICA

En coherencia con el escenario horizonte mencionado y tomando en consideración las acciones previstas para el desarrollo de la Estrategia 2018-2022, se ha realizado la estimación económica que figura en la tabla siguiente.

Como puede observarse, una vez alcanzado el despliegue completo de la Estrategia en el año 2022, se estima que supondrá un gasto anual de cerca de 20 Millones de euros adicionales con respecto al año 2017. Ha de tenerse en cuenta que varias de las acciones se han iniciado sin esperar a la aprobación formal de la Estrategia y han tenido impacto económico desde principios del año 2018, en particular por los incrementos de plantilla ya realizados.

ESTIMACIÓN ECONÓMICA ACUMULATIVA DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN PREVISTAS*

En cada año figura la cuantía acumulativa comparada con la inicial de 2018

	2019	2020	2021	2022
Prevención, participación e Intervención Comunitaria.	200.000	300.000	450.000	520.000
Mejora de la Capacidad Resolutiva.	250.000	507.744	707.744	857.744
Calidad y seguridad de la atención	140.000	200.000	300.000	400.000
Atención Sociosanitaria y rehabilitación funcional en AP	440.000	1.250.000	1.750.000	2.100.000
Atención Domiciliaria	200.000	750.000	850.000	1.000.000
Atención de Urgencia. SUC, RRHH etc.	1.487.549	1.600.000	1.900.000	2.100.000
Atención Integral a la Infancia.	300.000	500.000	650.000	850.000
Modelo organizativo y RRHH de EAP	2.610.569	4.600.000	7.200.000	8.500.000
Modelo Territorial. RRHH de Distrito	400.000	1.000.000	1.800.000	2.600.000
Tecnologías y Sistemas de Información y Comunicación	200.000	400.000	500.000	600.000
Formación, Investigación e innovación	150.000	250.000	350.000	450.000
TOTAL	6.378.118	11.357.744	16.457.744	19.977.744

* Excluidas subidas salariales y nuevas obras que puedan ser necesarias

El Presupuesto Inicial del 2019 ya ha tomado en consideración los incrementos de gasto y de plantillas previstos para dicho ejercicio.

En algunos planes y programas no será posible establecer una estimación económica hasta definir con mayor precisión el alcance de las acciones previstas.

Por otra parte muchas de las acciones previstas en la Estrategia podrán cubrirse mediante recursos internos de manera que no generarán un sobrecoste adicional.

Como se ha señalado de manera reiterada, a medio plazo, el desarrollo de la Estrategia de Crónicos y la Hospitalización a Domicilio implicará notables ahorros en el ámbito de la hospitalización ya que promueven alternativas mucho más eficientes y técnicamente más idóneas, propias de un sistema sanitario moderno.

Obviamente el desarrollo pleno de las acciones previstas en la Estrategia estará supeditado a la aprobación por el Parlamento Foral del crédito presupuestario suficiente en las correspondientes Leyes Forales de Presupuestos anuales.

N A ♥ A R R A



ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA DE NAVARRA

2019-2022



Servicio Navarro de Salud
Osasunbidea