



Plan de Salud de Navarra 2014-2020

Informe **Divulgativo** 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 DIVULGATIVO “EVALUACIÓN EN EL ECUADOR DEL PLAN DE SALUD DE NAVARRA 2014-2020”

1. Introducción	3
2. Situación de las Estrategias con sus programas y actuaciones más destacables	6
A. Estrategia Prevención y Promoción de Salud en Población Infantil y Adolescente	7
B. Estrategia Promoción Salud P. Adulta.	10
C. Estrategia de Atención a la Discapacidad y Promoción de Autonomía	12
D. Estrategia de Prevención y Atención al Cáncer.....	14
E. Estrategia de Prevención y Atención a la Salud Mental.....	15
F. Estrategia Atención a la población con Enfermedades Crónicas	17
G. Estrategia a las Urgencias Tiempo Dependientes	20
L. Estrategia de Seguridad del Paciente	22
3. Valoración global del PLAN DE SALUD 2014-2020. Aspectos destacados y Aspectos a potenciar	24
4. Indicadores de resultados en base a los Objetivos	26
ANEXO: FIGURAS en relación a los objetivos del Plan de Salud.....	37
Figura 1: Esperanza de vida al nacer y años de vida saludables según sexo en Navarra y en España	37
Figura 2. Tasas de incidencia de un primer ictus ajustadas por edad en 3 periodos del 2009 al 2016.....	38
Figura 3: Percepción del estado de salud de la población navarra según Encuestas en años 2011, 2014 y 2017, distribuida según grupos de edad.	38
Figura 5: Prevalencia de obesidad infantil (6-7 años) Fuente: estudio sobre obesidad infantil a partir de datos de la Historia Clínica Informatizada de Atención Primaria.	39
Figura 6: Lactancia materna a los 6 meses. Fuente: registros informáticos de Historia Clínica Informatizada de Atención Primaria.....	40
Figura 7: Prevalencia consumo de riesgo de alcohol en España y Navarra por sexo.....	40
Figura 8: Prevalencia de consumo de tabaco a diario en población adulta ⁽¹⁾ por sexo Navarra 2001-2017.....	41
Figura 9: Porcentaje de población con depresión o ansiedad en Navarra según la Encuesta Nacional de Salud España (ENSE) 2011 y 2017 y su distribución por sexo	41

INFORME DIVULGATIVO “EVALUACIÓN EN EL ECUADOR DEL PLAN DE SALUD DE NAVARRA 2014-2020”

1. Introducción

Se presenta este “Informe evaluación en el ecuador del Plan de Salud”, fruto del trabajo realizado por parte de todos los Comités Técnicos de las 8 Estrategias del Plan de Salud (PS), que cada año presentan su informe al Comité Coordinador PS, y en el del 2018 se le ha querido dar el sentido de recoger la información de lo más importante realizado hasta 2018, junto con los resultados de salud, con indicadores medidos a final de 2017, y por ello se ha denominado como “Informe en el Ecuador PS”.

El documento refleja cómo se han ido consolidando todas las Estrategias, con sus 55 Programas y 452 acciones, y se constata que el 88% de ellas ya están realizadas o en proceso avanzado de realización (tabla 1).

PANEL DE CONTROL PROCESO Plan de Salud 2014-2020		Estado Inicial 2014	2016		2017-18			
			Primer Semestre	Segundo Semestre	Total	Acciones Realizadas	Proceso	Pendientes
TOTAL ESTRATEGIAS	Nº de Estrategias constituidas (con Comité Técnico)			10 /12 Estrategias	11/12 (no la de paliativos)			
	Nº de programas				55			
	Nº de acciones				452	146 32%	252 56%	54 12%
	Nº estrategias que disponen de Panel de control cumplimentado				11			

Tabla 1: Desarrollo de los programas y acciones de las Estrategias del Plan de Salud

También se aprecia la consolidación de todos los instrumentos estratégicos que se plantearon para el desarrollo del PS, destacando el Plan de Formación Coordinado, que durante los años 2017 y 2018 ha posibilitado que se realizasen 868 actividades formativas en relación al PS. Esto ha supuesto que el 76,5% de todas las actividades formativas organizadas fuesen en relación al PS y el desglose por cada Estrategia se aprecia en tabla 2.

Actividades formativas REALIZADAS por Estrategia										
	EPP Infantil	EPAP Adulta	E. Discapacidad	E. Cáncer	E. Salud Mental	E. Urgencias TD	E. Cronicidad	E. Paliativos	E. Seguridad	Total
<i>(Número Ediciones según ámbito)</i>										
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

Tabla 2: Actividades Formativas Realizadas (total de ediciones) en Plan de Formación Coordinado 2017-2018

En investigación cada Estrategia ha ido planteando distintos proyectos y en tabla 3 se pueden apreciar los relacionados con la Estrategia de Urgencias tiempo-dependientes. 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; el III Plan de Salud Mental; las Estrategias de Envejecimiento saludable, y la de Atención Primaria 2019-2023.

Código PCR	<ul style="list-style-type: none"> Integrado en el “Registro Español de Parada Cardíaca Extrahospitalaria- OHSCAR (OHSCAR Out of Hospital. Spanish Cardiac Arrest Registry)”
Código Trauma	<ul style="list-style-type: none"> Integrado en Joint Action on Monitoring Injuries in Europe (JAMIE). DG-SANCO Proyecto EGALURG- POCTEFA
Código Ictus	<ul style="list-style-type: none"> Proyecto ICTUSnet del Programa Interreg Sudoe
Código IAM	<ul style="list-style-type: none"> REGICOR

Tabla 3. Proyectos de investigación en relación a la Estrategia de Urgencias Tiempo-dependientes

Destacar la gran participación en el despliegue del plan de salud, más de 500 personas en los Comités Técnicos y más de 50 Grupos de Trabajo (tabla 4). No queda si no dar las gracias a ellos y a todas las personas que con su esfuerzo hacen posible se lleve a cabo este Plan de Salud.

	Nº personas
Comité Coordinador del Plan de Salud	18
8 Comités Técnicos de Estrategias del Plan de Salud :	127
• Responsables de las Estrategias	8
• Coordinadoras de los programas	63
• Representantes de ámbitos de gestión y territoriales del SNS-O	45
• Unidad Técnica del Plan de Salud (Itxaso, Vega, Carmen) y J.Abad	4
• Personas en representación de la ciudadanía en Comités	5
Grupos de Trabajo de las Estrategias: Participantes en los 48 grupos	439
TOTAL DE PERSONAS PARTICIPANTES (sin contar grupos interdepart.)	584

Tabla 4: Número de Personas participantes en los distintos Comités y Grupos de Trabajo del Plan de Salud

Este resumen no tiene la finalidad de recoger toda la información, sólo lo más destacable, pero se puede consultar en la web www.plandesalud.navarra.es todo lo relativo al Plan de Salud (objetivos, principios, programas y acciones de las 12 estrategias). También están recogidos en dicha página otras informaciones relativas a los códigos de la Estrategia urgencias tiempo-dependientes, seguridad paciente, cronicidad, etc., así como los informes de años anteriores y el actual más extenso de evaluación en el ecuador del Plan de Salud.

2. Situación de las Estrategias con sus programas y actuaciones más destacables

- 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

A. Estrategia Prevención y Promoción de Salud en Población Infantil y Adolescente

Valoración de los programas

1. Prevención riesgos embarazo y parto:

- **Transición criatura recién nacida.** Itinerario único atención embarazo-parto- puerperio+atención infantil (AP-AE-CASSyR), para conseguir menor Variabilidad intercentros .
- **Iniciativa Humanización Atención al Nacimiento y Lactancia (IHAN):** Lactancia Materna (LM): programa de formación formadoras; enfermera asesora LM; acreditación de: centros de salud, CASSyR, y hospitales, que sean IHAN.
- **Interrupciones Voluntarias de Embarazo (IVE's)** en CHN desde diciembre 2016 y en CASSyR desde Noviembre 2017. En el año 2018 se han realizado el 25% en el sector público y las IVE's tanto globales como en mujeres de 15-19 años han disminuido respecto a 2014.

2. Prevención de discapacidad y Atención a Enfermedades Crónicas:

- **Atención Temprana (AT)** (0-3 años): Aumentan los casos atendidos de 399 en 2014 a 605 en 2017).Plan Integral AT se ha extendido a 0-6 años. Paso de Modelo ambulatorio a Modelo centrado en familia y entorno. Formación de los sanitarios y del profesorado de 0 a 6 años.
- Avances en modelo de intervención con **Enfermedad crónica compleja infantil** para diabetes y asma según modelo de Estrategia de cronicidad. Diabetes: acuerdo de seguimiento en pediatría hasta 21 años y coordinación con colegios al alta hospitalaria.

3. Programa Salud infantil:

- Desplegado en: 30 Zonas Básicas a diciembre del 2018 (18 en Pamplona;7 en Tudela y 5 en Estella). Finaliza el despliegue en verano del 2019
- “Círculo de protección de menores” en colaboración de pediatría, ginecología y trabajo social
- Protocolización valoración de riesgo psicosocial (Se realiza en tres períodos: 1-20 días, 3años y 14 años)
- Estudios prevalencia obesidad infantil e intervención comunitaria según Zonas Básicas Salud.

4. Vacunaciones infantiles

- Calendario 2017 como el estatal y continua. Cambio vacuna frente Virus Papiloma Humano

5. Intervención integral en desigualdad y Riesgo psicosocial infantil

- Manual procedimientos **abordaje desprotección infantil**. Dos guías.
- Prevista formación 700 profesionales 2019 (AP, CHN, Servicios Sociales)
- Trabajo en red en intervención integral (Burlada, Uharte, barrios Pamplona).

6. Promoción salud en infancia y adolescencia

- Extensión red de Escuelas Promotoras Salud
- Educar sin drogas y educación sexual en centros educativos
- Enfermera escolar
- Parentalidad positiva en escuela madres y padres

Evaluación y Valoración global de la Estrategia

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

B. Estrategia Promoción Salud P. Adulta.

Valoración de los programas

1. Programa Comunitario de Promoción de la Salud:

- Fomento del **Ejercicio Físico**: Convocatoria conjunta Dpto Salud con Instituto Navarro de Deporte y Juventud con subvenciones para: ejercicio físico en la tercera edad y para pacientes crónicos (24 entidades); y proyectos locales de actividad física y salud (14 entidades).
- **III Plan de prevención: Drogas y Adicciones**. Campañas: 'el cannabis afecta a tu cerebro, ¿lo has pensado?' (2018-2019) y refuerzo 'beber lo normal puede ser demasiado. ¿conoces tus límites?'

2. Programa de Intervención personalizada sobre estilos de vida:

- **Valoración de Estilos de vida** por AP a 90.641 personas de 15-74 años (▲ 3% sobre 2017) y a 25.543 en >75 años (▲ 1,2%).
- **Talleres educativos**: 54 para manejo ansiedad/stress, 15 alimentación.
- **Cese tabáquico** con 43 talleres y 6.139 personas fumadoras han participado en el programa de ayuda a dejar de fumar con apoyo farmacológico subvencionado (pionero en España). Evaluación mediante encuesta telefónica.

3. Programa de Envejecimiento Saludable:

- Actuaciones fragilidad y **prevención caídas**: protocolo de cribado formación, fisioterapia grupal. En AP evaluado riesgo caída a 22.166 personas.
- Aprobación plan de acción de la **Estrategia de Envejecimiento** 2018-2019. La estrategia tiene 3 ejes: estilos de vida; prestaciones sociales y económicas; y entornos saludables.

Primera 'Convocatoria de subvenciones 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 en 2018.

- Otras acciones: Nueva cartera de servicios de Residencia. Campañas mayores en positivo y decálogo del buen trato. En elaboración protocolo detección maltrato.

4. Programa de capacitación autocuidados:

- **Escuelas de Salud:** para Mayores 10 talleres de envejecer con salud; para Padres/Madres 4 talleres; y de pacientes 16 talleres. Equipo formado por 16 profesionales socio-sanitarios y 16 personas expertas.
- **Formación a personas en autocuidados en AP:** capacitación a 33.604 personas con enfermedad vascular/diabetes (▲ 15% sobre 2017); con asma 4.972 (▲ 12%). También se realizaron 71 talleres grupales para procesos crónicos.

5. Programa de prevención selectiva en colectivos vulnerables:

- **Observatorio de Salud comunitaria:** actualización de perfiles de salud por Zonas Básicas y mapas; nueva plataforma de activos para salud; serie estilos de vida de Navarra: tabaquismo y cáncer pulmón: estudio de contextos de iniciación consumo de jóvenes al tabaco y alcohol.
- **Programas colectivos vulnerables:**
 - Programa salud etnia gitana; intervenciones con familias con hijos con consumos, programas de deshabituación...
 - 11 actividades de AP, en ZBS.
 - subvenciones a proyectos que incorporan a grupos de población en situación de vulnerabilidad.
- Avances en detección, formación a profesionales y registro **violencia de género (VG):** escala de valoración del riesgo en Servicios de Urgencias; protocolo VG en los CASSyR; y codificación aquí y en Salud Mental.
- **Disminuir barreras acceso sistema sanitario:** Avances estrategia de humanización. Ley de accesibilidad.

Evaluación y Aspectos RELEVANTES de la Estrategia

- **Plan Promoción de ejercicio físico 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 sobre-medicación.**
- **Consejo estilos de vida en AP** a casi un sexto de la población navarra. Talleres e intervenciones para tema tabaquismo y alcoholismo
- **Actuaciones ante la fragilidad y prevención caídas.**
- **“Estrategia de envejecimiento activo y saludable de Navarra”,** promovida por el Consejo Interdepartamental de Salud y Desarrollo del Plan de Acción 2018-2019, con índice sintético que sitúa a Navarra entre las posiciones 6ª y 7ª del ranking de los 28 países de la Unión Europea.
- **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.
- **La constitución del Observatorio de Salud comunitaria** ha permitido entre otras cosas: conocer los perfiles de salud y mapas por Zonas Básicas de Salud. Estudios e informes diversos que sirven de base para planificar actuaciones que mejoren la Equidad.

C. Estrategia de Atención a la Discapacidad y Promoción de Autonomía

Valoración de los programas

Las acciones en desarrollo relacionadas con cada programa han sido:

1. 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 Socio-sanitaria en Tafalla.
- ✓ Estudio, consenso de actuaciones profesionales y elaboración del documento "Plan de Mejora de la Capacidad Funcional".

2. 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.

3. 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 Socio-sanitaria de Zona Básica, o Equipos Operativos de Zona.

- ✓ Identificación de Zonas Básicas donde existe alguna Coordinación Socio-sanitaria.
- ✓ Valoración de necesidades socio-sanitarias. Elección y adquisición de herramienta de cribado-RAICA. Definición Escala Básica de valoración tanto por parte de trabajo social de salud y como de Derechos Sociales.

- ✓ Definición modelo Programa de Atención Integrada Socio-sanitaria (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.

4. 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.

5. 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 personas ancianas frágiles.
- ✓ Trabajando en prevención de caídas y proyecto "Vivifrail".

Evaluación y Valoración global

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 2019-2022 que actualmente está en proceso abierto participativo

D. Estrategia de Prevención y Atención al Cáncer

Valoración de los programas de la Estrategia

1.- Programa de prevención en cáncer

Programas de Detección Precoz de cáncer:

- Buenos resultados del cáncer de **mama y colorrectal**
- En planificación para implantar el de **cribado oportunista de cáncer cérvix**

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

- **Unidades Multidisciplinares (UMD):**
Implantadas en 2018 la de **Cáncer Colorrectal y Cáncer Ginecológico**.
Se va a empezar en 2019 a constituirse la UMD de **cáncer de pulmón**.
- **Registro Hospitalario del Cáncer:** No será un Registro al uso sino que se tratará de un Sistema de Información del Cáncer, que se nutrirá de datos de Historia Clínica Informatizada (HCI).

3.- Programa de Alta Resolución y Personalización en Cáncer

Seguimiento de largos supervivientes En el Grupo de coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada se priorizó empezar con el **cáncer de mama**, comenzar en 2019.

4.- Programa de Apoyo y atención psicosocial

Se ha trabajado en la integración en la actividad asistencial y el registro de casos del apoyo del psico-oncólogo que pertenece a la AECC.

Evaluación, y Valoración global de la Estrategia Lo más destacable en las acciones llevadas a cabo y pendientes en esta Estrategia ha sido:

- **Creación de Unidades Multidisciplinares (UMD)**, la de Cáncer Colorrectal y Cáncer Ginecológico y en un futuro se pretende se vayan desarrollando otras, tal como en 2019 el Comité Técnico de Cáncer de Pulmón va a pasar a ser también UMD.
- **Implantación de un Sistema de Información del Cáncer**, que se nutrirá de datos de Historia Clínica Informatizada (HCI) y que permita obtener valores y cuadros de mando para ir valorando las actuaciones y resultados de las acciones de la Estrategia del cáncer y para indicadores de UMD.
- **Seguimiento de largos supervivientes en coordinación entre Atención Primaria y Atención** en el segundo nivel de Especialización, tanto para el cáncer de mama ya iniciado como para el resto de tumores.

E. Estrategia de Prevención y Atención a la Salud Mental

Valoración de los programas de la Estrategia

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 (población adulta)

- 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 Centros de SM de población adulta.
- 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 población adulta 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 Instituto Navarro de Salud Pública y Laboral (INSPL) lo hace con familiares con demencia. En cada Centro de SM hay un 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.
-

Evaluación y Valoración global de Estrategia de Salud Mental

Programas de Salud Mental y acciones previstas 2019-2020:

1. Programa de prevención de la depresión y el suicidio

- Consolidación del Programa de seguimiento telefónico de intentos de suicidio.
- Valoración del riesgo de suicidio.

2. Programa de atención integrada al Trastorno Mental

- Despliegue el Programa de Primeros Episodios. Inicio apertura AP.
- Desarrollo de la INP de SM en todos los CSM de población adulta incluidas las áreas.
- Apertura a Atención Primaria de las agendas de Psicología.
- Aumento de la cartera de servicios de psicoterapia grupal en respuesta a AP y SM.
- Apertura 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.

- Atención Infanto-Juvenil en el área de Tudela diferenciada de la de población adulta.

5. Programa Específico de capacitación y apoyo a la persona cuidadora de pacientes con Trastorno Mental Grave

- Pendiente de desarrollo en colaboración con ISPLN

Líneas de acción pendientes y valoración global:

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.

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.

F. Estrategia Atención a la población con Enfermedades Crónicas

Valoración de los programas de la Estrategia

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 Diabetes Mellitus (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". También se encuentra el documento completo sobre Estrategia navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos.

Resumen de las acciones más importantes llevadas a cabo o en proceso de elaboración en relación a esta Estrategia:

- Evaluación Pluripatológico** a 2 años de implantación (marzo 2018)
- En junio de 2017 finalizó el **despliegue a todo Navarra** en los perfiles Pluripatológico, Insuficiencia Cardíaca, Demencia, Fibromialgia y Diabetes tipo 2.
- Se implanta** e incluye en Estrategia cronicidad el perfil para los pacientes **EPOC en marzo 2018**.
- Elaboración Protocolo Desnutrición Relacionada con la Enfermedad.**
- Nuevas habilitaciones pacientes cubo rojo:** la última, en junio de 2018, el protocolo autorización indefinida ambulancia.
- Documentos aprobados para su implantación** (prevista para mayo 2019):
 - Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) y Parkinsonismos atípicos
 - Esclerosis Múltiple
 - Enfermedad Crónica Compleja en la Infancia
- Documento Enfermedad Crónica Avanzada:** finalizado en marzo 2019, prevista implantación 2º semestre 2019.
- Incorporación de la Estrategia en Centros Residenciales:** se ha iniciado la formación
- Documentos en elaboración:**
 - Asma en población adulta
 - Enfermedad Cerebrovascular
 - Cardiopatía Isquémica
 - Actualización Guía Insuficiencia Cardíaca
 - Actualización Guía DM2
 - Guía DM1
 - Actualización manejo Fibromialgia

- ❑ Estrategia crónicas y **Evaluación continua** mediante la herramienta Tableau.
- ❑ Actualización Cuadro de mandos (**CdM**) y **PdC (Panel de control) Estrategia crónicas**. Pendiente actualización del CdM y PdC de Esquizofrenia
- ❑ **CdM y PdC Diabetes tipo 2**: Prevista la implantación inicial en mayo-junio 2019
- ❑ **Informe** sobre Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (**EPOC**) con ayuda herramienta **Tableau**: inicio previsto en mayo-junio 2019.
- ❑ **Jornada reflexión sobre Estrategia de Cronicidad** con representación de todas las personas implicadas en la misma en marzo 2019.
- ❑ **Sistemas de información avanza definiendo e implementando proyectos**:
ANDIA crónicas: DGPs HCI; DBAs; RAICA; Valoración sociosanitaria ANDIA; Metadato; ANDIA procesos

Formación e Investigación

Se han realizado numerosas acciones de **formación** para la implantación de la Estrategia. Sólo en 2017 y 2018 han supuesto 280. Esta Estrategia es la que mayor número de acciones representa en el Plan de Formación Coordinado y son el 32,2% del total de acciones que se han realizado para las nueve Estrategias (868 acciones en total sobre el Plan de Salud.)

En cuanto a **Investigación** desde el servicio de efectividad y seguridad asistencial están colaborando en tres áreas:

- Reestratificación del paciente pluripatológico complejo
- Fibrilación Auricular
- Diabetes Mellitus

Evaluación y Valoración global de la Estrategia

Aspectos positivos:

- ✓ La implicación de los y las profesionales en los grupos de trabajo
- ✓ Buenos resultados según Evaluación de la Estrategia a los dos años de implantación, en:
 - i. efectividad,
 - ii. satisfacción de profesionales y
 - iii. experiencia de paciente.
- ✓ Modelo tecnológico de integración asistencial y definición de cuadros de mandos clínicos con información de evaluación de resultados, (se están dando pasos y el horizonte está definido pero es muy importante agilizar lo máximo posible la velocidad de implantación).

Aspectos para avanzar:

- Implementar las herramientas de Evaluación continua (está disponible el modelo para llevarla a cabo con la herramienta tableau, y en proceso la evaluación actualizada de costes del total de pacientes pluripatológicos incorporados a la Estrategia).

- 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.
- Falta generalización de visión global y atención integrada en la organización.
- Falta implantación generalizada del modelo de atención en hospitales, (y no limitarla a profesionales de apoyo en las unidades específicas), para avanzar en una verdadera transformación del modelo asistencial
- Implantación del modelo definido recientemente de atención domiciliaria a enfermedad crónica avanzada
- Desarrollo de material de autocuidados de todos los perfiles que se incorporen a la EC.
- Falta agilidad en la respuesta de requerimientos organizativos y tecnológicos

De la Evaluación de la Estrategia a los dos años de implantación los aspectos de mejora que se destacaron fueron:

- Mejora en los circuitos de automatización y organizativos que garanticen la conciliación y revisión sistematizada de la medicación
- Definición de un modelo de atención domiciliario a enfermedad crónica avanzada.

Según los datos de Boletín de Seguridad y Efectividad del SNS-O diciembre de 2018:

- incluidos en la Estrategia de cronicidad (EC) están el 20,7% de la población diana (considerando como tales a los que tiene valoración global y actualizada cada 2 años).
- Valorada la necesidad de Cuidados en el 35% de las personas con enfermedad crónica de la EC.
- Formados en autocuidados el 48,7% de las personas de la EC.

G. Estrategia a las Urgencias Tiempo Dependientes

Valoración de los programas de la Estrategia

Cabe destacar los siguientes aspectos en relación a los 3 programas de esta Estrategia:

1. Ordenación de la atención a la Urgencia Vital

Funcionamiento autónomo de los 5 Códigos en marcha: Parada Cardio Respiratoria (PCR), Ictus, IAM, Trauma y Sepsis (tanto adultos como infantil). Todos tienen los Documentos operativos de los códigos, accesibles y actualizados, en la página web del plan de salud (www.plandesalud.navarra.es) y con esquemas tipo similar al que se puede ver al final de este apartado.

- Pendiente la Incorporación de nuevos códigos:
 - ✓ Hemorragia masiva
 - ✓ Donación en asistolia no controlada, que puede estar incluido en el Código PCR.

2. Tecnología y sistemas de comunicación para urgencia vital

- Mejorar los Registros que existen para los 4 códigos, y crear el de sepsis, se pretende evolucionen hacia “sistemas de información”:
 - Informática: Integrado en HCI, campos estructurados y útiles para elaboración de informes
 - Evitar duplicidades
 - Ágil. Profesional que alimenta los registros. Evitar la dependencia de una persona
- Desarrollo de HCI móviles y facilitar los registros de datos de códigos “in situ”. Integración de todo lo registrado, incluido SOS

3. 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 el ictus diversas acciones en el día anual del ictus.

Formación en relación a Estrategia Urgencias Tiempo-dependientes

Se realizaron 179 acciones formativas en 2017-2018 dentro del Plan de Formación Coordinado del Departamento de Salud, realizados en todos los ámbitos y han sido muy bien valoradas por los diferentes colectivos abordando sobre todo de una forma práctica los siguientes temas:

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

Las actividades de investigación de esta Estrategia se han comentado en la introducción (ver tabla 3)

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

Integración en Proyectos de Investigación regionales e internacionales

L . Estrategia de Seguridad del Paciente

Valoración de los programas de la Estrategia de Seguridad del Paciente

La Estrategia de Seguridad del Paciente tiene 6 Líneas o 6 Programas y para el total de estos es la Estrategia que más acciones tiene planificadas (123). La gran mayoría en marcha como se puede ver en el apartado 2 de Cronograma y Acciones. No obstante se presentan en los siguientes cuadros aquellas acciones que está previsto impulsar o desarrollar en los años próximos, y el programa al que pertenecen:

Acciones más relevantes realizadas en 2018

(alguna acción no realizada en 2018 y se plantearon fechas para 2019)

(Grupo Trabajo
GTT= Técnico)

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 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-O 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 |

(*) SINAPS= Sistema de Notificación y Registro de Incidentes y Eventos
AEMPS= Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

Plan de formación :

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

Investigación:

- Finaliza el proyecto de validación del paciente como auditor de Prácticas seguras (FIS 2015)
- Sigue activa la colaboración en la Acción Conjunta con 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.

Evaluación y Valoración global de la Estrategia

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 y las pacientes.

La lucha contra las Resistencias Antimicrobianas 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.

3. Valoración global del PLAN DE SALUD 2014-2020.

Aspectos destacados y Aspectos a potenciar

Aspectos destacados:

- 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.
- **El 88% de las acciones del Plan de Salud ya están realizadas o en proceso de realización avanzado** (ver tabla 1 que reúne la síntesis de todas las Estrategias).
- **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.
- Los resultados en salud medidos según los **indicadores “Clave” indican que en el 82% se consigue el resultado de salud**. En el 75% de los indicadores PS (y el 65% de los indicadores clave) tienen valores mejores en Navarra que en España. El resumen de los 61 indicadores “clave” se recoge en tabla 5, y el total de indicadores en las tablas del apartado 4.

Se comentan a continuación algunos de los **Objetivos Generales del Plan de Salud** y los indicadores más destacados en relación a los 8 objetivos..

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

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), y está algo por encima en 2017 respecto al 2014 (ver figura 1), y también ocurre así para la Esperanza de vida libre de discapacidad.

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. La mortalidad prematura por las enfermedades Vasculares 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.

- **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**

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

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

Queda pendiente de mejorar tal como se aprecia en figura 3

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

Aunque son muchos los indicadores en relación a este objetivo general, destacan:

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 (figura 4)). La prevalencia declarada de obesidad ha ascendido en población adulta (figura 4) siendo según de 15,4% en 2017, y manteniéndose estable en población infantil de 6-7 años en torno al 9% en 2015 y 2017, y descendiendo del 11% en 2007 (figura 5).

Otros indicadores de estilo de vida: el crecimiento de la **lactancia materna** se aprecia en figura 6. En cuanto a **tabaco** tendencia descendente y **alcohol** ascendente (figuras 7 y 8). Navarra ha sido la primera Comunidad Autónoma que ha financiado los fármacos de apoyo para dejar de fumar.

- **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**, (figura 9) 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).

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 en 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 desigualdades, como de género etc.

ASPECTOS A POTENCIAR

- 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. Desarrollar la

historia clínica integrada y los cuadros de mandos clínicos.

- **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. Desarrollar la Estrategia de Cuidados Paliativos y Dolor. Se considera una oportunidad la creación del Observatorio de Muerte Digna.
- 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; 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.

4. Indicadores de resultados en base a los Objetivos

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. En la columna del Total de 2017 se señalan en verde los indicadores de objetivos cumplidos, en naranja los que no, y en gris los pendientes de valorar en 2020, ya que ahora no se dispone de suficientes datos.

Las abreviaturas, links a la fuente del dato, así como las notas explicativas de cada indicador, se encuentran en el informe completo disponible en la web: www.plandesalud.navarra.es

OBJETIVOS	Indicador	2014			2017			FUENTE
		Hombre	Mujer	Total	Total	Hombre	Mujer	
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 (2016)	INCLASNS
Mantener tasas mortalidad Infantil	Tasa de mortalidad infantil (0-1año) por 1.000 nacidos vivos (EPI)	2,5	3	2,7	2,4 (2016)	2 (2016)	2,8 (2016)	INCLASNS
Disminuir mortalidad prematura	Mortalidad prematura por todas las causas (Tasa x100.000 en <75años y ajustadas a población europea)(Todas Estrategias)	293,2 (2007-11)	129,9 (2007-11)	211,5 (2007-11)	198,1 (2012-16)	273,2 (2012-16)	123 (2012-16)	ISPLN-R. mortalidad
	Tasa de mortalidad prematura por cáncer (Tasa x100.000 en <75años y ajustadas a población europea) (ECa)	136,6 (2007-11)	71 (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
Aumentar la supervivencia de cáncer	Supervivencia relativa del conjunto de cánceres a 5 años (ECa)	49,8%	60%	54% (2000-2005, 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) (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 (ECa)			58,8% (2013)	Pendiente datos			R. Ca ISPLN
	Población cáncer de mama con diagnóstico tardío (ECa)		17,1% (2013-14)				Pendiente datos	R. Ca ISPLN

OBJETIVOS	Indicador	2014			2017			FUENTE
		Hombre	Mujer	Total	Total	Hombre	Mujer	
Disminuir incidencia Enfermedades mentales graves	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 (ESM)	38 suicidios	9 suicidios	47 suicidios	51 suicidios (2016)	34 suicidios	17 suicidios	INE
	Tasa mortalidad total por suicidio (ajustada población europea x100.000)	12,6 (2012-14)	3,9 (2012-14)	8,2 (2012-14)	8,5 (2015-17)	11,2 (2015-17)	5,9 (2015-17)	ISPLN-R. mortalidad
Disminuir incidencia Enfermedades mentales menos graves	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.	7,9% Dif.E.S.	11,8,% Dif.E.S.	ENSE (2011-12 y 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
	% Diabéticos con buen control de entre los que tienen realizada la HbA1c (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
Disminuir la incidencia de Enfermedades vasculares	Incidenia 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	Reg. ictus ISPLN
	Tasa ajustada de hospitalización por ECV (INCLASNS)				140,5 (2015)			

OBJETIVOS	Indicador	2014			2017			FUENTE
Obj. Morbilidad (II)		Hombre	Mujer	Total	Total	Hombre	Mujer	
Mejorar la Atención a la urgencia tiempo-dependiente	Porcentaje de Revascularización ajustado por edad en población con (EU)	70,6%	59,3%	65,0%	66,8%	72,8%	60,9%	R. IAM ISPLN Memoria CHN v
	Porcentaje pacientes ingresados con infarto cerebral sometidos a revascularización			A- 18%	A- 21%			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 (ESP)	29,4%	30,4%	29,8%	25,9%	26,1%	25,6%	CMBD
	Prevalencia Infección Nosocomial (ESP)	(2015)	(2015)	(2015)	No dif. E.S	No Dif. ES	No Dif E.S	
Mejorar la detección del maltrato	Tasa de incidencia de "Violencia de género en mujeres >14 años"(x 100.000 mujeres)			A. 92,9	A. 96,9			HCI-Atenea
	A.Abuso físico			B. 24,1	B. 46,5			
	B.Abuso Psíquico (EPA)			(2015)				

OBJETIVOS	Indicador	2014			2017			FUENTE
		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
	B. a los 65años (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 (EDPA+EPA)	86,7% (2011)	83,6% (2011)	85,2% (2011)	73,1%	73,0% Dif.E.S	73,1% Dif.E.S	ENCV
Mejorar o mantener la capacidad funcional en población anciana (inicialmente medirla)	Población >75años 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	% de recién nacidos/as prematuros/as (antes de las 37 semanas) (EPI)			7,9%	8,02% (2016)			INCLASNS

OBJETIVOS	Indicador	2014			2017			FUENTE
		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 (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. 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 (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
		Hombre	Mujer	Total	Total	Hombre	Mujer	
Obj. Estilos de Vida (I)								
Estilos vida más saludables y control de factores de riesgo en: a) Estilos vida Población adulta	Prevalencia de sedentarismo 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
	Prevalencia de obesidad (IMC≥30) declarada en población adulta de 18 y más años	13,2%	10,3%	11,7%	15,4%	17,0%	13,8%	
	% lactancia materna a los 6 meses A. Exclusiva			A. 31,5% B. 61,2%	A. 34,8% B. 64,9%			EESE2014 y ENSE 2017
	Prevalencia de consumo diario de fruta en población de 15 y más años	54,3%	73,4%	64%	68,10% 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(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 INCLASNS
	% lactancia materna a los 6 meses A. Exclusiva B. Algún tipo de lactancia (EPI)			A. 31,5% B. 61,2%	A. 34,8% B. 64,9% Dif E.S.ambos (2015)			HCI Atenea
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

OBJETIVOS	Indicador	2014			2017			FUENTE
Obj. Estilos Vida (II)		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 (EPA)	3,1%	1,8%	2,5%	3,0%	3,3%	2,8%	EESE 2014 ENSE 2017
Reducir riesgos para la salud	Prevalencia de consumo habitual de tabaco en población de 15 y más años (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
Incrementar el número de personas con factor riesgo	Población con Tensión arterial controlada (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 (EC-EV)			35,3%	34,2%			Atlas VPM

OBJETIVOS	Indicador	2014			2017			FUENTE
Obj. Autocuidados		Hombre	Mujer	Total	Total	Hombre	Mujer	
Mejorar la información a pacientes	Grado de satisfacción de la población con:			7,96				- Encuesta a población que acude a SNS-O.
	A- información y consejo recibidos en Atención Primaria (EPA)	7,96	7,96	2010	8,61	8,62	8,6	
	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			46,3% (2016)	46,3%			HCI

OBJETIVOS	Indicador	2014			2017			FUENTE
		Hombre	Mujer	Total	Total	Hombre	Mujer	
Obj. Equidad								
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)	76,40%	73,40%	3 puntos menos en mujeres	9,3 puntos menos en mujeres	74,80%	65,50%	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% (2011-12)	13,8% (2011-12)	9,7 puntos más en Mujeres (2011-12)	3,9 puntos más en Mujeres (2017)	7,9% (2017)	11,8% (2017)	ENSE 2011-12 y ENSE 2017 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 (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
Reducir factores de riesgo en jóvenes	Prevalencia de Bingedrinking* en adolescentes (14 a 17 años) en los últimos 30 días *(consumo de alcohol de 5u en H y 4u en M, o más, 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. 6,6	A. 9,8	A. 8,3	A. Datos se obtendrán de encuesta 2019			A. ENJ
	B. en los últimos 12 meses (14 a 18 años)	B. 28,8	B. 27,3	B. 28,1 -2014	B. 33,5 -2016	B. 33,2	B. 33,9	B. ESTUDES 2014 y 2016
Facilitar que las 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 En toda Na EC 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 HCI consta la persona cuidadora principal (ECa)	32,5%	32,0%	32,2%	47,5%	45,0%	49,0%	HCI

OBJETIVOS	Indicador	2014			2017			FUENTE
		Hombre	Mujer	Total	Total	Hombre	Mujer	
Objet. Sostenibilidad	Hospitalizaciones potencialmente evitables en mayores de 40 años en el Área de Pamplona. (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		CMBD
	Media de frecuentación a urgencias de población diana EC en año anterior(EC)			0,2 (en 3 meses anteriores a 31/12/16)	0,79 (en año antes de 1/12/2018)			HCI
	Población crónica en Hospitalización a domicilio (en un mes determinado)(EC)			13% (abril 2017)	17% (dic. 2017)			CMBD

Tabla 5: **Resumen Objetivos Generales** del PS, señalizando, de los objetivos específicos, uno conseguido y otro por conseguir; y el número de indicadores “clave”, según su estado:

“positivos”= indican logro del objetivo con diferencias significativas entre 2014 y 2017; tienen que “mejorar”; ó “pendientes” de valorar en 2020, por no datos suficientes.

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

ANEXO: FIGURAS en relación a los objetivos del Plan de Salud

A continuación se remarcan en gráficos algunos de los resultados de indicadores más importantes, en relación a los 8 Objetivos generales del PS.

Objetivo 1: “Disminuir la Mortalidad prematura y evitable aumentando la esperanza de vida” y Objetivo 3: Disminuir la Discapacidad y promover la autonomía personal:

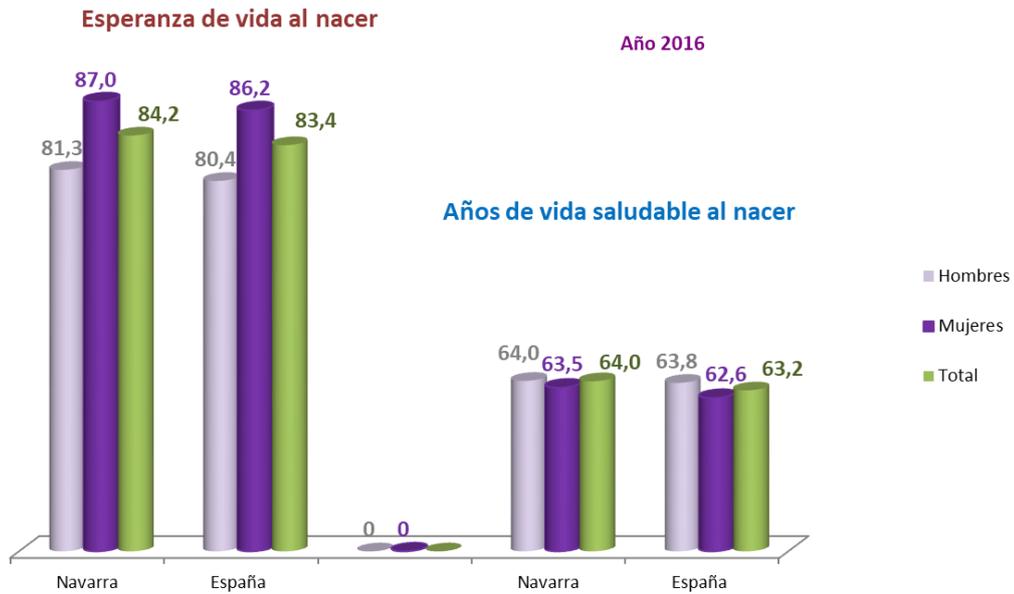


Figura 1: Esperanza de vida al nacer y años de vida saludables según sexo en Navarra y en España

- **Objetivo 2 de Disminuir la Morbilidad y reducir la severidad de las patologías priorizadas:**

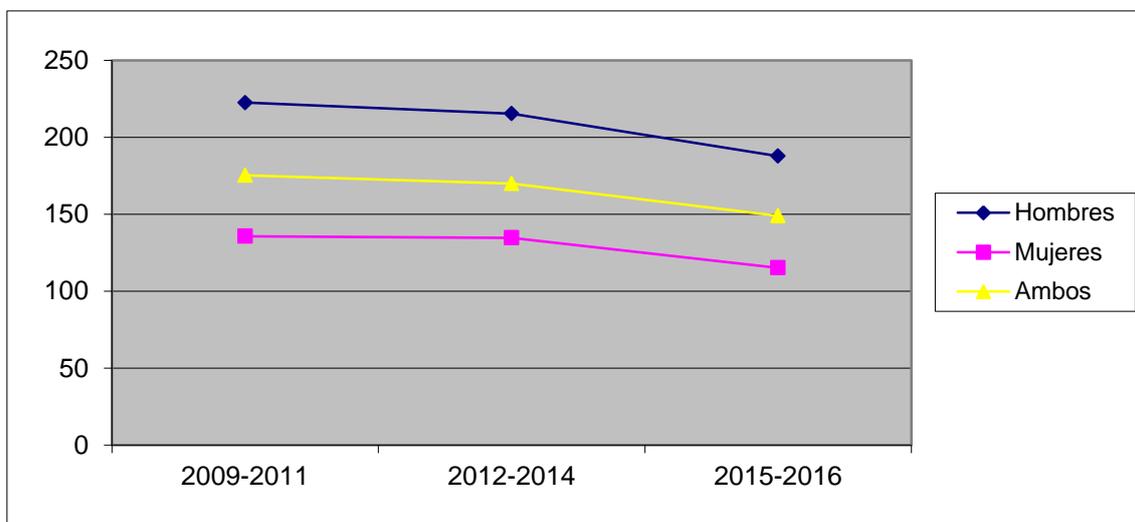


Figura 2. Tasas de incidencia de un primer ictus ajustadas por edad en 3 periodos del 2009 al 2016

- **Objetivo 4: mejorar la salud percibida y la Calidad de vida relacionada con la salud**

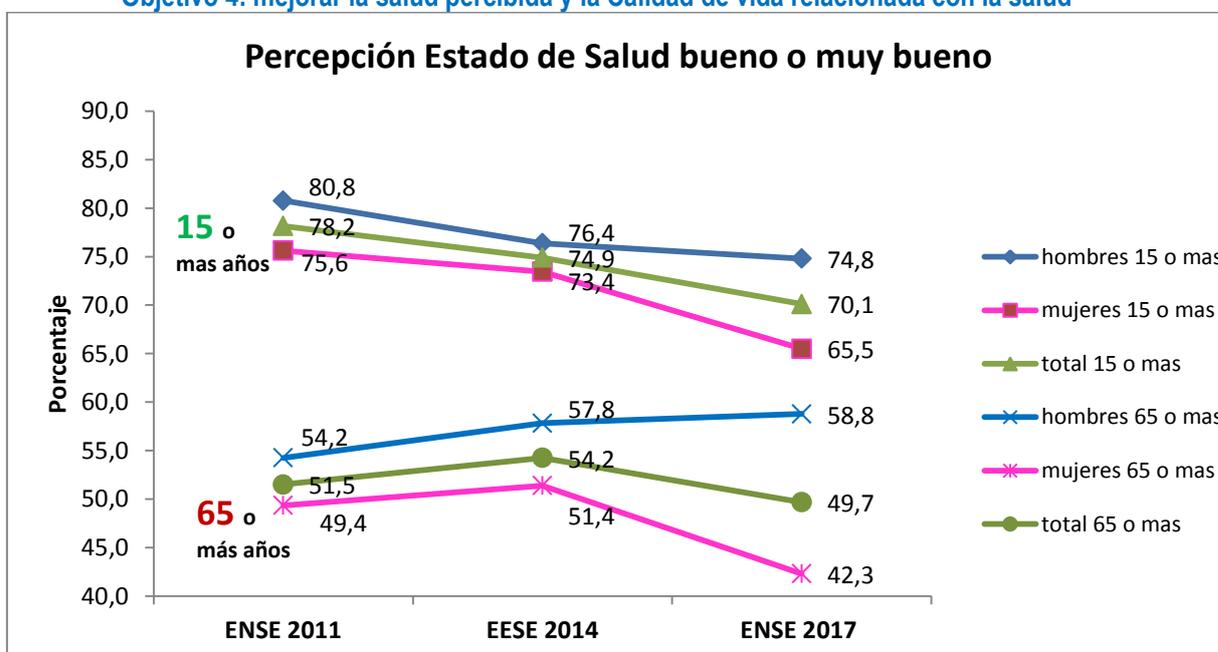


Figura 3: Percepción del estado de salud de la población navarra según Encuestas en años 2011, 2014 y 2017, distribuida según grupos de edad.

- **Objetivo 5: Promover Estilos de vida saludables**

Ver la información del informe ecuador PS y también los informes sobre Estilos de vida del Observatorio de Salud Comunitaria

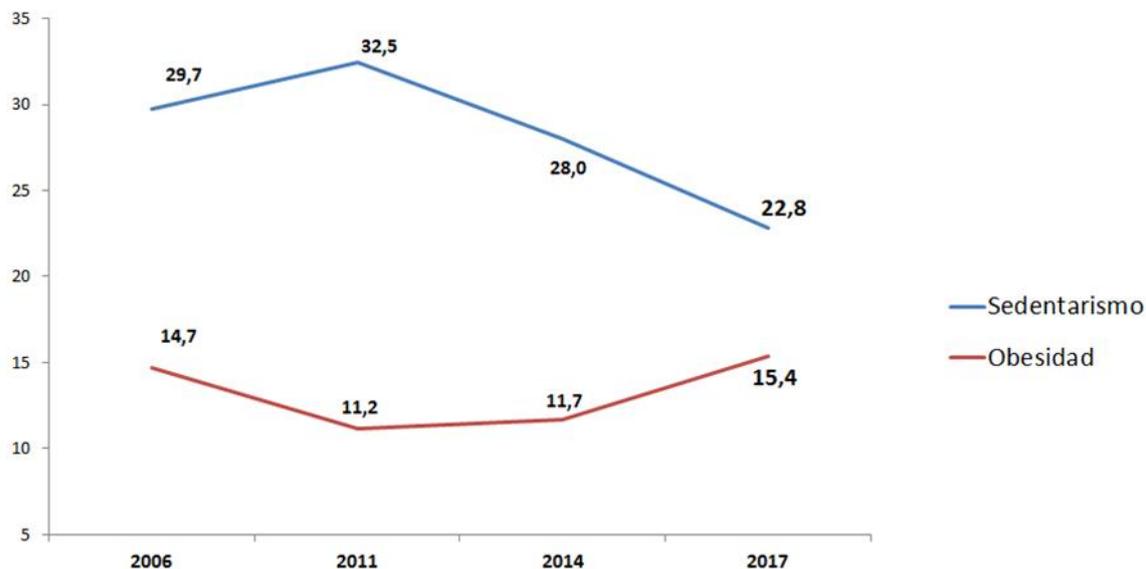


Figura 4. Prevalencia de sedentarismo (pob.15 y más años que declara no hacer ejercicio físico en su tiempo libre) y obesidad (pob.18 y más años con IMC \geq 30).Navarra ENSE

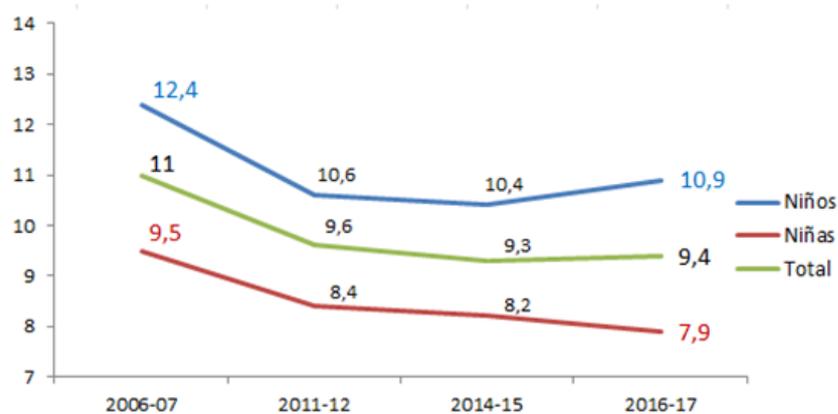


Figura 5: Prevalencia de obesidad infantil (6-7 años) Fuente: estudio sobre obesidad infantil a partir de datos de la Historia Clínica Informatizada de Atención Primaria.

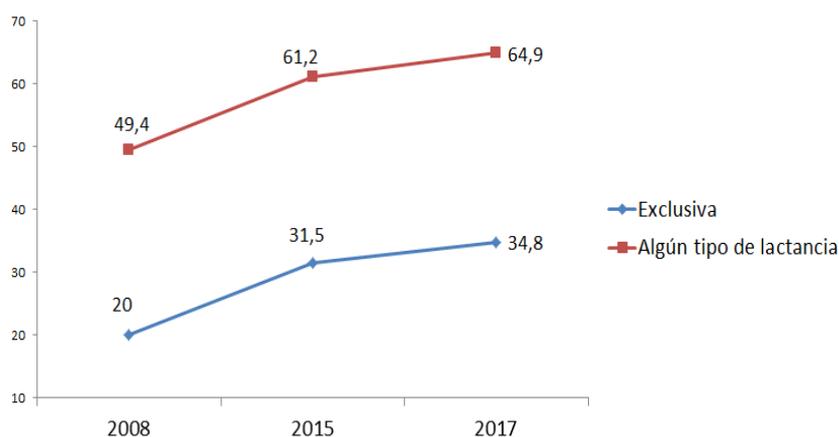


Figura 6: Lactancia materna a los 6 meses. Fuente: registros informáticos de Historia Clínica Informatizada de Atención Primaria.

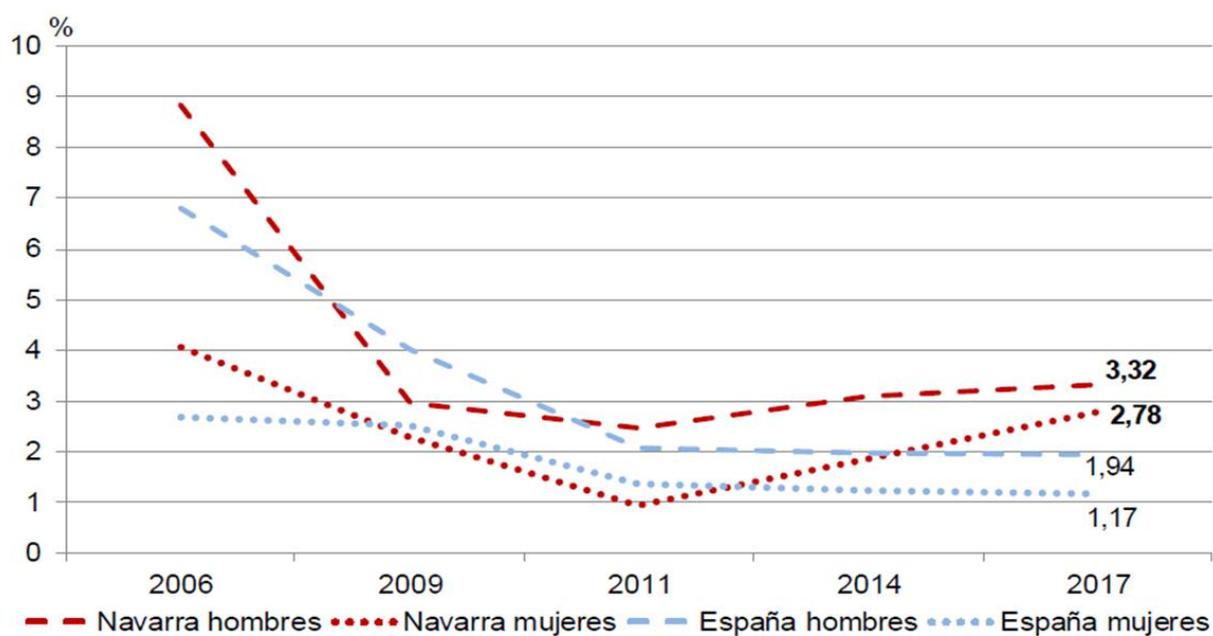


Figura 7: Prevalencia consumo de riesgo de alcohol en España y Navarra por sexo (%) 2006 a 2017 en Población de 15 y más años ⁽¹⁾.

Fuente: Datos del MSCBS (INCLASNS) / ENS/EESE (2009 y 2014).

⁽¹⁾ Consumo medio diario de alcohol puro >40 g/día en hombres y >20 g/día en mujeres. Datos anteriores a 2011 están referidos a población de 16 y más años.

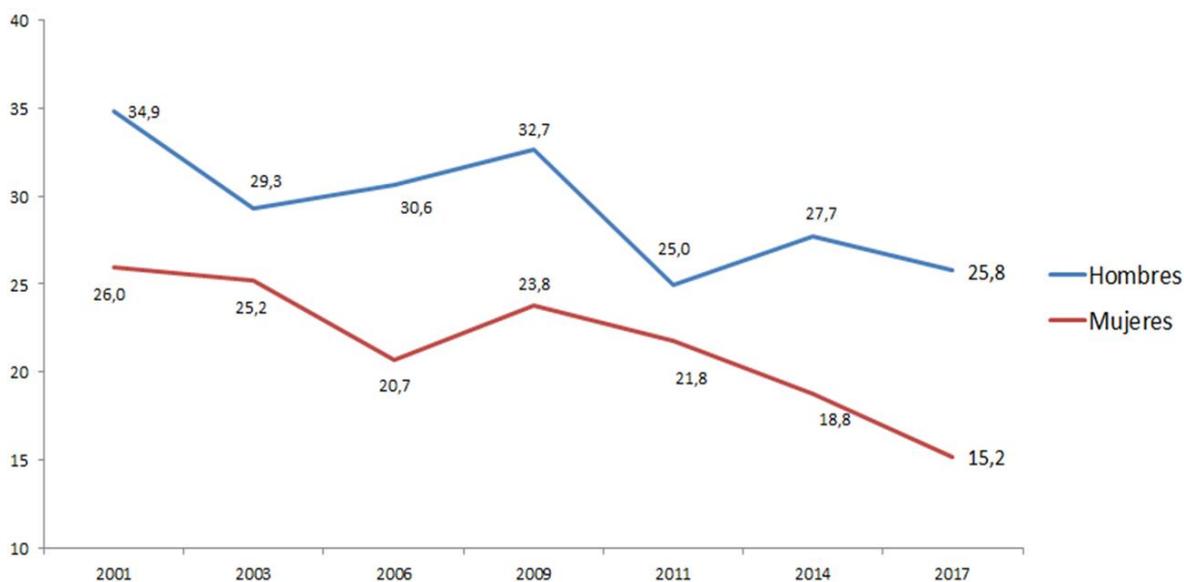


Figura 8: Prevalencia de consumo de tabaco a diario en población adulta ⁽¹⁾ por sexo Navarra 2001-2017.

Fuente: ENS y EESE (2009, 2014).

⁽¹⁾ Población de 15 y más años que se declaran fumadoras diarias independientemente del tipo y cuantía.

Objetivo de reducir las Desigualdades en los resultados de salud

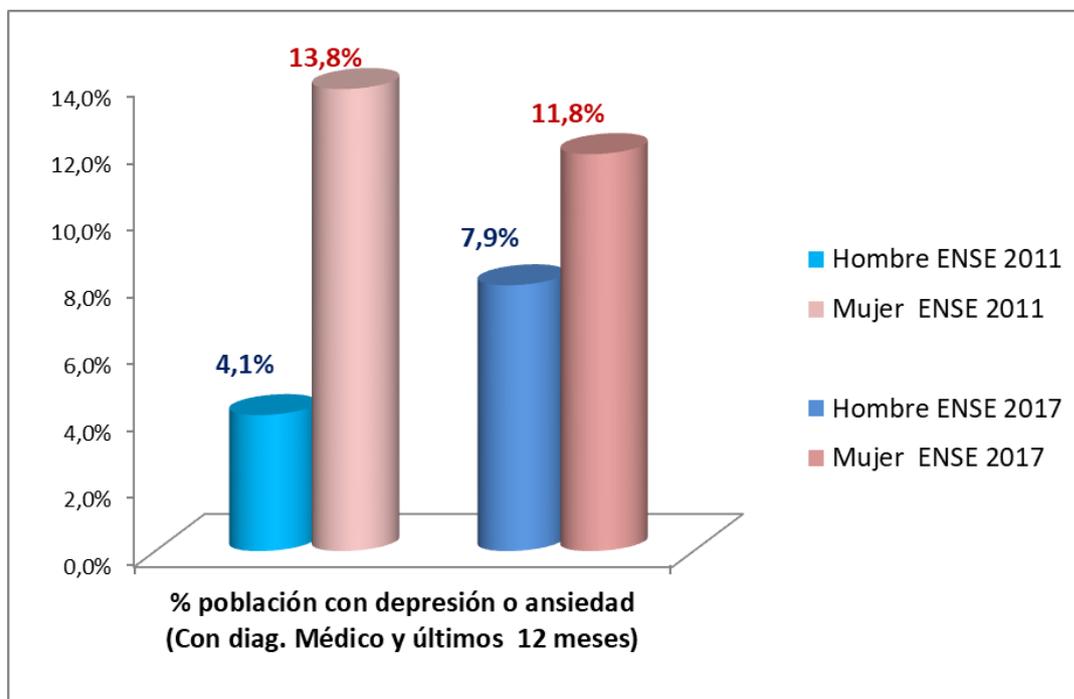


Figura 9: Porcentaje de población con depresión o ansiedad en Navarra según la Encuesta Nacional de Salud España (ENSE) 2011 y 2017 y su distribución por sexo.