



Plan de Salud de Navarra 2014-2020

Resumen ejecutivo

Departamento
de Salud



El Plan de Salud es el instrumento principal de la planificación en salud de un territorio, en el cual se establecen las prioridades de intervención sanitaria, se fijan objetivos y se definen los programas necesarios para mejorar los resultados en salud en la comunidad.

El Plan de Salud prioriza aquellas estrategias y programas que se considera que en mayor medida pueden contribuir a mejorar el nivel global de salud de la población y focaliza la atención en la evaluación y monitorización del progreso alcanzado por dichos programas.

Junto a los Objetivos y Programas de Salud el nuevo Plan de Salud 2014-2020 incorpora también los Instrumentos Estratégicos que se han considerado necesarios para garantizar su adecuada implementación y efectividad

En los últimos años los indicadores que hacen referencia al nivel de salud de Navarra son en general muy favorables y se ha gozado de un entorno general saludable, incluso los llamados determinantes sociales de la enfermedad podían considerarse muy aceptables en términos comparativos y nuestros índices de desarrollo humano y de desigualdad social han venido siendo similares a los de los países desarrollados.

No obstante, más recientemente, el contexto socioeconómico ha variado de manera muy significativa. La crisis ha impactado notablemente en la tasa de desempleo, repercutiendo en los indicadores de cohesión social y de perdurar podrían afectar a los indicadores de salud, con especial repercusión entre los colectivos socialmente más desfavorecidos.

La nueva realidad social y sanitaria precisa del desarrollo de nuevos modelos de intervención integral e intersectoriales que pueden tener un mayor impacto en el nivel de salud de la sociedad.

Es necesario superar el modelo biomédico y prestar más atención a los cuidados sanitarios y sociales que repercuten de manera directa en la calidad de vida de los ciudadanos, siempre teniendo como modelo sanitario un modelo sanitario público, universal y gratuito en igualdad para todas las personas residentes en Navarra al que se deberá dotar de los recursos necesarios tanto humanos como técnicos y económicos. *

METODOLOGIA

La metodología general empleada para la definición del Plan ha sido mixta TopDown / BottomUp de forma que inicialmente se formularon las estrategias y objetivos generales así como unos objetivos específicos provisionales, que posteriormente se reformularon e integraron a la vista de los objetivos específicos y de las propuestas concretas formuladas por los profesionales participantes en los distintos Grupos de Trabajo

Diagnóstico de situación: Una treintena de profesionales de la salud y de otros Departamentos del Gobierno de Navarra participaron en este proceso de análisis de situación e identificación de necesidades. La identificación de los llamados problemas emergentes, se realizó mediante un cuestionario remitido a todos los Centros de Salud.

* Enmienda aprobada por unanimidad por el Parlamento Foral

Reflexión y formulación estratégica general: se definieron los Principios de generales de intervención, se priorizaron los Objetivos estratégicos de resultados, con una concepción biopsicosocial, que se querían mejorar y se seleccionaron las Estrategias integrales de intervención para conseguirlo.

Formulación de propuestas de Objetivos Específicos y Acciones de cada Estrategia: se constituyó un Grupo de Trabajo para cada una de las Estrategias que debían definir los objetivos específicos, las acciones y en la medida de lo posible las metas e indicadores, siempre encaminados a la consecución de los objetivos estratégicos generales del Plan.

Posteriormente a partir de sus propuestas se seleccionaron, reformularon y concretaron los objetivos específicos y a la vista de los mismos, se concretó y estructuró el Plan de acción preciso para lograrlos.

Definición de los instrumentos estratégicos: Se ha hecho un esfuerzo en su identificación por cuanto se considera que constituyen el factor crítico para el efectivo logro de los resultados. Se parte de la consideración de que una prioridad de salud debe ser el eje central de la Gestión Clínica y de las Estrategias de Gestión de la Organización.

Se ha desarrollado un **proceso participativo** para asegurar la coherencia, el consenso, y la comunicación entre los diversos colectivos e instituciones implicadas en las diferentes etapas del Plan. Han participado más de 100 personas y se han constituido un total de 12 grupos de trabajo.

Para complementar el proceso participativo se hicieron 7 sesiones de presentación pública del primer borrador del Plan y se sometió a Exposición Pública por un período cercano a dos meses. Se han recibido 627 propuestas de mejora de las cuales un 73% han sido tenidas en cuenta total o parcialmente a la hora de elaborar la versión definitiva.

PRINCIPIOS DE INTERVENCION

Son los principios generales de intervención que inspiran todo el Plan

Continuar garantizando accesibilidad universal: atención sanitaria para todos los ciudadanos con carácter universal, lo que constituye una conquista social profundamente arraigada en nuestra Comunidad. Incorporar la perspectiva de diseño universal a los servicios sanitarios, que los servicios sirvan a todas las personas, cualquiera que sea su edad, sexo, nivel, origen cultural y en su caso diversidad funcional física, psíquica, intelectual o sensorial.

Orientación a los Resultados en Salud: Este Plan de Salud se centra en la mejora de la salud poblacional. Los resultados en salud deben constituir el eje central de la gestión clínica y pasar a formar parte de los objetivos clave de la gestión sanitaria.

Enfoque poblacional y priorización: Todo ciudadano, a título individual, tiene derecho a recibir atención sanitaria con independencia de la importancia y frecuencia mayor o menor de su patología, pero este enfoque individual se debe complementar con el poblacional. Se debe dar carácter preferencial a los problemas de salud con mayor impacto, estableciendo los sistemas de garantía necesarios para asegurar una atención verdaderamente integral e integrada a las verdaderas prioridades sanitarias.

Estrategias integrales de intervención: incluyen las prestaciones diagnósticas, terapéuticas y prestan especial atención a las prestaciones rehabilitadoras y de salud pública, así como al conjunto de iniciativas organizadas por la sociedad para preservar, proteger y promover la salud de la población.

Salud en todas las políticas: la estrategia la “Salud en Todas las Políticas”, promovida por la OMS, sitúa la responsabilidad de la salud al más alto nivel de Gobierno. La salud está influenciada por políticas de sectores no sanitarios y a su vez la salud juega un papel importante en la consecución de los objetivos sociales y el crecimiento económico.

Intersectorialidad e Intervención comunitaria: Desde la concepción positiva y biopsicosocial de la salud promovida por la OMS resulta imprescindible la intervención intersectorial para el desarrollo de estrategias comunitarias de carácter transversal.

Orientación socio-sanitaria: Las necesidades de la persona han de ser evaluadas con una concepción integral, se deben valorar sus necesidades de cuidados sanitarios y sociales y sus determinantes y condicionantes personales, culturales y socioeconómicos. La intervención se debe centrar en las necesidades reales de la persona, sin limitarlas al ámbito competencial de los Departamentos de Salud y de Política Social, superando las difusas barreras existentes entre ambos ámbitos.

Corresponsabilidad, empoderamiento, y participación: desarrollo de estrategias activas dirigidas a lograr que los ciudadanos se responsabilicen y se impliquen de una manera más activa en el cuidado de su propia salud y en la toma de decisiones relativas a la planificación y la evaluación sanitaria. **Reconocimiento del paciente como** propietario de su propia salud, fomento y respeto de su autonomía en la toma de las decisiones que afectan a su salud en todas las fases del proceso asistencial.

Coherencia entre prioridades e instrumentos: es necesario que el plan defina las responsabilidades, asigne los medios, garantice la formación requerida, desarrolle los instrumentos de ayuda precisos y ponga en marcha los sistemas de información y evaluación necesarios.

OBJETIVOS GENERALES

La pretensión del Plan de Salud es lograr que todo el Sistema Sanitario de Navarra se oriente al logro de resultados de salud en la población y desde una óptica biopsicosocial de la salud. Los objetivos generales que se pretenden lograr son los siguientes:

- Disminuir la **mortalidad** prematura y evitable aumentando la esperanza de vida.
- Disminuir la **morbilidad** y reducir la severidad de las patologías priorizadas.
- Disminuir la **discapacidad** y promover la autonomía personal.
- Mejorar la salud percibida y la **calidad de vida** relacionada con la salud.
- Promover **estilos de vida saludables** y reducir riesgos para la salud.
- Fomentar el empoderamiento y el **autocuidado** de la salud.
- Reducir las **desigualdades** en los resultados de salud.
- Contribuir a la **sostenibilidad** del Sistema Sanitario

OBJETIVOS ESPECIFICOS

El Plan de Acción del Plan de Salud se ha diseñado mediante un abordaje por Estrategias de Salud, se han definido los Objetivos Específicos de cada Estrategia y el correspondiente Plan de Acción (programas y acciones clave) orientado a su logro.

El compendio general de los Objetivos Específicos identificados para cada Estrategia constituye los objetivos específicos del Plan, 103 en total. Se pueden ver en el documento general del plan

PLAN DE ACCION

A la hora de establecer el Plan de Acción se ha considerado que la mejor manera de orientarlo a los resultados de salud es estructurándolo en torno al conjunto de **Estrategias de Salud** que se presentan a continuación.

Para la priorización de las Estrategias de Salud se han tomado en consideración las Estrategias de Salud del Sistema Nacional de Salud, el Diagnóstico de Situación de Navarra y los problemas emergentes y las prioridades establecidas por el Departamento de Salud en su documento estratégico.

Estrategias de Salud priorizadas

Prevención y Promoción Infantil y Adolescente	Promoción de la Salud y Autocuidados en Adultos	Atención a la Discapacidad y Promoción de la Autonomía*
Prevención y Atención al Cáncer	Prevención y Atención en Salud Mental	Atención a la Demencia y otras Neurodegenerativas
Atención a las Urgencias Tiempo Dependientes	Prevención y Atención a Enfermedades Vasculares y Diabetes	Prevención y Atención a Enferm. Respiratorias
Atención a Pacientes Pluripatológicos	Cuidados Paliativos y Dolor	Seguridad del Paciente

El factor determinante para priorizar las estrategias ha sido la consideración del impacto que las misma pudieran tener sobre los Objetivos de Resultados perseguidos por el Plan. El impacto no solo sobre mortalidad o morbilidad sino también sobre aspectos tan

Enmienda aprobada por unanimidad por el Parlamento Foral. Cambio de denominación de la Estrategia

relevantes como la discapacidad, el empoderamiento del paciente, o el riesgo psicosocial, la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud, incluso su contribución a la sostenibilidad del Sistema.

Programas de salud

Se presentan a continuación los Programas de Salud incluidos en cada Estrategia.

<p>PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de prevención de riesgos en embarazo y parto • Programa de prevención de la discapacidad y atención a las enfermedades crónicas infantiles • Programa de vacunaciones infantiles • Programa de salud en infancia y adolescencia en Atención Primaria • Programa de intervención integral en desigualdad y riesgo psicosocial infantil • Programa comunitario de promoción de la salud en infancia y adolescencia <p><i>Ver también “Progr. Salud Mental Infanto Juvenil”</i></p>	<p>PROMOCIÓN DE SALUD Y AUTOCUIDADOS EN ADULTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa comunitario de promoción de la salud • Programa de intervención personalizada sobre estilos de vida • Programa de envejecimiento saludable • Programas de capacitación en autocuidados • Programas de prevención selectiva en colectivos vulnerables
<p>ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD Y PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de Ejercicio Terapéutico y Rehabilitación Funcional en el nivel primario • Programas de prevención y atención a la discapacidad sensorial • Programa de capacitación y apoyo al cuidador • Programa de atención domiciliaria sociosanitaria • Programa de convalecencia residencial rehabilitadora • Programa de atención a la fragilidad y prevención de complicaciones en los cuidados del mayor • Programa de atención sanitaria a pacientes institucionalizados 	<p>ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN EN SALUD MENTAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programas de prevención en salud mental y erradicación del estigma en adultos • Programa de atención integrada al trastorno mental grave TMG • Programa de atención sociosanitaria al trastorno mental grave • Programas de prevención y atención en S. Mental Infanto Juvenil • Programa específico de capacitación y apoyo al cuidador de pacientes con TMG
<p>PREVENCIÓN Y ATENCIÓN AL CÁNCER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programas de prevención en cáncer • Organización y estructuras de atención al cáncer • Programa de alta resolución y atención personalizada al cáncer • Programa de apoyo psicosocial al cáncer 	<p>ATENCIÓN A LAS URGENCIAS TIEMPO DEPENDIENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ordenación de la atención a la urgencia vital • Sistemas de información y comunicación de urgencia vital • Capacitación ciudadana ante la urgencia vital

* Enmienda aprobada por unanimidad por el Parlamento Foral. Cambio de denominación de la Estrategia

<p>PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A ENFERM. VASCULARES Y DIABETES</p>	<p>ATENCIÓN A LA DEMENCIA Y OTRAS. NEURODEGENERATIVAS</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Prevención primaria de enfermedad vascular • Prevención secundaria de enfermedad vascular • Programa de atención y rehabilitación de la insuficiencia cardíaca • Programa de atención y rehabilitación de la isquemia cardíaca • Programa de atención y rehabilitación del ictus • Programa de atención a la diabetes <p><i>Ver también estrategias de “Promoción de salud y autocuidados en población adulta” y de “Atención a la Urgencias Tiempo Dependientes”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de atención a la demencia • Programa de atención al párkinson y otros trastornos del movimiento • Programa de atención a las enfermedades neuromusculares • Programa específico de capacitación y apoyo al cuidador de pacientes con deterioro cognitivo <p><i>Ver también programas de “Prevención de la discapacidad y atención a las enfermedades crónicas infantiles”, de “Atención domiciliaria sociosanitaria” y de “Rehabilitación funcional de ámbito comarcal”</i></p>
<p>PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS</p>	<p>ATENCIÓN A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Programa de prevención y detección precoz de EPOC y asma • Programa de atención al asma y EPOC • Programa de rehabilitación respiratoria y deshabituación tabáquica avanzada • Programa de prevención y atención de la Neumonía <p><i>Ver también estrategia de “Promoción de salud y autocuidados en población adulta”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de atención al pluripatológico • Programa de conciliación de la medicación y adherencia al tratamiento <p><i>Ver también estrategia de “Promoción de salud y autocuidados en población adulta”</i></p>
<p>SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	<p>CUIDADOS PALIATIVOS Y DOLOR</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Programa de prevención de la infección nosocomial. • Programa de prevención de los errores asociados a medicamentos y dispositivos sanitarios • Programa para la prevención de complicaciones en el área quirúrgica y anestesia • Programa para prevenir las complicaciones en relación con los cuidados sanitarios • Programa para la prevención de complicaciones en áreas asistenciales médicas y de diagnóstico • Sistemas de identificación inequívoca y notificación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de cuidados paliativos • Evaluación y control sistemático del dolor • Programa de atención al dolor crónico severo • Programa de atención a dolor agudo y postquirúrgico

Acciones clave

Se ha previsto implementar un conjunto de Acciones Clave para el efectivo despliegue de los Programas previstos en cada una de la Estrategias.

En conjunto son 380 acciones clave que se detallan en el documento general del Plan. Aquí se detallan algunas de ellas

Estructuras	Grupos, Comités, Comisiones	Nuevos proyectos
Observatorio de desigualdades	Comités inter-departamentales de riesgo psicosocial infantil Comités de coordinación Sociosanitaria de Zona básica Comisiones de Seguridad del paciente en los centros hospitalarios	Programa de Auto cuidados en poblaciones vulnerables
Observatorio de la discapacidad asociada a Salud Mental		Programa de obesidad infantil y de la adolescencia
Escuela de Pacientes y personas cuidadoras		Programa de intervención en red en riesgo psicosocial infantil
Escuela de Padres y Madres		Programa de cáncer familiar
Área Clínica del Cáncer		Programa de apoyo a la persona cuidadora principal
Unidad de cáncer familiar	Grupo Interdepartamental para definir Cartera de Servicios de RHB en nivel Primario	Ampliación y refuerzo del Programa de Atención Temprana
Unidades Funcionales Multidisciplinarias en diversos cánceres	Nuevas actividades Informe previo de "impacto en salud" en los Proyectos de Gobierno Detección sistemática riesgo psicosocial Programa de Atención al duelo Consultas de Alta Resolución en Unidades Funcionales de Cáncer Atención continuada telefónica especializada en Demencia Sistema de notificación de efectos adversos e incidentes	Programa de Salud Mental en la Escuela
Hospital de Día de Oncología en y de Hematología en el Complejo Hospitalario		Programa de reducción del estigma
Hospital de Día en el Hospital R.S. de Tudela		Programa de capacitación y apoyo del centro educativo en la atención a niños con patologías crónicas
Unidades Multidisciplinares de Demencias, Parkinson, Enf. Neuromusculares, Pluripatológicos severos y Dolor		Código Ictus, IAM, Trauma Grave, Parada cardiorrespiratoria
Unidad de Rehabilitación neurológica		Protocolo de Atención a las alteraciones conductuales en Demencia
Unidad de diabetes		Programa de formación de personal de servicios públicos en atención a la urgencia vital
Consulta monográfica Asma de Difícil Control		Programa de Rehabilitación cardíaca y respiratoria
Unidad de enfermería especializada en deshabituación tabáquica		Programa de Mejora de Adherencia al tratamiento

<p align="center">Registros</p> <p>Sistema de Registro y evaluación de la atención a la discapacidad</p> <p>Registro central de vacunaciones</p> <p>Registro Hospitalario de Tumores, IAM, Ictus y Politraumatismos</p>	<p align="center">Desarrollo TIC</p> <p>Desarrollo Hª Clínica Sociosanitaria</p> <p>Hª Clínica móvil</p> <p>Tele-Ictus y Tele-IAM</p> <p>Tele-espirometría</p>	<p align="center">Evaluación Calidad de vida</p> <p>Trastorno mental</p> <p>Persona cuidadora principal de pacientes con demencia</p> <p>Insuficiencia cardíaca</p> <p>Asma y EPOC</p> <p>Pluripatológico</p>
<p align="center">Patrones integrados de atención</p> <p>Enf. crónicas infantiles severas, esquizofrenia, Trastornos depresivos recurrentes, TMG infantil, Demencia, Parkinson y otros trastornos de movimiento, Enf. Neuromusculares, Insuficiencia Cardíaca, Enf. isquémicas del corazón, Ictus, Asma, EPOC, Pluripatológico, Cuidados paliativos y Dolor crónico severo</p>	<p align="center">Gestión de casos</p> <p>Riesgo Psicosocial Infantil, At. domiciliaria sociosanitaria, Cáncer, TMG, Demencia, Insuficiencia Cardíaca, Isquemia cardíaca, Diabetes, Asma y EPOC, Pluripatológico, Cuidados paliativos, Dolor crónico severo</p>	<p align="center">Enfermeras de enlace hospitalaria</p> <p>Cáncer, TMG, Demencia, Parkinson Y Otros Trastornos Del Movimiento, Enf. Neuromusculares, Insuficiencia Cardíaca, Isquemia Cardíaca, Diabetes, Asma y EPOC, Pluripatológico</p>

TRANSFORMACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN

La “Transformación del Modelo de Atención” constituye el instrumento estratégico por antonomasia para el logro de los resultados pretendidos por el Plan de Salud.

La “Estrategia de Crónicos” que surge en el desarrollo del nuevo modelo, tras un amplio proceso participativo es la herramienta esencial, imprescindible, para el logro de buena parte de los Objetivos de Resultados del Plan.

La Estrategia de Crónicos contempla 8 grandes Líneas Estratégicas que se corresponden con los componentes clave del nuevo modelo de atención:

- Estratificar la población identificando Perfiles de Pacientes con necesidades homogéneas.
- Garantizar continuidad e integralidad a todos los crónicos, en particular a los severos.
- Desarrollar planes operativos con patrones de atención integrada en los perfiles de pacientes priorizados.
- Promover el autocuidado y garantizar la atención al cuidador.
- Adaptar el modelo organizativo a los requerimientos de calidad de atención.
- Desarrollar un modelo colaborativo para la gestión del cambio.
- Garantizar la formación y promover la investigación e innovación en la cronicidad.
- Desarrollar tecnologías y sistemas compartidos de información y comunicación.

Los elementos organizativos y de gestión clínica de la Estrategia se despliegan por ámbitos poblacionales en tanto que los patrones y modelos funcionales de atención lo hacen por perfiles de pacientes (pluripatológico, etc.).

INSTRUMENTOS ESTRATEGICOS

Constituyen el factor crítico para el efectivo logro de los resultados.

Para lograr que el Plan de Salud constituya realmente el instrumento central de la planificación en salud los expertos proponen los siguientes cambios:

CAMBIOS NECESARIOS PARA QUE EL PLAN DE SALUD SEA UNA HERRAMIENTA EFECTIVA

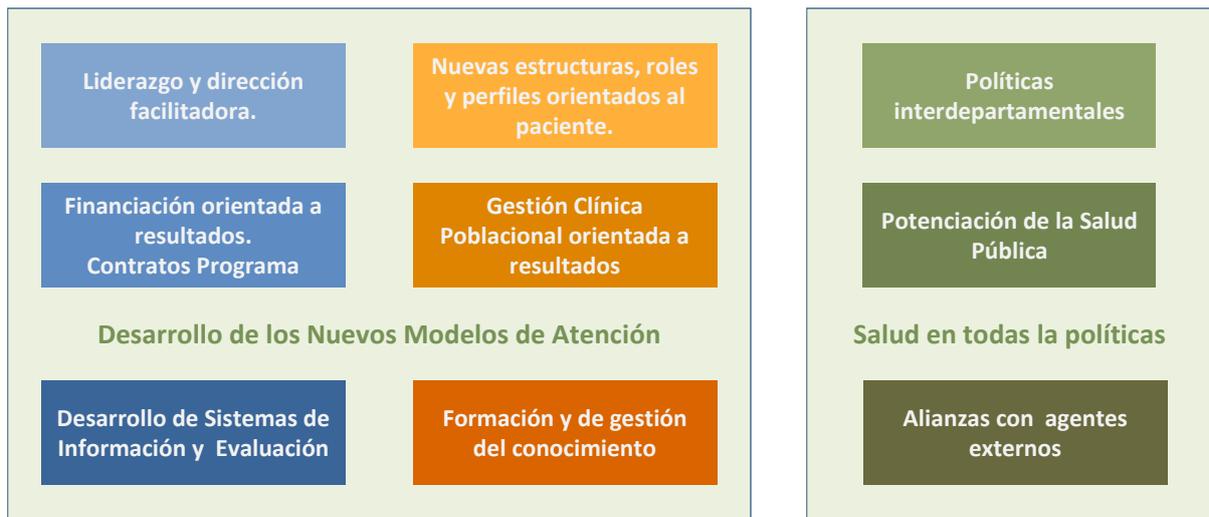
Cambios estructurales	Cambios en la formulación del Plan
Garantizar que las dotaciones presupuestarias se asignen al comprador de servicios sanitarios.	La estrategia de salud debe situarse a nivel de Gobierno.
Integrar la planificación estratégica y la función central de compra.	Incorporar objetivos diferentes a los de salud.
Asignar responsables y recursos.	Definir estrategias adecuadas a los objetivos perseguidos.
Elaborar Planes de servicios.	

Orientar la organización a los resultados de salud medibles, supone un importante cambio cultural para la organización que debe afrontar los siguientes retos:

Retos del nuevo Plan de Salud
<ul style="list-style-type: none"> Lograr que los objetivos de salud pasen a formar parte, junto a la sostenibilidad y a la mejora de la atención al paciente, de los tres objetivos clave de todo sanitario y de todo gestor sanitario "Triple AIM". Lograr que los profesionales sanitarios conozcan y asuman como propios los objetivos de salud establecidos y compartan los criterios para evaluar el grado de avance alcanzado. Lograr que se amplíe el radio de acción de las estrategias de salud a todas las políticas que inciden directamente en el nivel de salud y bienestar de la población, sin olvidar que éste no depende únicamente de la asistencia sanitaria.

Los instrumentos estratégicos que consideramos prioritario desarrollar como palancas del cambio son los siguientes:

Palancas para la efectividad del Plan de Salud



PARTICIPACIÓN Y TRANSPARENCIA

Consenso Técnico y Social

Liderazgo y dirección facilitadora

Se precisa identificar, impulsar y apoyar a los Líderes Clínicos. Asimismo son necesarios gestores que promuevan un modelo de Dirección Facilitadora más basada en el liderazgo y el apoyo al clínico que en la autoridad jerárquica y un punto de encuentro entre clínicos y gestores que ha de asentarse en el desarrollo consensuado de Pactos de Gestión.

Estructuras de coordinación orientadas al paciente

La Atención Primaria y su función de agencia.

Seguimiento personalizado en Atención Especializada

Unidades Funcionales de carácter Multidisciplinar

Su función es desarrollar un sistema integral de atención que cubra las necesidades de un determinado perfil de paciente y diseñe modelos operativos específicos.

Corresponde a los responsables de los Servicios asignar los recursos más adecuados para las mismas.

Al menos se pondrán en marcha las siguientes Unidades Funcionales:

- Cáncer de Mama, Cáncer de Pulmón, Colorectal, Hepato-pancreático, Urológico, Oncohematológico, Ginecológico, Cáncer Familiar y Cáncer Infantil
- Demencia, Parkinson y otros movimientos anormales, Enfermedades Neuromusculares
- Ictus
- Diabetes
- Pluripatológicos severos
- Dolor Crónico Severo

Áreas Clínicas o Institutos

Estructuras de coordinación interniveles.

- Grupos de Trabajo por Perfiles de Pacientes a los que les corresponde definir los “Patrones Integrados de Atención” orientados a objetivos predefinidos para cada patología crónica.
- Grupos de Trabajo por Especialidades dirigidos a equilibrar la oferta y la demanda de interconsultas y optimizar los circuitos de derivación.
- Equipos Virtuales de Gestión de Casos que coordinarán la atención interdisciplinar de pacientes pluripatológicos severos y otros casos de especial seguimiento.

Hospitalización a domicilio

Nuevos roles y perfiles profesionales

Nuevos roles y perfiles de rehabilitación en el nivel primario

Se prevé la puesta en marcha de un “Programa de rehabilitación integral en el nivel primario de atención” que servirá al objetivo del Plan de salud de prevenir la dependencia.

El desarrollo de este nuevo modelo de atención será progresivo y comportará la incorporación a Atención Primaria de la figura del fisioterapeuta. Así mismo comportará la participación de Terapeutas Ocupacionales, Monitores y otros perfiles profesionales necesarios para garantizar una atención integral y eficiente.

Nuevos roles de Trabajo Social Sanitario

La orientación biopsicosocial del nuevo Plan de Salud y el amplio desarrollo que en el mismo se otorga a las acciones dirigidas a identificar e intervenir ante los determinantes sociales que condicionan las desigualdades en los resultados de Salud obliga a reforzar el rol y la responsabilidad asignada a este colectivo profesional. Se considera necesaria la aprobación de nueva Cartera de Servicios de Trabajo Social Sanitario en At. Primaria considerando su participación activa en todas las Estrategias.

Financiación orientada a resultados. Contratos Programa

Se promoverá un nuevo modelo de financiación y contratación interna de servicios públicos de carácter prospectivo y progresivamente vinculado al logro de los resultados que tendrá un enfoque poblacional y establecerá las Metas en términos de resultados de calidad total y no tanto en términos de actividad.

Pactos de Gestión Clínica Poblacional

El impulso de una Gestión Clínica orientada al logro de resultados con una visión de calidad total “Triple AIM” constituye sin duda un factor clave para trasladar a los profesionales sanitarios los objetivos de salud previstos en el Plan de Salud.

Para garantizar su efectividad deberá existir un amplio Consenso Técnico y Social que hará referencia tanto al modelo de pacto de gestión, al nivel de autonomía al que se aspira así como a la tipología de objetivos y al sistema de evaluación, que deberá incluir en todo caso resultados de salud / calidad técnica, calidad percibida y eficiencia (Triple AIM).

Para promover el consenso e impulsar el desarrollo de la Gestión Clínica se constituirá el CONSEJO DE GESTIÓN CLÍNICA DEL SERVICIO NAVARRO DE SALUD que incluirá a directivos del SNS-O y representantes de alto nivel de las Profesiones Sanitarias y en el que deberá tener presencia los pacientes.

Sistemas de Información Clínica y Evaluación Sanitaria

Historia clínica 2.0

Historia Sociosanitaria

Sistemas de Evaluación e Inteligencia Sanitaria BI

- Cuadros de Mandos Clínicos.
- Panel de Control de Casos.

Cuadros de Mandos de Gestión

Se ha apostado por el Cuadro de Mandos Integral (Balanced Score Card)

Desarrollo tecnológico de BI

Unidades Técnicas de Información

Registros

Central de Resultados del Departamento de Salud

Con objeto de divulgar los resultados del Departamento de Salud y del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea se pondrá en marcha una Central de Resultados que a modo de observatorio permanente permitirá ofrecer información actualizada global y por centros y servicios de los resultados logrados. Será accesible tanto a los profesionales como ciudadanos y pacientes.

Observatorio de Salud de Navarra

Como órgano de análisis, investigación y comunicación en materia de desigualdades de resultados en salud se constituirá el Observatorio de Salud de Navarra. Estará integrado en la Unidad Central de Inteligencia Sanitaria y asumirá las siguientes funciones:

- Promover la inclusión sistemática en todos los sistemas de información sanitaria de las variables que permitan analizar las desigualdades en salud según clase social, género, cultura o etnia, territorio geográfico etc.
- Identificación de los grupos más vulnerables.
- Realizar estudios /estadísticas longitudinales del impacto en la salud en grupos específicos especialmente vulnerables con especial atención al bienestar infantil.
- Realizar informes periódicos relativos a las desigualdades en salud con recomendaciones y propuestas de intervención y difundirlos en la sociedad.

Políticas interdepartamentales

Para la intervención intersectorial se hace necesario desarrollar un marco legislativo adecuado y apoyarse en comités y equipos de acción interdepartamentales que impulsen el desarrollo de sistemas de información y evaluación transversales así como las alianzas con los sectores estratégicos.

Estructuras de cooperación interdepartamental. Se propone crear los siguientes órganos:

- El Consejo Interdepartamental de Salud: instrumento para promover la estrategia de "Salud en todas las políticas"
- El Comité de Coordinación Sociosanitaria.
- El Comité de Coordinación Educación y Salud.
- Los Comités Intersectoriales de Gestión de Casos coordinarán la atención interdisciplinar de determinados pacientes / usuarios:
 - **A nivel de Navarra:** Gestión de Casos de menores con TMG y Gestión de Casos de adultos con TMG
 - **A nivel de Zona Básica:** Gestión de Casos de menores en situación de riesgo y Gestión de Casos de atención sociosanitaria de pacientes dependientes

Potenciación de la Salud Pública

Es necesario un nuevo modelo de salud pública que ayude a situar la estrategia de salud al más alto nivel de Gobierno, favoreciendo y haciendo esencial las políticas interdepartamentales en particular con Educación y Política Social.

De igual manera, se ve necesario potenciar los servicios de salud pública en el ámbito de los servicios de salud, acercarlos más a los servicios asistenciales para que desplieguen todo su potencial de conocimiento e impregnen al Sistema de una mayor orientación poblacional.

Esta necesidad es patente en la mayoría de las estrategias de salud (Cáncer, Cardiovasculares, etc.) pero también en ámbitos como el de las enfermedades infecciosas y aconseja establecer fórmulas estables de coordinación o de vinculación funcional.

En particular se considera imprescindible reforzar la cooperación y coordinación entre Salud Pública y Atención Primaria con especial atención a las políticas de Promoción de la Salud.

Alianzas con Agentes Externos

Se formalizarán alianzas explícitas con otros agentes de la sociedad civil para promover cambios de valores, desarrollar entornos o prestar servicios complementarios.

Alianzas con Entidades Municipales

Alianzas con Colegios y Asociaciones Profesionales

Alianzas con Asociaciones Ciudadanas y de Pacientes

Alianzas con Universidades

Formación y Gestión del Conocimiento

Son instrumentos estratégicos determinantes para lograr que las prioridades definidas en el Plan de Salud sean interiorizadas como tales por los profesionales sanitarios.

Formación

Se trata de alinear la formación continuada con los objetivos del Plan Estratégico y del Plan de Salud, huyendo de acciones formativas fragmentarias e inconexas.

Formación en Competencias Técnicas

Formación en competencias transversales

Simulación y otras metodologías innovadoras de formación

Colaboración del Personal Sanitario Jubilado

Se prevé habilitar los mecanismos normativos necesarios para que los profesionales que lo deseen y acrediten circunstancias de idoneidad puedan continuar realizando funciones de formación, gestión del conocimiento, asesoría, o apoyo a la investigación, al servicio del Sistema Sanitario en tanto sus condiciones de salud se lo permitan.

Gestión del Conocimiento

La Estrategia de Gestión del Conocimiento del Departamento de Salud prevé una doble vía de desarrollo:

- Garantizar a los profesionales el acceso gratuito a la Biblioteca Virtual y a las distintas fuentes de información desde su puesto de trabajo y desde el domicilio.
- Desarrollar sistemas, herramientas y servicios específicos estructurados por **áreas temáticas**, para la ayuda al profesional en la toma de decisiones clínicas en los procesos prioritarios, permanentemente actualizadas y basadas en la evidencia. Esta línea enlaza con las prioridades del Plan de Salud.

Participación, transparencia y derechos lingüísticos

Una visión completa e integradora de lo que significa un buen gobierno y una buena administración exige contemplar conjuntamente los derechos a una actuación transparente, el derecho de participación de los ciudadanos y el derecho de éstos a colaborar y contribuir en la mejora de los servicios públicos.

Participación Ciudadana

Se elaborará una nueva “**Norma de Participación Ciudadana**”

Se prevén las siguientes Acciones para promover la Participación en la definición y desarrollo del Plan de Salud

- **Diagnóstico de la Participación en el Sistema Sanitario.**
- Incorporación de **ciudadanos en los Comités Técnicos** del Plan de Salud y de las Estrategias.
- **Consejos de Salud.** Reforzar el papel del Consejo Navarro de Salud y de los Consejos de Salud de Área y Zona .
- **ForoSalud.** Impulso de este espacio de participación.

Transparencia

El Plan de Salud tendrá un espacio web propio para la divulgación de sus objetivos y rendición de cuentas de sus resultados. Está previsto:

- Se comunicará a los ciudadanos cuando se pongan en marcha las estrategias y programas de salud y cuando se abandonan.
- El Plan de Salud se evaluará anualmente y al final de su período de vigencia (2014-2020) empleando los indicadores acordados previamente. Sus resultados se harán públicos en el Portal de Resultados de Salud y de los mismos se dará traslado al Consejo Navarro de Salud y al Parlamento Foral de Navarra.
- Se facilitará el acceso libre a cualquier ciudadano a las bases de datos públicas con la limitación que impongan las leyes de protección de datos.
- Se favorecerá la comparación pública de los resultados de los distintos centros asistenciales entre sí y con respecto al pasado y con respecto a otros centros incluidos los centros de excelencia.

Derechos lingüísticos*

RESPONSABILIDADES

La Dirección del Plan de Salud corresponde a la Dirección General de Salud. El ya existente Comité de Dirección del Departamento-Servicio Navarro de Salud ejercerá de Comité de Dirección del Plan de Salud.

Además, se considera necesario establecer estructuras técnicas específicas encargadas de definir el conjunto de prácticas y políticas que deben regir las actuaciones enmarcadas en el mismo, definiendo mecanismos de seguimiento y evaluación.

Unidad técnica del Plan

Staff de apoyo, monitorización y evaluación.

Comité Técnico del Plan de Salud

Será presidido por la Dirección General de Salud, formarán parte de él los Responsables de las distintas Estrategias de Salud y un representante de la ciudadanía. Actuará como secretario el responsable de la Unidad Técnica del Plan.

Su función será la adecuada coordinación y seguimiento del Plan.

Responsables y Coordinadores Técnicos de cada estrategia

Al frente de cada una de las Estrategias de Salud priorizadas se nombrará un Responsable Técnico, y al frente de cada Programa de Salud se designará un Coordinador.

Comités Directores de cada Estrategia

Estarán constituidos por

- El Responsable de la Estrategia
- Los Coordinadores de cada uno de los Programas integrados en la Estrategia
- El Responsable de Formación e Investigación de la Estrategia
- Los Responsables de Gestión Sanitaria que se consideren necesarios en función del ámbito de cada Estrategia

* Enmienda aprobada por el Parlamento Foral. Detalla acciones.

- Uno o dos representantes de las Asociaciones Ciudadanas o de Pacientes más relacionadas con el ámbito de la Estrategia

La presencia de pacientes ayudará a impulsar el cambio de un sistema fragmentado, orientado a la tarea y a la calidad técnica a un nuevo sistema más integrado, orientado al paciente y con vocación de calidad total

La estructuración de las distintas Estrategias y la designación de sus responsables y de los coordinadores de programas será realizada mediante Ordenes Forales específicas.

IMPACTO ECONOMICO

Dado el carácter integral del que se pretende dotar al Plan de Salud se ha considerado presentar un desglose del impacto económico por funciones.

De las doce Estrategias previstas en el Plan de Salud, seis guardan relación directa con el Programa de Crónicos. Su despliegue se realizará mediante dicha estrategia, que se integra en el Plan de Salud como su principal herramienta estratégica, por lo que no resulta posible realizar un análisis diferenciado de su impacto económico.

Los gastos adicionales previstos en el Plan de Salud vendrán derivados principalmente de los siguientes factores:

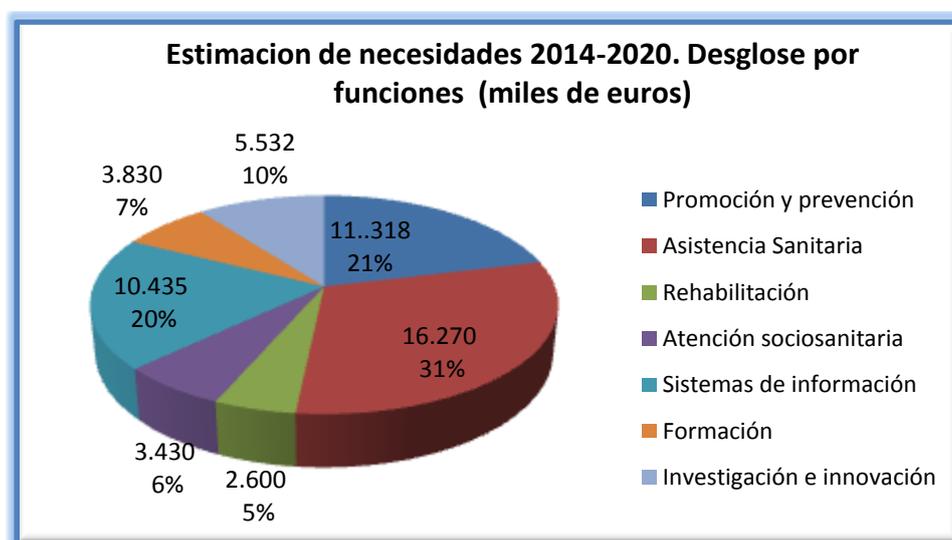
- En materia de Promoción y Prevención el mayor impacto económico derivará de los Programas de prevención de Cáncer de Colon, Programa de Autocuidados y desarrollo de la Escuela de Pacientes, Cribado de metabopatías congénitas, Programa y Unidad de Cáncer Familiar y del impulso a los Programas Comunitarios y de Promoción de la Salud y Reducción de las Desigualdades, tanto en adultos como infantil, lo que implica reforzar las estructuras de Salud Pública.
- El impacto económico principal en el ámbito Asistencial se relaciona principalmente con los objetivos de mejora en la atención al cáncer y sobre todo con la Estrategia de Crónicos. El desarrollo de la Rehabilitación tendrá impacto económico porque contempla tanto la puesta en marcha de la Rehabilitación Cardíaca y Respiratoria como el despliegue progresivo del Programa de ejercicio terapéutico y rehabilitación funcional de Atención Primaria.
- En la Atención Sociosanitaria se contemplan como principales factores de impacto económico el Programa de convalecencia residencial sociosanitario y el Programa de Atención Sociosanitaria en Atención Primaria, incluido el Apoyo al Cuidador
- La inversión en Sistemas de Información hace referencia sobre todo al desarrollo del Modelo Tecnológico del Programa de Crónicos y la puesta en marcha de la Central de Resultados y el Observatorio de Salud y Equidad.
- En el ámbito de la Investigación se incorporan las previsiones del Programa de Promoción de la Investigación, y el desarrollo de proyectos de innovación dirigidos principalmente a mejorar la corresponsabilidad del paciente.

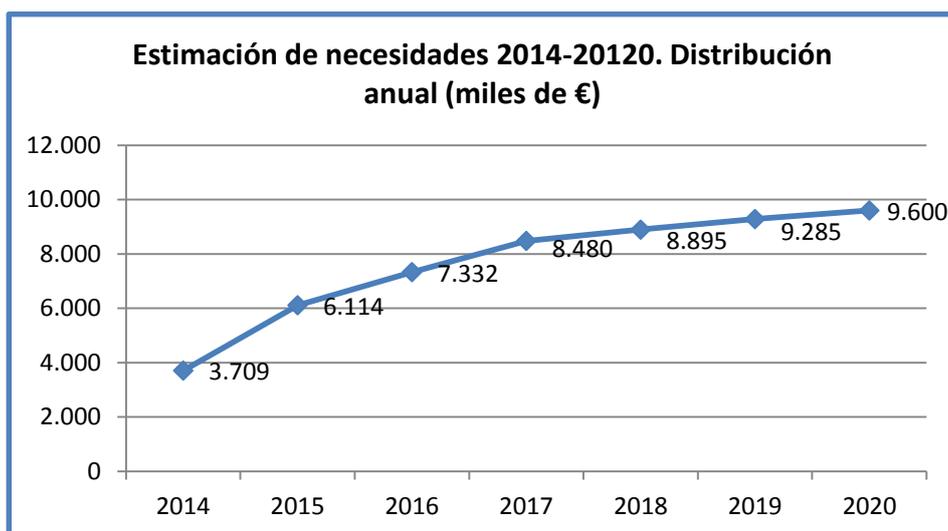
- En el ámbito de la Formación se contempla el desarrollo del Plan Plurianual de Formación, el incremento de la colaboración docente con los Colegios Profesionales y la apuesta por la simulación como metodología docente.

La estimación de necesidades es la siguiente:

ESTIMACIÓN DE NECESIDADES DEL PLAN DE SALUD
Incluidas las acciones previstas en la Estrategia de Crónicos

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Promoción y prevención	687.659	1.417.493	1.722.493	1.777.493	1.857.493	1.917.493	1.937.493	11.317.617
Asistencia Sanitaria	1.000.000	1.510.000	2.065.000	2.870.000	2.925.000	2.950.000	2.950.000	16.270.000
Rehabilitación	0	160.000	290.000	420.000	550.000	580.000	600.000	2.600.000
Atención Sociosanitaria	75.000	150.000	280.000	375.000	575.000	850.000	1.125.000	3.430.000
Sistemas de Información	1.241.378	1.807.405	1.599.468	1.484.125	1.434.125	1.434.125	1.434.125	10.434.751
Formación	160.000	450.000	580.000	660.000	660.000	660.000	660.000	3.830.000
Investigación e Innovación	545.000	619.000	795.500	893.000	893.000	893.000	893.000	5.531.500
TOTAL	3.709.037	6.113.898	7.332.461	8.479.618	8.894.618	9.284.618	9.599.618	53.413.868





En muchos casos las necesidades se podrán cubrir mediante recursos internos y no se generará un sobrecoste adicional, ya que su dotación está contemplada en los presupuestos. En particular en el caso de los Recursos Humanos en bastantes casos su realización puede ser asumida por la estructura actual mediante la adecuada priorización o mejora de la eficiencia por lo que únicamente se trataría de una reasignación de funciones.

EVALUACION DE RESULTADOS. PANEL DE INDICADORES

La monitorización y evaluación de los Resultados logrados tras la aplicación del Plan se realizará mediante 148 indicadores de los avances de cada uno de los objetivos de salud generales del Plan. Están detallados en el documento General el Plan.