

---

**Acuerdo de 2 de julio de 2001 del Gobierno de Navarra por el que se aprueba el Plan de Salud de Navarra para el periodo 2001-2005**  
***Agreement of July 2nd 2001 by the Government of Navarra approving the Navarra Health Plan for the period 2001-2005***

---

ACUERDO, de 2 de julio de 2001, del Gobierno de Navarra, por el que se aprueba el Plan de Salud de Navarra para el periodo 2001-2005.

Compete a la Administración Sanitaria el formular las políticas y estrategias más oportunas en relación a garantizar el derecho a la salud de los ciudadanos, máxime cuando dentro de las políticas de una sociedad del bienestar se ha asumido la prestación del mayor número posible de servicios en el contexto social, económico y político en el que se desenvuelve el ciudadano.

Este compromiso se ha materializado a partir de la Ley 14/1986, de 25 de abril; General de Sanidad, de carácter básico, y de la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud, a través de las que ambas definen un Sistema Sanitario Público de responsabilidad de las Comunidades Autónomas que hayan asumido las transferencias de los servicios sanitarios que con anterioridad a la Constitución de 1978 eran prestados por la Seguridad Social, y que constituye en su conjunto el Sistema Nacional de Salud como aglutinación de los diferentes Servicios Regionales de Salud; los cuales han de responder a los principios de: universalidad, equidad, libertad de elección y eficiencia, valores a los que se han incorporado recientemente los de la calidad y el de la coparticipación de los actores del sistema sanitario.

Especial significación ha adquirido en el último quinquenio la consideración desde la Salud Pública, del coste efectividad como expresión de la eficiencia en

base de los resultados alcanzados en la salud y no sólo en la producción de servicios, por la aplicación de la mejor evidencia disponible según el conocimiento científico; esto es, el ejercicio de la medicina basada en la evidencia, abandonando el ejercicio del empirismo científico, lo que debe de ser impulsado desde la administración sanitaria, instrumento que necesariamente ha de incorporarse al Plan.

En un Sistema Sanitario universal y de financiación pública, el cumplimiento de los valores anteriormente citados, obliga de manera muy especial a la planificación de las actividades, a formular estrategias y objetivos operativos, que garanticen los mejores resultados deseados, que éstos sean constatables, y en consecuencia mejoren el estado de salud individual y colectiva.

La Ley 14/1986 General de Sanidad, establece a tal fin, en el Capítulo IV referente a la Coordinación General Sanitaria, artículos 70 y siguientes, que las Comunidades Autónomas realizarán y aprobarán los Planes de Salud correspondientes y que la suma de ellos componen el Plan Integrado de Salud Nacional, por el tiempo de vigencia que el propio plan o planes establezcan. Por su parte el artículo 22 de la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud, establece que "1. El Gobierno, a propuesta del Consejero de Salud, aprobará un Plan de Salud que será expresión de la política intersectorial de salud a desarrollar en la Comunidad Foral de Navarra. El Plan de Salud de Navarra, una vez aprobado por el Gobierno de Navarra, deberá remitirse al Parlamento Foral en el plazo máximo de 30 días, a fin de que lo

conozca. 2. El Plan de Salud incluirá los siguientes aspectos: análisis de la situación, enunciado de prioridades y formulación de objetivos, programas a desarrollar, financiación, ejecución y evaluación. 3. El Plan de Salud será revisado periódicamente."

Es por ello que al comienzo de los años 1990 las CCAA aprobaron sus planes de salud orientados al cumplimiento de los principios de Salud para Todos en el año 2000, formulados por la oficina Regional Europea de la OMS.

Este primer Plan, que ha permitido el logro de la extensión, equidad y desarrollo amplio de redes asistenciales y avanzar en la salud medioambiental y prevención colectiva, está siendo objeto de revisión y actualización por las comunidades autónomas, acomodándolas a la nueva situación sanitaria y lo que es más importante orientándole a las necesidades de los servicios regionales de Salud y a los avances tecnológicos y epidemiológicos, tanto en el análisis de necesidades como en la evaluación de los resultados en base a la efectividad, la evidencia científica y la calidad que Salud XXI de la OMS propugna para los sistemas desarrollados.

En este sentido el Departamento de Salud a través de sus propios servicios técnicos ha llevado a cabo la evaluación del I Plan de Salud de Navarra 1991-2000 y a su vez ha analizado las nuevas necesidades de Salud. Entre otros instrumentos se ha servido de una Encuesta de Opinión de los Ciudadanos sobre el Sistema Sanitario de Navarra realizada en el año 1999; a través de la misma se han extraído opiniones y estado de salud sentido, que si bien no constituyen técnicas novedosas, sí lo son en cuanto que se han utilizado como instrumentos de determinación de las necesidades, junto a las habituales informaciones técnicas derivadas de la vigilancia epidemiológica; de las bases de datos de la actividad asistencial, tal como el conjunto Mínimo Básico de Datos y de los Grupos Diagnósticos Rela-

cionados al alta hospitalaria. Ello ha permitido la formulación de Objetivos operativos con claras orientaciones y en su caso mandatos para los servicios sanitarios dependientes del Gobierno de Navarra.

Con todo ello los servicios técnicos del Departamento de Salud proponen que el II Plan de Salud de Navarra se formule con un horizonte temporal del año 2005; que se oriente a la mejor asistencia a los ciudadanos en base a la calidad tanto técnica como de atenciones de calidad no sanitaria; y que la evaluación del Plan se base en el cumplimiento de los objetivos previamente formulados.

En su virtud, a propuesta del Consejero de Salud, el Gobierno de Navarra en la sesión celebrada el día 2 de julio de 2001

ACUERDA:

Primero. Se Aprueba el Plan de Salud de Navarra para el período comprendido entre los años 2001-2005.

Segundo. Los objetivos operativos y los indicadores de seguimiento a los que el Sistema Sanitario de Navarra han de orientar de forma prioritaria sus intervenciones son los que se incluyen en el Plan de Salud y que se recogen separadamente como Anexo al presente Acuerdo.

Tercero. Remitir al Parlamento de Navarra el Plan de Salud de Navarra, para su conocimiento, en cumplimiento de lo previsto en el artículo 22 de la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud.

Cuarto. Notificar el presente Acuerdo a la Dirección General del Departamento de Salud, al Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y al Parlamento de Navarra, a los efectos oportunos.

Quinto. Publicar el presente Acuerdo junto con su Anexo en el Boletín Oficial de Navarra.

Pamplona, a dos de julio de dos mil uno.

EL SECRETARIO GENERAL DE PRESIDENCIA. Joaquín Gortari Unanua

## **ANEXO. OBJETIVOS E INDICADORES DE SEGUIMIENTO**

### ***Visión: Planificación orientada hacia los cuidados sanitarios***

#### **OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN DE SALUD DE NAVARRA 2001-2005**

##### **Fines**

- Mejorar las atenciones sanitarias a los ciudadanos contemplando los cuidados continuos a lo largo del proceso patológico.
- Mejorar la efectividad de los cuidados asistenciales, implantando criterios de evidencia científica y de evaluación de los resultados.
- Mejorar la Calidad de los cuidados con una concepción integral, extensiva a las necesidades sociales.
- Contribuir a mejorar el Estado de Salud de Navarra considerando que la mejora de los servicios sanitarios, son una parte proporcional en el resultado final del nivel del estado de salud/enfermedad de la población.

##### **Estrategias**

- Formular un Plan Director de Salud para su desarrollo operativo durante cinco años, sin perjuicio de su evaluación en años sucesivos.
- Establecer prioridades de actuación en las patologías de mayor impacto epidemiológico y social, intensificando las intervenciones de forma programada.
- Orientar las actividades del Sistema Asistencial a los objetivos del Plan, requisito básico de su cumplimiento en tanto va orientado a la asistencia del ciudadano.

##### **Objetivos de intervención (■) e indicadores de seguimiento (⇒)**

- Aprobar los objetivos del Plan a nivel político para dar seguridad jurídica al ejercicio del reconocimiento del derecho a la Salud.
- ⇒ Publicación en el Boletín Oficial de Navarra de la decisión del Gobierno de Navarra sobre: objetivos de intervención,

implantación del Plan y remisión al Parlamento para su conocimiento.

- Dotar de financiación suficiente para el desarrollo del Plan de Salud.

⇒ Inclusión de necesidades de financiación en el Plan Económico plurianual.

⇒ Aprobación en Presupuesto 2002-2005 de un Programa para las necesidades del Plan propias y sobrevenidas y de programas de salud incorporados.

⇒ Dotación de partidas en el Servicio Navarro de Salud para el desarrollo de las actividades propuestas en el Plan.

- Crear un instrumento de seguimiento del Plan de Salud, con el fin de dar garantía a su aplicación y evaluación.

⇒ Creación de la estructura de: Dirección del Plan; Directores Técnicos para cada uno de los programas aprobados por el Gobierno; adscripción de funciones y responsabilidad a los órganos del Sistema Sanitario.

⇒ Comprobación efectiva de la implantación, desarrollo, cumplimiento y evaluación a través de las memorias anuales de las Direcciones Técnicas.

#### **OBJETIVOS EN TRASTORNOS MENTALES**

##### **Fines**

- Mejorar los cuidados asistenciales a los enfermos mentales con procesos graves de manera continua a lo largo del proceso clínico.
- Disminuir el impacto social del trastorno de la enfermedad mental grave.
- Potenciar la organización de Salud Mental como estructura especializada.

##### **Estrategias**

- Promover actuaciones orientadas al diagnóstico y tratamiento tempranos de los trastornos mentales graves, así como a una rehabilitación adecuada.
- Incorporar el tratamiento y el seguimiento personalizado al enfermo mental en los diferentes niveles asistenciales del Servicio Navarro de Salud, tanto a nivel

especializado, como en los Centros de Salud de Atención Primaria.

- Evitar la discriminación de los enfermos mentales y sus familiares en el conjunto de las atenciones del Sistema sanitario y, en especial, la relacionada con el desarraigo familiar y territorial.

- Reducir el impacto de la cronicidad y de la discapacidad social de la enfermedad mental, garantizando la continuidad en la prestación de cuidados de carácter sanitario, y a la adecuada coordinación con los servicios sociales.

- Considerar la estructura organizativa de Salud Mental como un Subsistema especializado, descentralizado y autónomo en el ámbito del Servicio Navarro de Salud, en coordinación con las Estructuras de Atención Primaria, con el Plan Foral de Atención socio-sanitaria, Plan Foral de Drogodependencias y con los programas establecidos con el Departamento de Educación.

### **Objetivos de intervención (■) e indicadores de seguimiento (⇒)**

#### ***Intervención en el proceso asistencial (Prevención Terciaria)***

- Definir los trastornos mentales graves que han de ser objeto de atención especializada y prioritaria en los centros de salud mental, así como las que han de ser objeto de asistencia en los centros de Atención Primaria.

- ⇒ Existencia de normativa que delimite los ámbitos de actividad en Atención Primaria y en la Red de Salud Mental.

- ⇒ Disminución de la relación entre trastornos mentales graves y trastornos mentales menos graves que se tratan en los centros de salud mental.

- ⇒ Génesis e inclusión de indicadores en el sistema de información de salud mental, diferenciando la actividad entre trastornos mentales graves y trastornos menos graves.

- ⇒ Número de altas clínicas en los centros de salud mental con diagnóstico diferencial, tratamiento a seguir de personas

con trastornos mentales menos graves y derivación a atención primaria.

- Establecer guías de práctica clínica consensuadas para la normalización de los tratamientos de las enfermedades mentales graves, incluida la rehabilitación, según la medicina basada en la evidencia.

- ⇒ Existencia en salud mental, de guías de práctica clínica consensuada según medicina basada en la evidencia, para las patologías consideradas como prioritarias en el Plan.

- ⇒ Existencia de programas de rehabilitación en los diversos niveles de la Red de Salud Mental.

- ⇒ Número de centros en los que se hayan implantado las guías de práctica clínica y programas de rehabilitación, y cobertura de personas incluidas en los programas y guías indicados.

- Incorporar a las actividades de Atención Primaria el diagnóstico temprano de la enfermedad mental y procedimientos técnicos no farmacológicos para el tratamiento de los trastornos mentales correspondientes a su nivel de intervención.

- ⇒ Existencia de un protocolo de actuación para el diagnóstico temprano y captación del trastorno mental grave en los centros de atención primaria.

- ⇒ Existencia de una Guía de procedimientos no psicofarmacológicos en trastornos mentales, para su aplicación en atención primaria.

- ⇒ Porcentaje de centros con protocolo implantado de diagnóstico temprano y de procedimientos no psicofarmacológicos, y personas a las que se les ha aplicado.

- ⇒ Inclusión de actividades de diagnóstico temprano y captación del trastorno mental grave en atención primaria en la cartera de servicios de atención primaria.

- Establecer procedimientos de coordinación y continuidad de cuidados para los enfermos mentales, tanto en el conjunto de la Red de Salud Mental como entre ésta y los servicios de Atención Primaria y de atención domiciliaria a los enfermos mentales.

- ⇒ Existencia de órganos de coordinación entre niveles de asistencia.

⇒Existencia de protocolos de derivación entre la Red de Salud Mental y atención primaria.

⇒Cantidad de actividades de interconsulta y de sesiones clínicas con participación conjunta de profesionales de los diferentes dispositivos y niveles de atención.

⇒Número de asistencias domiciliarias y personas atendidas.

■ Implantar servicios de asesoramiento y apoyo técnico a la familia y a los cuidadores de enfermos mentales.

⇒Existencia de programas en los centros de la Red de Salud Mental (educación para la salud, informativos...) dirigidos a familiares.

⇒Acuerdos de colaboración técnica con Asociaciones de Afectados y Familiares.

#### ***Intervención en docencia***

■ Formar a los profesionales de Atención Primaria médicos y enfermería en la detección precoz oportunista de la depresión y del suicidio; así como también en el diagnóstico temprano de las patologías mentales graves, y en el manejo terapéutico de los trastornos mentales, tanto farmacológico como no farmacológico.

⇒Existencia de un programa de formación dirigido a Médicos de Familia para la detección precoz de la depresión y el suicidio.

⇒Existencia de un programa de formación para el diagnóstico temprano de las patologías mentales graves.

⇒Existencia de acciones de formación para implantación de guías terapéuticas farmacológicas.

⇒Existencia de acciones de formación para implantación de guías terapéuticas no farmacológicas.

#### ***Intervención en organización y gestión***

■ Organizar la Red de Salud Mental con carácter independiente de la de Atención Primaria, gestionada de forma autónoma en el ámbito de la Asistencia Especializada, y orientada a la gestión clínica del proceso asistencial.

⇒Existencia de una normativa que integre orgánica y funcionalmente la Red de Salud Mental en la atención especializada.

⇒Existencia de normativa que implante la gestión autónoma y orientada a la gestión clínica de la Red de Salud Mental.

■ Reorganizar orgánica y funcionalmente los centros de salud mental para su adecuación a los objetivos del presente Plan.

⇒Existencia de una normativa que defina las funciones y actividades de los profesionales de los centros de salud mental y definición de nueva cartera de servicios.

⇒Grado de desarrollo y cobertura de la indicada reorganización.

■ Crear Unidades de tratamiento de corta estancia en Hospitales de García Orcoyen y Reina Sofía atendidos por personal de Centros de Salud Mental de cada Sector.

⇒Existencia de camas de hospitalización psiquiátrica en Tudela y Estella, y de indicadores de actividad.

■ Desarrollar procedimientos organizativos que permitan hacer frente a los periodos estacionales de aumento de necesidades de hospitalización psiquiátrica en Hospital General y a las emergencias extrahospitalarias.

⇒Número de pacientes psiquiátricos atendidos en camas hospitalarias no psiquiátricas en hospital general.

⇒En conjunto, listas de espera para hospitalización TMG, y análisis de causas que los motivan.

■ Implantar una Dirección técnica única en la Red de Salud Mental, que promueva y garantice: una asistencia de calidad clínica y personalizada, la continuidad del proceso asistencial y el cumplimiento de los objetivos propuestos en el Plan.

⇒Norma reguladora de creación de la Dirección Técnica.

⇒Incorporación de la Dirección dentro del año de implantación del Plan.

⇒Existencia de Memorias anuales de actividades de la Dirección.

## **OBJETIVOS PARA ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS**

### **Fines**

- Mejorar la atención integral a las personas con Enfermedad de Parkinson, con Enfermedad de Alzheimer y con otras Demencias.
- Retrasar la manifestación y progresión clínica en las personas afectadas por estos procesos degenerativos.
- Disminuir la discapacidad funcional y social de las personas con demencia y la carga de sufrimiento del entorno familiar.

### **Estrategias**

- Mejorar el conocimiento del impacto asistencial de las enfermedades neurodegenerativas.
- Promover estilos de vida que desarrollen las capacidades cognitivas.
- Garantizar la continuidad en el proceso asistencial personalizado, tanto a nivel de Atención primaria como especializada, desde el diagnóstico temprano hasta la atención sociosanitaria.
- Garantizar un Diagnóstico temprano de estas enfermedades, incluyendo la evaluación del estado funcional, que ayude a la identificación y evaluación precoz de los trastornos cognitivos y de la conducta.
- Normalizar el tratamiento de las enfermedades neurodegenerativas con criterios coste-efectivos.
- Promover una adecuada formación y asistencia de familiares y de los miembros de grupos de ayuda mutua y de asociaciones de voluntariado, como elementos de soporte en la asistencia a las personas afectadas con enfermedades neurodegenerativas.
- Adecuar la institucionalización de la población con enfermedades neurodegenerativas.
- Abordar simultáneamente al tratamiento clínico la atención sociosanitaria requerida, de acuerdo a las necesidades de rehabilitación y de cuidados que presenten desde edades tempranas.

## **Objetivos de intervención (■) e indicadores de seguimiento (⇒)**

### ***Intervención en Prevención Primaria y Vigilancia Epidemiológica***

- Establecer sistemas de información sanitaria sobre el impacto asistencial de las enfermedades neurodegenerativas, incluyendo diagnóstico, comorbilidad, grado de discapacidad y cuidados.

⇒ Existencia de un sistema de información de enfermedades neurodegenerativas, que integre la tecnología "RAI" (Resident Assessment Interview) en los sistemas de información sanitaria.

- Efectuar estudios poblacionales de prevalencia de estas enfermedades, que recojan medidas de niveles cognitivos, necesidades asistenciales, sociales, de discapacidad, así como condiciones y características de las personas cuidadoras, en el período 2002-2004.

⇒ Realización de un estudio de prevalencia de la enfermedad de Alzheimer, otras Demencias y de la enfermedad de Parkinson y de parkinsonismos, en la población de Navarra.

⇒ Realización de un estudio de la frecuencia de la Enfermedad Lateral Amiotrófica, durante un periodo de dos años.

- Desarrollar actividades en relación a estilos de vida que potencien las capacidades cognitivas.

⇒ Número de acciones y documentalismo desarrollados en el período.

### ***Intervención en el proceso asistencial (Prevención Terciaria)***

- Implantar un proceso asistencial orientado al retraso tanto de la aparición de síntomas como de la institucionalización de la población.

⇒ Edad promedio del ingreso al final del proceso de aplicación del presente Plan, de las personas afectadas de la enfermedad de Alzheimer u Otras Demencias, en relación a la atención recibida en el proceso.

⇒ Porcentaje de personas mayores de 75 años con demencias, según Zonas Bási-

cas, con quienes los Equipos de Atención Primaria trabajan de manera programada en consulta y en domicilio, y que cuentan con un plan individual de cuidados.

- Incorporar guías de práctica clínica consensuadas sobre los criterios diagnósticos que favorezcan el diagnóstico temprano de la enfermedad, así como protocolos de los cuidados más adecuados.

⇒ Existencia de un protocolo de actuación en Atención Primaria que posibilite la realización del diagnóstico temprano del Alzheimer y Otras Demencias.

⇒ Cobertura de Centros de Salud con el protocolo implantado y número de personas a las que se les ha aplicado el protocolo.

- Racionalizar el plan terapéutico de acuerdo a guías de práctica clínica consensuada, y evaluar los resultados sobre la base de la evidencia científica disponible y control de las reacciones adversas.

⇒ Existencia de Grupos Técnicos de Trabajo para formulación de Guías en materia de utilización de tecnologías diagnósticas y terapéuticas en enfermedades neurodegenerativas.

⇒ Existencia y grado de implantación de la Guía de Práctica Clínica para el Alzheimer: porcentaje de Centros de Atención Primaria, de especialistas y de población atendida según sus directrices.

- Establecer programas de asistencia a domicilio de apoyo, asesoría y orientación técnica a quienes realizan los cuidados.

⇒ Recursos humanos y organizativos dedicados al apoyo para el fomento de los grupos de ayuda mutua y de voluntariado: evolución de las ayudas/subvenciones a entidades que trabajan en el ámbito del apoyo informal a los enfermos con demencias.

⇒ Existencia de programas de formación para quienes realizan la acción voluntaria en los cuidados a personas con enfermedades neurodegenerativas.

⇒ Acuerdos de colaboración técnica con asociaciones de personas afectadas, familiares y voluntariado.

- Desarrollar desde la Atención Primaria, en el ámbito de la atención sociosani-

taria, las intervenciones clínicas a domicilio y la orientación de la gestión de casos.

⇒ Número de Centros de Salud con implantación de la metodología de gestión de casos y otras orientaciones de funcionamiento del Plan de Atención Sociosanitaria.

⇒ Número de personas atendidas por los Equipos de Atención Primaria por indicación del Plan de Atención Sociosanitaria.

- Implantar una Dirección Técnica única para la evaluación permanente de necesidades de cuidados multidisciplinarios y del cumplimiento del Plan.

⇒ Norma reguladora de creación de la Dirección del Programa de enfermedades neurodegenerativas.

⇒ Incorporación de la Dirección dentro del año de implantación del Plan.

⇒ Existencia de Memorias anuales de actividades de la Dirección.

### ***Intervención en docencia e investigación***

- Apoyar prioritariamente las líneas de investigación en todos los ámbitos de la atención asistencial: diagnóstico, tratamiento farmacológico y no farmacológico, cuidados, recursos, consecuencias.

⇒ Consideración de las enfermedades neurodegenerativas, como área prioritaria en la convocatoria de ayudas para la investigación de Ciencias de la Salud.

⇒ Número de proyectos de investigación presentados y subvencionados en las Convocatorias anuales de Ciencias de la Salud, según Centros y Organismos de Navarra, y según ámbitos de la atención asistencial, en materia relacionada con enfermedades neurodegenerativas.

- Establecer programas de formación específica de todos los recursos humanos que intervienen en la atención de la enfermedad de Alzheimer.

⇒ Existencia de un programa de Formación para el personal de los diferentes centros y servicios de cada nivel asistencial, en materia de valoraciones multidimensionales y planes de cuidados.

⇒ Porcentaje de personas de Atención Primaria y Hospitalaria que realizan activi-

dades de formación específica en valoración multidimensional de las demencias y en gestión de casos.

⇒ Porcentaje de personal de Atención Primaria y Hospitalaria con formación específica en metodología de gestión de casos y habilidades de comunicación y educativas.

■ Incorporar en los Centros de Salud y Servicios especializados, documentos de Información y Guías para la práctica Educativa en el ámbito de las enfermedades neurodegenerativas.

⇒ Existencia de material específico para la Información y la práctica Educativa de personas afectadas, familiares y personal cuidador.

⇒ Porcentaje de personal de Atención Primaria y Hospitalaria con formación específica en práctica educativa de personas de apoyo informal de enfermos con demencias.

## **OBJETIVOS EN ENFERMEDADES CARDIO-CEREBROVASCULARES**

### **Fines**

■ Minorar el incremento de la incidencia de la cardiopatía isquémica coronaria y del ictus cerebral.

■ Disminuir la mortalidad por cardiopatía isquémica coronaria y por ictus cerebral y, en especial, la mortalidad prematura de la cardiopatía isquémica coronaria.

■ Aumentar la supervivencia para ambas patologías de los enfermos beneficiados por un diagnóstico y tratamiento tempranos.

■ Mejorar los medios de rehabilitación clínica y funcional de las personas afectadas por ictus cerebral y por cardiopatía isquémica coronaria, favoreciendo la incorporación a su actividad habitual.

### **Estrategias**

■ Disminuir el consumo de tabaco en Navarra a través de estrategias poblacionales y de consejo individual.

■ Consolidar el abordaje multifactorial de detección precoz de factores de riesgo

conocidos y, en su caso, control en personas de alto riesgo.

■ Reducir la variabilidad en el proceso de atención clínica a los enfermos con cardiopatía isquémica coronaria en fase crítica, asegurando un diagnóstico y tratamiento tempranos y efectivos.

■ Reducir el tiempo de inicio de la asistencia a los enfermos de ictus cerebral en fase crítica, asegurando un diagnóstico y tratamiento tempranos.

■ Garantizar prácticas de rehabilitación temprana en las personas con cardiopatía isquémica coronaria.

■ Establecer sistemas de información y de evaluación epidemiológica, así como el análisis de los resultados de las intervenciones sobre las enfermedades cardio y cerebrovasculares.

## **Objetivos de intervención (■) e indicadores de seguimiento (⇒)**

### ***Intervención en Prevención Primaria y Vigilancia Epidemiológica***

■ Incorporar y desarrollar el Plan Foral de acción sobre el tabaco, aprobado por el Gobierno Foral en septiembre de 2000.

⇒ Número de fumadores que acudiendo a los centros sanitarios se les ha hecho consejo antitabáquico, y de los que han participado en las otras actividades de apoyo para abandono del hábito, y porcentaje de abandono según el tiempo de cesación.

⇒ Número y porcentaje de centros sanitarios y empresas que ofertan ayuda para dejar de fumar y tipo de intervención.

⇒ Prevalencia de consumo de tabaco por edad y sexo.

⇒ Prevalencia de exfumadores por sexo.

⇒ Número y porcentaje de establecimientos señalados por el Plan como espacios sin humo que, en efecto, lo son.

⇒ Número y porcentaje de establecimientos de tiempo libre, que tienen delimitados y bien ventilados espacios para fumar.

- Establecer una estrategia poblacional de carácter permanente sobre nutrición y hábitos alimentarios, así como sobre ejercicio físico.

- ⇒ Existencia de un programa estable sobre hábitos alimentarios y nutrición comunitaria, dirigido a población general.

- ⇒ Existencia de un programa sobre ejercicio físico dirigido a población general.

- Realización de un registro de los casos incidentes de infarto agudo de miocardio de año 2002. Repetición del mismo con una periodicidad quinquenal.

- ⇒ Disponibilidad de los resultados del estudio.

- Realizar un estudio transversal sobre prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares en población general de Navarra con referencia al año 2003; 20 y 10 años después de los estudios de 1982 y 1993; así como un estudio prospectivo de las muestras de ambos estudios.

- ⇒ Disponibilidad de los resultados del estudio.

#### ***Intervención en Prevención Secundaria***

- Extender la implantación en el ámbito de la Atención Primaria del protocolo "Valoración del riesgo cardiovascular global en Atención Primaria" y de la Guía de Actuación en Diabetes Mellitus en Atención Primaria; y establecer una sistemática de análisis de evaluación de resultados en las personas beneficiadas.

- ⇒ Número y porcentaje de centros de salud que tienen incorporado en su cartera de servicios, el Protocolo de Valoración del Riesgo Cardiovascular Global en Atención Primaria, y la Guía de Actuación en Diabetes Mellitus en Atención Primaria.

- ⇒ Evolución del número y porcentaje de personas de las Zonas Básicas de Salud que están incluidas en el Protocolo de Valoración del Riesgo Cardiovascular Global en Atención Primaria, y la Guía de Actuación en Diabetes Mellitus en Atención Primaria.

- ⇒ Número y porcentaje de personas que, estando incluidas en el Protocolo de

Valoración del Riesgo Cardiovascular Global en Atención Primaria, hacen un seguimiento adecuado según el protocolo, y la Guía de Actuación en Diabetes Mellitus en Atención Primaria.

- Desarrollar el consejo individual para favorecer la dieta saludable, promover el ejercicio físico, favorecer la cesación del hábito tabáquico y cumplimiento terapéutico en personas con factores de riesgo en consultas específicas en Atención Primaria.

- ⇒ Número y porcentaje de centros de Salud que tienen incorporadas consultas específicas de consejo individual de salud sobre dieta saludable, promoción de ejercicio físico, cesación de hábito tabáquico y seguimiento terapéutico, en su caso.

- ⇒ Número de personas en riesgo cerebro-cardiovascular a las que se les han realizado consejo individualizado de dieta y seguimiento por prescripción facultativa.

- ⇒ Número y porcentaje de personas a las que se ha hecho, en los Centros de Salud, el consejo individual sobre dieta saludable y el consejo individual sobre promoción de ejercicio físico, e indicadores de seguimiento del consejo.

- ⇒ Número y porcentaje de personas de 16 y más años que hacen al menos 3 días a la semana media hora de ejercicio físico de intensidad moderada.

#### ***Intervención en el proceso asistencial (Prevención Terciaria)***

- Establecer un protocolo de consenso respecto a las decisiones terapéuticas y sobre los centros de asistencia clínica para la atención en las fases críticas de la cardiopatía isquémica coronaria.

- ⇒ Existencia de un protocolo para la derivación de los casos de infarto agudo de miocardio al centro que se determine.

- ⇒ Existencia de una guía sobre las decisiones terapéuticas a aplicar en los casos de infarto agudo de miocardio.

- ⇒ Media y mediana del tiempo transcurrido desde la llamada de emergencia y desde la llegada al hospital hasta la realización de la trombolisis o de la angioplas-

tia, en pacientes con infarto agudo de miocardio.

- Dotar una unidad con los medios técnicos y humanos necesarios, que permita un diagnóstico temprano y tratamiento inmediato del ictus en su fase aguda.

⇒Media y mediana del tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas de ictus cerebral hasta la valoración por especialista en neurología y realización de pruebas complementarias.

⇒Media y mediana del tiempo transcurrido desde el inicio del cuadro de ictus hasta la instauración, si procede si procede, del tratamiento antiagregante o anticoagulante.

⇒Número de días y de personas en lista de espera para acceder a la rehabilitación tras un ictus.

- Promover los traslados inmediatos al servicio de referencia de tratamiento de los casos de ictus cerebral.

⇒Media y mediana del tiempo transcurrido desde el inicio del cuadro de ictus hasta la llegada al servicio de urgencias hospitalario.

⇒Existencia de un protocolo para la derivación de los casos de ictus al centro que se determine.

- Crear registros hospitalarios de Ictus cerebral y de infarto agudo de miocardio para la evaluación epidemiológica del proceso asistencial, del resultado clínico y de la función social del enfermo.

⇒Existencia y funcionamiento de registros hospitalarios de ictus y de IAM.

- Instaurar una unidad de rehabilitación clínica temprana para los enfermos con infarto de corazón.

⇒Número y porcentaje de enfermos que realizan rehabilitación en la fase inicial tras un infarto agudo.

⇒Número y porcentaje de enfermos que realizan rehabilitación en la fase tardía tras un infarto.

⇒Número y porcentaje de pacientes que tras un infarto se incorporan a la vida laboral.

- Dotar a los Puntos de Atención Continuada periféricos de equipos de desfibrilación, de eficacia y seguridad reconocidas.

lación, de eficacia y seguridad reconocidas.

⇒Número y porcentaje de Puntos de Atención Continuada periférica que disponen de desfibrilador semiautomático.

⇒Media y mediana del tiempo de desfibrilación en pacientes con parada cardiaca extrahospitalaria en zonas rurales y urbanas.

⇒Número y porcentaje de paradas cardiacas extrahospitalarias en las que la desfibrilación se aplica en un tiempo inferior a 10 minutos.

### ***Intervenciones en organización***

- Establecer una Dirección Técnica para la implantación y seguimiento de los objetivos propuestos en el Plan.

⇒Norma reguladora de la Dirección Técnica.

⇒Incorporación de la Dirección Técnica dentro del año de la implantación del Plan.

⇒Existencia de Memorias anuales de las actividades de la Dirección Técnica.

### ***Intervenciones en formación***

- Asegurar la continuidad de la formación del personal sanitario de los Puntos de Atención Continuada y específicamente en Soporte Vital.

⇒Número y porcentaje de personas de los Puntos de Atención Continuada que reciben cursos en Soporte Vital y periodicidad de los mismos.

- Desarrollar la formación del personal de Atención Primaria en consejo individual.

⇒Número y porcentaje de centros de salud que han recibido algún curso sobre formación en consejo individual.

## **OBJETIVOS EN LAS ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS**

### **Fines**

- Contener el incremento de la incidencia de las enfermedades oncológicas en los tumores más prevalentes.

- Aumentar la supervivencia de los enfermos con tumores malignos.
- Reducir las tasas de mortalidad por enfermedades oncológicas y, en especial, la mortalidad prematura.

### **Estrategias**

- Reducir el hábito tabáquico en la población de Navarra a través de estrategias poblacionales y de consejo individual.
- Desarrollar programas de detección precoz en los cánceres con evidencia de efectividad.
- Actuar prioritariamente sobre el proceso asistencial en los cánceres de pulmón, mama y colorrectal.
- Acortar los plazos de tiempo entre el diagnóstico de sospecha y la confirmación diagnóstica e inicio del tratamiento.
- Garantizar atención personalizada en el proceso asistencial y la información que cada etapa y cada paciente requiera acerca de su estado clínico, su pronóstico y de las alternativas terapéuticas existentes.
- Garantizar que el tratamiento aplicado sea de una calidad uniformemente elevada en todo el territorio de la Comunidad Foral.
- Hacer efectiva la continuidad de cuidados a lo largo de todas las etapas del proceso asistencial, desde la sospecha clínica hasta los cuidados paliativos.

### **Objetivos de intervención (■) e indicadores de seguimiento (⇒)**

#### ***Intervención en Prevención Primaria y Vigilancia Epidemiológica***

- Incorporar y desarrollar el Plan Foral de acción sobre el tabaco, aprobado por el Gobierno Foral en septiembre de 2000.
  - ⇒ Grado de implantación y de cobertura poblacional de los subprogramas: Prevención del inicio; Ayuda a dejar de fumar; y Espacios sin humo del indicado Plan Foral.
- Desarrollar programas de intervención poblacional y consejo individual a personas en riesgo de desarrollar cáncer.

⇒ Número de centros de salud con formalización de la actividad de consejo individual de salud frente a riesgos específicos.

⇒ Número de personas acogidas a consejo y porcentaje de su efectividad a corto plazo.

- Conocer la exposición a cancerígenos en los puestos de trabajo.

⇒ Existencia del registro de industrias y de trabajadores expuestos a cancerígenos conocidos.

⇒ Número de empresas y trabajadores con riesgo.

#### ***Intervención en Detección Precoz***

- Aplicar la detección precoz sobre los cánceres de mama, cérvix y colorrectal, siguiendo las normas establecidas en cada caso, basadas en la evidencia científica.

⇒ Alcanzar el 90% de participación de la población acogida en el programa de cáncer de mama.

⇒ Número y porcentaje de mujeres entre 25 y 64 años con al menos una citología de cérvix en los últimos 5 años.

⇒ Tiempo promedio recomendado por los ginecólogos de los centros de Atención a la Mujer para las revisiones con citología, en mujeres sin patología cervical.

⇒ Porcentaje de revisiones ginecológicas con citología según períodos de 1, 3 y 5 años.

⇒ Para final del 2002 concluir los trabajos de la Comisión Técnica Asesora para el desarrollo de un programa de detección precoz de cáncer colorrectal. En el 2003, implantación del programa e inicio de actividades. Alcanzar los objetivos de cobertura que plantea el programa en el 2005.

#### ***Intervención en asistencia clínica (Prevención Terciaria)***

- Establecer procedimientos específicos para agilizar la confirmación diagnóstica de tumores malignos y el inicio rápido del tratamiento.

⇒ Existencia de protocolos de sospecha clínica y de derivación para los 10 tumores más frecuentes.

⇒ En los tumores con actividades de detección precoz, número y porcentaje de confirmación diagnóstica de las sospechas dentro de los 15 días.

⇒ Porcentaje de pacientes diagnosticados que inician el tratamiento dentro de las dos semanas siguientes a la confirmación diagnóstica.

⇒ Porcentaje de mejora de la mediana de espera para el inicio del tratamiento.

■ Ordenar la cartera de servicio de los centros asistenciales siguiendo criterios de calidad técnica y de accesibilidad.

⇒ Existencia formal de cartera para los hospitales de Pamplona, Tudela y Estella, referente a oferta de procedimientos diagnósticos y de tratamiento.

■ Elaborar guías de práctica clínica y protocolos consensuados por los equipos terapéuticos multidisciplinares para los cánceres de mayor prevalencia y de aplicación en toda la red.

⇒ Existencia formal de guías de práctica clínica y protocolos en Intranet, accesible a todos los profesionales, al menos, para los 10 tumores más frecuentes, y número y porcentaje de pacientes atendidos, según guía y protocolo.

⇒ Número de actualizaciones (modificaciones) realizadas a cada guía o protocolo en los últimos 12 meses, para cada localización.

■ Establecer registros hospitalarios de cáncer y realizar análisis de los resultados terapéuticos.

⇒ Existencia de procedimientos de recogida de información y de un plan de análisis de resultados clínicos.

⇒ Grado de cobertura del registro respecto al conjunto de casos conocidos por el registro poblacional, por localización.

■ Asegurar la continuidad de cuidados y potenciar los programas de cuidados paliativos y de dolor para los pacientes con cáncer en todos los niveles asistenciales, tanto instituciones como domiciliarios.

⇒ Porcentaje de pacientes diagnosticados de cáncer con especialista responsable asignado.

⇒ Porcentaje de pacientes diagnosticados, con información accesible a los profesionales de ambos niveles.

⇒ Evolución del número y porcentaje de enfermos sujetos a los cuidados paliativos, y atendidos por la atención primaria y por otras unidades específicas (propias o concertadas).

### ***Intervención en docencia e investigación***

■ Impulsar líneas estables de investigación oncológica aplicada a la práctica clínica.

⇒ Existencia de un programa específico de investigación en oncología aplicada. Evolución del número de proyectos.

■ Crear un banco de material biológico.

⇒ Existencia de una normativa reguladora de utilización, y constitución de una Comisión Asesora Técnica.

⇒ Existencia de protocolos elaborados, e instalación de equipos.

⇒ Existencia de convenio de colaboración entre instituciones.

### ***Organización y gestión***

■ Reestructurar los recursos asistenciales siguiendo criterios de: Gestión clínica del proceso asistencial; integración de técnicas y especialidades; constitución de equipos de trabajo multidisciplinares; auto-responsabilidad en el funcionamiento de las unidades.

⇒ Publicación de Norma reguladora sobre gestión clínica del proceso asistencial.

⇒ Existencia de equipos para decisiones terapéuticas y de seguimiento de casos y constitución de grupos técnicos de trabajo en 2001, sobre propuesta de reorganización.

■ Proceder a la renovación e innovación tecnológica necesarios para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del enfermo oncológico, previa evaluación de las nuevas tecnologías y evitando la duplicidad de recursos.

⇒Existencia de un programa de renovación tecnológica para el cáncer y grado de aplicación del mismo en el período.

⇒Existencia de un programa de implantación de nuevas tecnologías.

- Programar la adecuación presupuestaria a las necesidades de inversión y de gasto establecidas a medio plazo.

⇒Existencia de un plan de financiación y grado de aplicación presupuestaria.

- Crear una Dirección única para la coordinación de los centros y servicios implicados, y el cumplimiento de los objetivos del Plan.

⇒Norma reguladora de creación de la Dirección del Programa oncológico.

⇒Incorporación de la Dirección dentro del año de implantación del Plan.

⇒Existencia de Memorias anuales de actividades de la Dirección.

## OBJETIVOS EN ACCIDENTALIDAD

### Fines

- Disminuir la incidencia de los accidentes laborales con baja durante la jornada de trabajo.

- Disminuir la incidencia de accidentes de tráfico en los grupos de especial riesgo.

- Intervenir preventivamente sobre los accidentes domésticos y de ocio.

- Disminuir las tasas de mortalidad por accidentes de cualquier carácter.

- Mejorar la rehabilitación clínica y funcional en los distintos tipos de accidentalidad.

### Estrategias

- Mejorar el conocimiento epidemiológico respecto a los accidentes domésticos y de ocio.

- Modificar los hábitos de comportamiento de la población en materia de accidentalidad de cualquier orden, con prioridad en edades jóvenes, e instaurar una cultura preventiva, especialmente en los grupos de mayor riesgo en cada tipo de accidentalidad.

- Garantizar que todas las empresas tengan un plan de prevención de riesgos laborales operativo al final del quinquenio.

- Potenciar la inspección preventiva, así como el asesoramiento y la asistencia técnica a las empresas, en materia de seguridad y de salud en el trabajo.

- Priorizar las acciones de seguimiento, vigilancia y control sobre prevención de riesgos laborales en el sector de la construcción y en aquellas otras empresas con alta siniestralidad laboral respecto a su misma actividad económica, especialmente en pequeñas y medianas empresas.

- Adelantar las prácticas rehabilitadoras en todo tipo de accidente, estableciendo límites de tiempo máximos de inicio de las actuaciones.

- Impulsar proyectos de colaboración con organismos con competencias en materia de accidentalidad.

### Objetivos de intervención (■) e indicadores de seguimiento (⇒)

#### *Intervención en Prevención Primaria y Vigilancia Epidemiológica*

- Asegurar que la totalidad de las empresas hayan realizado para el año 2005 las actuaciones preventivas básicas.

⇒Porcentaje de empresas con actuaciones preventivas básicas.

⇒Evolución temporal de la mortalidad por accidentes por actividad laboral.

⇒Evolución temporal de los accidentes de trabajo con baja en jornada de trabajo por actividad laboral.

⇒Evolución temporal de los índices de incidencia por accidentes de trabajo por actividad laboral.

- Exigir a las empresas la realización adecuada de la evaluación de riesgos laborales, de la planificación preventiva y de la adopción de medidas correctoras.

⇒Número y porcentaje de empresas con la evaluación de riesgos laborales correctamente realizada.

⇒Número y porcentaje de empresas con la planificación preventiva correctamente realizada.

⇒ Número y porcentaje de empresas con la adopción de medidas correctoras realizada adecuadamente.

■ Determinar prioritariamente, en función del tamaño y riesgos de las empresas como elección prioritaria, los recursos que las mismas hayan de disponer, cuando opten por la modalidad de servicios propios de prevención de riesgos laborales. En su defecto, deberán disponer del correspondiente concierto con un servicio de prevención acreditado para una adecuada y específica vigilancia de la salud de los trabajadores.

⇒ Número y porcentaje de empresas con servicios de prevención propios, con y sin vigilancia de la salud de los trabajadores.

⇒ Número y porcentaje de empresas con servicios de prevención concertados, con y sin vigilancia de la salud de los trabajadores.

■ Desarrollar acciones y programas dirigidos a sensibilizar a empresarios y trabajadores sobre seguridad y salud en el trabajo, así como exigir a las empresas la realización programada y periódica de acciones de información, formación y participación de sus trabajadores.

⇒ Número de acciones dirigidas desde organismos públicos con responsabilidad en la materia, a sensibilizar a trabajadores y empresarios.

⇒ Número y porcentaje de empresas con acciones de información, formación y participación realizadas de forma programada y periódica.

■ Incorporar al registro de accidentes de trabajo, los datos asistenciales rehabilitadores y del resultado del proceso asistencial.

⇒ Grado de incorporación de datos asistenciales al registro de accidentes de trabajo.

⇒ Existencia de grupo de trabajo o convenio de colaboración del INSL con el Servicio Navarro de Salud a tal fin.

■ Generar programas específicos de seguimiento, vigilancia y control dirigidos al sector de la construcción y a las empresas con tasas altas de siniestralidad labo-

ral respecto a su misma actividad económica.

⇒ Número de obras y empresas de la construcción objeto de programas específicos, y porcentaje de las mismas visitadas.

⇒ Número de empresas de alta siniestralidad objeto de programas específicos, y porcentaje de las mismas visitadas.

■ Mejorar el sistema de vigilancia epidemiológica para accidentes de tráfico, potenciar la investigación de sus causas y los perfiles de riesgo.

⇒ Evolución temporal de los accidentes de tráfico, considerando la variable de edad, género, alcohol y otras sustancias.

⇒ Número de accidentes de tráfico con análisis de causalidad.

■ Desarrollar acciones y programas dirigidos a informar y sensibilizar en seguridad vial a la población en general y, de forma específica, a los colectivos de mayor riesgo, así como actuar sobre los estilos de vida asociados.

⇒ Número y extensión en el tiempo de acciones de formación e información sobre seguridad vial, dirigidas a población general.

⇒ Número de acciones específicas dirigidas a la relación de los accidentes de tráfico y hábitos nocivos (alcohol, drogas, medicamentos...).

⇒ Número de centros educativos, de escolares y jóvenes, y de horas dirigidas a los mismos.

⇒ Número de acciones formativas y de horas dirigidas a alumnos de las escuelas de conducir.

■ Establecer un sistema de información y vigilancia epidemiológica de accidentes domésticos y de ocio, con análisis del resultado asistencial y rehabilitación.

⇒ Establecimiento del sistema de información y vigilancia epidemiológica sobre accidentes no laborales domésticos y de ocio, equivalente al de accidentes laborales.

■ Incorporar los convenios con el Departamento de Educación para desarrollar la formación curricular sobre preven-

ción de riesgos de accidente de todo tipo en la etapa escolar.

⇒Número de cursos y horas impartidas por centros docentes sobre accidentalidad y prevención de riesgos.

#### ***Intervención en el proceso asistencial (Prevención Terciaria)***

- Establecer un programa de rehabilitación integrado en el conjunto del sistema sanitario, incrementando los recursos, para reducir: el tiempo de espera; el número y gravedad de las secuelas; y los tiempos de incapacidad temporal por accidentes.

⇒Disminución de los tiempos de espera para rehabilitación de los accidentados.

⇒Reducción de la duración de la incapacidad temporal por accidentes.

⇒Incremento de recursos de rehabilitación clínica según programa específico.

- Incorporar al Instituto de Salud Laboral la Dirección técnica única sobre accidentalidad y para el cumplimiento de los objetivos del Plan.

⇒Puesta en marcha de la Dirección Técnica sobre accidentalidad y del equipo de apoyo.

### **OBJETIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA**

#### **Objetivos de intervención (■) e indicadores de seguimiento (⇒)**

##### ***Nuevas unidades organizativas***

- Desarrollar progresivamente en las estructuras de Atención Primaria unidades de Consejo de Salud Individual, con profesionales de Enfermería y de Dietética.

⇒Existencia de una Norma de creación de las Unidades y calendario progresivo de implantación.

⇒Número y porcentaje de prescripciones médicas de Consejo realizadas.

- Establecer equipos multidisciplinares (formados por médicos, personal de enfermería y de trabajo social) para la asistencia a discapacitados a domicilio: enfermos con trastornos mentales; pacientes

con enfermedades neurodegenerativas; y atención a los cuidadores.

⇒Existencia de Norma de creación de los equipos.

⇒Número y porcentaje de Centros con equipos constituidos.

⇒Número de personas atendidas y de asistencias a domicilio.

⇒Número de sesiones individuales y grupales de formación de cuidadores.

#### ***Coordinación y dependencia***

- Incorporar la consulta en Psiquiatría o Psicología de los centros de salud mental a los centros de salud, en apoyo a los profesionales de Atención Primaria, para la clasificación y adecuada derivación de enfermos mentales, así como para interconsulta.

⇒Número de interconsultas psiquiátricas en los centros de salud.

⇒Número de enfermos con trastornos mentales graves derivados a los centros de salud mental.

#### ***Formación***

- Realización de cursos de formación sobre diagnóstico temprano de trastornos mentales graves y manejo del enfermo psiquiátrico en consulta y en urgencias (tratamientos farmacológicos y no farmacológicos).

⇒Número de acciones formativas y porcentaje de profesionales formados.

- Realización de cursos de formación en enfermedades neurodegenerativas sobre diagnóstico temprano, cuidados continuados y formación de cuidadores.

⇒Número de acciones formativas y porcentaje de profesionales formados.

- Realización de cursos de formación sobre cuidados paliativos de los enfermos terminales.

⇒Número de acciones formativas y porcentaje de profesionales formados.

#### ***Gestión***

- Establecer guías de práctica clínica y protocolos consensuados para la atención de enfermedades neurodegenerativas;

trastornos mentales y cuidados paliativos de enfermos terminales.

⇒ Existencia de guías de práctica clínica y protocolos.

⇒ Número de centros de salud y profesionales que aplican dichas guías y protocolos.

■ Incorporar en el Plan de Gestión Clínica de los centros de salud los objetivos sobre: Consejo individual para factores de riesgo cardíaco y cerebrovasculares en enfermedades oncológicas y en accidentes; diagnóstico temprano y seguimiento de los trastornos mentales; diagnóstico temprano y seguimiento de las enfermedades neurodegenerativas; y sobre asistencia a domicilio de pacientes discapacitados.

⇒ Grado de inclusión en el Plan de Gestión Clínica.

⇒ Número de centros de salud que suscriben el Contrato.

## **OBJETIVOS SOBRE DESARROLLO DE LAS ATENCIONES EN REHABILITACIÓN**

### **Objetivos de intervención (■) e indicadores de seguimiento (⇒)**

#### ***Nuevas unidades organizativas***

■ Crear una unidad de rehabilitación cardiológica, con recursos materiales y humanos específicos, ubicada cerca de los centros donde se atiende este tipo de patología.

⇒ Existencia de una Norma de creación de esta Unidad.

⇒ Número de pacientes atendidos por la unidad.

■ Reorganizar la rehabilitación neurológica, incluyendo la atención en hospitalización y ambulatorios, para disminuir las discapacidades de estos pacientes.

⇒ Existencia de equipos de profesionales coordinados en rehabilitación de enfermos neurológicos.

■ Realizar un Acuerdo entre el Servicio Navarro de Salud y las MATEPSS (Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social) para redistribuir los pacientes accidentados según prioridades, capacidad técnica y responsabilidad.

⇒ Existencia de Acuerdos con las MATEPSS.

⇒ Número de pacientes atendidos por las MATEPSS distribuidos por patología.

#### ***Gestión***

■ Crear una Dirección Técnica de rehabilitación para la coordinación entre las actividades asistenciales y optimización de los recursos disponibles y para el seguimiento de los objetivos del Plan.

⇒ Norma reguladora de creación de la Dirección Técnica.

⇒ Incorporación de la Dirección dentro del año de implantación del Plan.

⇒ Existencia de Memorias anuales de actividades de la Dirección.