



BOLETIN OFICIAL
DEL
PARLAMENTO DE NAVARRA

VIII Legislatura

Pamplona, 18 de marzo de 2015

NÚM. 41

S U M A R I O

SERIE F:

Preguntas:

- Pregunta sobre el Plan de Salud 2014-2020 y su proceso de elaboración. Contestación de la Diputación Foral (Pág. 2).
- Pregunta sobre el informe del Instituto Navarro de Deporte y Juventud en relación con el aumento de obesidad infantil. Contestación de la Diputación Foral (Pág. 20).

**Serie F:
PREGUNTAS**

Pregunta sobre el Plan de Salud 2014-2020 y su proceso de elaboración

CONTESTACIÓN DE LA DIPUTACIÓN FORAL

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 114.1 del Reglamento de la Cámara, se ordena la publicación en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra de la contestación de la Diputación Foral a la pregunta formulada por la Ilma. Sra. D.^a Eva María Gorri Gil sobre el Plan de Salud 2014-2020 y su proceso de elaboración, publicada en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra núm. 105 de 3 de octubre de 2014.

Pamplona, 23 de octubre de 2014

El Presidente: Alberto Catalán Higuera

CONTESTACIÓN

La Consejera de Salud del Gobierno de Navarra, en relación con la pregunta escrita presentada por la Parlamentaria Foral Ilma. Sra. D.^a Eva María Gorri Gil, perteneciente al Grupo Popular, que solicita “-Aportaciones realizadas por los miembros del Consejo de Salud, detallando las alegaciones presentadas y las rechazadas, explicando en este segundo caso los motivos de la no aceptación. Plazo establecido para la presentación de aportaciones. -Aportaciones recibidas durante el proceso de participación a la ciudadanía en cumplimiento de la Ley Foral 11/2012, de Transparencia y Gobierno Abierto, con el mismo detalle que en el apartado anterior. Plazo establecido para la presentación de aportaciones en relación con el Plan de Salud 2014-2020 y su proceso de elaboración” (8-14PES-00181) tiene el honor de remitirle la siguiente información:

– Aportaciones realizadas por los miembros del Consejo de Salud detallando las alegaciones presentadas y las rechazadas, explicando en este segundo caso los motivos de la no aceptación. Plazo establecido para la presentación de aportaciones.

– Aportaciones recibidas durante el proceso de participación Ciudadana en cumplimiento de la Ley Foral 11/2012 de Transparencia y Gobierno

Abierto, con el mismo detalle que en el apartado anterior. Plazo establecido para la presentación de aportaciones.

El Plan se sometió a exposición pública durante un período de dos meses si bien se recibieron aportaciones durante dos meses y medio.

APORTACIONES REALIZADAS POR LAS INSTITUCIONES REPRESENTADAS EN EL CONSEJO DE SALUD:

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS

Aportaciones incorporadas al Plan

- Establecimiento de un marco conceptual consensuado con las fuerzas políticas
- Limitación de la extensión del documento
- Limitación de la extensión del Diagnóstico
- Pormenorizar la plantilla por estamentos en el Diagnóstico
- Cuantificar los objetivos en metas
- Dar acceso a los documentos específicos que se han trabajado en cada estrategia
- Incluir el dolor agudo y post-operatorio en la Estrategia de Cuidados Paliativos y dolor
- A la hora de incluir clase social tener en cuenta la Ley de Protección de datos
- En el acceso a historia clínica desde centros concertados, delimitar niveles de acceso y responsabilidad
- Aclarar si en la Estrategia de Urgencias tiempo-dependientes se van a desarrollar los códigos “parada cardiorrespiratoria”, “sepsis”, “HDA” o se han desechado. Se acepta la alegación y se incluyen en el documento.
- Especificar en que consiste la dirección técnica unificada de la Urgencia Vital, que ámbito de actuación tiene y como se va a implementar

- Considerar que si se incluye la formación del personal debe tenerse en cuenta que formar a los profesionales de Atención Primaria en Soporte Vital Avanzado no es útil porque no tienen los instrumentos para atenderla

- Incluir alguna acción o programa de desarrollo de la hospitalización a domicilio

- Colocar el capítulo de transformación del modelo antes del plan de acción

- Disminuir la extensión en el documento del modelo de atención a crónicos

- Extender los nuevos servicios a desarrollar a pacientes no incluidos en programa de crónicos

- Especificar que en las Unidades funcionales el responsable sea el "líder clínico"; al que se le dotará de tiempo y exigirán resultados y valoración por su equipo

- Incentivación proporcional a responsabilidad e implicación

- Incluir alianzas con los colegios profesionales

- Elaborar un Plan de difusión entre los profesionales

- Contemplar la incentivación de los profesionales para mejorar adherencia

- Ampliar el capítulo dedicado al impacto económico

- Actualización de los datos del Diagnóstico

- Especificar las funciones y composición del Consejo de gestión clínica

- Promover la autogestión y creación de unidades de gestión clínica

- Incluir el cronograma en cada una de las Estrategias

- En las estructuras de coordinación interniveles especificar que en la autocita en Asistencia Especializada se mantienen los criterios clínicos marcados por el especialista

Aportaciones no incorporadas al Plan

Aportaciones aprobadas para el desarrollo del Plan: No se incluyen en el documento del Plan, sin embargo se consideran adecuadas para ser introducidas en el proceso de implantación del mismo

- Especificar como se desarrollará la Escuela de pacientes

- Profundizar en los recursos necesarios para las Unidades funcionales

- Introducir alertas para el profesional sanitario cuando el usuario incorpora sus datos de autocontrol

- Adecuar las plantillas para que puedan realizar las acciones de las Estrategias

Aportaciones fuera de alcance del documento: Conceptualmente pueden ser adecuadas, sin embargo no se considera que deban formar parte de un Plan de Salud, ya que este es un documento estratégico y no operativo

- Unificar la dependencia y funcionamiento de las UVIS móviles, dependiendo del Hospital

- Cuantificar el costo de la Historia 2.0, seguridad y tiempo necesario para la implantación

COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA

Aportaciones incorporadas al Plan

- Acuerdo marco entre el Colegio de Enfermería y el Departamento de Salud para la formación del colectivo de enfermería

- Enfermeras gestoras de casos y Estrategia de Atención a pacientes pluripatológicos:

- Contar con herramientas tecnológicas adecuadas a la actividad que se pretende realizar

- Desarrollo de una formación de acuerdo a las nuevas necesidades

Aportaciones aprobadas parcialmente

- Crear una unidad de "salud en las escuelas" dependiente del ISPLN:

- Se incorpora la presencia de enfermería en las escuelas, si bien no se ha considerado pertinente la creación de una Unidad.

Aportaciones no incorporadas al Plan

Aportaciones aprobadas para el desarrollo del Plan: No se incluyen en el documento del Plan, sin embargo se consideran adecuadas para ser introducidas en el proceso de implantación del mismo

- Adecuar las plantillas para conseguir mayor eficacia de la Estrategia de Atención a pacientes pluripatológicos.

- Realizar un estudio de situación, objetivos a cumplir, valorar incidencia de patologías crónicas y definir un modelo/protocolo de actuación para la integración de las enfermeras en los equipos docentes en los centros escolares.

COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS

Aportaciones aprobadas

- Realizar un Plan piloto de colaboración de las farmacias en 24 acciones del Plan, con evaluación

de los resultados obtenidos y posterior implantación si éstos fueran satisfactorios

- Colaboración de las oficinas de farmacia en Programa comunitario de Intervención frente al tabaco

- Colaboración de las oficinas de farmacia en la Estrategia de Autocuidados en Procesos Crónicos

- Colaboración de las oficinas de farmacia en la Estrategia de Autocuidados en Procesos Agudos Autorresolubles

- Colaboración de las oficinas de farmacia en los programas de prevención del Cáncer para reducir factores de riesgo: tabaco, obesidad, alcohol, exposición al sol

- Colaboración de las oficinas de farmacia en la promoción de estilos de vida saludables en ejercicio y alimentación

- Colaboración de las oficinas de farmacia en el Programa de Autocuidados

- Colaboración de las oficinas de farmacia en el Programa de Prevención y detección precoz de la EPOC y Asma mediante la prevención comunitaria universal frente al Tabaco

- Colaboración de las oficinas de farmacia en Colaboración de las oficinas de farmacia en el Programa de Prevención y detección precoz de la EPOC y Asma mediante la recomendación general de abandono del tabaco

- Colaboración de las oficinas de farmacia en el Programa de Conciliación de la medicación y adherencia al tratamiento mediante la conciliación periódica de la medicación de pacientes polimedicados

- Colaboración de las oficinas de farmacia en los programas de prevención de errores asociados a medicamentos y dispositivos sanitarios , concretamente en el de conciliación de la medicación para evitar los efectos de la sobremedicalización

- Colaboración de las oficinas de farmacia en los programas de prevención de errores asociados a medicamentos y dispositivos sanitarios , concretamente en el programa de prevención de errores en la preparación y administración

- Colaboración de las oficinas de farmacia en el impulso del Ejercicio en la escuela y prevención de la obesidad.

- Colaboración de las oficinas de farmacia en la Detección precoz selectiva de EPOC

- Colaboración de las oficinas de farmacia en el Programa de Prevención y detección precoz de la EPOC y Asma mediante la prevención selectiva de tabaquismos en adolescentes y jóvenes.

Aportaciones aprobadas parcialmente: Se acepta la participación, pero es necesario determinar la metodología

- Colaboración de las oficinas de farmacia en la prevención cardiovascular mediante la sistematización de la evaluación periódica del riesgo cardiovascular individual a toda la población según recomendaciones por edad, sexo, etc.

- Colaboración de las oficinas de farmacia en el cribado de Hiperglucemia en personas con factores de riesgo.

Aportaciones no incorporadas al Plan

Aportaciones no incorporadas porque no se han considerado adecuadas:

- Colaboración de las oficinas de farmacia en el impulso a la Red de Escuelas Promotoras de Salud.

- Colaboración de las oficinas de farmacia en el despliegue del Programa de detección Precoz de Cáncer Colorrectal.

- Colaboración de las oficinas de farmacia en los Talleres de apoyo para dejar el tabaco.

- Colaboración de las oficinas de farmacia en los Talleres educativos sobre alimentación saludable.

- Colaboración de las oficinas de farmacia en la puesta en marcha de la Escuela de Pacientes y Cuidadores.

- Colaboración de las oficinas de farmacia en el diagnóstico de EPOC Tele-espirometría.

COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL Y ASISTENTES SOCIALES

Aportaciones incorporadas en el Plan

- Mayor orientación social

- Aludir a las políticas sociales implementadas y relacionadas con la accesibilidad al sistema público de atención sanitaria o las de compensación de rentas

- Reconocer a la familia de las personas con demencia como “paciente”

- Definición de discapacidad en términos de diversidad funcional y no de incapacidad

- Análisis transversal de los conceptos de discapacidad y dependencia con los cuatro pilares

del bienestar social: sanidad, pensiones, educación y servicios sociales

- Mayor dimensión ética
- Explicitar la inclusión de “Cartera de servicios de Trabajo social en A.P^a de salud” en todas las estrategias
- Incluir la coordinación de los protocolos y procedimientos de Trabajo Social con los de Política Social en discapacidad, salud mental, demencia, ictus, pluripatológico y dolor
- En el Programa comunitario de atención a la infancia y adolescencia incluir:
 - Implementación real del programa de atención a la infancia
 - Un Plan de mejora en el diagnóstico de trabajo social sanitario y asesoramiento psicosocial
 - Trabajo Social y atención preferente a la captación de la población infantil en riesgo
 - Atención a los aspectos psicosociales del niño y redes sociales próximas
- En el Programa de promoción de la salud y cuidados en la población adulta incluir:
 - Protocolo trabajo social en el seguimiento del anciano frágil
 - Cambiar clase social por las variables sociales recogidas en la Historia Clínica Informatizada que recoge las propuestas por la Sociedad Española de Epidemiología
 - Anular la inclusión de las variables de equidad propuestas en el baremo para concesión de subvenciones para evitar generar un marco perverso de incentivos
- En la Estrategia de Atención a la Discapacidad y prevención de la dependencia
 - Protocolo valoración social dependencia
 - Protocolo seguimiento fragilidad
- En la Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas
 - Incluir la evaluación de la implementación de la Guía de demencia en A.P.^a
- Como instrumentos estratégicos:
 - Estructuras estables y generalizadas de coordinación y abordaje intersectorial, en materia de salud infantil entre Educación, Sanidad y Servicios Sociales

– Desarrollo de la historia clínica que permita la recogida sistemática y eficaz de información relativa a trabajo social

- En el análisis de la violencia no insistir en las causas personales estigmatizadoras e incluir las causas sociales e históricas.
 - Incluir la actividad de las trabajadoras sociales en el Diagnóstico.
 - Homogenizar la redacción de los apartados
 - Mayor atención al impacto de la crisis.
 - Alusión al impacto de la pobreza en la infancia.
 - Cuantificación de los trastornos mentales menos graves y su relación con factores contextuales.
 - Reunir e integrar los esfuerzos de las distintas agencias en la Estrategia de Atención a la Discapacidad y prevención de la dependencia
 - Mayor visión social en infancia, demencia, salud mental y violencia.
 - En la atención a los problemas emergentes psicosociales incorporar una perspectiva más integral.
 - Mayor presencia de otras figuras profesionales, además de medicina y enfermería
 - En el Programa de promoción de la salud y cuidados en la población adulta incluir la Educación para la Salud
- Aportaciones incorporadas parcialmente en el Plan: en nuevos roles y perfiles profesionales se describe el papel en el Plan de los distintos profesionales
- En el Programa de promoción de la salud y cuidados en la población adulta incluir el trabajador/ra social como profesional de enlace entre equipo asistencial y comunidad.
 - En la Estrategia de Atención a la Discapacidad y prevención de la dependencia
 - Trabajador/ra social como referente
 - Valoración del Trabajador trabajadora social de la red social de apoyo
 - Trabajador/ra social como profesional de enlace entre equipo asistencial y comunidad
 - Trabajador-ra social sanitario como coordinadora sociosanitaria
 - En la Estrategia de Cáncer

– Trabajador-ra social sanitario como coordinadora sociosanitaria

– Trabajador-ra social sanitario como coordinadora con recursos comunitarios

- En la Estrategia de Salud Mental

• El trabajador-trabajadora social como profesional para coordinar los protocolos y procedimientos de Trabajo Social en Salud Mental con los de Política Social

• Contemplar el Trabajador o Trabajadora Social como gestor o gestora de casos sociosanitarios. Sustituir en el documento la “gestión de casos” por “Trabajadora/or social. Metodología de gestión de casos” y “Trabajadora/or social. Metodología de gestión de casos sociosanitario” en el caso de Salud Mental, Neurodegenerativas y demencia, ictus y Pluripatológico

Aportaciones no incorporadas al Plan

Aportaciones no incorporadas porque no se han considerado adecuadas:

• Capacidad de decisión de los Consejos con participación ciudadana

Aportaciones fuera de alcance del documento: Conceptualmente pueden ser adecuadas, sin embargo no se considera que deban formar parte de un Plan de Salud, ya que este es un documento estratégico y no operativo

• Incluir el derecho del ciudadano a una atención social, además de la sanitaria

• En el Programa de promoción de la salud y cuidados en la población adulta incluir talleres de sensibilización hacia el ocio y fomento de la participación social

Aportaciones no incorporadas aprobadas para el desarrollo del Plan: No se incluyen en el documento del Plan, sin embargo se consideran adecuadas para ser introducidas en el proceso de implantación del mismo

• Cuantificación y determinación de recursos sociosanitarios y de rehabilitación: alojamientos alternativos al familiar, centros ocupacionales, centros laborales o prelaborales, centros psicosociales, otros recursos de rehabilitación.

• Analizar el ratio paciente /profesional, nº de pacientes por cupo , tiempo asistencial, distribución de cargas de trabajo, porcentaje de consultas programadas, domiciliarias, espontáneas/urgentes, depuración de historias clínicas, captación de población activa, índice socioeconómico, grado de

derivaciones improcedentes , nº de horas de formación de los profesionales....

- Como instrumentos estratégicos:

– Contemplar garantías de desarrollo para los sistemas de registro y monitorización de los procesos.

- En Seguimiento y evaluación

– Indicadores claros de riesgo psicosocial en la infancia

- Cuantificar el costo de la historia sociosanitaria

• En las enfermedades transmisibles; vigilancia y atención a la población en situación o riesgo de exclusión social, de aquella, que por no estar empadronada, se escapa al control de salud pública

COLEGIO OFICIAL DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES (COTONA-NALTE)

Aportaciones incorporadas en el Plan

• Que en los grupos de trabajo para el desarrollo de las estrategias se incorporen los terapeutas ocupacionales

• En el Programa de prevención de complicaciones en los Cuidados del Mayor, en una de las acciones clave, proponen sustituir ayudas técnicas por productos de apoyo

Aportaciones no incorporadas al Plan

Aportaciones fuera de alcance del documento: Conceptualmente puede ser adecuadas, sin embargo no se considera que deba formar parte de un Plan de Salud

• Incluir un marco normativo donde se evidencie el papel de las distintas profesiones, especialmente las sanitarias.

COLEGIO OFICIAL DE FISIOTERAPEUTAS

Aportaciones incorporadas al Plan

• Dentro del objetivo de Disminuir la discapacidad y promover la autonomía personal, propone cambiar el objetivo específico 3.5: “Incrementar las actividades de estimulación precoz con: rehabilitación, fisioterapia y logopedia de niños y adolescentes, en colaboración con los Departamentos de Políticas Sociales y Educación”

• Dentro del Programa de Atención a Enfermedades Neuromusculares modificar una de las acciones clave que quedaría: “Unidad de rehabilitación neurológica: fisioterapia neurológica, foniatría y terapia ocupacional”

• Dentro del Programa de prevención de complicaciones en los Cuidados del Mayor propone

modificar una de las acciones clave dejándola así: “Generalizar la prescripción del ejercicio terapéutico personalizado”

- En la Estrategia de Prevención y Atención a Enfermedades Vasculares y Diabetes, incluir Programas fisioterapéuticos de readaptación al esfuerzo.

- En la Estrategia de Rehabilitación Respiratoria y Deshabitación Tabáquica Avanzada, incluir “Facilitar el acceso a fisioterapia respiratoria domiciliaria y dispositivos móviles”.

- En el Programa socio-sanitario de Rehabilitación Funcional de ámbito comarcal se propone que la generalización del ejercicio personalizado este sea terapéutico

- En el Programa de Prevención Primaria de Enfermedad Vasculares propone modificar la acción: “Prescripción de dieta, ejercicio físico terapéutico, abandono del hábito tabáquico”

Aportación incorporada parcialmente al Plan:

- En el objetivo general de Contribuir a la sostenibilidad del Sistema Sanitario, propone, además de incrementar los servicios de convalecencia domiciliaria y residencial en el entorno, incluir la fisioterapia domiciliaria:

- Se incluye la rehabilitación domiciliaria si bien se evita precisar una modalidad específica.

Aportaciones no incorporadas al Plan

No se ha considerado necesario especificar la modalidad de RHB

- En la Estrategia de Prevención y Atención a las Enfermedades Respiratorias, propone incorporar un “Programa de fisioterapia respiratoria en EPOC y Asma”

- En el Programa socio-sanitario de Rehabilitación Funcional de ámbito comarcal se propone introducir una acción clave: “Promover actividades grupales de fisioterapia”

- En el Programa de Rehabilitación Respiratoria y Deshabitación Tabáquica Avanzada propone cambiar los “Programas de rehabilitación respiratoria en los casos de EPOC moderado/grave” por “Programas de fisioterapia respiratoria en los casos de EPOC moderado/grave”.

- Dentro del objetivo general de Disminuir la morbilidad y severidad de las patologías priorizadas propone modificar dos objetivos específicos dejándolos así: “Incrementar el porcentaje de pacientes que reciben atención y tratamiento fisioterápico para favorecer su proceso de rehabilita-

ción cardíaca o respiratoria” e “Incrementar el porcentaje de pacientes con enfermedades neurodegenerativas que reciben atención y tratamiento fisioterápico (en lugar de RHB funcional) para favorecer su proceso de rehabilitación funcional y adaptación a su entorno .

- En el Programa de Programa de atención y rehabilitación del Ictus propone cambiar dos acciones clave llamándolas así: “Programa de intervención fisioterápica en el proceso de rehabilitación de la fase aguda para lograr la máxima recuperación funcional posible tras un Ictus” y “Programa de convalecencia residencial con intervención fisioterápica”.

- En el Programa de Rehabilitación Respiratoria y Deshabitación Tabáquica Avanzada propone modificar una de las acciones clave dejándola así: “Programas de intervención fisioterápica en el proceso de rehabilitación respiratoria y deshabitación tabáquica avanzada”.

En varias aportaciones se recoge la necesidad de modificar rehabilitación por rehabilitación y fisioterapia, no se ha considerado necesario especificar la modalidad de rehabilitación

- En el objetivo general de Disminuir la discapacidad y promover la autonomía personal, propone modificar tres objetivos específicos que quedarían así: “Incrementar el porcentaje de pacientes que reciben rehabilitación y fisioterapia cardíaca y/o respiratoria”, “Incrementar el porcentaje de pacientes con enfermedades neurovegetativas que reciben rehabilitación y fisioterapia para su adaptación al entorno, especial atención al Ictus y a la fractura de cadera” e “Incrementar el porcentaje de pacientes con enfermedades neurovegetativas que reciben estimulación cognitiva mediante rehabilitación y fisioterapia para su adaptación al entorno”.

- En el objetivo general de Mejorar la equidad en los resultados de salud, propone modificar un objetivo específico que quedarían así: “Reducir las diferencias existentes el acceso a técnicas intervencionistas, acceso a y a técnicas de rehabilitación y fisioterapia y estimulación cognitiva”.

- En la Estrategia de prevención y atención a la discapacidad propone modificar dos programas que quedarían así: “Programa sociosanitario de rehabilitación y fisioterapia de ámbito comarcal” y “Programa de rehabilitación y fisioterapia de convalecencia residencial”

- En la Estrategia de Prevención y Atención a Enferm. Vasculares y Diabetes propone modificar

un programa que quedaría así “Programa de atención, rehabilitación y fisioterapia del ictus”

- En la Estrategia de Prevención y Atención a la Discapacidad, propone cambiar uno de los programas que quedaría así: “Programa sociosanitario de Rehabilitación y Fisioterapia de ámbito comarcal”

- En el Programa socio-sanitario de Rehabilitación Funcional de ámbito comarcal se propone que cambie un programa que quedaría así: “Rehabilitación y Fisioterapia básica de ámbito comarcal, ambulatoria y domiciliaria”

- En el Programa de Convalecencia Residencial Rehabilitadora (física y psíquica) propone cambiar una de las acciones clave que quedaría así: “Definición de perfiles de pacientes y procesos susceptibles de convalecencia residencial rehabilitadora y fisioterápica”

- En el Programa de atención y rehabilitación del Ictus propone modificar dos acciones clave que quedarían así: “Programa de rehabilitación y fisioterapia en fase aguda para lograr la máxima recuperación funcional posible tras un Ictus” y “Programa de convalecencia residencial rehabilitadora y fisioterápica”

- En el despliegue y cronograma de la Estrategia de Discapacidad propone sustituir el redactado de “convalecencia residencial sociosanitaria y rehabilitadora por el de “Convalecencia residencial sociosanitaria y con intervención fisioterápica en el proceso de rehabilitación”

- En el despliegue y cronograma de la Estrategia de enfermedades respiratorias propone sustituir el redactado de “Programa de rehabilitación respiratoria” por el de “Programa de fisioterapia respiratoria”

En varias propuestas que proponen realización de ejercicio se pide que se especifique que este sea terapéutico. Se considera apropiado la denominación de ejercicio “terapéutico” únicamente para el que va dirigido a pacientes afectados por procesos patológicos, sin embargo, no se considera una denominación adecuada en los programas de promoción y prevención dirigidos a la población general.

- En el Programa de intervención personalizada sobre estilos de vida propone cambiar una de las acciones clave que quedaría así: “Prescripción personalizada de ejercicio terapéutico”

- En el Programa de envejecimiento saludable propone modificar una de las acciones clave que quedaría así: “Promoción del ejercicio terapéutico en mayores de 70 años”

- Dentro del Programa de prevención de complicaciones en los Cuidados del Mayor propone modificar una de las acciones clave dejándola así: “Generalizar la prescripción de ejercicio físico terapéutico personalizado”

Aportaciones aprobadas para el desarrollo del Plan: No se incluyen en el documento del Plan, sin embargo se consideran adecuadas para ser introducidas en el proceso de implantación del mismo

- Introducir la figura del fisioterapeuta en las distintas estrategias. En el Plan esta figura está incluida en el capítulo de nuevos roles y perfiles profesionales.

Aportaciones fuera de alcance del documento: Conceptualmente pueden ser adecuadas, sin embargo no se considera que deban formar parte de un Plan de Salud, ya que este es un documento estratégico y no operativo

- En las políticas interdepartamentales como instrumento estratégico del Plan, en las que requieren la colaboración con Educación, incluir “la intervención educativa de los fisioterapeutas en los colegios sobre higiene postural y prevención de problemas musculoesqueléticos” y el “Programa de higiene postural del escolar por el fisioterapeuta”

- Incluir el servicio de fisioterapia en las actuaciones sobre dolor crónico

- Incluir la Integración del fisioterapeuta en el servicio de neurología y unidad de ictus para la atención integral durante la hospitalización en el Programa de atención y rehabilitación del Ictus

Aportaciones no incluidas en el Plan por no considerarse adecuadas u oportunas:

- Incluir la fisioterapia en Salud Mental

- Incluir la formación en fisioterapia y Salud Mental

- En el Programa de Prevención Primaria de Enfermedad Vasculare propone modificar “Coordinar y racionalizar los autocontroles y los controles entre Médico, Enfermera y Fisioterapeuta de AP”

- En la Estrategia De Prevención y Atención a Enfermedades Vasculares y Diabetes propone cambiar uno de lo Programas dejándolo así: “Programa de atención y proceso de rehabilitación de la Isquemia Cardíaca”

- En el Programa de atención y rehabilitación de la Isquemia Cardíaca propone cambiar uno de lo Programas dejándolo así: “Programa de intervención fisioterápica en el proceso de rehabilitación cardíaca”

- En el Programa de Rehabilitación Respiratoria y Deshabitación Tabáquica Avanzada propone añadir una acción clave: “Protocolos de actuación fisioterápica en el Asma y EPOC”

- Dentro de las Creación nuevas áreas clínicas o institutos en el marco de las Estructuras de coordinación orientadas al paciente como instrumentos estratégicos del Plan, propone incluir la “creación área de fisioterapia en diferentes patologías, fisioterapia cardíaca, respiratoria, neurológica...”

- En el despliegue y cronograma de la Estrategia de enfermedades vasculares y diabetes propone modificar dos programas dejándolos así: “Programa de Fisioterapia en el proceso de rehabilitación cardíaca” y “Programa de Fisioterapia en la recuperación funcional del Ictus”.

- En la definición de estructura de las Estrategias del Plan propone el cambio de nombre de algunos programas dejándolos de la siguiente manera: “Convalecencia residencial con intervención fisioterápica”, “Atención y fisioterapia en la isquemia cardíaca” y “Atención en intervención fisioterápica en el ictus”.

- En el menciona el “Desarrollo de nuevos Servicios de Rehabilitación y fisioterapia en afecciones Cardíacas, Respiratorias y Funcionales de ámbito Comarcal”.

- En el capítulo de presupuestos se proponen dos modificaciones en el texto: “Desarrollar actividades y campañas de comunicación (obesidad infantil, promoción del Ejercicio físico terapéutico, etc.)” y “Desarrollo de nuevos Servicios de Rehabilitación y fisioterapia en afecciones Cardíacas, Respiratorias y Funcionales de ámbito Comarcal”.

- Propone cambios en los siguientes indicadores:

- % de pacientes con enfermedades neurodegenerativas que reciben estimulación cognitiva e intervención fisioterapéutica y tratamiento fisioterapéutico.

- % de pacientes con linfedema y tratamiento fisioterápico”.

- Número de niños valorados en el programa de estimulación precoz y nº de niños que reciben intervención fisioterapéutica

- % de pacientes que reciben intervención fisioterápica cardíaca tras IAM.

- % de pacientes con EPOC severos que reciben fisioterapia respiratoria.

- “% pacientes con ictus y fractura de cadera que han recibido intervención fisioterápica”.

APORTACIONES RECIBIDAS DURANTE EL PROCESO DE PARTICIPACIÓN DE LA CIUDADANÍA

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE FISIOTERAPIA (AEF)

Aportaciones incorporadas al Plan

- Impulsar la participación del fisioterapeuta en programas de prevención basados en el ejercicio físico.

- Incluir la creación de programas de fisioterapia desde A.P.

- Matizar que la prescripción de ejercicio físico será “Prescripción por el fisioterapeuta de Ejercicio Físico”

- En la descripción de las actuaciones sobre el Asma incluir tratamiento y valoración de fisioterapia

- En el Programa socio-sanitario de Rehabilitación Funcional de ámbito comarcal matizar una de las acciones clave que quedaría: “Generalizar la prescripción por el fisioterapeuta de ejercicio físico terapéutico personalizado”

- En el Programa Prevención Secundaria de Enfermedad Vascolar, matizar una de las acciones clave que quedaría: “Programa de autocuidados incluyendo prescripción de ejercicio físico terapéutico”.

- En el Programa Prevención Secundaria de Enfermedad Vascolar, matizar una de las acciones clave que quedaría: “Programa de autocuidados incluyendo prescripción de ejercicio físico terapéutico”.

- En el Programa de atención a la Diabetes, añadir la acción clave: “Prescripción de ejercicio físico terapéutico individualizado”.

- En el Programa de Rehabilitación Respiratoria y Deshabitación Tabáquica Avanzada matizar una de las acciones clave que quedaría: “Prescripción de ejercicio físico terapéutico”.

- En las alianzas con las asociaciones de mayores, en el marco de las alianzas con agentes externos, como instrumento estratégico del Plan, incluir un Programa de mejora de la actividad física en la tercera edad.

- Incluir fisioterapia en Atención Primaria

Aportación incorporada parcialmente al Plan:

- Dentro del objetivo de Promover estilos de vida saludables y reducir riesgos para la salud, propone cambiar uno de los objetivos específicos:

“Fomentar la actividad física en la población en general e incrementar el ejercicio físico terapéutico en grupos de riesgo, incluidos los pacientes crónicos y las personas mayores:”

- Dentro del objetivo de Mejorar la equidad en los resultados de salud, propone cambiar uno de los objetivos específicos: “Reducir las diferencias existentes en las áreas de Salud de Navarra en el acceso a las intervenciones previstas en el Plan de Salud tales como el acceso a nuevas terapias y a procedimientos fisioterápicos y de rehabilitación y estimulación cognitiva.”

- Dentro del objetivo de Contribuir a la sostenibilidad del Sistema Sanitario, propone cambiar uno de los objetivos específicos: “Incrementar los servicios de convalecencia e intervención fisioterápica domiciliaria y residencial en el entorno y reducir las estancias hospitalarias por convalecencia y/o intervención fisioterápica.”

- Dentro de la Estrategia de Prevención y atención a enferm. vasculares y diabetes, propone cambiar dos programas: “Programa de atención y abordaje fisioterapéutico en el proceso de rehabilitación de la isquemia cardiaca” y “Programa de atención y abordaje fisioterapéutico en el proceso de rehabilitación del ictus”

- Dentro de la Estrategia de Prevención y atención a enferm. respiratorias, propone cambiar el enunciado de un programa: “Programa de atención y tratamiento fisioterápico en el proceso de rehabilitación respiratoria y deshabituación tabáquica avanzada”

- Creación de Unidad de Fisioterapia de AP. Se prevé la incorporación a Atención Primaria de la figura del fisioterapeuta pero no se concreta la necesidad de creación de una Unidad

Aportaciones no incorporadas al Plan

No se ha considerado adecuado:

- En la descripción de la “orientación socio-sanitaria” como principio del Plan: incluir fisioterapia como tratamiento y prevención en las AVD.

- Incluir en el Plan el Programa de atención fisioterápica del paciente encamado.

- En el despliegue del Plan de Salud, en la Estrategia de Discapacidad, incluir en el cronograma “guías de actuación fisioterápica domiciliaria”

- En la relación de indicadores de la estrategia de discapacidad matizar uno de ellos que quedaría: % de pacientes crónicos en cuya Hª Clª consta que se ha prescrito ejercicio físico terapéutico y abandono del tabaco. Tratamiento fisioterápico”

- En el Programa socio-sanitario de Rehabilitación Funcional de ámbito comarcal añadir una acción clave: Puesta en marcha de Unidades de Fisioterapia domiciliaria.”

- Cambiar la denominación del Programa de Convalecencia Residencial Rehabilitadora (física y psíquica) por el de “Programa de Convalecencia Residencial con intervención fisioterápica y rehabilitación psíquica.”

- En el Programa de Convalecencia Residencial Rehabilitadora (física y psíquica) propone cambiar una acción clave: “Definición de perfiles de pacientes y procesos susceptibles de convalecencia residencial con intervención fisioterápica y rehabilitación psíquica.”

- En el programa de atención al Parkinson y otros trastornos del movimiento, matizar una acción clave que se propone quede así: “Unidad de intervención y tratamiento fisioterápico neurológico” .

- En el Programa de Rehabilitación Respiratoria y Deshabituación Tabáquica Avanzada, matiza una acción clave que se propone quede así: “Estructurar programas de intervención fisioterápica respiratoria en los casos de EPOC moderado/grave”, así como pacientes con asma como medida terapéutica y preventiva.”

No se ha considerado adecuado especificar la modalidad de RHB

- En el Programa de Atención Temprana añadir fisioterapia a los programas de valoración, estimulación y RHB.

- Dentro del objetivo de Disminuir la discapacidad y promover la autonomía personal, propone cambiar uno de los objetivos específicos: “Incrementar el porcentaje de pacientes con enfermedades neurodegenerativas que reciben estimulación cognitiva y tratamiento fisioterápico para facilitar su proceso de rehabilitación funcional y adaptación a su entorno

- Cambiar la denominación de Programa socio-sanitario de Rehabilitación Funcional de ámbito comarcal por la de “Programa socio-sanitario de intervención fisioterápica en el proceso de rehabilitación funcional de ámbito comarcal”.

- En el Programa socio-sanitario de Rehabilitación Funcional de ámbito comarcal propone cambiar dos acciones clave: “Promover actividades grupales de intervención fisioterápica en los procesos de rehabilitación funcional” e “Intervención fisioterápica en los procesos de rehabilitación fun-

cional básica de ámbito comarcal, ambulatoria y domiciliaria.”

- En el programa de atención a Enfermedades Neuromusculares, matiza una acción clave que se propone quede así “intervención fisioterápica para la reeducación de la marcha, foniatría y terapia ocupacional”

En varias propuestas que proponen realización de ejercicio se pide que se especifique que este sea terapéutico. Se considera apropiado para los procesos patológicos, sin embargo, en los programas de promoción y prevención se considera que el ejercicio no está asociado a ninguna patología.

- En el programa de envejecimiento saludable, en la acción clave “Incluir en la cartera de servicios de las Residencias talleres de memoria y ejercicio” matizar que es “ejercicio físico terapéutico”

- En el despliegue del Plan de Salud, en la estrategia de promoción de salud y autocuidados en adultos, matizar uno de los programas que quedaría: “Programa comunitario de promoción del Ejercicio físico terapéutico”

- En el programa de envejecimiento saludable, propone cambiar una acción clave: “Promoción del ejercicio físico terapéutico en mayores de 70 años”

- En el programa de envejecimiento saludable, matizar una acción clave que se propone quede así: “Promover la oferta de ejercicio físico terapéutico y estimulación cognitiva y social en los centros de mayores”

- En el programa de atención a la demencia, matizar una acción clave que se propone quede así: “protocolo de estimulación cognitiva y ejercicio físico terapéutico en pacientes ambulatorios, domiciliarios e institucionalizados. Criterios de derivación a Unidad de Memoria

- En las alianzas con las asociaciones de mayores, en el marco de las alianzas con agentes externos, como instrumento estratégico del Plan, matiza una de las áreas de trabajo que se propone quede así: “Promover la oferta de ejercicio físico terapéutico y estimulación cognitiva y social en los centros de mayores”

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE FISIOTERAPEUTAS EN SALUD MENTAL

Aportaciones no incorporadas al Plan

Aportaciones aprobadas para el desarrollo del Plan: No se incluyen en el documento del Plan, sin embargo se consideran adecuadas para ser introducidas en el proceso de implantación del mismo

- Participación de los fisioterapeutas de SM en los programas de TMG, TMC e infanto-juvenil

- Participación de la AEF-SM en el Plan Plurianual de Formación y Desarrollo Profesional del Departamento de Salud en los capítulos específicos de formación en Salud Mental y Enfermedades Crónicas

Aportaciones fuera de alcance del documento: Conceptualmente pueden ser adecuadas, sin embargo no se considera que deban formar parte de un Plan de Salud, ya que este es un documento estratégico y no operativo

- Introducir la figura de los fisioterapeutas de SM en la Red

- Que la AEF-SM forme parte del Comité de Expertos en Atención a las Demencias

- Que la AEF-SM forme parte del Comité Técnico de la Estrategia de Salud Mental

OTROS PROFESIONALES SANITARIOS

Aportaciones incorporadas al Plan

- Añadir el programa de rehabilitación en la Insuficiencia Cardíaca

- Incluir la rehabilitación en la definición del programa de Insuficiencia cardíaca que quedaría: programa de atención y rehabilitación de la Insuficiencia cardíaca

- En la Ordenación de la atención a la Urgencia Vital añadir la Regulación del Código Parada Cardíaca Extrahospitalaria.

- En el Programa de atención a la Insuficiencia Cardíaca modificar una de las acciones clave que quedaría: “protocolo informatizado compartido (AP-AE) de IC (sobra lo de nuevos fármacos) y herramienta común en HCI (ficha tapiz)”

- Incrementar y mejorar el consentimiento informado en Salud Mental

- Disminuir la medicalización en trastornos adaptativos y mentales menos graves

- Analizar la naturaleza del estigma social que padecen las personas con enfermedad mental y las causas que lo producen.

- Incluir como problemas emergentes las caídas y fracturas, el declive funcional y el delirium, la polifarmacia, los malos tratos y la depresión en mayores.

- Aumentar la sensibilidad geriátrica.

- Monitorización del estado físico y emocional de las personas mayores

- En la Estrategia de dependencia establecer la figura de una persona responsable.

- Incluir la atención a los síndromes geriátricos como predictores de discapacidad

- Prestar atención a las necesidades de las personas mayores aunque no sean crónicos o pluriopatológicos

- Contemplar también la discapacidad no catastrófica

- Mayor participación de los usuarios en la determinación de sus necesidades

- En el Programa de intervención personalizada sobre estilos de vida añadir "EpS talleres para el control de la obesidad"

- Participación de geriatría en programas de envejecimiento saludable

- En la Estrategia de dependencia actuar sobre la fragilidad

- En el programa de Promoción primaria de enfermedad vascular se propone y se acepta Añadir "Programas de control y tratamiento efectivo de la HTA y Diabetes

- En el Programa de atención a la Insuficiencia Cardíaca se propone añadir desarrollo de los "Cuidados Paliativos en la IC avanzada"

- Pasar el despistaje de la Hiperlipemia Familiar en At. Primaria, Cardiología, Neurología y Endocrinología del programa de prevención secundaria de enfermedad vascular al de prevención primaria.

- Introducir acciones para evitar el encamamiento y sus consecuencias en la estrategia de Discapacidad.

- Incluir la atención a la población inmigrante en situación administrativa irregular (respetando la normativa legal vigente).

- En la estrategia de "Atención a pacientes pluriopatológicos" debe figurar la persona o personas que la "lideren-coordinen"

Aportaciones incorporadas parcialmente

- Evaluar y manejar el impacto de la enfermedad sobre la autoestima, la relación con otros y la capacidad para funcionar en roles importantes.

- En el programa de Promoción primaria de enfermedad vascular se propone añadir "Intervención específica para la prevención y control de la Obesidad"

- En el Programa de atención a la Insuficiencia Cardíaca matizar una de las acciones clave que se propone así: "Alternativas a la hospitalización convencional en caso de reagudización: Hospital de Día Médico Polivalente diseñado conforme a los estándares y recomendaciones del Ministerio y Hospitalización a Domicilio coordinada con AP y AE"

- Crear un observatorio de la discapacidad asociada a Salud Mental.

Aportaciones no incorporadas al Plan

Aportaciones no incorporadas porque no se han considerado adecuadas:

- Añadir "EpS talleres apoyo práctica de ejercicio" como acción clave en el Programa de intervención personalizada sobre estilos de vida en la estrategia de promoción de salud y autocuidados en población adulta

- Introducir la figura de geriatría

- Abordaje integral de los pacientes con demencia desde la especialidad de geriatría

- Que las urgencias extrahospitalarias dependan del Hospital

- Introducir en el panel de indicadores para seguimiento y evaluación del Plan, el indicador: Tasa de mortalidad en personas mayores de 55 años bajo tratamiento psicofarmacológico

Aportaciones aprobadas para el desarrollo del Plan: No se incluyen en el documento del Plan, sin embargo se consideran adecuadas para ser introducidas en el proceso de implantación del mismo

- En el programa de a Prevención Secundaria de Enfermedad Vascolar añadir: "Análisis de indicadores de control de factores de riesgo en pacientes con patología vascular (cardiopatía isquémica, Ictus, Arteriopatía), por áreas, zonas de salud y facultativos, con traslado de la información a todos los implicados

- En el apartado de responsables de las Estrategias, en el grupo de la Estrategia de Urgencias tiempo dependientes incluir la participación de representantes de: Área del Corazón, Neurología, UCI y 112.

- Estudiar la naturaleza y evolución de los usos de las instituciones destinadas al sector terciario en Salud Mental y las trayectorias de los pacientes allí alojados.

- Mejorar la recogida de información en salud mental I-J

- Incluir en el Diagnóstico la esperanza de vida en los grupos de mayores de 65 años

- Mejorar los indicadores de discapacidad y no equipararlos a dependencia

- En la Estrategia de dependencia incorporar el trabajo conjunto del sistema sanitario y social en pacientes dependientes con guías comunes, objetivos comunes, bases de datos compartidas.

- Hacer seguimiento de la evolución del uso de psicofármacos por distintas variables

- Añadir "Facilitar la implantación del SISNA como sistema de notificación de efectos adversos y errores" en el programa Sistemas de Identificación Inequívoca y Notificación de la estrategia de Seguridad del paciente.

- Formar a los profesionales en atención a la urgencia vital básica no avanzada en politrauma

- Dentro de la Estrategia "Atención a pacientes pluripatológicos" sería conveniente añadir un "programa de desprescripción de fármacos"

Aportaciones fuera de alcance del documento: Conceptualmente pueden ser adecuadas, sin embargo no se considera que deban formar parte de un Plan de Salud, ya que este es un documento estratégico y no operativo

- Considerar las unidades de media estancia como recursos sanitarios

- Considerar que la atención sanitaria de las residencias son recursos sanitarios

- Establecer incentivos compartidos

- Diversificación de los tratamientos ofertados en Salud Mental

- Estudiar la naturaleza y evolución de los usos de las instituciones destinadas al sector terciario en Salud Mental y las trayectorias de los pacientes allí alojados.

- Mejorar la recogida de información en salud mental I-J

- Introducir entre los instrumentos estratégicos la gamificación como mecanismo de motivación para pacientes y profesionales

- En el Programa de atención y rehabilitación de la Isquemia Cardíaca, quitar la Consulta monográfica de Angor Inestable y en su lugar poner "Desarrollo de una Unidad funcional del Dolor Torácico en el Servicio de Urgencias

PARTIDO SOCIALISTA DE NAVARRA

Aportaciones incorporadas al Plan

- Conseguir un amplio consenso mediante la participación

- Actualizar los datos del Diagnóstico.

- Cuantificar los objetivos en metas

- Mención especial de la CMA y objetivos a alcanzar

- Generalizar la Hospitalización a Domicilio

- Exigirles resultados

- Optar por unidades funcionales o unidades de gestión

- Identificar a los líderes para las Unidades

- Implicar a los profesionales

- Creación de grupos de alto rendimiento: ligados a resultados

- Carrera profesional adecuada y motivadora

- Aprovechar a los profesionales jubilados

- Incrementar la coordinación y colaboración entre los grupos de innovación e investigación

- Crear un gabinete u oficina de estudio para gestionar datos que permita tenerlos actualizados

- Incorporar la contabilidad analítica

- Desarrollar el modelo EFQM junto con otros sistemas de gestión como el CMI-Balance scored

- Acuerdos en investigación para conseguir el Instituto de Investigación Científica

Aportaciones incorporadas parcialmente

- Profesionalización de los puestos directivos. Desligar estos responsables de los mandatos políticos

- En el apartado de Liderazgo y Dirección Facilitadoras se hace referencia expresa a la progresiva profesionalización de los gestores

Aportaciones no incorporadas al Plan

Aportaciones fuera de alcance del documento: Conceptualmente pueden ser adecuadas, sin embargo no se considera que deban formar parte de un Plan de Salud, ya que este es un documento estratégico y no operativo

- Colaboración con la sanidad privada: Concretar un plan de conciertos.

GEROA BAI

Aportaciones incorporadas al Plan

- Homogenizar la redacción de los apartados

- Cohesionar el diagnóstico con los indicadores de evaluación.

- Recoger las políticas sociales relacionadas con la accesibilidad y con la compensación de la renta
 - Monitorizar las consecuencias de la crisis en la salud
 - Incluir como nuevos contaminantes las redes wifi, teléfonos inalámbricos, radiaciones de tendidos eléctricos y transformadores.
 - Campos electromagnéticos: Aclarar que la OMS y la CE dicen que no existen datos definitivos, no que no existan datos sobre el efecto de los campos de radiofrecuencia
 - Campos electromagnéticos: Necesidad de aplicar el principio de precaución
 - Incluir los disruptores hormonales como nuevos contaminantes
 - Relacionar los estilos de vida con determinantes económicos
 - Reconocer la familia como “paciente” en los casos de demencia
 - Actualizar la definición de discapacidad y relacionarla con factores vitales
 - Cuantificar la patología mental menos grave y su relación con aspectos contextuales
 - Incluir el impacto de la pobreza en la infancia
 - Ampliar las causas de la violencia a las causas relacionales, evitando la estigmatización de las causas personales
 - Hablar de infecciones transmisibles en lugar de enfermedades transmisibles
 - No mencionar el aumento de la infección por VIH en relaciones sexuales entre hombres para evitar la sensación de seguridad en heterosexuales
 - Contemplar como problemas emergentes el Síndrome Químico Múltiple, la Fatiga Crónica, la Fibromialgia y la Electrohipersensibilidad (EHS)
 - Profundizar en los determinantes de desigualdad
 - Mayor desarrollo de la dimensión ética
 - Orientación de género
 - Incluir objetivos para mejorar la situación, no sólo para valorarla
 - Contemplar otras dimensiones del empoderamiento además de la formación
 - Dotar las estrategias de financiación
 - Implementar el programa de atención a la infancia
 - Especificar quien va a ser el responsable de los programas comunitarios de promoción de la salud
 - Reunir e integrar los esfuerzos de las distintas agencias
 - Plantear objetivos, estrategias y espacios de trabajo integrados y comunes entre Salud y Política social
 - Plantear objetivos comunes con Política social
 - Promoción de estilos de vida teniendo en cuenta el gradiente social
 - Especificar quien es el responsable del paciente en los pacientes pluripatológicos
 - Giro real del Plan hacia un modelo psicosocial
 - Formación de los profesionales en el nuevo modelo asistencial, capacitación en habilidades de sociales y de comunicación
 - Crear es Estructuras estables y generalizadas de coordinación para el desarrollo de la política interdepartamental
 - Explicitar la financiación del Plan y del modelo de crónicos
 - Desarrollo de indicadores de riesgo psicosocial
 - Contemplar nuevas figuras profesionales
 - Visibilizar las desigualdades sociales y atenderlas en los diseños y programaciones de las intervenciones sociosanitarias
 - Ofertar la atención psicológica desde el Sistema Sanitario a los pacientes con cáncer
 - No hablar de anticonceptivos de emergencia (no lo son) y aclarar que se siguen dispensando en los CAM
- Aportaciones incorporadas parcialmente
- Incluir la educación afectivo-sexual en todos los niveles educativos de manera reglada y con una perspectiva amplia, no sólo de prevención de riesgos.
 - Incluir campañas de uso adecuado de la sanidad, primeros auxilios y maniobras de reanimación y donación de sangre, órganos y tejidos
 - Establecer relación y actividades sinérgicas entre la atención primaria y la salud laboral en áreas de promoción de la salud.

- Describir el modelo de motivación de los profesionales

- Desarrollar políticas sobre las Enfermedades Raras

Aportaciones no incorporadas al Plan

Aportaciones aprobadas para el desarrollo del Plan: No se incluyen en el documento del Plan, sin embargo se consideran adecuadas para ser introducidas en el proceso de implantación del mismo

- Debate público sobre el suicidio
- Seguir financiando la Comisión ciudadana antisida
- Incluir la equidad territorial, en colectivos vulnerables, en minorías, la mirada de género y la desigualdad económica.
- Programa sobre nuevas adicciones
- Sistema de información específico para cáncer de cuello de útero
- Información a la población de la periodicidad adecuada de revisiones ginecológicas
- Conectar el programa de detección precoz de cáncer de mama con los programas familiares y asistenciales
- Incluir la evaluación de la implementación de la Guía de demencia en AP.
- Programa de prevención y abordaje de las consecuencias de la crisis en la salud mental

Aportaciones no incorporadas porque no se han considerado adecuadas:

- Capacidad de decisión de los Consejos con participación ciudadana
- Evaluadores externos que garanticen el desarrollo del Plan
- Modificar la Ley Foral 10/2002 para adecuarla a las nuevas evidencias y recomendaciones (respecto a CEM)
- Introducir acciones de medio ambiente y contaminación
- Campaña de información pública con edición de material sobre el riesgo de los campos electromagnéticos
- Que la periodicidad de la Campaña de Cáncer de colon sea cada 2 años.

Aportaciones fuera de alcance del documento: Conceptualmente pueden ser adecuadas, sin embargo no se considera que deban formar parte

de un Plan de Salud, ya que este es un documento estratégico y no operativo

- Especificar quien va a hacer los programas de atención a los cuidados del mayor y a la enfermedad mental y con qué presupuesto
- Especificar el contenido del programa comunitario de promoción
- Evitar sobrecargar a los profesionales
- Presupuesto de los nuevos servicios
- Incluir objetivos de gasto farmacéutico
- Mejorar las infraestructuras para disminuir los tiempos de traslado intrahospitalario dentro de la estrategia de urgencias tiempo dependientes.
- Aumentar la seguridad y el control de datos de los pacientes.
- Mejorar la atención al paciente: quejas, críticas, etc.
- Reponer las vacantes por jubilación y cubrir bajas y vacaciones
- Aumentar las dotaciones: Disponer de PET y RMN en Estella y Tudela
- Control de calidad y evaluación estricta de las pruebas diagnósticas y los procesos privatizados

MÉDICOS MUNDI

Aportaciones incorporadas al Plan

- Derecho, cobertura y acceso garantizados a servicios sanitarios públicos para toda la población
- Compromiso con la diversidad cultural
- Incluir entre los factores determinantes de salud los socioculturales
- Definir ejes de desigualdad y los grupos sociales vulnerables
- Incluir acciones específicas para grupos vulnerables
- Creación de una comisión interdepartamental de Salud en todas las políticas.
- Estudio de los colectivos vulnerables desde la perspectiva de equidad.
- Desarrollo de sistemas de información en equidad
- Armonizar la acción conjunta del Gobierno de Navarra con las administraciones locales y la sociedad civil, apoyando iniciativas organizadas por asociaciones y entidades culturales que trabajen en la promoción de la salud.

- Definir Estrategias y Acciones claves para avanzar en la línea de Salud en Todas las Políticas

Aportaciones no incorporadas al Plan

Aportaciones aprobadas para el desarrollo del Plan: No se incluyen en el documento del Plan, sin embargo se consideran adecuadas para ser introducidas en el proceso de implantación del mismo

- Acciones de concienciación de la Salud en todas las políticas dirigidas al propio gobierno sobre las repercusiones en salud de todas las políticas

Aportaciones fuera de alcance del documento: Conceptualmente pueden ser adecuadas, sin embargo no se considera que deban formar parte de un Plan de Salud, ya que este es un documento estratégico y no operativo

- Respeto y desarrollo de los derechos lingüísticos
- Aprendizaje mutuo y colaboración solidaria con sistemas públicos de salud de otros países

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER (AECC)

Aportaciones incorporadas al Plan

- Disponer de un sistema de registro y evaluación de los tiempos desde la sospecha diagnóstica de enfermedad oncológica hasta la decisión terapéutica y el establecimiento efectivo del tratamiento.

- Incorporar en el programa de cuidados paliativos varias acciones clave:

– Contemplar la intervención a la unidad familiar, la atención integral tanto al paciente como al familiar y/o cuidador.

– Potenciar la atención domiciliaria incluyendo el apoyo psicosocial

– Realizar acciones de información y sensibilización a población general que dé a conocer la realidad y los recursos de los cuidados paliativos.

– Establecer programas de formación continuada y reglada para profesionales de AP, AE y profesionales que se dediquen a los cuidados paliativos.

– Promover el voluntariado de acompañamiento a la unidad familiar tanto en el hospital como en el domicilio

- En el marco de la participación ciudadana como instrumento estratégico, incluir el voluntariado como forma de participación ciudadana solidaria en el ámbito de la salud

- Incluir indicadores de equidad en los resultados de salud indicadores directamente relacionados con la atención al cáncer.

- Definir “Estilos de vida saludables y riesgos para la salud” en indicadores de Salud percibida y Calidad de Vida

- Introducir un nuevo indicador de resultados: % de cuidadores que han recibido intervención sobre la sobrecarga evaluada y resultado.

Aportaciones incorporadas parcialmente

- Disponer de un Registro Poblacional de Tumores antes de 2020 coordinado con otros registros poblacionales existentes en España.

- Disponer de un programa de atención al duelo.

Aportaciones no incorporadas al Plan

Aportaciones aprobadas para el desarrollo del Plan: No se incluyen en el documento del Plan, sin embargo se consideran adecuadas para ser introducidas en el proceso de implantación del mismo

- Implantar servicios de atención psicológica y social que cubra las necesidades de todos los pacientes y familiares de cuidados paliativos y que estén integrados en el Sistema de Salud.

- Añadir dos nuevos indicadores:

– Tasa de linfedema secundario a tratamientos oncológicos:

– % de familias que han recibido atención al duelo

Aportaciones fuera de alcance del documento: Conceptualmente pueden ser adecuadas, sin embargo no se considera que deban formar parte de un Plan de Salud, ya que este es un documento estratégico y no operativo

- Dentro de los instrumentos estratégicos, Plan específico que desarrolle el marco de las alianzas externas para la prestación de servicios complementarios

ASOCIACIÓN DE PERSONAS SORDAS DE NAVARRA (ASORNA)

Aportaciones aprobadas

- Considerar las alteraciones sensoriales como una causa de inequidad en el acceso

Aportaciones no incorporadas al Plan

Aportaciones aprobadas para el desarrollo del Plan: No se incluyen en el documento del Plan, sin embargo se consideran adecuadas para ser introducidas en el proceso de implantación del mismo

- Implantación del sistema SVisual

- Servicios de interpretación presenciales

FUNDACIÓN RETINA+

Aportaciones incorporadas al Plan

- Sensibilización de la población sobre la relación de tabaquismo y ceguera

- Prevención de la retinopatía diabética mediante teleconsulta AP-AE (retinografía midriática)

- Colaboración con la fundación Retina+ en campañas de sensibilización mediante difusión de material impreso y visibilización desde la página web del Departamento

- Formación de los profesionales de Atención Primaria en “ceguera”

Aportaciones no incorporadas al Plan

Aportaciones no incorporadas porque no se ha considerado oportuno:

- Programa de detección precoz del glaucoma
- Programa de detección precoz de la Degeneración macular asociada a la edad

Aportaciones fuera de alcance del documento: Conceptualmente pueden ser adecuadas, sin embargo no se considera que deban formar parte de un Plan de Salud, ya que este es un documento estratégico y no operativo

- Colaboración para la formación pregrado de profesionales sanitarios (estaba como rechazada)

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA Y ORGÁNICA DE NAVARRA (COCEMFE)

Aportaciones incorporadas al Plan

- Distinguir adecuadamente discapacidad y dependencia

- Introducir la perspectiva de género

- Plan de difusión entre los profesionales para el despliegue del Plan

- Contemplar nuevas figuras profesionales en el Nuevo Modelo de Atención

- Incluir espina bífida y fibrosis quística en modelo de crónicos

- Definir herramientas y metodología para introducir la salud en todas las políticas

Aportaciones no incorporadas al Plan

Aportaciones no incorporadas porque no se han considerado adecuadas:

- Introducir la donación y trasplantes como otra prioridad del Plan

- Crear un grupo estable Departamento-Asociaciones para definir áreas de colaboración

- Convenios con financiación estable con las asociaciones

Aportaciones fuera de alcance del documento: Conceptualmente pueden ser adecuadas, sin embargo no se considera que deban formar parte de un Plan de Salud, ya que este es un documento estratégico y no operativo

- Evaluar el costo de introducir nuevos perfiles profesionales necesarios para el desarrollo del Plan

- Especificar la intervención en salud en las áreas rurales.

ASOCIACIÓN PARA LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES DEL RIÑÓN (ALCER)

Aportaciones incorporadas al Plan

- Orientar los resultados en salud a la calidad de vida

- Evitar que la metodología de priorización deje fuera a determinados colectivos de pacientes

- Incluir la enfermedad renal crónica

- Integrar las asociaciones en los sistemas de decisión

- Contemplar la enfermedad renal. Cribado de Enfermedad Renal Crónica en población de riesgo

Aportaciones aprobadas parcialmente

Aportaciones no incorporadas al Plan

Aportaciones no incorporadas porque no se han considerado adecuadas:

- Contemplar la donación y el trasplante dentro de las otras prioridades del Plan de Salud. Por definición priorizar exige limitar el número de prioridades.

Aportaciones fuera de alcance del documento: Conceptualmente pueden ser adecuadas, sin embargo no se considera que deban formar parte de un Plan de Salud, ya que este es un documento estratégico y no operativo

- Correcto seguimiento del Registro de Enfermos Renales

ASOCIACIÓN FIBROMIALGIA NAVARRA (AFINA)

Aportaciones no incorporadas al Plan

Aportaciones aprobadas para el desarrollo del Plan: No se incluyen en el documento del Plan, sin

embargo se consideran adecuadas para ser introducidas en el proceso de implantación del mismo

- Médico de familia como responsable de los enfermos de fibromialgia

Aportaciones no incorporadas porque no se han considerado adecuadas:

- Contratar al Dr. Alberto Arnold como inmunólogo

- Unidad multidisciplinar de fibromialgia
- Contemplar la Sensibilidad Química Múltiple en el Plan

ANFAS

Aportaciones incorporadas al Plan

- Considerar la discapacidad intelectual como causa de desigualdad en salud

- En los principios de intervención tener en cuenta la atención a la discapacidad intelectual

- Dentro del Programa Comunitario de Promoción de la Salud en Infancia y Adolescencia incluir un Programa de prevención del estigma (discapacidad intelectual, déficits sensoriales...)

- Dentro del Programa socio-sanitario de Rehabilitación Funcional de ámbito comarcal introducir como acción clave la Prescripción de ejercicio físico y rehabilitación funcional en personas con DI

- Capacitación y apoyo a las personas cuidadoras de pacientes con DI

- Incluir Programa de Promoción de la salud infantil en niños con DI

- Incluir Programa de Autocuidados y hábitos saludables en personas con DI

- En los objetivos específicos de reducir la sobremortalidad y reducir el estigma social de pacientes con DI

- Incluir la formación de cuidadores de personas con DI en promoción y prevención de salud

Aportaciones aprobadas parcialmente

- En el desarrollo del objetivo general de Promover estilos de vida saludables y reducir riesgos para la salud, añadir un objetivo específico: Aumentar el número de personas con DI que tienen un estilos de vida saludable, valorado y controlado su riesgo cardiovascular.

- Dentro del Programa de prevención selectiva en colectivos vulnerables para disminuir la sobremorbimortalidad, analizar los resultados en salud en personas con DI y compararlo con la población general

Aportaciones no incorporadas al Plan

Aportaciones aprobadas para el desarrollo del Plan: No se incluyen en el documento del Plan, sin embargo se consideran adecuadas para ser introducidas en el proceso de implantación del mismo

- En el objetivo específico del Plan de garantizar la cobertura vacunal, añadir especialmente en personas con DI

- Tener en cuenta las personas con DI en el Plan de acción de la Estrategia de Salud Mental. Salud Mental no los considera enfermos mentales (y no lo son), pero toman muchos más psicofármacos que la población general, participan de muchos de los problemas de SM y no están recogidos en otra parte, p. ej., tb habría que reducir el estigma

Aportaciones no incorporadas porque no se han considerado adecuadas:

- Incrementar la participación de las personas con DI en los programas de prevención de cáncer

- Incluir entre los Comités de gestión de casos que se van a crear como instrumento estratégico el de Gestión de Casos de menores y adultos con DI

ASOCIACIÓN DE AFECTADOS POR CAMPOS ELECTROMAGNÉTICOS DE NAVARRA (ASANACEM)

Aportaciones incorporadas al Plan

- En el Diagnóstico aclarar que la OMS y la CE dicen que no existen datos definitivos, no que no existan datos sobre el efecto de los campos de radiofrecuencia

- Necesidad de aplicar el principio de precaución respecto a los Campos Electromagnéticos

- Incluir como nuevos contaminantes las redes wifi, teléfonos inalámbricos, radiaciones de tendidos eléctricos y transformadores.

- Reducir la exposición de la población a los campos electromagnéticos

Aportaciones no incorporadas al Plan

Aportaciones no incorporadas porque no se han considerado adecuadas:

- Modificar la Ley Foral 10/2002 para adecuarla a las nuevas evidencias y recomendaciones (respecto a CEM)

- Campaña de información pública con edición de material sobre el riesgo de los CEM elaborado por la asociación

ASOCIACIÓN NAVARRA DE CÁNCER DE MAMA (SARAY)

Aportaciones incorporadas al Plan

- Atención integral a las pacientes de cáncer de mama. Coordinación entre diferentes especialistas en pacientes con diversas enfermedades.

- Fomentar hábitos saludables de vida y de conocimiento del propio cuerpo en las y los adolescentes para promover una prevención y una detección precoz en el cáncer de mama

- Impulsar el funcionamiento de la Unidad de Cáncer Familiar y de Consejo Genético.

- Reducir el tiempo de espera desde la sospecha de un tumor maligno hasta la intervención quirúrgica.

- Reforzar el apoyo psicosocial, ya que la persona diagnosticada de cáncer de mama experimentan muchos cambios con esta enfermedad.

- Coordinación con las asociaciones de pacientes.

- Participar en la toma de decisiones.

- Establecer tiempos de ejecución y revisión anual del Plan de Salud para evaluar su cumplimiento.

Aportaciones aprobadas parcialmente

- Promover y fomentar programas de ejercicio físico para personas con cáncer de mama. Ejercicio terapéutico en diversas patologías

- Formación integral a personas de la Asociación Saray para ser pacientes activos. En general en Escuela de Pacientes

- Reducir las listas de espera en las revisiones por cáncer de mama. Garantizar los tiempos de las revisiones

- Atención tras los tratamientos de cáncer de mama: secuelas físicas y salud laboral.

- Acceso y participación a todos los foros, reuniones, congresos y jornadas de interés para pacientes con cáncer de mama

Aportaciones no incorporadas al Plan

Aportaciones fuera de alcance del documento: Conceptualmente pueden ser adecuadas, sin embargo no se considera que deban formar parte de un Plan de Salud, ya que este es un documento estratégico y no operativo

- Invertir en aparatos de nueva tecnología.

OBSERVATORIO DEL MAYOR

Aportaciones incorporadas al Plan

- En el Diagnóstico

- Hacer subgrupos etarios dentro de mayores de 65 años

- Incluir proyecciones de población por grupos de edad

- Incluir expectativa de vida en los segmentos de mayores de 65 años y sus proyecciones

- Estudiar la percepción de la salud en los grupos mayores de 65 años

- Introducir parámetros adecuados para valorar discapacidad y dependencia

- Conocer las necesidades de salud en las personas mayores

- En la Estrategia de promoción de Salud en población adulta

- Introducir programas específicos de ejercicio físico para personas mayores

- Introducir otros agentes para la promoción del ejercicio además del ISPLN

- En la Estrategia de discapacidad

- Actuar sobre los factores de riesgo de discapacidad

- Introducir acciones sobre la discapacidad de instalación progresiva, más allá de los circuitos de RHB. Sensoriales, sociosanitarias

- Reflejar la cuantía, calidad y dinámica de aporte de la participación del paciente

- Aumentar la presencia de farmacéuticos y trabajadores sociales

- Dar más peso en el documento a la discapacidad

- Dejar la atención sanitaria de las residencias claramente dentro de Salud

Aportaciones aprobadas parcialmente

- Dejar las unidades de media estancia dentro de Salud

Aportaciones no incorporadas al Plan

Aportaciones no incorporadas porque no se han considerado adecuadas:

- Introducir la figura de geriatría

HOGAR DEL JUBILADO

Aportaciones no incorporadas al Plan

Aportaciones fuera de alcance del documento: Conceptualmente pueden ser adecuadas, sin embargo no se considera que deban formar parte

de un Plan de Salud, ya que este es un documento estratégico y no operativo

- Subvencionar la podología en los Hogares del Jubilado

OTROS

Aportaciones incorporadas al Plan

- Extender la conciliación de la medicación contemplada para los pacientes pluripatológicos a otros grupos de pacientes

Aportaciones no incorporadas al Plan

Aportaciones aprobadas para el desarrollo del Plan: No se incluyen en el documento del Plan, sin embargo se consideran adecuadas para ser introducidas en el proceso de implantación del mismo

- Apoyo de los proveedores para el objetivo de contribuir a la sostenibilidad del Sistema Sanitario.

- Apostar por empresas de telemonitorización en los sistemas de información como instrumentos del Plan

Aportaciones no incorporadas al Plan

Aportaciones fuera de alcance del documento: Conceptualmente pueden ser adecuadas, sin embargo no se considera que deban formar parte de un Plan de Salud, ya que este es un documento estratégico y no operativo

- Alianzas con los proveedores en el marco de las alianzas con agentes externos como instrumentos estratégicos del Plan.

Es cuanto tengo el honor de informar en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 194 del Reglamento del Parlamento de Navarra.

Pamplona, 22 de octubre de 2014

La Consejera de Salud: Marta Vera Janín

Pregunta sobre el informe del Instituto Navarro de Deporte y Juventud en relación con el aumento de obesidad infantil

CONTESTACIÓN DE LA DIPUTACIÓN FORAL

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 114.1 del Reglamento de la Cámara, se ordena la publicación en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra de la contestación de la Diputación Foral a la pregunta formulada por la Ilma. Sra. D.^a Amaya Zarranz Errea sobre el informe del Instituto Navarro de Deporte y Juventud en relación con el aumento de obesidad infantil, publicada en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra núm. 105 de 3 de octubre de 2014.

Pamplona, 27 de octubre de 2014

El Presidente: Alberto Catalán Higuera

CONTESTACIÓN

El Consejero de Políticas Sociales, en relación con la pregunta para su contestación por escrito presentada por la Parlamentaria Foral Ilma. Sra. Dña. Amaya Zarranz Errea, del Grupo Parlamentario Populares de Navarra, en la que solicita el informe del INDJ sobre deporte escolar que alerta del aumento de obesidad infantil (8-14/PES-00183), tiene el honor de informar lo siguiente:

Adjuntamos en 2 documentos Word los informes relacionados con este tema.

Es cuanto tengo el honor de informar en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 194 del Reglamento del Parlamento de Navarra.

En Pamplona, a 24 de octubre de 2014

El Consejero de Políticas Sociales: Íñigo Alli Martínez

DOCUMENTO 1. INFORME DEL INSTITUTO NAVARRO DE DEPORTE Y JUVENTUD

Introducción

En los últimos años, diferentes estudios realizados en países de la Unión Europea y en otros países industrializados han observado que la condición física de los niños y adolescentes de hoy en día es notablemente inferior a la de los mismos sectores de población de hace 20 a 30 años. Por ejemplo, la resistencia cardiovascular media de nuestros niños y adolescentes actuales es un 10 a 15% inferior a la que tenían los escolares en 1980. Esta disminución de la condición física de los escolares, más marcada en los adolescentes, se debe a dos motivos:

– Un cambio en los hábitos de alimentación, caracterizados actualmente por un aumento de la ingestión de grasas de origen animal y de azúcares elaborados, y una disminución de la ingestión de alimentos que contienen hidratos de carbono.

– Una disminución muy relevante de la actividad física diaria.

La comparación de la actividad física diaria de niños y adolescentes de hoy en día que viven en el campo o en la ciudad, con la actividad física de niños y adolescentes que pertenecen a sectas o grupos religiosos que viven en el campo en las mismas condiciones que hace 200 años, ha permitido constatar objetivamente que los niños y adolescentes actuales tienen una menor actividad física espontánea que los niños de hace unos años. Esta actividad es muy inferior, especialmente durante el desplazamiento al colegio, en las horas de recreo y en las dos horas posteriores a la salida del colegio, y se podría igualar a la actividad que tenían antaño los niños y adolescentes si los escolares actuales hicieran 45 minutos de actividad física diaria de mediana o de alta intensidad.

La disminución de la condición física derivada de los cambios alimentarios y de la disminución de la actividad física ha provocado un aumento espectacular de la incidencia de obesidad infantil en todos los países industrializados. Diferentes organismos de la salud consideran que esta auténtica epidemia de obesidad infantil es un problema de salud de primera magnitud que debe ser tratado de manera urgente, prioritaria y agresiva porque, de lo contrario, los niños obesos de hoy en día enfermarán antes y con más gravedad de enfermedades ligadas a la obesidad y al sedentarismo (infarto de miocardio, enfermedades articulares, cardiovasculares y cerebrales, etc.), y tendrán una esperanza y una calidad de vida menor que la de los niños obesos. Este aumento de la enfermedad se acompañará de un aumento espectacular del gasto sanitario y social. Por el contrario, se ha demostrado que la puesta en marcha de programas de ejercicio físico adaptado en los niños obesos mejora su condición física y disminuye su obesidad.

Los niños españoles no son en absoluto ajenos a este problema porque la obesidad infantil está aumentando de manera espectacular en los últimos años de modo similar al de otros países de la zona mediterránea europea. Un estudio reciente realizado por el Centro de Investigación en Nutrición de Barcelona indica que el 49% de las escolares españolas y el 38% de los escolares españoles entre 6 y 18 años no practican deporte alguno en su tiempo libre. Navarra tampoco es

ajena a este problema porque en un estudio reciente realizado por el Servicio Navarro de Salud con los datos proporcionados por la Historia Clínica de sus Centros de Salud se ha encontrado que el porcentaje de niños obesos o con sobrepeso de edades inferiores a 15 años en Navarra es del 20%. Estas cifras son mucho más elevadas que las de hace 50 años (cerca al 7%) y similares a las de otros países europeos mediterráneos como Grecia o Italia. Además, el porcentaje de niños obesos en Navarra es mayor en las zonas de la montaña, en alguna zona del área de Tudela y en los escolares foráneos.

Esta epidemia de obesidad y de sobrepeso infantil está teniendo ya y va a tener graves consecuencias sobre la salud y el gasto sanitario y social. Sobre la salud porque se sabe que la obesidad infantil favorece la aparición a edades tempranas de enfermedades cardiovasculares y de la diabetes, además de provocar trastornos psicológicos serios. Sobre el gasto sanitario porque va ser imposible asumir en un futuro.

Acciones recomendadas en países industrializados para combatir la obesidad infantil

Para combatir la epidemia de la obesidad infantil, los países industrializados están llevando a cabo las siguientes acciones:

1) Educar a los niños y adolescentes, a sus padres y a la población en general en materia de alimentación sana y sobre los beneficios y necesidad de hacer ejercicio físico, mediante algunas acciones como, por ejemplo:

a. Elaborando guías educativas sobre alimentación y ejercicio físico para niños y adolescentes.

b. Mejorando los menús escolares y educando al personal de cocina y cuidadores de los comedores escolares, o

c. Prohibiendo en el interior de los colegios o en sus alrededores la presencia de máquinas o comercios expendedores de bebidas azucaradas o de productos de pastelería, bollería o golosinas.

d. Convenciendo a los padres para que no dejen a sus niños más de 2 horas diarias delante de la pantalla del televisor o del ordenador (mayor incidencia de obesidad infantil si están más de 2 horas diarias).

En este sentido el INDJ está desarrollando desde el año 2006 una campaña de prevención de la obesidad infantil en los centros escolares de Navarra con unos resultados muy esperanzadores porque la campaña se acompaña de una disminución del porcentaje de niños y niñas con sobrepeso

so. La campaña se ha realizado en 38 colegios (30 públicos y 8 concertados), y se ha intervenido a 2.653 niños y niñas. En un informe anexo se explica en detalle los resultados y el desarrollo de la campaña.

2) Estimular, favorecer e impulsar la práctica del ejercicio físico y el deporte, en tres líneas de actuación:

a. Favoreciendo e impulsando el desplazamiento al centro escolar a pie o en bicicleta. Para ello, los poderes públicos están mejorando la accesibilidad y la seguridad en el transporte a pie de los escolares aumentando los pasos de cebra, o construyendo vías especiales, para el transporte en bicicleta. También se está organizando en algunas ciudades el desplazamiento a pie al centro escolar de grupos de niños de un mismo colegio a través de los itinerarios escolares. Estudios realizados en Inglaterra han mostrado que los niños que van al colegio andando o en bicicleta tienen mejor condición física que los que van en vehículos motorizados.

b. Aumentando el número de horas semanales de clases de educación física semanal en niños y adolescentes y la intensidad relativa de esfuerzo de dichas clases. Según el Parlamento Europeo, se recomienda impartir en los adolescentes un mínimo de 3 horas semanales de educación física. Bastantes países del norte de Europa siguen estas recomendaciones o incluso las superan, como es el caso de Francia (4 horas semanales en colegios de primaria). La cualidad física que se debe trabajar prioritariamente es la resistencia cardiovascular porque es la cualidad física más deteriorada en los escolares actuales.

c. Favoreciendo, organizando o impulsando la actividad física en horario extraescolar, especialmente para los niños y niñas que no participan en competiciones organizadas. Esta actividad física debe estar orientada a conseguir que los escolares practiquen una media diaria de actividad física a media y alta intensidad durante 45 minutos, al menos 3 veces por semana, y debe ser impulsada prioritariamente en las zonas de nivel socioeconómico o cultural más bajo.

Con este panorama descrito se hace necesaria una seria reflexión sobre las propuestas que o bien ya están puestas en marcha (las clases de educación física, la normativa que la sustenta, la actividad extraescolar, las actividades deportivas, etc) o bien son necesarias articular para prevenir esta auténtica epidemia que cada vez más extendida.

1. LA EDUCACIÓN FÍSICA

La educación física como un área más del sistema educativo debe seguir asumiendo el papel de referente y fundamento de las actuaciones presentes y futuras para la promoción de la actividad física y el deporte escolar.

En los últimos 30 años el área de educación física ha ido evolucionando positivamente:

- Se logra la licenciatura de educación física.
- Se crea la figura del especialista en educación física en la etapa de primaria.
- Se crea la especialidad de educación física en las Escuelas de Formación del Profesorado.
- Se diseñan currículos de primaria y secundaria.

En definitiva se toma conciencia de la importancia que la asignatura juega en la educación de los escolares que va a posibilitar estilos de vida activos y saludables en los futuros ciudadanos.

A este respecto la normativa sectorial básica a nivel estatal, la Ley del Deporte 10/90, contempla en el artículo 3 que:

1. La programación general de la enseñanza incluirá la educación física y la práctica del deporte.

2. La educación física se impartirá, como materia obligatoria, en todos los niveles y grados educativos previos al de la enseñanza de carácter universitario.

3. Todos los centros públicos o privados, deberán disponer de instalaciones deportivas para atender la educación física y la práctica del deporte, en las condiciones que se determinen reglamentariamente.

Si analizamos la situación actual, nos encontramos con una serie de factores que en nada favorecen el desarrollo de la asignatura de educación física y que puede suponer un gran retroceso abocándonos a una situación conocida en otros tiempos y en ningún caso deseada.

Por un lado la Ley Orgánica de Educación (LOE 2006), permite la reducción del tiempo semanal asignado a la educación física. Por otro, la formación del profesorado de Educación Primaria, posibilita que los maestros que en el futuro impartan la asignatura tengan menor formación al impartir una enseñanza globalizada y no por especialidades.

Estos dos aspectos resultan determinantes y contradictorios con los argumentos descritos anteriormente en la que los índices de obesidad y sobrepeso infantil crecen de forma alarmante y en

la que los hábitos de vida sedentaria y de ocio vinculados a diferentes factores se están imponiendo a la actividad física deportiva.

Estas entre otras son razones suficientes para que los organismos con responsabilidades en materia educativa tomen conciencia y articulen las medidas necesarias para paliar la actual situación, entre ellas:

1. Establecer al menos 3 horas de educación física a la semana en toda la educación obligatoria tal como recomienda el Parlamento Europeo (2007) y como vienen aplicando varios países de la UE. Nuestra Comunidad, pionera en muchos aspectos relacionados con la educación, debería plantearse seriamente esta demanda europea. Una buena forma de contribuir a la formación integral de nuestros escolares, a mejorar sus condiciones de vida, su salud y su futuro es facilitarles el acceso a la actividad física desde los propios centros escolares y dentro del horario lectivo. Todos los grupos de trabajo del Plan Estratégico han considerando necesaria la ampliación del número de horas de Educación Física en las etapas educativas de primaria y secundaria. Con todo, en el caso de los niños que tienen obesidad infantil o problemas ligados a la falta de ejercicio físico, se deberían instaurar clases de apoyo de Educación Física (una clase más por semana) porque a partir de los 7 años, los niños obesos se mueven espontáneamente menos que los no obesos.

2. Procurar que la asignatura de Educación Física tenga presencia en toda la etapa educativa post-obligatoria dado que es en este grupo de edad cuando se producen los mayores índices de abandono de la práctica de la actividad física y el deporte.

3. Analizar los diseños curriculares adaptándolos a las nuevas necesidades sociales y personales. Comienza a detectarse que las clases de Educación Física abusan en exceso de la teorización olvidando su papel fundamental de actividad física, a ser posible de media o alta intensidad.

4. Poner a disposición de los centros educativos los medios necesarios que les permitan desarrollar los planes educativos de centro en función de sus propias características y entorno social. Mejorar, asimismo, la formación del profesorado.

5. Establecer una línea de conexión entre la Educación Física y el deporte en edad escolar en la que los centros educativos asuman un papel preponderante como núcleo del deporte, el profesor de educación física tiene que adquirir el rol de animador y dinamizador de la actividad física en el

entorno escolar. Para ello, se tendrá que considerar un reconocimiento por esa tarea a desempeñar.

En definitiva, es necesario garantizar:

a) El papel de la Educación Física y de sus docentes en la formación integral del alumnado dentro del sistema educativo.

b) La coordinación entre los proyectos educativos y las actividades físicas y deportivas fuera del horario lectivo mediante un proyecto deportivo de centro.

DOCUMENTO 2.

Informe sobre acciones de prevención de la obesidad infantil en los colegios de Navarra (Instituto Navarro de Deporte y Juventud)

Antecedentes:

Según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo, cerca del 30% de españoles de 2 a 17 años tienen sobrepeso u obesidad. La OMS señala al elevado consumo de alimentos con alto contenido calórico y al menor gasto energético en las actividades diarias como las responsables de este exceso de grasa corporal. Diferentes estudios epidemiológicos demuestran que un exceso de grasa corporal a la edad de 4-7 años está estrechamente relacionado con la obesidad del adulto y con mayores cifras, por ejemplo, de diabetes y de enfermedad cardiovascular. Todo ello favorece unos elevados índices de morbilidad y mortalidad en la población adulta, y un enorme gasto sanitario.

Según un reciente estudio del gobierno americano, tener sobrepeso o grasa está asociado con un incremento del 36% del gasto en atención médica (¡¡mucho más que los costes aparejados al tabaco o al alcoholismo!!); mientras que los pacientes obesos gastan un 77% más que la media. En España, según el estudio DELPHI, el coste económico que implica se estima en unos 2500 millones de euros anuales (actualizado a 2002), lo que supone casi el 7% del gasto sanitario. Las estrategias de intervención utilizadas actualmente en los países más avanzados para combatir la obesidad infantil son de 2 tipos: a) mediante programas de educación en nutrición, y b) favoreciendo la práctica de la actividad física. Para que estos programas tengan buenos resultados es necesaria la implicación de los padres y del entorno educativo de los niños.

Con estos antecedentes, el Gobierno de Navarra, desde el Centro de Estudios, Investigación y Medicina del Deporte, perteneciente al Instituto Navarro del Deporte y Juventud de la Consejería de Políticas Sociales, con la colaboración de los

Departamentos de Salud y de Educación, puso en marcha en 2006 la Campaña “Juega, Come y Diviértete con Tranqui” en 4 colegios piloto (Colegio Público Iturrama, Colegio Público Lorenzo Goicoa de Villava, Colegio San Ignacio de Pamplona y Colegio Liceo Monjardín de Pamplona, antiguas Ursulinas), con dos **Objetivos**:

a) El primer objetivo fue realizar una intervención que implicara a padres, profesorado, al entorno y a los propios niños, potenciando la **PREVENCIÓN** como el mejor tratamiento contra la obesidad. La intervención se basó en dar recomendaciones relacionadas con una alimentación saludable y la necesidad de realizar más actividad física en la vida cotidiana. Para ello se midió y pesó a los niños y niñas dos veces al año, se hizo rellenar dos veces a los padres una encuesta de hábitos saludables de vida, se controlaron los menús escolares, se hicieron propuestas saludables recomendando a los padres menús tipo y el aumento de la actividad física de sus hijos, y se impartieron charlas a padres, profesores y personal de comedores. Por último, se elaboraron unas guías didácticas y cuentos en español, euskera e inglés que los profesores y padres utilizaron como material didáctico a lo largo de la enseñanza primaria.

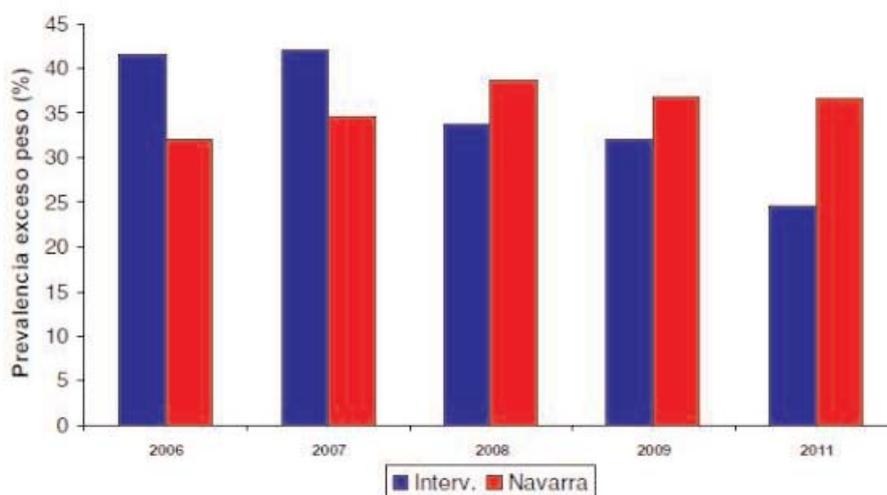
b) El segundo objetivo fue reducir los factores de riesgo en la niñez (niños y niñas que practiquen más actividad física y con un peso más saludable) en edades en las que, por ejemplo, está demostrado que comienza a desarrollarse la enfermedad coronaria.

Cabe destacar que la Campaña fue mantenida a lo largo de toda la educación primaria de los niños y niñas de estos colegios piloto, desde que tenían 6 años hasta que cumplieron los 12 años.

Sobre la **Metodología** utilizada, la propuesta “Juega, come y diviértete con Tranqui” se ha basado en la participación activa del alumnado, dado que el proceso de aprender a decidir sólo es posible desde la implicación y una práctica activa. Se ha querido que el alumnado, a través de las propuestas didácticas que se ofrecen a lo largo de toda la educación primaria, tome decisiones y asuma responsabilidades, adoptando una actitud crítica y razonada con el objetivo fundamental de prevenir la obesidad y las enfermedades asociadas a ella. Para lograr resultados positivos se ha buscado la colaboración y la implicación de las familias y los colegios (incluyendo los comedores escolares).

Finalmente, una vez analizados los resultados con la colaboración del Departamento de Salud, dichos **Resultados** mostraron que:

+ El grupo de 195 niños y niñas que participan a lo largo de toda la Educación Primaria en esta Campaña son más delgados que la media de niños navarros de su edad porque el porcentaje del alumnado con obesidad o sobrepeso era del 42% cuando tenía 6 años y descendió al 25% cuando esos mismos niños y niñas cumplieron 12 años (barras azules de la figura).



Se observa cómo año a año esos niños que intervienen en la Campaña “Juega, Come y Diviértete con Tranqui” se acercan a los patrones de peso saludable de la OMS, coincidentes con los valores de los niños del norte de Europa.

+ Por el contrario, en el conjunto de los niños navarros de esas edades que no participan en la Campaña (barras rojas de la figura) se observa una tendencia significativa a aumentar los índices de sobrepeso y obesidad (del 32% cuando tenían 6 años al 36% cuando tenían 12 años).

Para concluir: Los esperanzadores resultados de este Estudio Piloto sirvieron servinos para orientar nuestros esfuerzos a corto plazo en la lucha contra la obesidad infantil, que también es la lucha contra la enfermedad y mortalidad asociada al exceso de peso graso del adulto que serán estos niños en unos años. De hecho, basándose en los resultados preliminares obtenidos en los dos primeros años, durante estos últimos años el Instituto Navarro de Deporte y Juventud, con la colaboración del Departamento de Educación, ha llevado a cabo parte del programa, desde hace 8 años y durante uno o dos cursos escolares, en otros 30 Colegios Públicos y 8 Colegios Concertados de Navarra. El número total de niños y niñas de Navarra que se ha beneficiado del programa de prevención de la obesidad infantil a lo largo de estos años ha sido de 2.653. Por ejemplo, en el curso escolar 2013-2014, se ha intervenido en 17 colegios, a un total de 759 escolares, de los que 376 fueron niños y 383 niñas. En el anexo I se muestra el listado de los colegios intervenidos en todos estos años, así como el número de niños y niñas intervenidos por curso escolar. En el Anexo II se explica con más detalle las acciones que se llevan a cabo en los grupos piloto (intervención anual y seguimiento durante 6 años) y en los grupos de intervención anual.

El coste total de la campaña desde su inicio en el año 2006 hasta el final del curso escolar 2013-2014 ha sido de 160.789,90 € (IVA no incluido)

Búsqueda de fondos de investigación:

– Redacción de un proyecto europeo de investigación: Dentro del programa Erasmus+, y en colaboración con otros cinco países europeos (Francia, Portugal, Hungría, Rumanía y Croacia), se ha diseñado el proyecto HITS (*Health and Inclusion Through Sport*) que pretende crear un marco de referencia para la promoción de la salud a nivel europeo. Una de las principales acciones de dicho proyecto es la adecuación e implantación de la campaña del INDJ de prevención y tratamiento del sobrepeso y la obesidad infantil desarrollada en Navarra al ámbito europeo, a través

de un programa escolar de hábitos saludables de alimentación y actividad física, con énfasis en poblaciones desfavorecidas de los países participantes en el proyecto. Se establecerá una red de trabajo colaborativo entre los diferentes países involucrados. Estamos a la espera de la aceptación del proyecto.

– Redacción de un proyecto para llevar a cabo en la Comunidad Foral de Navarra.

El objetivo del proyecto es prevenir la obesidad en niños y niñas de 6-9 años de edad implementando un programa de hábitos saludables de alimentación y de actividad física en el entorno escolar y familiar del niño, con el fin de mejorar el perfil de riesgo cardiovascular asociado a la adiposidad en esta población infantil. Además, se quiere comprobar el efecto que tiene sobre la composición corporal y las principales capacidades físicas condicionales (fuerza muscular, velocidad y resistencia aeróbica), la realización de una sesión semanal de actividad física dentro del horario escolar, en combinación con unos hábitos de alimentación saludables. Se espera que el conocimiento generado permita implantar este tipo de programas educativos en los centros escolares como herramienta de prevención de la obesidad infantil y los factores de riesgo asociados en la edad adulta. Esto podría suponer un gran ahorro en costes sanitarios a medio y largo plazo. Estamos a la espera de la resolución de la convocatoria.

Acciones de futuro:

– Otras acciones que podrían llevarse a cabo en los próximos años son las siguientes, siempre que exista la asignación económica correspondiente, además de las señalados en el proyecto de investigación:

- Creación de nuevos materiales didácticos para la campaña

- Se aprecia la necesidad de incrementar el tiempo invertido en la actividad física, bien sea extraescolar, en el tiempo de ocio y/o en el colegio, según los niños van creciendo con el fin de evitar un desequilibrio excesivo de horas sedentarias incrementadas por las necesidades escolares frente a las horas consideradas activas. Para ello deberemos idear un plan estratégico de desarrollo de programas que ayuden a este colectivo a adoptar una adherencia al ejercicio antes de que alcancen la adolescencia, ya que en esta época se considera un punto de inflexión en la exigencia académica (ver apartado propuestas futuras). Algunas acciones que se están impulsando en los países europeos podrían ser las siguientes:

=> Dar prioridad a las actividades físicas de

mediana o de alta intensidad en las clases de Educación Física (Educación)

=> Aumentar el tiempo de recreo en edad escolar (Educación)

=> Aumentar el número de horas semanales de Educación Física obligatoria en enseñanza primaria (3 horas semanales) y en enseñanza secundaria (de 3 a 4 horas semanales) (Educación).

=> Aumentar las actividades extraescolares deportivas en el entorno del colegio (Asuntos Sociales).

=> Crear actividades extraescolares deportivas y educativas en hábitos alimentarios específicas con niños-niñas obesos o con sobrepeso (Asuntos Sociales).

=> Creación de asignatura o introducción de contenidos sobre hábitos saludables de vida (nutrición, ejercicio, drogas, estrés) en enseñanza primaria y secundaria (materiales educativos creados por el Instituto Navarro de Deporte y Juventud, etc.) (Educación-Asuntos Sociales)

- Poner medios e infraestructuras para potenciar el transporte a pié o en bicicleta al colegio (Entidades Locales-Educación)

- Impartir formación a monitores, técnicos deportivos, pediatras, maestros y licenciados en Educación Física sobre ejercicio físico, alimentación y obesidad infantil (Asuntos Sociales-Salud-Educación)

- Crear centros piloto educativos, con proyectos de intervención, innovación, experimentación e investigación que permitan dar pautas generales al resto de los centros educativos (Asuntos Sociales - Educación-Salud-).

- Campañas en medios de comunicación sobre problemática, prevención y tratamiento de la obesidad infantil o sobre hábitos saludables de vida (Salud-Asuntos Sociales).

- Organización del día anual sobre prevención de la obesidad infantil (Asuntos Sociales)

- Crear una Comisión efectiva que evalúe , coordine e impulse este plan en Navarra (Educación- Asuntos Sociales - Salud)

ANEXO I LISTADO DE COLEGIOS QUE SE HAN BENEFICIADO DE LA CAMPAÑA “JUEGA, COME Y DIVIÉRTETE CON TRANQUI” CENTROS PILOTO (DURACIÓN: 6 AÑOS):

=> C.P. Iturrama

=> C.P. Lorenzo Goicoa de Villava

=> Colegio San Ignacio de Pamplona

=> Colegio Ursulinas de Pamplona (actualmente se denomina Liceo de Monjardín)

CENTROS DE INTERVENCIÓN ANUAL O BIANUAL:

CENTROS PÚBLICOS:

=> C.P. Alfonso X el Sabio de San Adrián

=> Andra Mari Ikastola de Etxarri Aranzatz

=> C.P. Ángel Martínez Baigorri de Lodosa

=> C.P. Andrés Muñoz

=> C.P. Amaiur

=> C.P. Atargi de Villava

=> C.P. de Andolsilla

=> C.P. Azpilagaña

=> C.P. de Azagra

=> C.P. de BeriÁin

=> C.P. de Falces

=> C.P. de Larraintzar

=> C.P. de Lerín

=> C.P. de Los Arcos

=> C.P. de Mendillorri

=> C.P. de Pitillas

=> C.P. de Urdiain

=> C.P. Hilarión Eslava de Burlada

=> C.P. Huertas Mayores de Tudela

=> C.P. Julián Gayarre de Roncal

=> C.P. José M^a Huarte

=> C.P. Mardones y Margaña de Murchante

=> C.P. San Donato de Etxarri Aranzatz

=> C.P. San Francisco Javier de Elizondo

=> C.P. San Miguel de Aoiz

=> C.P. San Miguel de Orkoien

=> C.P. Santa Vicenta María de Cascante

=> C.P. Zelandi de Alsasua

=> C.P. Camino de Santiago de Zizur

=> C.P. Catalina de Foix de Zizur

CENTROS PRIVADOS O CONCERTADOS:

=> Colegio Calasanz de Pamplona

=> Colegio Irabia

=> Colegio Luis Amigó

=> Colegio Santa Teresa

=> Colegio Santísimo Sacramento de Pamplona

=> Ikastola San Fermín

=> Colegio Maristas de Pamplona

=> Colegio Hijas de Jesús de Pamplona

**BENEFICIADO DE LA CAMPAÑA DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL
CAMPAÑA DE OBESIDAD INFANTIL (2006-14)**

- **Centros piloto:** 2 grupos de estudios

Nº DE COLEGIOS	AÑO COMIENZO	AÑO FINALIZACIÓN	TOTAL NIÑOS
4	2005-06	2010-11	195
7	2007-08	2012-13	289
TOTAL	NIÑOS	PARTICIPANTES	484

- **Centros de intervención anual**

Nº DE COLEGIOS	CURSO ESCOLAR	NIÑOS
7	2008-09	293
7	2009-10	321
7	2010-11	258
9	2011-12	290
7	2012-13	248
17	2013-14	759
TOTAL NIÑOS PARTICIPANTES		2.169

En total se ha trabajado con **2.653** niños aproximadamente

- **Semana saludable**

Nº DE COLEGIOS	CURSO ESCOLAR
4 (8 clases)	2009-10
5 (14 clases)	2010-11
7 (18 clases)	2011-12
7 (19 clases)	2012-13
6 (14 clases)	2013-14

ANEXO II. Acciones llevadas a cabo en los grupos piloto y en los grupos de intervención anual a) Grupos pilotos: Las actuaciones que se desarrollaron en estos centros fueron las siguientes:

- Charla a los padres al inicio del curso para recordar los objetivos y las actuaciones de la campaña y pedir su colaboración a lo largo del curso.

- Mediciones antropométricas al final del curso (peso, talla y siete pliegues de grasa) seguimiento de 1º a 5º de primaria.

- Entrega del material educativo a los centros escolares y seguimiento del trabajo realizado por los profesores en las aulas.

- Análisis de los menús escolares mensualmente y formación del personal encargado de comedor mediante charlas y talleres prácticos.

- Seguimiento del trabajo realizado por los profesores en las aulas.

- Formación a los padres sobre conocimientos de hábitos saludables.

- Formación a los niños sobre conocimientos de hábitos saludables mediante el desarrollo de talleres prácticos.

- Entrega, recogida y análisis de las encuestas nutricionales.

- Propuesta saludable: cada mes se da una pequeña recomendación de alimentación saludable o de actividad física a cada centro (el mes del almuerzo saludable, juegos para el recreo...).

b) Centros de intervención parcial:

La intervención que se realiza en ellos difiere en algunos aspectos a los centros piloto. A continuación se detallan dichas actuaciones:

- Charla al inicio del curso a los padres, para presentar la campaña y las diversas actuaciones que se van a desarrollar en el centro.

- Entrega y recogida del consentimiento de participación de los niños en la campaña firmado por los padres o tutores del niño.

- Mediciones antropométricas (peso, talla y 7 pliegues de grasa).

- Análisis de los menús escolares mensualmente y formación del personal encargado de comedor mediante charlas y talleres prácticos.

- Entrega del material educativo a los centros escolares y seguimiento del trabajo realizado por los profesores en las aulas.

- Formación a los padres sobre conocimientos de hábitos saludables.

- Propuesta saludable: cada mes se da una pequeña recomendación de alimentación saludable o de actividad física a cada centro (el mes del almuerzo saludable, juegos para el recreo...).

Material didáctico elaborado y que se trabaja en esta campaña consta de:

- Una guía didáctica para profesores que aborda aspectos sobre nutrición, obesidad y actividad física, con sesiones prácticas de mediciones de peso y grasa corporal y de actividad física.

- Tres cuentos infantiles que están protagonizados por la mascota Tranqui y sus amigos, dirigidos a niños y niñas de edades comprendidas entre 6 y 12 años y contienen también propuestas de actividades y consejos de alimentación y de actividad física para padres e hijos.

Pamplona, 25 de septiembre de 2014