



NAVARRA

**Informe Anual
del
Sistema Nacional de Salud 2004**

1. Características socioeconómicas y demográficas de la población:

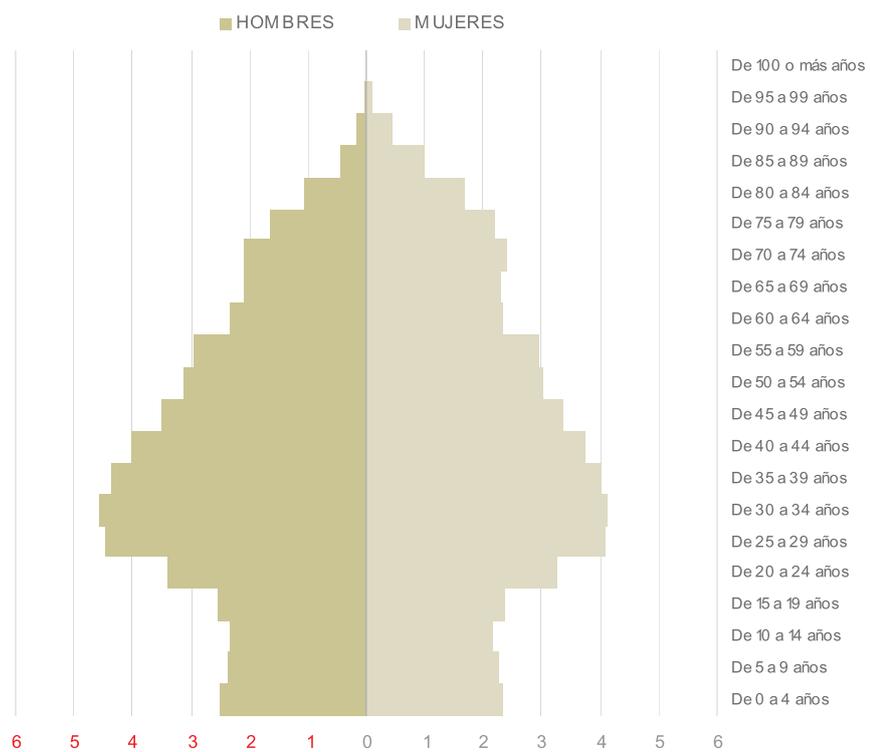


Población de Navarra a 1 de enero de 2004

	TOTAL	CIFRAS ABSOLUTAS		PORCENTAJE/S TOTAL	
		HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
Total	584.734	292.059	292.675	49,95	50,05
De 0 a 4 años	28.245	14.558	13.687	2,49	2,34
De 5 a 9 años	26.909	13.753	13.156	2,35	2,25
De 10 a 14 años	26.288	13.650	12.638	2,33	2,16
De 15 a 19 años	28.647	14.869	13.778	2,54	2,36
De 20 a 24 años	38.861	19.904	18.957	3,40	3,24
De 25 a 29 años	49.950	26.137	23.813	4,47	4,07
De 30 a 34 años	50.593	26.588	24.005	4,55	4,11
De 35 a 39 años	48.947	25.481	23.466	4,36	4,01
De 40 a 44 años	45.122	23.367	21.755	4,00	3,72
De 45 a 49 años	40.074	20.498	19.576	3,51	3,35
De 50 a 54 años	35.963	18.314	17.649	3,13	3,02
De 55 a 59 años	34.385	17.236	17.149	2,95	2,93
De 60 a 64 años	27.368	13.653	13.715	2,33	2,35
De 65 a 69 años	25.666	12.301	13.365	2,10	2,29
De 70 a 74 años	26.305	12.186	14.119	2,08	2,41
De 75 a 79 años	22.365	9.583	12.782	1,64	2,19
De 80 a 84 años	15.988	6.137	9.851	1,05	1,68
De 85 a 89 años	8.439	2.621	5.818	0,45	0,99
De 90 a 94 años	3.611	987	2.624	0,17	0,45
De 95 a 99 años	884	210	674	0,04	0,12
De 100 o más años	124	26	98	0,00	0,02

Fuente: Padrón de habitantes. Revisión a 1 de enero de 2004.

Instituto Nacional de Estadística



2. Desarrollo normativo e institucional:

Durante el año 2004 no ha habido desarrollo legislativo.

3. Planificación y Programas Sanitarios:

Navarra ha desarrollado dos Planes de Salud: el primero de 1991 a 2000 y el segundo, actualmente en vigor de 2001 a 2005.

El Plan de Salud 2001-2005 fue aprobado por Acuerdo del Gobierno de Navarra el 2 de julio de 2001 para el período 2001-2005 con una serie de objetivos generales y otros objetivos específicos:

- trastornos mentales,
- enfermedades neurodegenerativas,
- enfermedades cardiovasculares,
- enfermedades oncológicas y
- accidentalidad.

por ser estas cinco áreas las consideradas prioritarias en el Diagnóstico de Salud de Navarra.

El Plan consta de cinco programas correspondientes a las cinco áreas descritas, seleccionadas conforme a los siguientes criterios:

1. Alta incidencia.
2. Alta prevalencia.
3. Alta mortalidad.
4. Mortalidad prematura.
5. APVP.
6. Minusvalía.
7. Sufrimiento.
8. Cargas familiares y sociales.
9. Impacto social.
10. Eficacia y efectividad de la intervención.

Una vez definidas las prioridades, el Plan de Salud de Navarra 2001-2005 aborda los objetivos en cada un de los grupos de patología seleccionados según el esquema de Jenicek (historia natural de la enfermedad) y las posibilidades de actuación en cada una de las fases sucesivas del proceso clínico, según las posibilidades técnicas de intervención sobre:

1. Incidencia de la enfermedad, a través de la Vigilancia epidemiológica y el conocimiento de riesgos.
2. Actuaciones en Prevención Primaria y Promoción de la Salud.
3. Actividades de detección precoz de enfermedades diagnosticables.

4. Asistencia clínica correcta de acuerdo a guías de práctica clínica.
5. Intervención en fases de convalecencia y rehabilitación.
6. Intervenciones sobre el proceso de gestión clínica y de calidad.

No todas las patologías elegidas han de tener posibilidades de actuación en todas sus fases, pero de su análisis pueden deducirse y concretarse los objetivos para cada fase, que han de agruparse, a su vez en Programas o Proyectos concretos sobre patologías definidas (ictus, IAM, enfermedades mentales, etc.).

4. Farmacia:

A continuación se describe el trabajo realizado desde el Servicio de Prestaciones Farmacéuticas del SNS-O, en el ámbito de **la atención primaria**, en relación con el uso racional del medicamento y el análisis de la prescripción:

En cuanto a la información de medicamentos, se edita el **Boletín de Información Terapéutica (BiT)**, del que se publican 5 números anuales. Los temas son elegidos dentro del Comité de Redacción, contando con la opinión de los médicos de atención primaria. Además se editan **Fichas de Evaluación Terapéutica**, en las que se hace una síntesis de la eficacia, seguridad y papel en la terapéutica de los nuevos medicamentos que salen al mercado. También se envía a los médicos de atención primaria, cada 2 meses, los **resúmenes** en castellano de los 15-20 artículos que pueden ser más relevantes para su trabajo. Por otro lado, se participa en la parte relacionada con la farmacoterapia de las **Guías y Protocolos** que publica la Sección de Docencia de la Dirección de Atención Primaria. Otro cometido es la elaboración de **monografías** que apoyen el uso racional del medicamento, como es el caso de "Medicamentos de Utilidad Terapéutica Baja. Alternativas a su utilización" o "Utilización de antibióticos en atención primaria".

Asimismo, se funciona a modo de centro de información de medicamentos y se resuelven **consultas** realizadas por los profesionales sanitarios en relación con medicamentos. Para ello se dispone de una biblioteca propia, así como acceso a la biblioteca virtual del Servicio Navarro de Salud. Los farmacéuticos de atención primaria visitan los Centros de Salud para dar **sesiones** a los Equipos de Atención Primaria en relación con el uso racional de medicamentos. En alguna ocasión, cuando se juzga oportuno, se realiza **asesoramiento individualizado a los médicos** sobre la prescripción. También se ofrece asesoramiento en materia de farmacoterapia **a los gestores** de la Dirección de Atención Primaria del SNS-O.

Se realizan labores de **formación dirigidas a distintos colectivos**, como médicos residentes de medicina de familia, Colegio Oficial de Farmacéuticos, colaboraciones en medios de comunicación (radio, TV local, prensa nacional o revistas de barrio de Pamplona) o médicos de atención primaria (cursos de formación organizados por la Dirección de AP). También se ha participado en el diseño de un Master de Geriatría, organizado por la Universidad de Navarra, en el que distintos miembros del Servicio de Prestaciones Farmacéuticas del SNS-O colaborarán como docentes a partir del año 2.005 impartiendo sesiones de farmacoterapia en distintas patologías y uso racional de medicamentos.

A los médicos de atención primaria se les envía de forma mensual información sobre el **perfil global de su prescripción**. Además, se les remite la evolución de los **indicadores de calidad en la prescripción**, que han sido previamente consensuados con ellos, tanto en su definición como en los objetivos a alcanzar. Esta información se ofrece a nivel de Equipo de Atención Primaria, aunque puede darse de forma individualizada para los facultativos que la soliciten.

Otra medida relacionada con el uso racional es que se ha habilitado a los médicos la posibilidad de **prescribir por principio activo** a través de la historia clínica informatizada (OMI).

Por otro lado, se participa activamente en el **Comité Ético de Investigación Clínica** de la Comunidad, en el que se evalúan los ensayos clínicos que quieren ser realizados en alguno de los Centros Sanitarios de Navarra. También se evalúan los **estudios post-autorización** o estudios observacionales en cuanto a su calidad metodológica y la pertinencia o no de su realización para el SNS-O.

Otras actividades incluyen la **participación en Comisiones de Trabajo del Ministerio de Sanidad y Consumo**, como son la Comisión de Gestión del S.N.S., el Comité asesor para prestaciones con productos dietéticos o el Grupo de trabajo para la determinación de Dosis Diarias Definidas. También se participa en el Grupo de Trabajo sobre estudios post-autorización de la **Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios**.

En cuanto a la prestación farmacéutica en **Centros Sociosanitarios**, se ha empezado a desarrollar la Ley Foral de Atención Farmacéutica que posibilita la apertura de Servicios de Farmacia en aquellas Residencias con más de 100 camas de pacientes asistidos y en aquéllas que se determine reglamentariamente. Ello facilita una atención farmacéutica de calidad en los centros socio-sanitarios, a la vez que se produce una reducción del gasto farmacéutico al adquirir los medicamentos directamente de los Laboratorios y realizar un seguimiento más estrecho de la farmacoterapia de los residentes.

La prestación de **absorbentes de incontinencia de orina** se realiza mediante concurso público para su adquisición y suministro. En realidad se convocan dos concursos diferentes, uno para pacientes ingresados en Centros sociosanitarios y otro para pacientes ambulatorios. En este último caso, la distribución se realiza a través de las oficinas de farmacia pero a un precio sensiblemente inferior al que se obtiene por dispensación con receta.

En cuanto a la eficacia de las distintas medidas, hay que decir que las acciones de información y asesoramiento pueden producir resultados a largo plazo. Sin duda, una incentivación económica ligada a la prescripción es una medida eficaz, siempre y cuando sea tanto positiva como negativa, y los incentivos (monetarios, en días de vacaciones, etc.) sean adecuados.

De todas maneras, las políticas más eficaces en el uso racional de los medicamentos pasan necesariamente por una política coherente de registro y financiación de medicamentos. En cuanto al registro, es probable que el margen de maniobra sea estrecho dado el papel asignado a la Agencia Europea del Medicamento. Sin embargo, el Ministerio de Sanidad cuenta con un arma muy potente al tener la competencia de la fijación de precios. Sería importante que las CCAA tuvieran un papel relevante en este aspecto pues son quienes realmente asumen el gasto en Farmacia del SNS. Deberían desarrollarse unos procedimientos claros de financiación selectiva de medicamentos de acuerdo con su grado de aportación real a la terapéutica.

Los sistemas de información en el ámbito hospitalario tienen dos niveles:

1. Sistema de Información descriptivo.

Sistema conocido coloquialmente como sistema de cubos que permite conocer el consumo de los medicamentos de forma on–line de los hospitales que se encuentran en el proyecto.

El sistema se ha implementado mediante la confección de cuatro cubos: Entradas, Salidas, Pedidos y Comparativo. En los cuatro se pueden analizar las siguientes medidas: unidades recibidas, importe pedido, importe pedido recibido, importe descuento, precio unitario máximo, precio unitario mínimo, precio unitario medio, cantidad de salida, importe salida.

La desagregación puede realizarse por: cuenta contables, periodos, código económico, periodicidad, código ABC, Estupefaciente, situación en Formulario Hospital, Grupo Terapéutico, Principio activo, Centro Hospitalario y proveedor.

2. Sistema de información asociado a la actividad hospitalaria.

2.1. Sistema de información asociado al paciente ingresado.

Historia Farmacoterapéutica, asignación de recursos terapéuticos al paciente, mediante el sistema de distribución en dosis unitarias: Utilización de recursos por servicio. Desagregación por grupo terapéutico, medicamento y principio activo (unidades consumidas, importe, dosis/día y duración terapia en días)

GRDs: análisis de consumo de medicamentos asociados a GRDs. Desagregación por servicio, medicamento y principio activo.

2.2. Sistema de información asociado al paciente ingresado.

Historia Farmacoterapéutica, con el mismo esquema que el enunciado anteriormente.

Análisis por patologías: HIV, Esclerosis múltiple, Esclerosis lateral amiotrófica,

Hospital de día de orco–hematología, Artritis Reumatoide, Insuficiencia Renal Crónica. En estos casos el análisis de los recursos se dirige además del análisis de los medicamentos hacia la utilización de los servicios incluyendo ciclos, protocolos y pacientes que hacen uso de estos recursos.

TABLA 4
FARMACIA

CCAA: NAVARRA

Datos prescripción atención primaria

		Datos 2004	Observaciones
Número de recetas prescritas	total	9.477.775	
	%genéricos	11,9%	
Gasto	total	140.772.572	
	%genéricos	6,2%	
Tres primeros subgrupos terapéuticos (nº recetas)	prescripción general	1.758.635	
	prescripción genéricos	24,9%	NO2B = 10,82% (n= 672.885); A02B = 47,1% (n= 547.131); M01A=19,9 (n= 538.619)

TABLA 5

PLANIFICACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

CCAA: NAVARRA

Número de Profesionales en Atención primaria

	hombres	mujeres	edad			Observaciones
			<30 años	30-50 años	>50 años	
Medicina familiar y comunitaria	194	140		204	130	
Pediatría	30	50		47	33	
Enfermería	32	363	4	257	134	
Farmacia	8	11		5	14	
Psicología Clínica	10	13		14	9	
Otros profesionales sanitarios (Rehabilitación, Fisioterapia)	58	71	1	96	32	Médicos y A.T.S/D.U.E del Servicio de Urgencias
Otros profesionales no sanitarios	292	858	29	738	383	

%de población atendida por Equipos de Atención Primaria

	hombres	mujeres	edad			Observaciones
			<30años	30-50 años	>50años	
Medicina	462	331	1	441	351	
Enfermería	59	1347	26	925	455	
Auxiliar de enfermería	107	1025	20	635	477	
Farmacia	6	11		7	10	
Otro personal sanitario	315	505	53	578	189	
Personal no sanitario vinculado	292	858	29	738	383	

5. Aspectos relacionados con la planificación y desarrollo de recursos humanos:

TABLA 5

PLANIFICACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

CCAA: NAVARRA

Número de profesionales por Especialidades médicas

(según RD 127/1984 por el que se regula la Formación especializada y la obtención del Título de Médico Especialista)

	hombres	mujeres	edad			Observaciones
			<30años	30-50 años	>50años	
Alergología	2	6		8		
Análisis clínicos	1	17		7	11	
Anatomía patológica	5	16		11	10	
Anestesiología y reanimación	30	42		44	28	
Angiología y cirugía vascular	2			2		
Aparato digestivo	15	11		14	12	
Bioquímica clínica	1	3		2	2	
Cardiología	18	10		14	14	
Cirugía cardiovascular	6	2		4	4	
Cirugía general y del aparato digestivo	38	8		20	26	
Cirugía maxilofacial	7	1		6	2	
Cirugía pediátrica	4			1	3	
Cirugía torácica						
Cirugía plástica y reparadora	3	1		1	3	
Dermatología medico-quirúrgica y venereología	6	7		7	6	
Endocrinología y nutrición	4	7	1	9	1	
Estomatología						
Farmacología clínica	4	7		5	6	
Geriatría	2	1		2	1	
Hematología y hemoterapia	6	16		13	9	

TABLA 5

PLANIFICACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

CCAA: NAVARRA

Número de profesionales por Especialidades médicas

(según RD 127/1984 por el que se regula la Formación especializada y la obtención del Título de Médico Especialista)

	hombres	mujeres	edad			Observaciones
			<30años	30-50 años	>50años	
Hidrología						
Inmunología						
Medicina del trabajo		4		3	1	
Medicina de la educación física y el deporte						
Medicina espacial						
Medicina intensiva	15	5		10	10	
Medicina interna	32	10		24	18	
Medicina legal y forense						
Medicina Nuclear	1	3		2	2	
Medicina preventiva y salud pública	11	10		16	5	
Microbiología y parasitología	3	5		3	5	
Nefrología	5	1		2	4	
Neumología	10	4		11	3	
Neurocirugía	5			1	4	
Neurofisiología clínica	5	3		6	2	
Neurología	12	5		11	6	
Obstetricia y ginecología	31	31		32	30	
Oftalmología	22	14		20	16	
Oncología médica	3	5		7	1	
Oncología radioterapia	4	2		4	2	
Otorrinolaringología	13	10		11	12	
Psiquiatría	22	13		19	16	
Radiodiagnóstico	24	30		34	20	
Rehabilitación	5	15		13	7	

TABLA 5

PLANIFICACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

CCAA: NAVARRA

Número de profesionales por Especialidades médicas

(según RD 127/1984 por el que se regula la Formación especializada y la obtención del Título de Médico Especialista)

	hombres	mujeres	edad			Observaciones
			<30años	30-50 años	>50años	
Reumatología	2	3		5		
Traumatología y cirugía ortopédica	60	3		25	38	
Urología	23			12	11	
Genética	1	2		3		No está sumado en Total Hombres y Mujeres
Odontología	2				2	No está sumado en Total Hombres y Mujeres
Pediatría	17	13		14	15	No está sumado en Total Hombres y Mujeres
Radiofísica Hospitalaria	4			2	2	No está sumado en Total Hombres y Mujeres
Médico Adjunto Urgencias	32	30		60	2	No está sumado en Total Hombres y Mujeres

6. Investigación:

El Centro de Investigación Biomédica (CIB) del SNS está concebido como un centro de apoyo técnico e instrumental a la investigación desarrollada por los profesionales del SNS.

Durante el año 2004 se ha realizado investigación en diferentes líneas de salud:

- Cáncer: colon, mama, cervix
- Regeneración neural
- Enfermedad de Creutzfeld Jakob
- Resucitación cardiopulmonar
- Cirugía: laparoscopia en cirugía de colon, trasplante renal
- Hemorragia digestiva
- Factores de riesgo cardiovascular

Todos los trabajos forman parte de líneas de investigación de varios años de evolución.

La realización de estos trabajos es financiada con las becas obtenidas por los diferentes trabajos en convocatorias autonómicas y nacionales, según se especifica en la tabla 6.

El centro cuenta con 4 becarios adscritos a proyectos concretos de investigación y 1 becario APICS (Ayuda a personal investigador en ciencias de la salud) del Gobierno de Navarra.

Los resultados de las investigaciones realizadas durante el año 2004 han dado lugar a un total de 5 comunicaciones científicas (en congresos y reuniones regionales, nacionales, europeas y mundiales), 8 publicaciones en revistas y libros y 2 premios en investigación.

La actividad investigadora está íntimamente relacionada con la práctica clínica ya que las líneas se desarrollan en base a problemas de salud prioritarios en nuestra comunidad, los directores de los diferentes estudios son clínicos especialistas en el tema y se crean equipos de trabajo multidisciplinar en las diferentes áreas, formados por personal asistencial e investigador.

7. Sistemas de información sanitaria:

Describimos brevemente los grupos de Sistemas de Información más relevantes. Las descripciones no son exhaustivas.

Definimos cuatro ámbitos para su mejor comprensión:

A) Administrativo:

A1) Sistema de Gestión Presupuestaria.

A2) De gestión Logística: Concursos, Compras, Almacenes (Entradas, Salidas, Existencias).

A3) De gestión de Personal: gestión de contratación, plantillas y OPEs y Nóminas.

A4) Ofimática en puestos de trabajo y aplicaciones departamentales.

A5) Inventarios

B) De gestión Clínica:

B1) Sistemas de información de TIS y ciudadanos

B1) Sistemas de citación y gestión de agendas (Atención Primaria y Atención Especializada).

B2) Historia Clínica Electrónica en Atención Primaria

B3) Historia Clínica Electrónica en Atención Especializada

B3) Historia Clínica en soporte papel en Atención Especializada.

B4) Gestión de Laboratorios

B5) Resto de pruebas y complementarias

B5) Gestión de Imagen Médica Digital

C) De Gestión y explotación de la Información.

Basado en Data WareHouse se han desarrollado o se están desarrollando cubos de información sobre:

C1) Personal

C2) Logística

C3) Farmacia

C4) Ingresados

C5) Actividad y clínica en Atención Primaria

C6) Sistema de Información sobre Origen (y destino) de Consultas Externas

D) Otros: Nueva INTRANET SANITARIA y e-salud (apertura de los Sistemas de Información a los ciudadanos)

Potenciando los aspectos de comunicación entre profesionales, el trabajo colaborativo en grupos, la integración informacional y los servicios de valor añadido de la organización interna y la apertura hacia los ciudadanos.

Veamos a continuación algunos de los rasgos más relevantes de cada uno de los grupos.

A) Respecto del ámbito que hemos definido como **administrativo**, están completamente desarrollados y con un nivel alto de uso y utilidad, *la gestión presupuestaria* (construida en SAP) que en este caso tiene un carácter corporativo dentro del conjunto del Gobierno de Navarra. La información esta permanentemente distribuida (descentralizada) entre más de 100 usuarios (en SNS.-O.) y completamente on-line. Idem en el caso de la **gestión de Personal –Nóminas** (también en SAP), **la gestión de contratación, plantillas y OPEs**, tiene el mismo carácter distribuido pero se realiza sobre una aplicación propia del SNS.-O (WINSIGP). Se complementará con un **cubo** de información sobre RRHH, ya adjudicado y en desarrollo actualmente (puesta en marcha febrero de 2006).

La **gestión Logística** es corporativa solo del SNS.-O, (construida sobre SAP y además en WEB interna –intranet-) con información permanentemente on-line y descentralizada para más de 400 usuarios que a realizan acciones en tiempo real (pedidos, por ejemplo) a los almacenes del conjunto de la RED sanitaria, desde cualquier punto de la comunidad, plantas hospitalarias, centros de salud o consultorios. Su utilidad es máxima, su uso intensivo y se complementa con una explotación de datos a través de un **cubo** de carga diaria en completo uso y totalmente automatizado y descentralizado (en uso por alrededor de 100 usuarios en la RED sanitaria).

B) La característica fundamental de los sistemas de información en este ámbito es su **carácter corporativo** (SNS.-O), su **casi total nivel de implementación** en toda la comunidad (en Atención Primaria incluyen a más del 90% de la población), su **unicidad** (solo hay una Historia Clínica por ciudadano, cualquiera que sea el ámbito AP o AE), su **carácter integrado** (desde Historia Clínica, tanto desde cualquier centro de salud o consultorio, como desde cualquier consulta hospitalaria o planta, quirófano etc., se accede a la información clínica, o de laboratorio, pruebas, informes etc. y, actualmente se ha iniciado el desarrollo de Imagen Digital que podrá verse de la misma manera) y su **unión con los sistemas de citación** (solo uno para toda la red de especializada, tanto hospitalaria como consultas) al que se accede desde cualquier centro de salud o consultorio, planta hospitalaria, urgencias o consulta externa, accediendo de manera estandarizada a las agendas de los especialistas de toda la RED, **produciéndose la cita sin desplazamientos adicionales del ciudadano** (se le cita para una consulta de especialista concreta desde su mismo centro de salud, cuando sale de su visita o en otros supuestos por correo u otros medios sin desplazamientos ciudadanos). Además los resultados de laboratorio, pruebas,

informes etc..., **están disponibles tanto en AP (los ve su médico de cabecera) como en AE en el momento en que se producen (y validan).**

Los subsistemas de Laboratorio, Imagen Médica Digital etc., o **son únicos** para toda la RED sanitaria o están en camino de serlo.

C) El SNS.-O., está potenciando el uso de DATA WAREHOUSE para explotación de información. Algunos **cubos** ya han sido citados. Los demás siguen la misma filosofía: **producir un dato universal no discutible, explotarlo normalizadamente para que los resultados se estandaricen y puedan ser comparados, independizar dato y análisis de personas concretas, distribuir entre todos los interesados la información y hacerlo con oportunidad (de acuerdo con la cadencia y necesidades de los usuarios). En definitiva generar conocimiento.**

D) Se incluyen aquí otros grupos de SI no clasificables exclusivamente en los grupos anteriores. El más relevante es el desarrollo de una INTRANET SANITARIA tecnológicamente muy avanzada y cuyos objetivos son los que se han señalado anteriormente. Su desarrollo ha comenzado hace tres años y se necesitarán otros cuatro, al menos para llegar a un punto de maduración relevante es su desarrollo.

Por último una breve pincelada sobre las infraestructuras: la Información *corre* sobre una RED corporativa y unas extensiones de ADSL segura y propia, que en el momento actual **llegan a todos los lugares de la comunidad:** por supuesto todos los hospitales y centros de salud, casi todos los consultorios (solo no se llega a aquellas localidades a las que el médico de cabecera acude menos de dos horas a la semana, que vienen a ser localidades con consultorio (dependiente de un Centro de Salud) con menos de 40 habitantes de promedio). Los centros (edificios) están informatizados totalmente incluidos los consultorios no excluidos anteriormente (más de 400 centros en total). La población a la que no se puede acceder a su Historia Clínica, por ejemplo, en su propia localidad (donde existe un centro sanitario del tipo que sea, Centro de Salud, Consultorio, CAM, CSM, Hospital, Ambulatorio, Centro de Consultas, etc.) no llega al 4%.

Los ámbitos de colaboración con el Ministerio deberían ser todos aquellos que tengan que ver con aspectos básicos de los SI Sanitarios: definición de protocolos de comunicación, normalización de información a comunicar, identificadores únicos del sistema (por ejemplo ciudadano), etc. y menos en otros aspectos operativos no tan relevantes.

Por otra parte es interesante que describan en qué áreas debería incrementarse la colaboración institucional, es decir, entre Comunidades Autónomas y Ministerio de Sanidad y Consumo en relación con la información.

8. Calidad

La gestión de la calidad en el Sistema Sanitario Público Navarro tiene tres principales ámbitos de actuación: la Atención Primaria, la Atención Especializada y la Coordinación entre ambos niveles de atención.

ATENCIÓN PRIMARIA

El pilar básico del Programa de Gestión de la Calidad de Atención Primaria es el desarrollo y potenciación de los Programas de Mejora Internos para lo que se cuenta con la implicación de los profesionales. El Programa de Gestión de la Calidad es un apoyo para el desarrollo del Plan de Gestión cuyos componentes básicos están en relación con la cartera de servicios, los indicadores específicos de calidad, los planes de mejora internos y la utilización de recursos.

Desde 1998 el Plan de Gestión Clínica concreta, básicamente, el acuerdo de oferta de servicios y utilización de recursos entre la Dirección de Atención Primaria (DAP) y la Dirección de cada equipo de Atención Primaria (EAP) y sigue siendo el instrumento de gestión de todas y cada una de las zonas básicas de salud (ZBS) de nuestra comunidad. Su pretensión es mejorar la calidad de la atención de los EAP, en términos de calidad científico-técnica, efectividad, eficiencia y aceptabilidad del ciudadano, a través de varias líneas:

- a) Definir y homogeneizar la oferta de servicios de los EAP.
- b) Garantizar la implantación de los servicios llamados básicos y lograr el máximo grado de implantación de servicios considerados como optativos, tanto asistenciales como de prevención y promoción, en todas las zonas básicas de salud de Navarra con adecuados niveles de cobertura y de calidad.
- c) Mejorar el conocimiento y utilización de los recursos, estimulando su empleo responsable y su adecuación a las necesidades derivadas tanto de la oferta de servicios, así como la deseable capacidad de resolución de nuestros centros. Se resaltan como áreas prioritarias: presupuesto de personal, gastos de funcionamiento, farmacia e ingresos; inversiones e interconsultas y pruebas complementarias
- d) Implicar a los profesionales en un proceso continuo de evaluación y mejora del proceso asistencial.
- e) Lograr una mayor información y satisfacción de los ciudadanos con los servicios prestados por los EAP.
- f) Desarrollar un sistema de evaluación y una política de incentivación del personal que favorezca el desarrollo de las líneas definidas en los puntos anteriores.

Desde 1999 existe el Programa de Gestión de la Calidad de Atención Primaria que se concreta en los EAP en el denominado Programa de Mejora Interno. Estos programas se definen como un conjunto de elementos estructurales y de actividades que tienen como fin la mejora continua de la calidad de la Atención Primaria en nuestra Comunidad o EAP

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Los Contratos-Programa, el modelo MAPPA-Horizonte y la estrategia corporativa de análisis de percepción de la calidad de los distintos actores, constituyen el armazón que sustenta la política de calidad en el ámbito de Atención Especializada.

La gestión de la calidad en el ámbito de Atención Especializada tiene como marco estratégico los Contratos-Programas que con carácter anual se firman entre las Direcciones de los Centros y la Gerencia del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O). Tal como se establece en los distintos modelos de calidad, la gestión de la calidad no debe diferir de la gestión de la organización, por lo tanto los contratos-programa son, en nuestra Comunidad, los vehículos que permiten, con mayor o menor desarrollo, una gestión de los hospitales en el que se reflejan los términos de eficiencia, calidad y coste. Los principales Objetivos Estratégicos de los mencionados contratos son:

- Satisfacer las necesidades del ciudadano.
- Establecer mecanismos para dar respuesta a las principales prioridades sanitarias: oncología, enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, salud mental, accidentabilidad, enfermedades neurodegenerativas.
- Favorecer la gestión clínica.
- Implantar progresivamente la gestión por procesos garantizando la continuidad y la personalización.
- Desarrollar sistemas de información y de autoevaluación que den soporte a los objetivos de mejora continua de la calidad.
- Impulsar la promoción y capacitación del personal como principal activo de la organización.

Desde el año 1998 el SNS-O viene aplicando una metodología similar en sus modelos de Contrato de Gestión. Los objetivos cualitativos han pretendido reflejar los criterios del modelo EFQM, adaptándolos a una organización sanitaria, priorizando aquellos aspectos que eran posibles ser gestionados por la organización y asignándoles un peso en función de la importancia relativa que les asigna el modelo EFQM.

El peso definitivo para cada actividad dentro de cada criterio viene definido por el esfuerzo que tiene que realizar el centro para cumplirlo junto con la importancia que supone para la organización conseguir dicho objetivo.

Los objetivos asignados a los distintos centros son muy similares, respetando el peso de los criterios y adaptando la especificación de los objetivos a la idiosincrasia del centro.

En el futuro se proyecta dar continuidad a los contratos de gestión, estableciendo objetivos plurianuales de al menos 3 años de duración, con continuidad de criterios y de pesos otorgados a cada criterio. Se pretende avanzar en la evaluación global del contrato de gestión y, además, conceder importancia y potenciar el desarrollo de las carteras de servicio-horizonte de los centros, y desarrollar, analizar e impulsar la adecuada gestión de procesos priorizados comunes para toda la red. En este sentido, se está trabajando en el despliegue del modelo MAPPA-Horizonte ver apartado 13 (Mapa de Atributos y Procesos clínicos Priorizados sobre los que Actuar).

COORDINACIÓN PRIMARIA-ESPECIALIZADA

El Plan de Coordinación y la Estructura de Coordinación, que incluye un equipo técnico de coordinación y 18 grupos de mejora, son los elementos claves para el desarrollo de las líneas estratégicas en el ámbito de actuación de la Coordinación Primaria-Especializada.

En los años 1998 y 1999, como acciones previas al Plan de Coordinación, se reguló la libre elección de especialista y la atención personalizada en el ámbito del Servicio Navarro de Salud, se implantó la libre elección de especialista y se creó la figura de coordinador de asistencia ambulatoria en 12 especialidades, y se elaboraron las bases del Plan de Coordinación.

El SNS-O en el año 2000 elaboró un Plan de Coordinación Primaria- Especializada con el objetivo general de “Garantizar la continuidad y personalización en la atención al paciente, e incrementar la eficacia y eficiencia general del sistema, mediante una adecuada organización y una constante relación entre clínicos de ambos niveles asistenciales”.

Los objetivos estratégicos que persigue el Plan son:

1. Garantizar una adecuada atención al paciente, continuada y personalizada.
2. Mejorar los sistemas de comunicación y los circuitos asistenciales de citación de los pacientes.
3. Formalizar un pacto anual entre Primaria y Especializada orientado a reequilibrar la oferta y la demanda de servicios especializados.
4. Establecer cauces de interrelación entre responsables clínicos de ambos niveles asistenciales.
5. Priorizar áreas clínicas susceptibles de mejora y promover planes de mejora consensuados.
6. Impulsar la implicación conjunta de la Atención Primaria y la Especializada en el uso racional de medicamentos.
7. Desarrollar una estrategia de formación permanente.

La estructura de coordinación está formada por una Dirección técnica (Subdirector de Coordinación de Asistencia Ambulatoria), un Comité técnico, una Unidad técnica y los Responsables de la coordinación clínica (Jefes de servicio y, en su caso, los coordinadores ambulatorios en el ámbito de asistencia especializada, los directores de los Centros de Atención Primaria y, en su caso, los responsables de los planes de mejora de cada especialidad).

Para el logro de dichos Objetivos se definen una serie de acciones con un cronograma de actuaciones. Desde el año 2001 estas acciones se han concretado en un pacto anual de coordinación entre Atención Primaria y Especializada que se evalúa anualmente y en el que, además de un pacto de oferta-demanda con objetivos de demora y previsión de actividad, hay acciones para ir avanzando en cada uno de los objetivos estratégicos del Plan.

Un hito importante en el Plan fue la constitución en el año 2001 de 18 grupos de mejora en la coordinación, uno por especialidad. A cada grupo de mejora se le encargó realizar un análisis de la situación de la coordinación en su especialidad, un plan de mejora orientado a promover la calidad y la continuidad de la asistencia al paciente, incrementar la capacidad de resolución de la Atención Primaria, simplificar y racionalizar los circuitos asistenciales y elaborar la batería de criterios clínicos de adecuada remisión de pacientes, y hacer un seguimiento de la situación de la lista de espera y del cumplimiento de los objetivos al respecto establecidos en el pacto.

ACREDITACIONES/CERTIFICACIONES

Una línea de trabajo en marcha es el impulso de la gestión de procesos en los servicios centrales con la finalidad de mejorar, adecuar su funcionamiento y conseguir la certificación/acreditación por las normas correspondientes. En la actualidad dos laboratorios han conseguido ser acreditados o certificados por las normas ISO.

El Laboratorio del Instituto de Salud Pública de Navarra obtuvo en 1999 la acreditación de ENAC para la realización de ensayos químicos y microbiológicos de productos alimenticios con lo que se culminó el proceso de implantación del Sistema de Calidad, iniciado en 1996; los criterios técnicos entonces vigentes estaban recogidos en la norma europea EN 45001. En los años sucesivos, el Laboratorio ha continuado ampliando el alcance inicial de la acreditación, tras superar las correspondientes auditorias anuales. En 2002, se obtuvo la acreditación bajo la nueva norma de calidad UNE-EN ISO/IEC 17025. Por último, en enero de 2004, el sistema de calidad del Laboratorio se sometió a una auditoria de reevaluación; el alcance actual en cuanto al producto/material a ensayar incluye las aguas de consumo, superficiales, residuales, envasadas, de piscina y de sistemas de refrigeración, los alimentos, los productos cárnicos y las conservas.

El laboratorio de análisis clínicos en las áreas de bioquímica y hematología del Hospital Reina Sofía de Tudela obtuvo la Certificación ISO 9001-2000 en el año 2003. Por otra parte, el Comité Asistencial de Ética (CAE) del Hospital Virgen del Camino y del Hospital de Navarra recibieron en el año 2002 la acreditación oficial del Departamento de Salud de Navarra

Reconocimientos

El premio "Diario Médico a la gestión en Atención Primaria" fue otorgado en el año 2002 al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea por el Plan de Coordinación Primaria-Especializada.

Por otra parte, la metodología utilizada para el diseño y análisis de la información obtenida a partir de las encuestas de satisfacción de los pacientes en el ámbito de Atención Especializada, FUE seleccionada como mejor práctica para representar a España en la Unión Europea en la Third Quality Conference for Public Administration in the European Union celebrado en Rotterdam del 15 al 17 de septiembre de 2004.

9. Seguimiento del estado de salud de la población.

INDICADORES DE SALUD DE LA POBLACIÓN NAVARRA

Esperanza de vida al nacer, período 1997-2001:

Hombres: 77,0 años.

Mujeres: 84,1 años.

Tasas de mortalidad, año 2001:

Hombres: 707,8 por 100.000.

Mujeres: 369,6 por 100.000.

Mortalidad por causas: enfermedades circulatorias, tumores, enfermedades respiratorias, enfermedades digestivas causas externas son los principales responsables de la mortalidad en ambos sexos (82% de la tasa de mortalidad en el período 1997-2001).

Mortalidad por causas en hombres: 1ª causa. Tumores,

2ª causa. enfermedades circulatorias,

3ª causa. causas externas,

4ª causa. enfermedades respiratorias.

Mortalidad por causas en mujeres: 1ª causa. enfermedades circulatorias,

2ª causa. tumores,

3ª causa. enfermedades respiratorias,

4ª causa. enfermedades del sistema nervioso.

Mortalidad infantil: ha experimentado un fuerte descenso desde una tasa de 7,7 por mil en el período 1991-1996 al 3,6 por mil en el período 1997-2001.

LOS PLANES DE SALUD

Navarra ha elaborado diversas herramientas de conocimiento del binomio salud-enfermedad en los años 1985, 1988 y 1993. Como continuación de los mismos, se elabora el Diagnóstico de Salud de 2003, transcurridos 10 años desde la última valoración, tanto del estado de salud de la población como del Sistema Sanitario.

10. Participación:

Durante el año 2004 no ha habido desarrollo legislativo.

11. Equidad:

Durante el año 2004 no ha habido desarrollo legislativo.

12. valoración del proceso transferencial

Las transferencias a las CCAA no comienzan con las transferencias de los servicios de INSALUD sino con la transferencia fundamental que es la “función pública sanitaria del Estado” a las CCAA. En el caso de Navarra se trató de completar las que no ejercía de manera real y se produjeron en el año 1982 con la LORAFNA y de manera efectiva en el año 1985 (R.D. 1697/1985) y 1986 (RR.DD. 898 y 1885/1986).

Con anterioridad a la transferencia de la asistencia sanitaria, Navarra ejercía competencias en servicios sanitarios de competencia originaria anteriores a la Constitución, y en tal sentido deben contemplarse, por lo que técnica e históricamente debe considerarse la transferencia en lugar singular y preferente.

Sólo de este modo se puede comprender la situación del Sistema Sanitario de Navarra en un OBSERVATORIO.

Cuál era la situación general sanitaria en LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA en el momento de la transferencia.

En 1978 el Estado había construido al 100%, los centros de salud de San Adrián, Alsasua, Lodosa, Elizondo, Tafalla y Los Arcos y transferido su gestión al 100% a los ayuntamientos respectivos.

Ni los centros de salud ni el concepto de Atención primaria ni de comarcas y subcomarcas sanitarias fue cosa del Gobierno Central. El promotor de la idea fue el Dr. Antonio Sanchez Domínguez al final de los 60 desde la Dirección General de Sanidad (D. Jesus Garcia Orcoyen) y solo Navarra se adelantó dado su régimen foral.

La competencia sanitaria transferida no nos fue otorgada sino mejorada. Ver Decreto de 8 de Enero de 1935 durante la Republica, redactado por el Ministro D. Rafael Aizpun Santafe.

En el año 1982 en que se aprueba la Ley Orgánica de Reintegración y Amejoramiento del Fuero de Navarra las instituciones competentes en materia sanitaria lo eran:

- El Estado a través de la Jefatura de Sanidad (Delegación de Sanidad) que disponía de servicios ambulatorios para el desarrollo de programas preventivos y sociales de colectivos desfavorecidos, y el Hospital General y Comarcal con gestión transferida al Ayuntamiento de Estella.

- La Diputación Foral que disponía de Hospital Provincial, Maternidad y Hospital Psiquiátrico, y del INSTITUTO PROVINCIAL DE SALUD PÚBLICA (Instituto Provincial de Sanidad)
- Los 263 ayuntamientos disponían de sanitarios titulares como funcionarios municipales con asistencia a toda la población adscrita, según diferentes regímenes.
- Seguridad Social que disponía de una red de médicos de cupo en las ciudades y una Residencia Sanitaria en Pamplona. La población adscrita a este régimen de aseguramiento médico asistencial alcanzaba al 60% de la población

En el campo de la Salud Pública la aportación de la Diputación Foral a través del Instituto de Salud Pública añadía un plus de efectividad en programas propios de Navarra a la vez que su financiación hacía posible y eficiente el instrumentar acciones solo desarrolladas en Navarra.

En el campo asistencial la coexistencia de servicios públicos con la potencialidad del sector privado universitario generó un estímulo y competencia entre La Clínica Universitaria, el Hospital Provincial de Navarra y la Seguridad Social (INSALUD) que generó una red informal asistencial de excelencia convirtiendo a Navarra en UNA REGIÓN SANITARIA dado que disponía de un equipamiento prácticamente autosuficiente.

Esta situación de excelencia sanitaria la diferenciaba del resto de España, y dio a Navarra una alta cualificación que en 1977 se cumplimentó con la dotación por parte del Gobierno Central de un Hospital Comarcal con competencias de Hospital General al Área de Estella, que fue transferido para su gestión al ayuntamiento de Estella. A su vez desde la Jefatura Provincial de Sanidad se promovió en 1977 el Hospital General y Comarcal de Tudela que fue financiado al 50% por el Gobierno Central y por la Diputación Provincial asumiendo la construcción y la gestión el Gobierno de Navarra en 1980.

Esta situación adolecía de un modelo sanitario concreto para coordinar de manera eficiente la gestión de cinco administraciones públicas y una privada, que eran concurrentes en el sector sanitario para la misma población, y por otro lado coexistían múltiples regímenes de aseguramiento.

Cómo se organizaron: prioridades, estructura, servicios.

Uno de los factores condicionantes de la transferencia en materia de asistencia sanitaria era la relativa baja dotación de recurso hospitalario del Insalud (1 único hospital y el 40% de las camas instaladas en centros públicos) respecto a los disponibles por parte del Gobierno de Navarra, quien gestionaba 3 hospitales de Área y asumía el déficit presupuestario de otro hospital más. Además, la estructura de servicios y la dotación tecnológica del Gobierno de Navarra presentaba una marcada especialización frente a una oferta de servicios de carácter general por parte del Insalud.

En lo referente a la transferencia de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social materializada a 1 de Enero de 1991 hay que señalar a la Comisión de Coordinación de la Asistencia Sanitaria en la Comunidad Foral, como instrumento técnico-político principal desde su creación el día 6 de mayo 1986 mediante acuerdo entre el Ministerio de Sanidad y el Gobierno de Navarra (BOE 10 Marzo 1986). Esta Comisión, a lo largo de los 5 años de funcionamiento trató los temas de interés común para ambas administraciones y de forma específica cabe señalarse:

Atención primaria: Implantación de Zonas Básicas de salud, con acuerdos periódicos sobre Zonas a implantar, Centros a construir, inversiones a realizar y plantillas a dotar.

Coordinación hospitalaria: Acuerdo sobre la ordenación de camas y de servicios asistenciales, sobre el programa de jerarquización de especialistas y de su adscripción a las Áreas de Salud, sobre la sectorización de las Urgencias en cada Área de salud, sobre planes de viabilidad de centros (Clínica Ubarmin). Eliminación del requisito de visado para acudir a los hospitales públicos del Gobierno de Navarra.

Planes sanitarios: Plan de Salud mental, Planificación familiar, Vacunaciones, Plan de lucha contra la droga, Bucodental.

La coordinación efectiva y la implicación de cada administración en el desarrollo de los acuerdos adoptados conjuntamente adelantaron el escenario que años más tarde (a primeros de 1991) se concretó con las transferencias.

Evolución del sistema sanitario territorial en estos años: Dificultades y retos. Oportunidades de mejora.

La Ley de reintegración y mejoramiento del Fuero de Navarra (LORAFNA) consolidó el régimen político autónomo de Navarra tanto en materia sanitaria (políticas y servicios de personal), como de autonomía económico fiscal y financiera por régimen de cupo con el Estado lo que en la práctica significó la asunción de las plenas competencias en materia de Salud Pública, Asistencia Sanitaria regímenes de aseguramiento, régimen de personal y financiero de la sanidad. Se mantiene como marco la garantía de asegurar las prestaciones sanitarias a los ciudadanos residentes y transeúntes en los niveles acordados en el SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

CONSECUENCIAS:

- Una LEY FORAL 10/1990 INTEGRADORA DE TODOS LOS RECURSOS DISPONIBLES POR EL Gobierno de Navarra en los derechos, las prestaciones, los servicios, y los recursos materiales y de personal que integra en el Servicio Navarro de Salud.
- Una Ley Foral de personal de las administraciones públicas que incluye a TODO el personal de los servicios sanitarios al margen de su procedencia en un único régimen: EL FUNCIONARIAL del Gobierno de Navarra, desapareciendo los regímenes de contratación laboral y estatutario ya que en materia de personal Navarra tiene competencia exclusiva.
- El desarrollo de un Modelo público único, integrado, universal, de financiación pública con recursos propios de Navarra, que desarrolla un Sistema centralizado, concentrado en el Servicio Navarro de Salud, para la gestión de servicios sanitarios públicos socializados y funcionarizados.
- No son de aplicación en Navarra la normativa sobre modelos de Gestión descentralizada.
- La centralización y funcionarización desde el Gobierno del poder sanitario ha evolucionado asumiendo las decisiones económicas de gasto por parte

del Departamento de Economía y por parte del Departamento de Presidencia las decisiones de personal, pasando el Departamento de Sanidad a ser un centro de gasto sin poder formular políticas sanitarias, sin responsabilidades financieras ni presupuestarias, ni de personal.

Dificultades. La toma de decisiones de políticas en salud más allá del desenvolvimiento de la demanda de servicios.

Retos: Orientar el sistema hacia objetivos de salud estableciendo la corresponsabilidad en la gestión de los profesionales en un régimen de gestión participada (autogestión) de los servicios públicos.

Oportunidades de mejora. Todas; incluidas la modificación de modelo y régimen de gestión del Sistema Sanitario; dado el régimen de autonomía plena pero condicionada a las decisiones de los responsables políticos.

13. Descripción de una experiencia innovadora

1. PLAN FORAL DE ACCIÓN SOBRE EL TABACO

1. Antecedentes y bases legales en la Comunidad Foral

- En Agosto de 1994 mediante Orden Foral el Consejero de Salud puso en marcha el Programa Piloto de Ayuda a Dejar de Fumar en Atención Primaria y Salud Laboral.
- En Octubre de 1999 de nuevo mediante Orden Foral se crea un Comité de Expertos para la elaboración del Plan Foral de Acción sobre el Tabaco.
- El Plan Foral de Acción sobre el Tabaco fue aprobado por la Comisión de Sanidad del Parlamento de Navarra el 27 de Abril de 2001.
- Decreto Foral 127/2001 de 28 de Mayo por el que se establecen los Órganos de Dirección y Coordinación del Plan Foral de Acción sobre el Tabaco.
- En Febrero de 2003 el Pleno del Parlamento de Navarra aprobó la Ley Foral 6/2003 de 14 de Febrero de prevención de consumo de tabaco, de protección del aire respirable y de promoción de la Salud en relación al tabaco.
- Decreto Foral 139/2003 de 16 de Junio por el que se establecen las condiciones de acceso a la prestación farmacológica de ayuda a dejar de fumar.

2. Estructura del Plan Foral de Acción sobre el Tabaco

El Plan cuenta con los siguientes órganos de dirección:

- Consejo de Dirección.
- Coordinador General del Plan.
- Comité Ejecutivo.
- Comisión de Coordinación del Programa de Prevención de Inicio.
- Comisión de Coordinación del Programa de Ayuda a Dejar de Fumar.
- Comisión de Coordinación del Programa de Espacio sin Humo.

Los tres pilares básicos sobre los que se asienta el Plan son:

- Programa de Prevención de Inicio:

- Salud y desarrollo personal.
- Trabajo con familias.
- Escuelas Promotoras de Salud.

- Programa de Ayuda a Dejar de Fumar:

- Nivel básico o Consejo Sistematizado.
- Apoyo Programado Individual.
- Apoyo Programado Grupal.

En este programa de Ayuda a Dejar de Fumar tenemos como fundamental, la aplicación del Decreto Foral 139/2003 de 16 de junio por el que se establecen las condiciones de acceso a la prestación farmacológica. En la actualidad se consideran medicamentos prescriptibles en los Programas de Ayuda a Dejar de Fumar la terapia sustitutiva de nicotina, integrada por parches transdérmicos (30-20-10 cm²) y Bupropión. Navarra es la única Comunidad que financia esta prestación.

- Programa de Espacio Sin Humo:

Para llevar a cabo este programa en Navarra se creó “Inspección del Tabaco” con la figura de Inspector (también es la única Comunidad que tiene esa figura). Tenemos colaboración de Inspectores de los Ayuntamientos de Pamplona y Tudela y además colaboran los Alcaldes del resto de los Ayuntamientos que son autoridad inspectora del tabaco según la Ley Foral 6/2003 de 14 de Febrero.

2. MODELO MAPPA (Mapa de atributos y procesos clínicos sobre los que actuar).

El modelo MAPPA-Horizonte tiene como finalidad mejorar los resultados en salud mediante la sistematización de la atención que se ofrece a los pacientes atendidos de determinados procesos clínicos en el ámbito de la Atención Especializada, asignando y midiendo unos atributos de calidad en cada uno de ellos. El propósito que persigue el modelo es garantizar y evaluar la calidad de atención de los procesos clínicos prioritarios a través de la mejora de la gestión de la asistencia sanitaria. El proceso clínico constituye el elemento clave de diálogo entre gestores y clínicos y representa el eje rector sobre el que pivota el modelo.

El modelo MAPPA-Horizonte se basa en dos pilares fundamentales. El primero de ellos tiene como objetivo determinar qué procesos clínicos son prioritarios, y por lo tanto, en qué procesos clínicos se van a invertir los principales esfuerzos de mejora. Para la elección de los procesos clínicos prioritarios se han tenido en cuenta una serie de criterios como son la trascendencia (frecuencia, carga de la enfermedad, coste, etc.), las potenciales áreas de mejora del proceso clínico (listas de espera, variabilidad en la práctica clínica, etc.) y la factibilidad en su implantación.

El segundo pilar se basa en determinar, de forma específica para cada uno de los procesos clínicos priorizados, los atributos de calidad más relevantes para mejorar los resultados en salud. La determinación de los atributos de calidad elegidos se realiza tras el análisis de un conjunto balanceado de atributos de calidad. Este análisis se hace necesario ya que es diferente la importancia relativa que los distintos actores (ciudadanos, profesionales y administración) conceden a los atributos de calidad. Los ciudadanos son muy sensibles a los elementos de calidad percibida (empatía, trato, información, etc.), a los tiempos de espera y a la utilización adecuada de los recursos que se destinan a través de sus impuestos. Los profesionales se suelen centrar más en criterios de calidad científico-técnica y la administración prioriza la eficiencia global del sistema y se centra en valores como la equidad. La metodología MAPPA-Horizonte pretende facilitar la integración de las distintas perspectivas de lo que se considera un servicio sanitario de calidad.

Por lo tanto, cada proceso clínico priorizado va acompañado de un conjunto de atributos referidos a diversas dimensiones de calidad. Los atributos de calidad con sus indicadores vienen a representar las especificaciones de calidad en la prestación de los procesos clínicos. Con esta configuración el modelo MAPPA-Horizonte constituye también un cuadro de mandos clínico.

Una vez finalizada la fase de diseño metodológico del modelo MAPPA-Horizonte realizada durante los dos últimos años, se han elegido los once procesos clínicos prioritarios sobre los que se va a actuar (síndrome coronario agudo, enfermedad cerebro-vascular, esquizofrenia, enfermedad lumbo-ciática, cáncer bronco-pulmonar, cáncer de mama, cáncer colo-rectal, hiperplasia benigna de próstata, catarata, parto y

EPOC). La estructura que apoya este modelo es la constitución de 11 grupos de mejora (uno por cada proceso clínico), la constitución de grupos satélites (para resolver problemas específicos en los que tienen que intervenir otros profesionales) y la constitución de un comité rector MAPPA (formado por el equipo directivo de atención especializada, de cada uno de los hospitales, y la dirección de atención primaria). En cada grupo de mejora hay profesionales de cada centro hospitalario, al menos un profesional de enfermería, una persona que realiza el apoyo metodológico para que el grupo consiga los objetivos establecidos, y un coordinador clínico. A finales del presente año, los grupos emitirán sus conclusiones con la especificación de las líneas de mejora y las actividades concretas que la organización tiene que realizar para conseguir una mejora sustancial en la asistencia proporcionada a los pacientes. Las acciones concretas se tienen que sustentar en la medicina basada en la evidencia y en la optimización de los circuitos asistenciales. La implantación de las acciones de mejora se desarrollará durante el año 2006.

3. PROYECTO CORPORATIVO GENERAL DE IMAGEN DIGITAL MÉDICA DEL SERVICIO NAVARRO DE SALUD - OSASUNBIDEA

1 Justificación, *motivación de su inicio o planteamiento*

El Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea está actualmente iniciando la implementación (sobre una definición estratégica previa) de un proyecto corporativo de Imagen Digital Clínica, cuyo ámbito se extiende a la totalidad de sus centros asistenciales y cuya implantación básica debe realizarse en un horizonte temporal que se sitúa entre los dos y los cuatro próximos ejercicios.

El objetivo final es implementar una oferta de servicios que incluya la disponibilidad y uso adecuado a la necesidad de los distintos grupos de usuarios, de la imagen digitalizada clínico-asistencial, proveniente de cualquier fuente, por parte de todo el personal habilitado para su utilización.

En definitiva, se trata conseguir, dentro de la red sanitaria pública de Navarra, el acceso por parte de cualquier persona autorizada y desde cualquier punto de dicha red sanitaria, a cualquier exploración con imagen médica digital, con independencia del centro en el que se haya realizado la prueba diagnóstica.

La fuente de imagen puede ser interna (de centros del SNS.-O) o externa (como consecuencia de conciertos específicos, u otros) e incluso mixta (insourcing). En la actualidad el porcentaje más importante de imagen digital estaría conformada por la "imagen radiológica" que ha de entenderse por ser aquella generada o susceptible de serlo, en el ámbito de los distintos servicios de Radiología (Rx, Radiología con contraste, Ecógrafos, Resonancia Magnética, TAC, Angiógrafo...). El proyecto a implementar incluye cualquier fuente de imagen de utilización clínico asistencial (algunos equipamientos en oftalmología producen imagen no radiológica, por ejemplo), y la oferta de servicios de alta tecnificación (como la fusión de imágenes etc.), independientemente de que las imágenes se produzcan dentro o fuera del SNS.-O., en orden a posibilitar una oferta de servicios radiológicos completa.

El proyecto se centra inicialmente en el área radiológico interno. El SNS. – Osasunbidea, cuenta actualmente con áreas de Radiología en los siguientes centros y con fuentes de imagen diversas: Hospital de Navarra, Hospital Virgen del Camino, Hospital García Orcoyen de Estella, Hospital Reina Sofía de Tudela, Clínica Ubarmin, Ambulatorio General Solchaga, Centro de Consultas Externas Príncipe de Viana, Centro de Salud – Ambulatorio de Tafalla.

2. *Objetivos/ventajas relevantes del proyecto.*

- **Respecto del paciente:** Evitar radiaciones innecesarias, evitar desplazamientos, mejorar la rapidez en diagnósticos y tratamiento, eliminar repeticiones innecesarias de pruebas, mejorar la calidad de su información sanitaria.
- **Respecto los profesionales:** Inmediatez del acceso a la información total de las pruebas del paciente, posibilidad de compartir simultáneamente opiniones y diagnósticos, facilidad para la realización de estudios ligados a la docencia e investigación, incremento de las prestaciones diagnósticas.
- **Respecto la Institución:** Todo digital (lo importante es la información no el soporte), eliminación de tiempos de espera y de repetición de estudios, notable reducción de los archivos físicos y de la posibilidad de pérdida de información, riguroso control de accesos (registro de los mismos), disminución del impacto ambiental, ahorro económico.

3. *Características básicas del proyecto*

- **Corporativo del SNS.-O.;** afecta a la globalidad del mismo, no se trata de digitalizar un servicio de Radiología de un hospital determinado, ni siquiera un hospital determinado sino el conjunto del SNS.-O, esto supone:
 - *Por el lado de la OFERTA de Imágenes:*
 - Toda imagen médica (no solo radiológica sino de cualquier tipo) que se produzca en el ámbito del SNS.-O, (cualquier centro) se digitaliza y se archiva asociada al paciente de quien se trate.
 - Todas las imágenes médicas de un paciente quedan asociadas a él, independientemente de donde hayan sido realizadas.
 - Pueden incorporarse imágenes médicas provenientes de otros centros sanitarios públicos o privados de fuera de Navarra, si ello fuera necesario y con autorización del paciente.
 - La oferta (aquí sí, principalmente la radiológica) se podrá completar con servicios de tecnología avanzada como la fusión de imágenes, la fusión de volúmenes, la reconstrucción en 3D.
 - *Por el lado de la DEMANDA de Imágenes:*
 - Cualquier usuario autorizado en el ámbito del SNS.-O, (desde cualquier centro, tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada) podrá acceder a las imágenes necesarias del paciente de quien se trate, cuando dicho acceso resulte

necesario para la prevención o para el diagnóstico médico, la prestación de asistencia sanitaria o tratamientos médicos.

- Alta disponibilidad: los usuarios autorizados podrán acceder a las imágenes veinticuatro horas al día, todos los días de la semana, durante todo el año.
 - En caso de que fuera necesario para el paciente, podría entregársele en un CD (por ejemplo) toda la serie de imágenes de un proceso determinado, evitando las engorrosas placas.
 - En el caso de demanda desde otros servicios sanitarios españoles o extranjeros, públicos o privados y con las autorizaciones y garantías pertinentes en cada supuesto, podría permitirse el acceso a las imágenes médicas necesarias, de un hipotético paciente navarro que esté recibiendo tratamiento fuera de nuestra comunidad (por ejemplo).
 - En determinados supuestos podrían imprimirse las imágenes en placas convencionales (como hasta ahora).
- **Integrado en los Sistemas de Información del SNS.-O.**, lo que supone que la visualización de las imágenes se realizará fundamentalmente **desde Historia Clínica, tanto de AP como de AE** y, que las solicitudes de pruebas y la cita para las mismas se realizará también desde los sistemas propios.
 - **En cooperación con la Dirección General para la Sociedad de la Información:** Todo el proyecto se está desarrollando en cooperación con la DGpSI.
 - **Tecnológicamente avanzado:** para que este proyecto pueda llevarse a cabo, se requiere, desde un punto de vista tecnológico que estén desarrollados los siguientes rasgos:
 - Unas redes de comunicación que permitan el “trasiego” de imágenes, es decir de alta capacidad y disponibilidad.
 - Un desarrollo elevado de la informatización de los puestos de trabajo sanitarios y no sanitarios del sistema en toda Navarra.
 - Un substrato de sistemas de información sanitarios que permita integrar archivar y gestionar las imágenes en el mismo (como se integran otros datos, como los resultados de laboratorio u otras pruebas) desde el punto de vista del paciente (es decir imágenes, no por origen –donde han sido realizadas- o por petionario –desde donde han sido solicitadas-, sino por PACIENTE).
 - Las fuentes de imagen deben ser mayoritariamente digitales, es decir los equipos de radiodiagnóstico u otros equipamientos médicos que producen imágenes, deben hacerlo en formato digital. En otro caso habrá que digitalizarlas.

- Un conjunto humano de profesionales, tanto del ámbito específicamente radiológico, como clínico en general y, especialmente en el del desarrollo de los sistemas de información sanitarios que cooperen para el buen fin del proyecto.

En nuestro caso, en la actualidad se va ha producido una profunda renovación de la red principal sanitaria (anillo hospitalario) en el último trimestre de 2004, además del esfuerzo que se está realizando para llegar con tecnología ADSL a todos los centros de salud y consultorios de Navarra (a finales 2005 el 98,5% población).

La informatización de los puestos de trabajo sanitarios está en un muy alto porcentaje realizada y concluirá previsiblemente en este ejercicio (2005) con la consecución de la informatización (tanto en su ámbito administrativo como sanitario específico) para todos los centros de salud de nuestra Comunidad.

El conjunto de los Sistemas de Información Sanitarios del SNS.-O., tiene en el paciente su enfoque estratégico más notable. **La información sigue al paciente**, allí donde sea necesario, se agrupa alrededor de él y para él. Así tanto los sistemas administrativos (de carácter sanitario) como la citación o los de estricto carácter sanitario como la Historia Clínica Informatizada, están concebidos para que su ámbito sea el paciente en el conjunto de Navarra. Todavía quedan algunos pasos que dar para concluir de llevar a término este principio.

- **Estandarizado y en su mayor parte de desarrollo propio:** la estandarización lo es a todos los niveles; la imagen se producirá (o convertirá) archivará y gestionará en formato DICOM (el estándar más aceptado en imagen médica digital), los procesos de acceso a la imagen, solicitudes. idem. Estimamos que al menos un 70% del proyecto se está desarrollando en el ámbito interno.

11. Elementos fundamentales para el desarrollo del proyecto

Se ha tratado de actualizar las líneas de desarrollo estratégico, del SNS.-O., en este ámbito, y de operativizar su abordaje de manera ordenada y priorizada, definiendo un plan de implementación de estas tecnologías. Para ello se ha tenido en cuenta:

- La situación actual del SNS.-O., sus puntos fuertes y debilidades, tanto en relación a infraestructuras tecnológicas en el ámbito de la radiología, como en el de las relativas a telecomunicaciones y al hardware y software informático de gestión y almacenamiento de imagen; a su conectividad con Historia Clínica, y en general a los aspectos básicos para su desarrollo e implementación completa e integral.
- Los componentes que se definen como críticos y relevantes del proyecto (objetivos, hitos, contenido, requisitos, esfuerzos, plazos y recursos económicos)
- Los usuarios con sus perfiles y meta perfiles y roles que se definan, considerando la adecuación respecto a su utilización, y la seguridad respecto a la confidencialidad de los datos/imágenes manejados.

- Los aspectos de protección de datos ((Ley orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal y Ley Foral 29/2003 sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica).
- La estrategia general de abordaje del proyecto, con una definición temporal faseada. (Imagen en AP, en Urgencias, en resto).