Gobierno de Navarra

2011 2015

DEPARTAMENTO DE SALUD

Gobierno de Navarra

© 2015, Departamento de Salud del Gobierno de Navarra

Marta Vera Janín

Consejera de Salud del Gobierno de Navarra

El 20 de septiembre del año 2011 expuse ante el Parlamento de Navarra las líneas generales de la que iba a ser mi gestión a lo largo de la legislatura. Entonces se cumplían 25 años de la aprobación de la Ley General de Sanidad y destaqué que, un cuarto de siglo después, nos estábamos enfrentando a un reto inminente: garantizar la sostenibilidad de un sistema de salud que queremos que siga siendo universal, de calidad y equitativo.

En el año 2011 el presupuesto del Departamento de Salud crecía exponencialmente a un ritmo del 10% anual por lo que la primera medida que debíamos acometer, y de manera perentoria, era la de contener ese gasto. Un gasto que casi se había duplicado en 10 años pasando de 500 a 1.000 millones entre los años 2001 y 2010. A partir del año 2011 y hasta el 2013 se produce un punto de inflexión en la evolución del gasto sanitario, pasando a estabilizarse o decrecer gracias a un enorme esfuerzo de mejora de la productividad orientado a poder mantener las prestaciones e incluso añadir otras adicionales.

Pero la dificultad no terminaba con la contención del gasto, debíamos ser capaces, además, de poner en marcha otros proyectos que permitieran orientar el sistema hacia el nuevo paciente caracterizado menos por los procesos agudos y más por las enfermedades crónicas.

Ha sido una tarea ingente en la que nos hemos volcado todos los que hemos trabajado durante estos años en el Departamento de Salud. Un sistema sanitario eficiente exige desarrollar estrategias activas dirigidas a lograr que los ciudadanos se responsabilicen e impliquen más activamente en el cuidado de su propia salud. Un sistema sanitario eficiente necesita mejorar la eficiencia de la organización, innovando en los procedimientos, optimizando la gestión del tiempo y eliminando pasos y actos de escaso valor que poco contribuyen a mejorar los resultados en salud.

Los cambios de hábitos y actitudes son lentos, pero los primeros pasos ya se han dado. Navarra puede enfrentarse al futuro con optimismo y con la seguridad de que el excelente sistema de salud que siempre le ha caracterizado, ha salido reforzado y preparado para enfrentarse al reto de la sostenibilidad.

ÍNDICE

A. ¿Por qué era necesario el cambio? p6

B. Hacia dónde vamos p10

C. ¿Cómo lo hemos hecho? p14

1. Planificación p15
- Planificación de Camas
- Planificación de Quirófanos
- Plan de Conciertos
- Plan de Salud
- Plan de Drogodependencias
- Plan de Salud Mental
- Plan de Transporte Sanitario

2. Sistemas de información y herramientas de gestión p26
- Segmentación de pacientes
- Historia Clínica Informatizada
- Contratos programa y cuadros de mando
- Contabilidad analítica

3. Eficiencia p34
- Unificación almacén CHN
- Externalización Servicio de cocinas
- Unificación laboratorios asistenciales
- Eficiencia energética

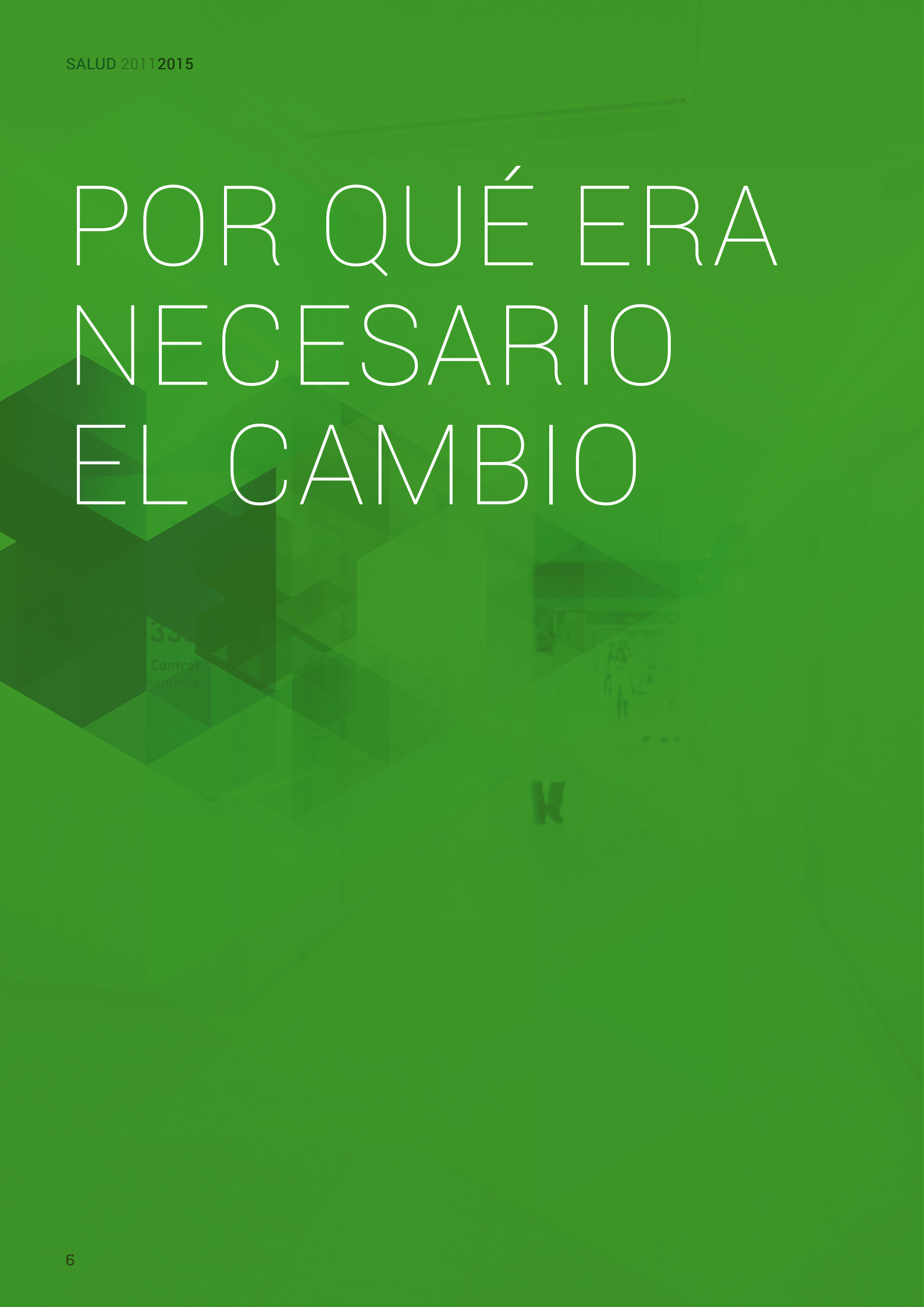
4. Estrategia de Crónicos p39
- Puesta en marcha del programa piloto
- Telemonitorización
- Consejo Sanitario
- Nuevos perfiles profesionales

5. Investigación, Formación e Innovación p43
- Instituto de Investigación Sanitaria
- Centro de Experiencias

6. Prevención p46
- Programa de cáncer de mama
- Programa de metabolopatías
- Programa de hipoacusias
- Programa de cáncer de colon

7. Inversiones e infraestructuras p49
- Urgencias Materno-Infantiles CHN
- Hospital de Día de Oncología Pediátrica
- Área Psiquiatría de Tudela
- Resonancias Hospital de Estella
- Área de partos del Hospital de Estella
- Edificio Urgencias. CHN
- Pabellón C. CHN
- Planta cogeneradora. CHN
- Angiógrafo digital CHN
- Sala Electrofisiología del Área de Corazón
- Galería Conexión Urgencias y HVC
- Urbanización y Saneamiento HN
- Quirófanos HVC
- Quirófanos Ubarmin
- Centro de Salud de San Adrián
- Centro de Salud de Echavacoiz
- Consultorio de Arre
- Consultorio de Azuelo
- Consultorio de Beire
- Centro de Investigación Biomédica
- Ampliación Potencia Eléctrica CHN
- Edificio Quirúrgico Hospital Reina Sofia
- Centro de Experiencias Sanitarias
- Centro San Francisco Javier
- Almacén Unificado CHN
- Laboratorio Unificado de Navarra

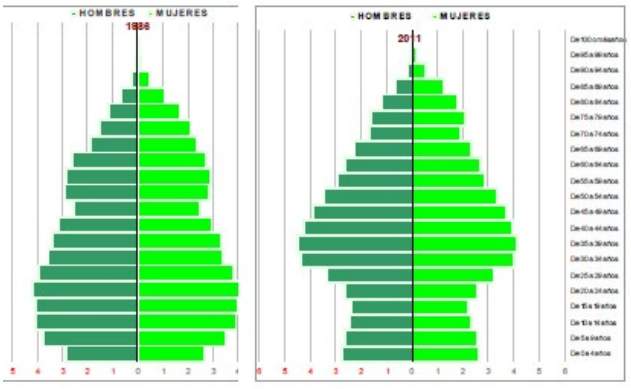
POR QUÉ ERA NECESARIO EL CAMBIO



El cambio del sistema sanitario resulta indispensable para poder dar una respuesta adecuada a las nuevas necesidades de salud de la sociedad navarra, cada vez más envejecida y con mayor prevalencia de enfermedades crónicas.

En nuestra Comunidad, en tan solo una década, la que va de 2002 a 2012, los mayores de 65 años se han incrementado en un 14%, los mayores de 85 años han crecido un 54% y los de más de 100 años han experimentado un espectacular crecimiento del 11%.

Evolución de la pirámide población de Navarra de 1986 a 2011

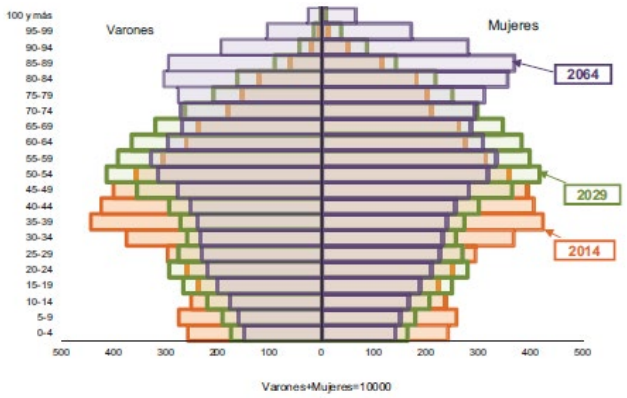


Fuente Instituto de Estadística de Navarra

La Proyección de la Población de España 2014-2064 realizada por el INE, revela que Navarra contaba a 1 de enero de 2014 con 636.629 habitantes y que la previsión es que en la misma fecha de 2029, la cifra sea de 635.636. Ello supone que la población descenderá entre 2015 y 2029 en términos relativos un 0,2%, lo que supone un decrecimiento vegetativo de 12,6 puntos por cada mil habitantes.

Los datos que aporta el INE es que en conjunto, el Estado perderá 5,6 millones de habitantes en los próximos 50 años, un horizonte en el que, además, los mayores de 65 años serán casi el 40% de la población, habrá un 49% menos de menores de diez años y la personas mayores de 100 años sumarán 372.000 frente a las 13.551 actuales. Ya en 2015 las defunciones superarán a los nacimientos.

Proyección de la pirámide de población en España en 2064



La más reciente proyección de la población de la Comunidad Foral hasta 2022 realizada por el Instituto de Estadística de Navarra (IEN) estima que la población global descenderá en torno a un 2%, debido fundamentalmente a la emigración, y por el contrario

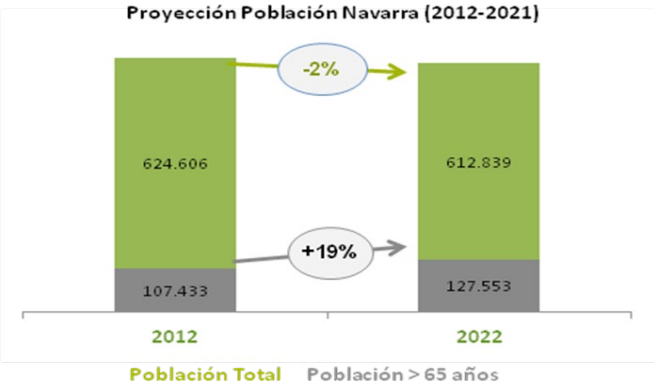
la población de mayor edad continuará su imparable crecimiento con las siguientes consecuencias:

1. En este período el porcentaje de población mayor de 65 años crecerá del 17% al 21% pasando de 107.433 a 127.553 habitantes lo cual representa un incremento cercano al 19%.

2. Los mayores de 80 años pasarán de 33.066 a 38.605 lo que representa un incremento igualmente notable del 17%

3. La evolución de la Tasa de Dependencia nos indica que el número de inactivos (<15 +>65) frente al población en edad activa (de 15 a 65) pasará de ser un 48% a un 56%.

4. Por su parte la Tasa de Dependencia de los mayores de 65 años pasará de 25,5 a 32,4%.



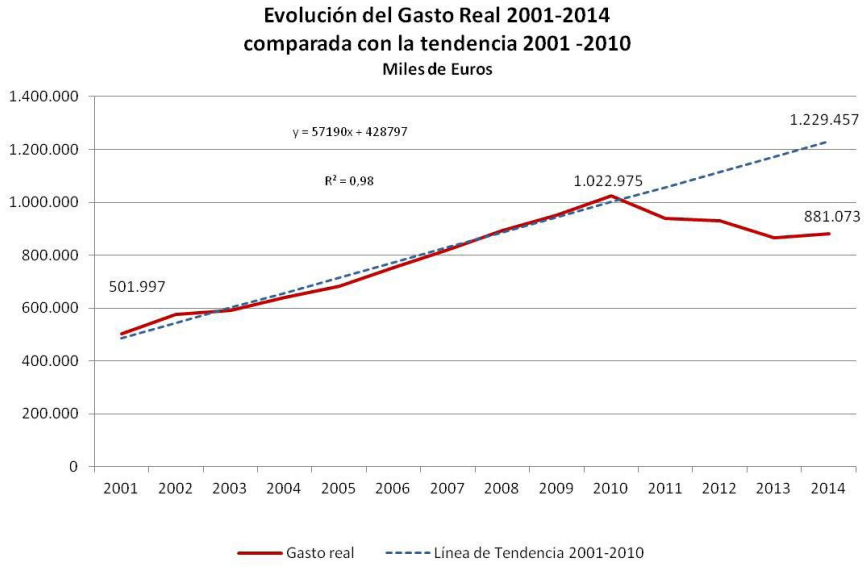
Con estas previsiones, se incrementará de forma importante los recursos destinados a estos pacientes, que representan actualmente más del 70% del total del gasto sanitario.

El aumento de la longevidad se asocia además con un incremento de las probabilidades de padecer enfermedades crónicas, que, aunque no son exclusivas de la población anciana, sí se observa que con el paso de los años aumenta su incidencia.

En Navarra disfrutamos de una esperanza de vida de 83,7 años, una de las más altas de Europa, gracias entre otras cosas al progreso de la medicina en los últimos 50 años, a los nuevos fármacos y nuevas tecnologías y por supuesto a más extensos conocimientos para tratar y gestionar muchas enfermedades. Sin embargo, estos nuevos fármacos, tecnologías y procesos también han encarecido enormemente el coste de la asistencia sanitaria.

Hoy en día los pacientes crónicos representan en Navarra 17,3% de las interacciones con el sistema sanitario y consumen el 52% del gasto sanitario.

En este contexto, la evolución del presupuesto del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra ha sido de incrementos de en torno a un 8% hasta el año 2010 y desde el año 2001. A partir del año 2011 y hasta el 2013 se produce un punto de inflexión en la evolución del gasto sanitario, pasando a estabilizarse o decrecer gracias a un enorme esfuerzo de mejora de la productividad orientado a poder mantener las prestaciones e incluso añadir otras adicionales. En el año 2014 el gasto sanitario vuelve a crecer de nuevo pero a tasas muy inferiores a las que lo hizo en la primera década del milenio y acordes al crecimiento del PIB.



En los próximos años deberemos hacer frente a una demanda mayor y relacionada en mayor medida con patologías crónicas, asumiendo la financiación de nuevos fármacos, nuevas tecnologías con un presupuesto de gasto cuya evolución irá muy pareja a la evolución del PIB, por lo que podemos estimar un crecimiento del gasto muy bajo.

En este contexto demográfico y presupuestario, el sistema sanitario de Navarra ha venido gozando de gran predicamento entre los profesionales sanitarios y ha logrado una adhesión incuestionable por parte de la inmensa mayoría de la población. El grado de satisfacción de los ciudadanos con el funcionamiento del sistema sanitario público en 2013, valorado de 1 a 10, alcanza los 7,27, dos décimas más que el año pasado y un punto por encima de la media española (6,41) que desciende cuatro décimas. Más del 80% de los navarros considera que el sistema sanitario público funciona bastante bien. Pero además, el último estudio realizado por la Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Publica, que fue publicado el pasado mes de septiembre de 2014, determina que Navarra es, por quinto año consecutivo, la comunidad de España con mejores servicios sanitarios con una puntuación de 8,4, un 33% más que la media nacional situada en 6,3. Obtiene un total de 82 puntos de los 98 posibles.

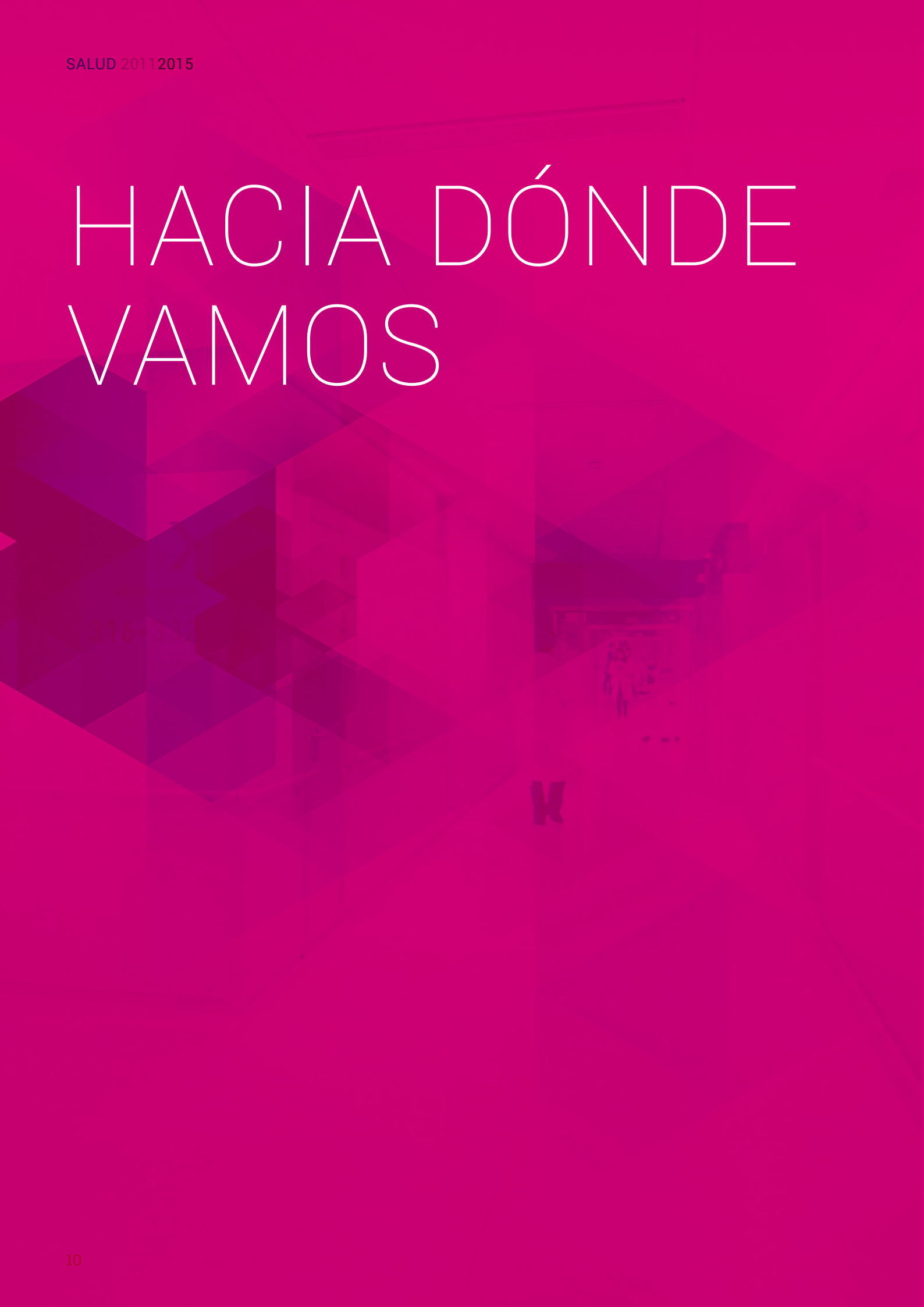
Estos son algunos de los indicadores del sistema sanitario en Navarra por los que nuestra sanidad se sitúa también en los primeros lugares de las comunidades españolas en lo que a la inversión en recursos humanos y materiales se refiere.

	NAVARRA	MEDIA ESPAÑOLA
Nº médicos / 100.000 hab.	**535**	**439**
Nº enfermeros / 100.000 hab.	**831**	**506**
Nº camas/ 1.000 hab	**3,86**	**3,36**
Mº quirófanos /100.000 hab	**7,49**	**6,61**

Por otra parte el sector sanitario de la Comunidad Foral es uno de los principales sectores productivos de nuestra economía, uno de los que más empleos generan (9.534 trabajadores en el Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea, en el año 2014), y el Departamento que gestiona el presupuesto más alto del Gobierno de Navarra (el 24,32%).

El nuestro es un sistema sanitario eficiente en términos macroeconómicos, pero que sin embargo, cada día requiere de más fondos públicos para su sostenimiento independientemente de cuál sea la evolución del PIB o de cuál sea la coyuntura económica y es en esto en lo que radica el riesgo sobre su sostenibilidad.

HACIA DÓNDE VAMOS



El cambio del sistema sanitario resulta indispensable para poder dar una respuesta adecuada a las nuevas necesidades de salud de la sociedad navarra, cada vez más envejecida y con mayor prevalencia de enfermedades crónicas.

Garantizar la sostenibilidad del sistema público pasa por impulsar medidas dirigidas a promover la racionalidad de la demanda, el uso racional de los recursos, la continuidad de la atención y la adecuación de los modelos asistenciales a las verdaderas necesidades sanitarias. Pero además, un sistema sanitario eficiente exige desarrollar estrategias activas dirigidas a lograr que los ciudadanos se responsabilicen e impliquen más activamente en el cuidado de su propia salud. Y también es necesario mejorar la eficiencia de nuestra organización, innovando los procedimientos, optimizando la gestión del tiempo y eliminando pasos y actos de escaso valor y decisiones clínicas sin evidencia científica que poco contribuyen a mejorar los resultados en salud.

Nuestra aspiración, fue por tanto la de lograr un sistema sanitario centrado en el paciente, sostenible, resolutivo, innovador y abierto a la sociedad a la que da servicio.

El nuevo modelo tiene como objeto mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes y ciudadanos navarros dando respuesta a los cambios en las necesidades de salud de una población más envejecida y con una elevada incidencia de las enfermedades crónicas y garantizando además la sostenibilidad del sistema sanitario público para las generaciones futuras:

1. Frente a un sistema centrado en exceso en la figura del médico y diseñado para procesos agudos; el nuevo modelo favorece nuevas competencias y capacidades mediante un trabajo multidisciplinar y diferenciado entre agudo y crónico.

2. Frente a las dificultades de accesibilidad en un modelo muy centrado en la consulta presencial; queremos garantizar una atención accesible y oportuna en el tiempo diversificando modalidades asistenciales y diseñando circuitos nuevos.

3. Frente a un sistema con un buen nivel de calidad general que adolece de una elevada variabilidad en la práctica clínica; precisamos un modelo que garantice mayor homogeneidad en la calidad técnica y en la seguridad de paciente.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	PROYECTOS ESTRATÉGICOS				RESULTADOS EN SALUD
CORRESPONSABLE en el cuidado de la Salud	1.1. Programa de autocuidado, información y capacitación de los ciudadanos	1.2. Programa de Prevención de riesgos en la infancia, la adolescencia y la juventud	1.3. Nuevo plan de drogodependencias	1.4. Detección precoz de cáncer colorrectal	
Agilidad y accesibilidad	2.1. Programa de mejora de la accesibilidad a la atención continuada y urgente	2.2. Proyecto de aumento de la capacidad resolutiva de atención primaria	2.3. Programa de mejora de asistencia especializada	2.4. Potenciación de la Potenciación de la cirugía mayor ambulatoria, hospitalización a domicilio y hospital de día	
Orientación a la necesidad	3.1. Plan de mejora de atención primaria	3.2 Plan de gestión y priorización clínica de las listas de espera	3.3. Nuevos canales de información y comunicación con los ciudadanos	3.4.Desarrollo de sistemas de segmentación de pacientes	
Eficiencia y sostenibilidad	4.1 Plan de comunicación del uso racional de los recursos sanitarios	4.2. Estrategia de uso racional del medicamento y receta electrónica	4.3. Uso racional de técnicas, prótesis y material sanitario.	4.4. Programa de mejora del control clínico de la incapacidad temporal	
Atención integrada	5.1. Estrategia de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos	5.2. Plan de coordinación sociosanitaria	5.3. Estrategia integral de atención oncológica	5.4. Estrategia integral de atención a las demencias	
Calidad técnica	6.1. Plan de evaluación y mejora de la calidad asistencial	6.2. Plan estratégico de salud mental	6.3 Cuidados paliativos		
Compromiso profesional	7.1. Sistema de dirección por objetivos	7.2. Participación y mejora de la comunicación interna	7.3. Modernización de la gestión de RRHH		

4. Frente a un modelo de atención discontinua y fragmentada con problemas de coordinación entre niveles; queremos un modelo continua y coordinada con integración de procesos.

5. Frente a un modelo focalizado a la enfermedad con limitada promoción de la salud y un paciente dependiente; el nuevo modelo busca lograr la corresponsabilidad del paciente en el cuidado de su salud y mayor independencia.

6. Frente a un sistema con demanda creciente y una especialización excesiva, queremos desarrollar un modelo eficiente y sostenible que atienda y fomente una demanda razonable y un suso racional de los recursos.

7. No será posible transformar el modelo sin lograr promover un alto grado de compromiso e implicación profesional. El nuevo modelo debe ser liderado por profesionales comprometidos, responsables, conscientes de que la importancia que las decisiones que ahora tomamos tienen para el futuro de nuestro sistema sanitario

La filosofía del nuevo modelo la plasmamos en una serie de proyectos priorizados que han sido aquellos en los que hemos trabajado a lo largo de la legislatura para que actuaran como "palanca de transformación del sistema"

		INSTRUMENTOS ESTRATÉGICOS Y PROYECTOS INSTRUMENTALES				
LÍNEAS INSTRUMETNALES	Ordenación de recursos	8.1. Unificación de servicios del Complejo Hospitalario de Navarra	8.2. Unificación de los laboratorios asistenciales	8.3. Plan de conciertos		
	Desarrollo profesional	9.1. Estrategia integral de gestión clínica del conocimiento	9.2. Plan plurianual de formación y desarrollo profesional			
	Tecnologías y sistemas información	10.1. Historia clínica Electrónica 2.0	10.2. Sistema de gestión integral del paciente	10.3. Desarrollo de herramientas de ayuda: telemedicina, cuadro de mandos de gestión clínica	10.4. Contabilidad analítica y gestión de ingresos a terceros.	10.5. Proyecto de mejora de la seguridad de la información
	Investigación e innovación	11.1. Puesta en marcha del nuevo Centro de Investigación Biomédica (CIB)	11.2. Programa de promoción de la investigación en el SNS-O	11.3. Estrategia de innovación y generación de ideas en el ámbito profesional	11.4. Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra	

¿CÓMO LO HEMOS HECHO?

1 Mediante la planificación:

- PLANIFICACIÓN DE CAMAS
- PLANIFICACIÓN DE QUIRÓFANOS
- PLAN DE CONCIERTOS
- PLAN DE SALUD
- PLAN DE DROGODEPENDENCIAS
- PLAN DE SALUD MENTAL
- PLAN DE SALUD LABORAL

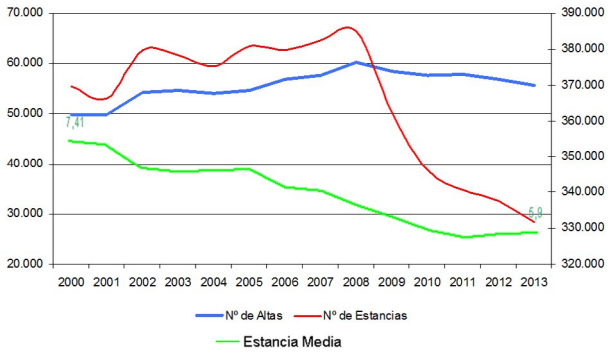
PLANIFICACIÓN DE CAMAS

La cama hospitalaria de agudos es el recurso más sofisticado y costoso del Sistema Sanitario.

En Navarra a cinco o diez años la estructura hospitalaria actual se muestra suficiente, sin embargo a largo plazo si no modificamos el modelo de atención el impacto del envejecimiento hará casi insostenible el Sistema Hospitalario.

La Comunidad Foral tiene la segunda tasa más alta de ingresos por 1.000 habitantes y, comparada con otras Comunidades, tiene un bajo nivel de desarrollo de las alternativas al internamiento: cirugía ambulatoria, hospitalización a domicilio, hospital de día, etc. Quizá porque no lo ha necesitado ya que en Navarra, salvo en días puntuales, nunca ha habido déficit de camas.

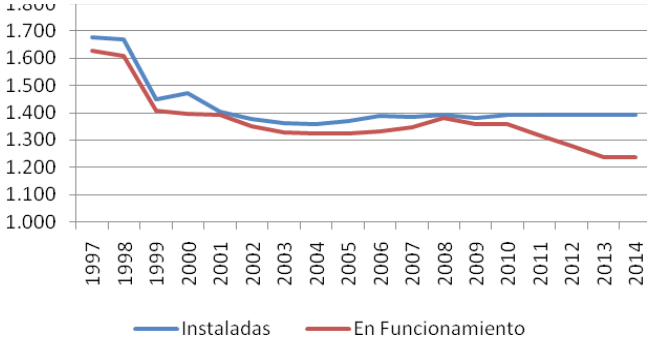
Evolución del Número de Ingresos, Estancias Hospitalarias



En el período 2000-2013 se observa una tendencia al alza en el número de ingresos hospitalarios en Navarra y un marcado descenso de la estancia media, que ha pasado de 7,4 a 5,9 días.

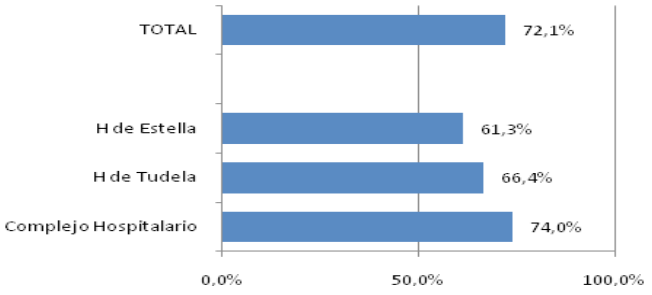
Aunque desde el año 2000 el número de camas hospitalarias instaladas no ha variado, la notable reducción de la estancia media ha permitido reducir el número de camas en funcionamiento y ha permitido reducir también la derivación de pacientes para su ingreso en centros Concertados.

Evolución Camas Instaladas y en funcionamiento SNS-O



El esfuerzo de adaptación realizado ha sido notable pero sin embargo todavía tenemos un índice de ocupación del 72%, bajo comparado con el del Estado 77,3% y también con el de la OCDE 77,6% y muy lejano al 90% observado en países con Sistemas de Salud tan desarrollados como Canadá o Noruega.

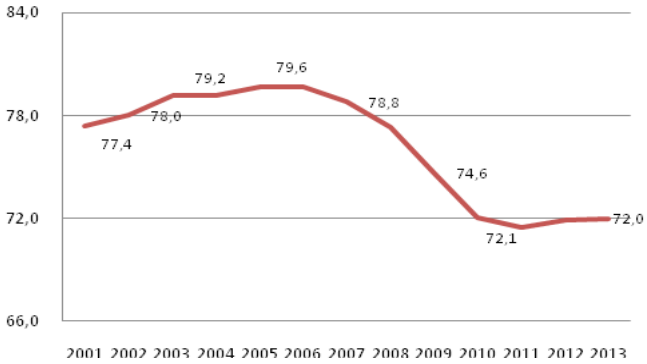
% de Ocupación



El déficit de ocupación es muy significativo en particular en las áreas materno infantiles y en los hospitales comarcales lo que aconseja una redistribución de camas en funcionamiento adaptada a las realmente necesarias.

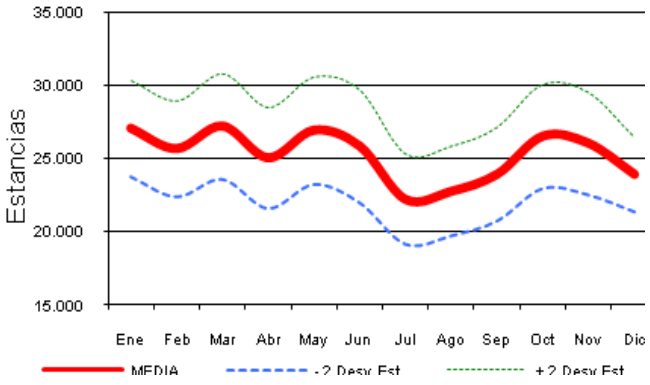
Las necesidades de ingreso hospitalario están fuertemente influenciadas por estacionalidad. Las "camas en funcionamiento" deben adaptarse de forma permanente a la estacionalidad y debe garantizarse un número de "camas instaladas" suficientes para las ondas epidémicas.

Evolución del % de Ocupación



Estacionalidad Observada CHN 2000-2014

MEDIA ±2 DESVIOS ESTÁNDAR



OBJETIVOS Y PREVISIONES

El diagnóstico realizado ha permitido establecer los siguientes objetivos y previsiones para el año 2020:

- Desarrollo pleno de la Estrategia de Crónicos y apuesta decidida por el desarrollo de Servicios de Atención Domiciliaria, tanto sanitarios como sociosanitarios.

- Mantener el número de "camas instaladas". Aunque a corto y medio plazo será factible eliminar camas instaladas las previsiones a medio largo plazo lo hacen desaconsejable.

  > Mantener una reserva amplia de camas para asumir los picos de demanda.

  > Optimizar las camas en funcionamiento adecuándolas en cada momento a la verdadera necesidad. Abrir y cerrar camas con la máxima agilidad.

> Reservar camas para catástrofes y grandes brotes epidémicos.

> Ajustar el número de camas por grandes áreas (médicas, quirúrgicas, etc) a la evolución observada de la demanda.

- Desarrollar al máximo todas las técnicas y procedimientos ambulatorios.
- Generalizar la hospitalización a domicilio y extenderla a toda Navarra logrando que el 8% de los ingresos utilicen esta modalidad (pasar de 1.400 a 4.500 ingresos al año).
- Incrementar en un 70% los recursos de Hospital de Día y ampliar su horario de funcionamiento.
- Duplicar la tasa de ambulatorización quirúrgica y lograr que el 50% de las intervenciones se realicen con Cirugía Mayor Ambulatoria.
- Potenciar la recientemente creada Unidad de Pluripatológicos en el Complejo.
- Promover el alta y traslado precoz del paciente al Hospital Comarcal una vez superada las necesidades que hayan motivado el traslado a Pamplona de pacientes que precisan de alta tecnología, cuidados críticos especializados o cirugía de tercer nivel, etc y desarrollar al máximo en el ámbito comarcal los servicios modalidades ambulatorias y alternativas la hospitalización, urgencias, hospitalización de crónicos y pluripatológicos, cirugía de corta estancia, media estancia hospitalaria.
- Potenciar el desarrollo progresivo de los servicios de media estancia hospitalaria y ampliar y flexibilizar las modalidades asistenciales que ofrecen los distintos Centros.
- Promover un consenso técnico , político y social para el desarrollo de nuevos modelos de Internamiento Sociosanitario: Convalecencia residencial (Nuevo), Convalecencia residencial rehabilitadora física (Nuevo), Convalecencia residencial rehabilitadora psíquica RAE, Comunidades terapéuticas /SIDA, Readaptación de trastornos conductuales y de convivencia (Nuevo). Psicogeriatrías, Unidad Polivalente de Menores (Nuevo).

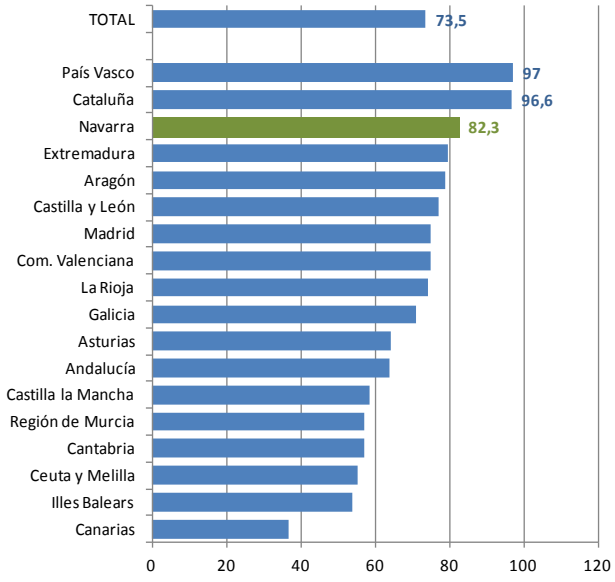
PLANIFICACIÓN DE QUIRÓFANOS

El Quirófano es un recurso de gran importancia en el Sistema Sanitario cuyo uso eficiente tiene una notable repercusión tanto en la accesibilidad (tiempos de espera) como en el coste de los servicios.

En la última década Navarra ha realizado una importante inversión en la construcción de nuevos quirófanos por lo que se hace necesario realizar un estudio detallado de necesidades para la toma de decisiones a corto y medio plazo.

La Comunidad Foral de Navarra presenta la tercera tasa más alta de intervenciones por 1.000 habitantes en centros públicos del Estado, tras el País Vasco y Cataluña.

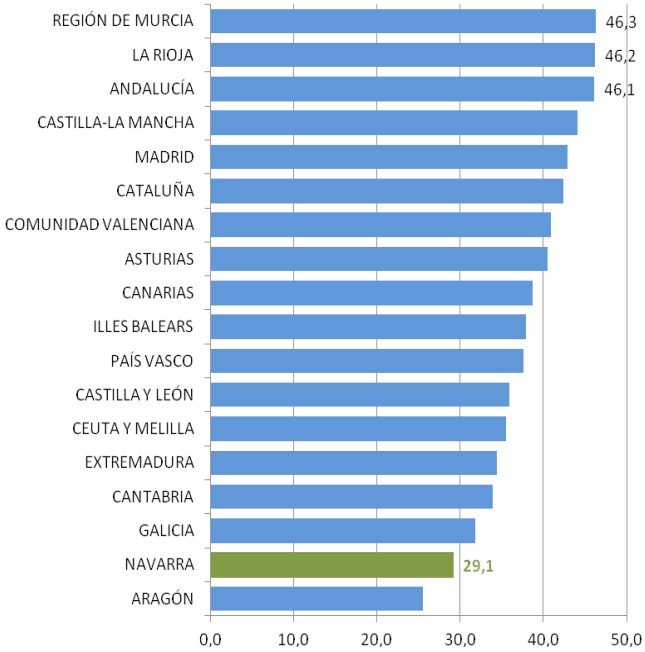
Intervenciones por 1.000 hab. por CC.AA.
Hospitales Públicos



Por el contrario Navarra es una de las CC.AA. con la tasa de Cirugía Mayor Ambulatoria más baja de todo el Estado. En el año 2013 se produjeron 5.143 ingresos hospitalarios por intervención quirúrgica con una estancia menor de dos días. Si el 50% de estos procedimientos hubieran sido ambulatorios la Tasa de Ambulatorización pasaría del 30% al 40% y se ahorrarían 10.286 estancias equivalentes a una Unidad de Hospitalización de 36 Camas.

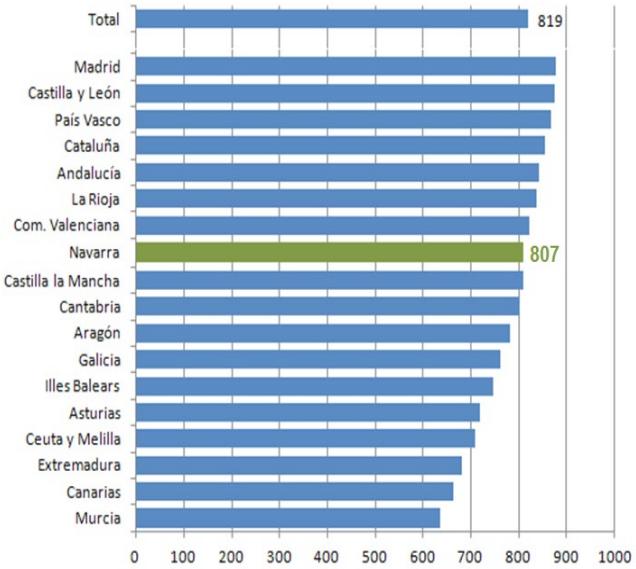
La evolución de la lista de espera quirúrgica, que se vio afectada por la merma de actividad producida tras la supresión de las llamadas "peonadas" ha vuelto a contenerse gracias en parte a la apertura de 4 nuevos quirófanos en la Clínica Ubarmin.

Tasa de Ambulatorización Quirúrgica 2012



La actividad quirúrgica concertada ha llevado una evolución paralela muy condicionada por la actividad realizada en el Hospital San Juan de Dios por médicos propios del CHN.

Nº de intervenciones por quirófano



Tras la apertura de los nuevos 4 quirófanos de Ubarmin el número de intervenciones por quirófano se ubica dentro de la media observada en las CC.AA. Esta cifra es más elevada en el HRS de Tudela centro que alcanza las 1.040 intervenciones por quirófano.

Quirófanos en funcionamiento 2014 con médicos propios

	Generales	Especiales	Pediátrico	Gineco-Obst	Urgencias	TOTAL
CHN	19	1	2	5	6	33
HRS	3			1		4
HGO	3			1		4
Subtotal Propios	25	1	2	5	8	41
HSJD	8					8
Subtotal Concertado	8					8
TOTAL PARA MÉDICOS PROPIOS	**33**	**1**	**2**	**5**	**8**	**49**

QUIRÓFANOS INSTALADOS Y EN FUNCIONAMIENTO

En la actualidad los profesionales del Servicio Navarro de Salud disponen de 49 quirófanos en funcionamiento para realizar su actividad quirúrgica, 8 de ellos ubicados en un centro concertado. Además 12 de dichos quirófanos tienen actividad programada habitual en horario de tarde.

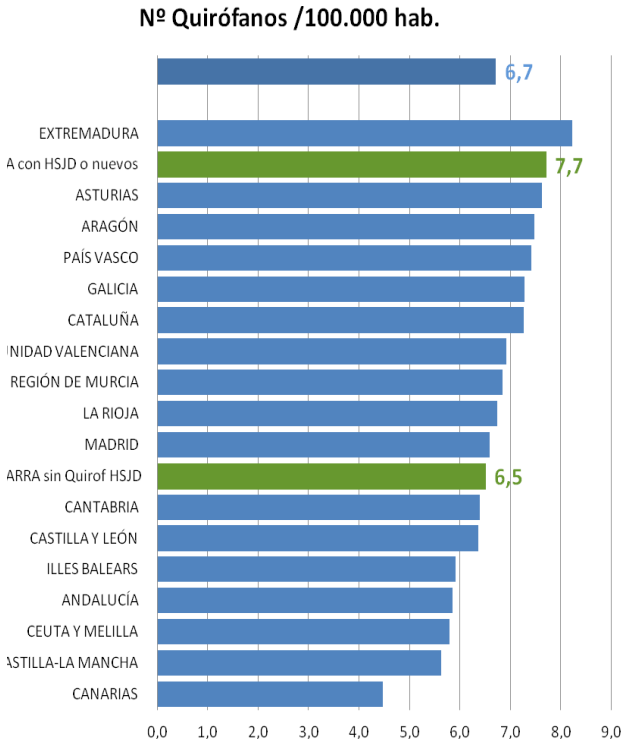
Quirófanos disponibles 2014

	En uso 2014	Sin Equipar	Máximo Previstos
CHN	33*	10	38*
HRS	4	7	7
HGO	4		4
TOTAL	**41**	**17**	**49**
HSJ de Dios	8		

El SNS-O dispone de 17 quirófanos construidos y sin equipar. 8 de ellos serían adicionales mientras que los y 9 restantes vendrían a sustituir a quirófanos ya amortizados y susceptibles de cierre.

En la gráfica siguiente se observa el efecto que tiene la tasa comparada de quirófanos por mil habitantes caso de prescindir de los quirófanos del HSJD y en caso de contar con ellos o alternativamente de ampliar el número de quirófanos propios. La hipótesis de seguir contando con los quirófanos del HSJD y además inaugurar 8 quirófanos propios adicionales ha sido descartada por cuanto la tasa de quirófanos se dispararía a la desorbitada cifra de 9,1 quirófanos por 100.000 habitantes.

Nº Intervenciones por Quirófano en el Sistema Sanitario Público 2012
(excluidas intervenciones menores)



OBJETIVOS Y PREVISIONES

El diagnóstico realizado ha permitido establecer los siguientes objetivos y previsiones para el año 2020:

> Duplicar la tasa de ambulatorización quirúrgica y lograr que el 50% de las intervenciones se realicen con Cirugía Mayor Ambulatoria.

> Asignar quirófanos específicos a CMA.

> Priorizar la adecuación de los horarios de quirófano.

- De manera permanente: Quirófanos de mañana y tarde y/o Prolongación de jornada (hasta las 17h)
- En función de la necesidad. Regulación normativa vinculada a evolución de Listas de Espera.

> Proceder a una apertura progresiva y controlada de los nuevos quirófanos adecuándola a la necesidad observada y optimizando el número de quirófanos en función de los correspondientes análisis de costes y rendimientos.

> A la vista de la oferta de quirófanos con la que cuenta el SNS-O, mantener un nivel razonable de cirugía mayor ambulatoria y cirugía de media complejidad concertada por razones de coste y flexibilidad en la gestión de la demanda.

> Incrementar el porcentaje de CMA en los períodos de máxima ocupación hospitalaria para compensar el efecto de la estacionalidad.

PLAN DE CONCIERTOS

La concertación de servicios sanitarios con entidades privadas en la Comunidad Foral de Navarra alcanza el 5,9% del gasto total sanitario y es inferior a la media nacional, que es del 9,4 del gasto sanitario total.

Pero, el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea necesita mantener ese pequeño porcentaje de concertación para hacer frente al comportamiento de la demanda asistencial que es desigual a lo largo del año presentando incrementos o "dientes de sierra" en determinados momentos, generalmente en época invernal y debidas, generalmente, a razones epidemiológicas.

Simplificando los conceptos podríamos concluir que el SNS-O concierta tres tipos de actividades:

1. La actividad que el SNS-O no realiza con medios propios. Como son los trasplantes, los cuidados paliativos o la media estancia en salud mental.

2. Las intervenciones que el SNS-O no puede atender por exceso de demanda en momentos concretos. Resulta entonces más eficiente concertar para atender la demanda en momentos puntuales, que sobredimensionar los recursos.

3. Intervenciones por rebosamiento o aumento de la demanda de determinadas especialidades. Si un día concurren de manera extraordinaria y urgente determinados procesos quirúrgicos, que no pueden diferirse por su gravedad, es necesario tener recursos disponibles que garanticen que los pacientes sean atendidos sin demora.

El Plan de Conciertos ha constituido uno de los compromisos del Departamento de Salud para la actual legislatura desarrollando un trabajo con el siguiente alcance:

> Diagnóstico del modelo estratégico aplicado hasta el momento.

> Establecimiento de los criterios y objetivos fundamentales de la concertación.

> Planificación.

> Política de precios.

> Control de Gestión.

> Análisis de la proyección de la demanda y de la capacidad asistencial.

> Desarrollo de la planificación por actividad concertada y centros.

Con la nueva estrategia de conciertos:

1. Se asegura la eficacia del SNS-O de modo que se garantiza plenamente y más allá del corto plazo la prestación de unos servicios sanitarios adecuados.

2. Se avanza en la eficiencia del SNS-O de manera que se hace un uso óptimo de los recursos sanitarios o infraestructuras con los que cuenta el SNS-O y la Comunidad Foral.

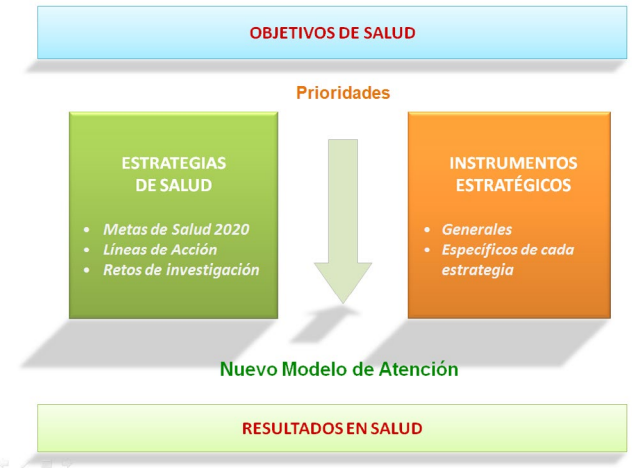
3. Se contribuye al desarrollo económico y social de la Comunidad Foral de Navarra a través del desarrollo del sector de la salud que permite potenciar iniciativas sanitarias privadas de especial interés para la región.

PLAN DE SALUD

El Plan de Salud 2014-2020 es el instrumento central de la planificación sanitaria, que ha de constituir el eje central de las políticas de salud de nuestro Sistema Sanitario para los próximos años. Con la actual evolución demográfica, epidemiológica y social es necesario que las intervenciones en salud consideren también aspectos tan relevantes como la discapacidad, el riesgo psicosocial, el empoderamiento del paciente, la calidad de vida e incluso su contribución a la sostenibilidad del Sistema. Por ello, a la hora de establecer sus estrategias el Plan de Salud no se ha limitado a priorizar únicamente intervenciones de alto impacto en términos de mortalidad o morbilidad sino que ha optado por promover intervenciones integrales con una concepción biopsicosocial.

La principal peculiaridad de este Plan de Salud es que sus Líneas Estratégicas se corresponden con los atributos del nuevo Modelo de Atención que se ha promovido desde el Departamento de Salud puesto que se consideró que ésta era la mejor manera de lograr un impacto efectivo sobre el modelo de atención.

Objetivos de Salud



Principios de intervención del Plan de Salud

- Continuar garantizando accesibilidad universal.
- Orientación a los Resultados en Salud.
- Enfoque poblacional y priorización.
- Estrategias integrales de intervención.
- Salud en todas las políticas.
- Intervención comunitaria intersectorial.
- Orientación socio-sanitaria.
- Corresponsabilidad, empoderamiento y participación.
- Coherencia entre prioridades e instrumentos.

Estrategias de salud priorizadas

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

Objetivos generales del Plan de Salud

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

PLAN DE DROGODEPENDENCIAS

El fenómeno social de las drogas está fuertemente influenciado por el modelo de ocio, la tolerancia social a determinados consumos, los flujos económicos que genera, los mensajes contradictorios que sobre los efectos se consideran, el valor y la necesidad de pasarlo bien, los cambios sociales en el modelo educativo familiar y otras estructuras comunitarias... todas estas variables, y muchas más, hacen que la presencia de las drogas y su persistencia en el tiempo sea una realidad.

El objetivo del II Plan Foral de Drogodependencias es el de contribuir a mejorar la salud de la población navarra, mejorar sus condiciones de vida, en especial la de las personas que presenten problemas por consumos de drogas y colaborar con otras entidades y organismos que tienen relación en la evolución del fenómeno de las dependencias.

El conjunto de líneas de acción del Plan quedan ordenadas en tres tipos:

1. **Acciones de atención directa a la población**

   a. Comunicación de material divulgativo y campañas específicas

   b. Acciones de sensibilización, asesoramiento, formativas y de utilización de materiales

   c. Intervención Socioeducativa Individual/Familiar y Grupal y desarrollo de redes socioeducativas

   d. Desarrollar acciones con el grupo de menores adolescentes mediante el acompañamiento social y la presencia de la figura del mediador

   e. Actuaciones sobre el control de la oferta de drogas legales e ilegales como inspecciones, sanciones y aprehensiones

   f. Acciones de prevención y de reducción de daños para retrasar la edad de inicio al consumo de drogas y disminuir las consecuencias negativas en materia de accidentes, prostitución, etc.

   g. Acciones de detección precoz.

2. **Acciones orientadas a la potenciación de los recursos de atención y prevención**

   a. Los Programas municipales de drogodependencias que constituyen una de las principales bases de desarrollo del Plan y en ellos pivota principalmente el área de prevención.

   b. Las entidades sociales. APYMAS

   c. Los Centros Educativos de Navarra y la Red de Escuelas para la Salud que constituyen el pilar básico para el desarrollo de la prevención de los problemas con los usos de drogas en la edad educativa.

   d. Acciones en los Sistemas de Salud (Centros de Salud, Salud Mental…) y de Servicios Sociales

3. **Acciones de apoyo al plan**

   a. Coordinación/Cooperación y Creación de Espacios Comunitarios.

   b. Documentos técnicos: planes municipales, protocolos, guías…

   c. Formación y asesoramiento.

   d. Investigación y Sistemas de Información.

PLAN DE SALUD MENTAL

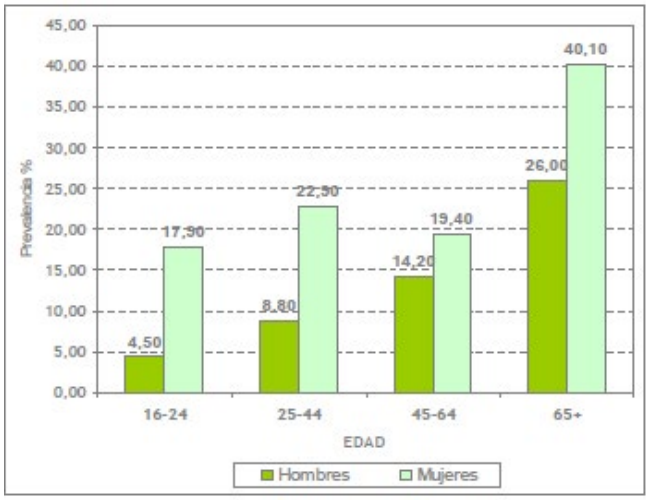
La falta de salud mental, en sus múltiples manifestaciones es uno de los problemas más importantes de la sociedad actual. Los trastornos mentales son frecuentes en todos los países y culturas, ocasionan un enorme sufrimiento, dificultan el desarrollo personal e interfieren significativamente en la vida de las personas que los padecen y su entorno, pudiendo ocasionar un marcado deterioro familiar, laboral y social.

Los trastornos mentales y neuro-psiquiátricos representan el 13% de la carga global de enfermedad en el mundo, constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa y su impacto en la calidad de vida es superior al de enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardiacas y respiratorias.

El Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016 trató de hacer explícito el concepto de segunda reforma de la Salud Mental de Navarra mediante nuevos objetivos y procedimientos de gestión, todos ellos orientados a mejorar el proceso asistencial de las personas con trastorno mental. Y se rige por tres principios: eficiencia (óptimo aprovechamiento de los recursos humanos y materiales); satisfacción (de usuarios y profesionales); y evidencia (el empleo de procedimientos asistenciales y de gestión basados en la mejor evidencia disponible).

La prevalencia de probables trastornos mentales es de un 13,0% de los hombres y 25,2% en mujeres. Además un 9% de los hombres y 17% de las mujeres mayores de 15 años de Navarra declara haber padecido algún problema de "Depresión, ansiedad u otros trastornos mentales" en los últimos 12 meses, siendo relevante el hecho de que más de la mitad de ellos ha tomado algún tipo de medicación por ese motivo.

Prevalencia de probables transtornos mentales por edad y sexo
Fuente: ENSNa-06



El Plan de Salud Mental 2012-2016 cuenta con seis grandes líneas estratégicas:

1. Promoción de la Salud Mental, prevención de los trastornos mentales y erradicación del estigma. Contempla la promoción de la salud mental de la población general y de grupos específicos; la prevención de los trastornos mentales; y la erradicación del estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales.

2. Atención a los trastornos mentales. Contempla la mejora de la calidad de los servicios orientados a la ciudadanía; una mejora de la efectividad y de la resolución; y mejora de la eficiencia y la continuidad asistencial.

3. Coordinación intrainstitucional e interinstitucional.

4. Participación y desarrollo de los profesionales: mejora del desarrollo profesional y desarrollo de la actividad docente y de formación continuada de la Red de Salud Mental de Navarra.

5. Gestión del conocimiento e investigación: Fomento de la metodología de gestión del conocimiento científico y su aplicación a la práctica clínica; y fomento de la investigación.

6. Gestión y organización de la Red de Salud Mental de Navarra.

PLAN DE SALUD LABORAL

La seguridad y la salud en el trabajo constituyen un determinante importante de la salud de la población. El Gobierno de Navarra ha tenido siempre clara esta premisa y por ello mantiene de manera continuada una preocupación especial por la salud laboral y las condiciones laborales de la población trabajadora navarra.

En este momento, tras casi 20 años de implantación de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales hay aspectos bien consolidados de la misma y otros en los que es preciso seguir avanzando. Es de destacar el descenso producido en la siniestralidad en el último periodo, a nivel foral y estatal, que debe ponerse en relación con los planes de actuaciones preferentes llevados a la práctica contra los accidentes de trabajo desde finales de los años noventa.

En los últimos años, se han experimentado importantes cambios en la sociedad del trabajo que han conllevado la aparición de nuevos problemas en el mundo de la salud laboral. Estos cambios han sido de naturaleza demográfica y sociológica, así como los que tienen su origen en los nuevos modelos de organización del trabajo. Sin embargo, se puede señalar que el hecho de mayor trascendencia ocurrido en los últimos años y que ha venido afectando a la población trabajadora es la actual coyuntura de crisis económica.

Se puede observar un descenso del 64,6% en los índices totales de incidencia, entre el año 2000 y 2013, pasando de 80,4 a 28,4.

El objetivo del III Plan de Salud Laboral de Navarra es el de alcanzar un escenario de reducción constante de los daños derivados de los riesgos laborales y de la mejora de las condiciones de trabajo, en el seno de una sociedad en la que tanto los empresarios como los trabajadores perciban la seguridad y la salud en el trabajo como un bien social, una cuestión de responsabilidad, un derecho irrenunciable y una obligación compartida.

Sus líneas estratégicas de actuación son:

1. Desarrollar una cultura de la prevención.

2. Potenciar el cumplimiento real de la legislación de prevención de riesgos laborales frente al mero cumplimiento formal de la ley, avanzando hacia unos estándares de calidad y eficiencia.

3. Promover la mejora de las condiciones de trabajo y la prevención de los daños a la salud, especialmente en los sectores y actividades de mayor riesgo, frente a los riesgos nuevos y emergentes y para los colectivos más vulnerables.

4. Fortalecer el papel de los interlocutores sociales y la implicación de empresarios y trabajadores en la gestión de la prevención de riesgos laborales

5. Mejorar el conocimiento y difusión sobre los riesgos laborales, los daños derivados del trabajo y de su gestión.

6. Perfeccionar la formación en prevención de riesgos laborales en los aspectos de integración y calidad de los contenidos.

Índices de incidencia de Accidentes de trabajo con baja en jornada de trabajo

TOTALES (por mil trabajadores)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
l trabaj.	67,9	71,1	68,3	69,6	74,9	79,5	80,4	77,8	69,0	63,5	60,5	57,6	56,6	56,1	51,6	41,5	38,4	36,0	28,2	28,4

2 CON NUEVAS HERRAMIENTAS DE GESTIÓN Y MÁS SISTEMAS DE INFORMACIÓN:

- SEGMENTACIÓN DE PACIENTES
- HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA
- CONTRATOS PROGRAMA Y CUADROS DE MANDO
- CONTABILIDAD ANALÍTICA

SEGMENTACIÓN DE PACIENTES

La segmentación o estratificación de los pacientes de Navarra supuso un primer paso para la inmediata puesta en marcha de uno de los proyectos estratégicos de la legislatura: el de Atención Integrada a Pacientes Crónicos y Pluripatológicos.

Nuestro propósito fue el de identificar y caracterizar adecuadamente a los principales colectivos de pacientes crónicos y en especial los pluripatológicos. Pero nos permitió además identificar a los pacientes más graves con el fin de diseñar estrategias de intervención más activas para dicho colectivo.

Así, a corto plazo nos ayudó a establecer nuevas modalidades de atención más eficaces para la atención de cada uno de los colectivos de pacientes seleccionados que nos permitiera desarrollar sistemas de ayuda a los profesionales sanitarios para identificar a los pacientes con mayor carga de enfermedad.

A medio plazo estas técnicas permiten también la detección temprana de variaciones en el estado de la enfermedad y la predicción de eventos, como ingresos, reingresos, institucionalización, etc, que nos ayudará a desarrollar acciones selectivas para evitar las complicaciones y los episodios de mayor gravedad lo cual, además de mejorar los resultados en salud, nos ayudará a reducir los ingresos hospitalarios, y por tanto el gasto sanitario.

Y a largo plazo, la aplicación de la segmentación poblacional permitirá mejorar la asignación de recursos tomando en cuenta la carga de enfermedad de la población asignada a un determinado dispositivo o centro sanitario.

Diagnósticos incluidos

Ictus o Accidente cerebrovascular
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica EPOC
Asma
Infarto de Miocardio
Isquemia Coronaria
Demencia
Diabetes
Insuficiencia Cardiaca
Insuficiencia Renal
Insuficiencia Respiratoria
Insuficiencia Hepática

Nº de pacientes identificados en las Patologías Crónicas seleccionadas por edad y sexo

	<17 años	17-44	45-64	65-79	>80 años	TOTAL
Hombre	7.433	8.999	15.405	18.936	15.487	66.260
Mujer	4.958	7.522	9.342	13.240	19.462	54.524
Subtotal	**12.391**	**16.521**	**24.747**	**32.176**	**34.949**	**120.784**

* Se han identificado 120.000 pacientes crónicos.

Nº de pacientes identificados por Patologías Crónicas seleccionadas

	Una sola enfermedad	Dos enferm.	Tres o más enferm.	Demencia + otras enferm.	TOTAL
Asma	31.834	2.477	74	277	35.363
Ictus. Ac. Cerebrovascular	7.284	6.421	1.059	1.344	16.109
Cardiopatía Isquémica	8.536	8.296	1.651	712	19.195
Insuficiencia Renal	7.109	6.412	1.344	712	15.577
EPOC Enferm. Pulmonar Obstr. Crónica	7.558	4.496	1.861	514	14.428
Insuficiencia Cardíaca	2.625	3.516	2.177	672	8.990
Diabetes	24.402	11.719	2.968	1.661	40.749
Demencia	3.539			3.954	7.493
TOTAL	**92.887**	**20.446**	**3.497**	**3.954**	**120.784**
	76,90%	**16,90%**	**2,90%**	**3,30%**	**100,00%**

Nº de pacientes en las Patologías Crónicas seleccionadas por nivel estimado de severidad

	Leve	Moderado	Severo	TOTAL
Asma	22.836	7.197	1.801	31.834
Insuficiencia Renal	5.014	1.507	588	7.109
Ictus Ac. Cerebrovascular	4.722	1.717	845	7.284
Cardiopatía Isquémica	6.083	1.780	673	8.536
Insuficiencia Cardíaca	1.532	607	486	2.625
Diabetes	18.235	4.652	1.515	24.402
EPOC Enferm. Pulmonar Obstr. Crónica	5.229	1.433	896	7.558
Dos de las enfermedades crónicas seleccionadas	12.085	5.053	3.308	20.446
Tres o más de las enfermedades crónicas seleccionadas	1.552	881	1.064	3.497
Demencia sola o acompañada de otras enferm. Crónicas	4.748	1.672	1.073	7.493
TOTAL	**82.036**	**26.499**	**12.249**	**120.784**

Gasto per cápita en euros comparada de Crónicos y no Crónicos

	<17 años	17-44	46-64	65-79	>80 años	Total
Crónicos	1.575	1.419	2.607	3.713	3.711	2.953
Otros	496	458	627	1.108	863	593

Nº de pacientes Pluripatológicos de 3 ó más enfermedades

	Leves	Moderados	Severos	TOTAL
Tres o más de las enfermedades crónicas seleccionadas	1.552	881	1.064	**3.497**

Actividad actual para atender a los 3.495 Pluripatológicos de 3 ó más enfermedades

	Leves	Moderados	Severos	TOTAL
Vistas en Atención Primaria	13.232	21.967	61.774	96.972
Urgencias en Primaria	1.899	4.208	12.776	18.884
Consultas de Especialista	1.742	2.727	6.372	10.841
Días ingresado en Hospital	1.002	2.631	19.797	23.430
Urgencias Hospitalarias	147	257	1.345	1.749
Farmacia Gasto anual	240	719	1.637	2.596

HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA

El Servicio Navarro de Salud dispone de tres aplicaciones de HCI, una en el ámbito de Atención Primaria HCI AP, denominada Atenea y dos en el ámbito de Atención Especializada: HCI AE y HCI atención enfermera, denominada Irati.

> Atenea es la historia clínica que utilizan todos los profesionales clínicos que trabajan en Atención Primaria tanto los profesionales de los centros de salud como los profesionales de las urgencias extrahospitalarias, excepto UVIs móviles que utilizan la aplicación HCI AE.

Atenea ha permitido incorporar las funcionalidades necesarias para poder resolver las necesidades de los clínicos de Atención Primaria tanto por la progresiva extensión del plan de mejora de la Atención Primaria como por la implantación de proyectos estratégicos del Departamento de Salud.

Uno de los subproductos que ha surgido desde una evolución de Atenea ha sido Eunate que es el tapiz común de atención primaria y especializada para la atención a los pacientes crónicos y pluripatológicos.

> En el ámbito de Atención Especializada incluida Salud Mental se utilizan dos HCI, una de ellas de uso común por todos los profesionales que participan en el proceso de atención HCIAE y otra de uso exclusivo por enfermería, Irati.

HCI en los últimos tres años ha estado en un proceso de renovación tecnológica en la que se ha implantado la versión de HCI que recoge todas las funcionalidades que tenía la HCI AE actual.

Asimismo en estos años ha habido que realizar evoluciones en la aplicación actual para resolver distintos requerimientos: detección precoz de cáncer colorectal, prescripción con el sistema Farho (estándar del SNS-O), adaptaciones para la apertura de urgencias (trazabilidad, llamada a pacientes, parrilla aautoactualizable), resultados de laboratorio de las tres áreas de salud etc.

La aplicación que utilizan las enfermeras de Atención Especializada es Irati y durante estos años se han ido extendiendo los módulos de gestión de camas, dietas y registros de enfermería en todos los hospitales del SNS-O (pendiente modulo registros en el Hospital San Francisco Javier). Asimismo se ha extendido el módulo de agenda en todo el CHN.

Se ha iniciado la incorporación de registros por parte de los auxiliares de enfermería.

Todos los profesionales clínicos autorizados tienen la posibilidad de ver las historias del ámbito en el que ellos no trabajan a través de visores Web incorporados en las HCI.

Asimismo hay otro subproducto que recoge información de las HCI del SNS_O y es la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS), en estos momentos tenemos 5 tipos de informes validados y tenemos tanto el perfil emisor como el receptor y asimismo ponemos a disposición de los ciudadanos la HCDSNS.

CUADROS DE MANDOS CLÍNICOS Y DE GESTIÓN

El Plan de Salud 2014-2020 establece la necesidad de desarrollar un Sistema de Evaluación e Inteligencia Sanitaria para ayudar a la toma de decisiones en los distintos niveles de responsabilidad de la organización, tanto clínicos como de gestión.

DIAGNÓSTICO

- El Sistema Sanitario Público de Navarra disponía de un amplio conjunto de aplicaciones informáticas para la gestión y ha generalizado el uso de la Historia Clínica Informatizada, sin embargo el aprovechamiento de la información generada era insuficiente

- Los sistemas de información se centraban en exceso en el control de la actividad y el gasto mientras que el nivel de desarrollo de los sistemas de evaluación de resultados clínicos y costes era todavía muy limitado.

- La extracción de información estructurada estaba muy poco automatizada y se carecía de herramientas que permitieran un acceso autónomo, ágil y oportuno a la información para la toma de decisiones.

- El desarrollo de sistemas de información de ayuda al clínico estaba poco desarrollado.

OBJETIVO ESTRATÉGICO

- Nuestro objetivo fue el de definir un modelo autónomo y corporativo de BI y evaluación de resultados clínicos y de gestión del Departamento de Salud orientado a resultados que permita:

OBJETIVOS OPERATIVOS

Clínica.

Todo Equipo Sanitario deberá disponer de:

- Cuadros de Mandos de Gestión Clínica con capacidades básicas de análisis.

- Cuadros de Mandos Clínicos y Paneles de Control de los pacientes a su cargo que le permitan navegar hasta la Hª Clínica del Paciente.

- Herramientas y servicios de datos.

Gestión.

Todo Ámbito de Gestión y toda Estrategia deberá disponer de:

- Cuadros de Mandos Integrales, interactivos y específicos de su ámbito.

- Técnicos de apoyo con capacidades, cubos OLAP y herramientas de análisis avanzadas.

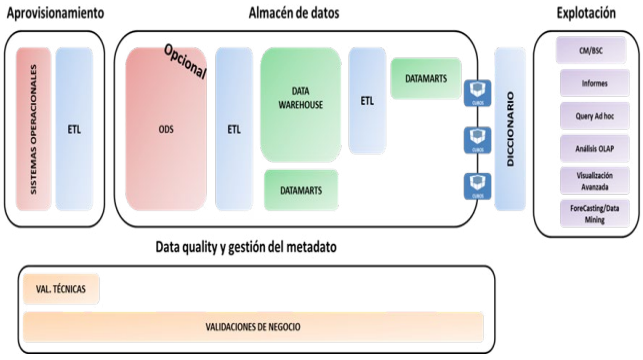
Investigación.

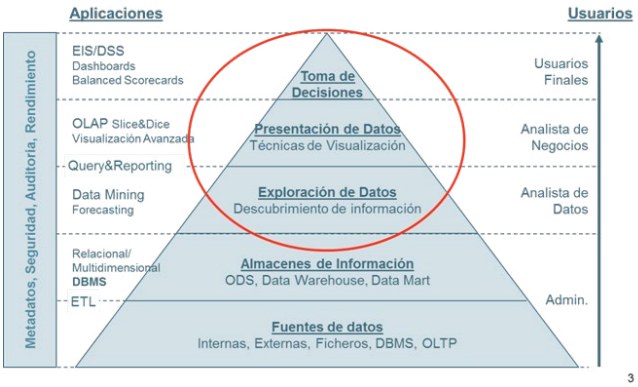
- Anonimizar la información y ponerla al servicio de la investigación.

- Crear registros clínicos de los procesos priorizados en el Plan de Salud.

MODELO TÉCNOLÓGICO Y HERRAMIENTAS DE EXPLOTACIÓN

Sobre la base de la arquitectura de sistemas desarrollada por la Dirección General de Informática y Telecomunicaciones y en coordinación con la misma el Departamento de Salud se está dotando de las capacidades y herramienta necesarias para realizar una explotación autónoma de la información generada en sus sistemas.



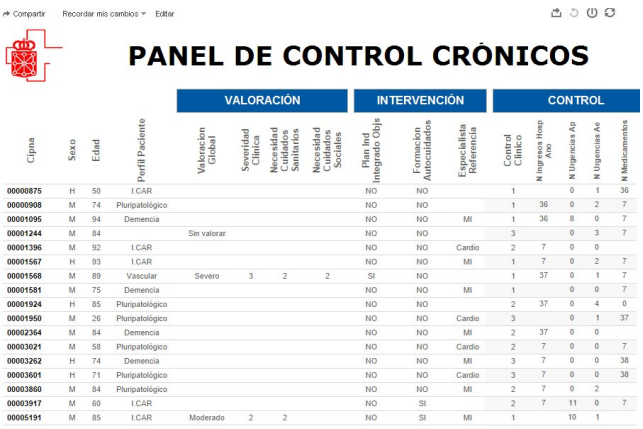


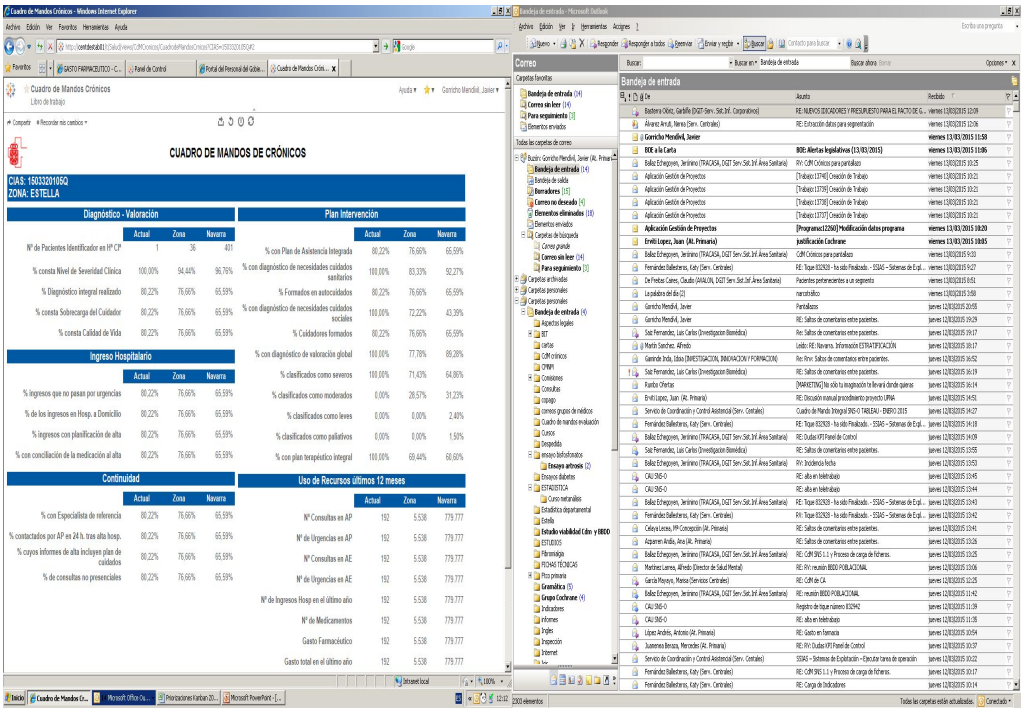
CUADROS DE MANDOS INTEGRAL

- Automatizado e interactivo. Para la toma de decisiones a corto plazo.
- Integral con 5 Perspectivas: Calidad Técnica, Satisfacción-accesibilidad, Eficiencia clínica, Gastos-Costes e Implicación y Desarrollo Profesional
- Orientado a resultados en Objetivos Estratégicos. Nº de Indicadores clave limitados.
- Desplegable por niveles y adaptado al perfil del destinatario.
- Informaciones visuales, sencillas que destacan lo que no marcha (Gestión por excepción).

PLAN DE ACCIÓN

- Paneles de Control y Cuadros de Mando Clínicos.
- Parametrización de la Historia Clínica para el registro de las variables estratégicas.
- Cuadros de Mando Integrales de Gestión.
- Cuadros de Mando de Gestión Clínica.
- Creación de Registros y Bases de Datos Poblacionales anonimizadas orientadas a la Investigación.
- Segmentación y desarrollo de sistemas de big data.
- Adecuación de Unidades Técnica.
- Puesta en marcha de la Unidad Central de Evaluación.
- Capacitar la Unidades Periféricas de Evaluación y dotarla de herramientas avanzadas de análisis de datos.
- Puesta en marcha de un servicio de datos.
- Creación una Central de Resultados y un espacio web (a medio plazo).





CONTABILIDAD ANALÍTICA

Es relevante desarrollar e implantar modelos de gestión sanitaria, que mejoren la calidad de sus prestaciones y la eficiencia en la utilización de sus recursos. Y en particular es necesario proveer a los gestores, de información analítica de tipo económico, continua, y de calidad que permita una mejor toma de decisiones, que desemboque en mejoras en la calidad y eficiencia de las prestaciones.

Pero medir la eficiencia económica supone además de conocer el consumo de recursos utilizado, conocer y medir la producción que se realiza en cada centro (de coste, de actividad, de responsabilidad) y, por ello determinar primero qué se produce (productos) y cómo se mide su producción en términos económicos.

La contabilidad de costes, analítica o de gestión ha tenido muy poco éxito en los sistemas sanitarios públicos de España. A pesar de los esfuerzos ingentes que se han realizado es apenas visible su uso en nuestro país.

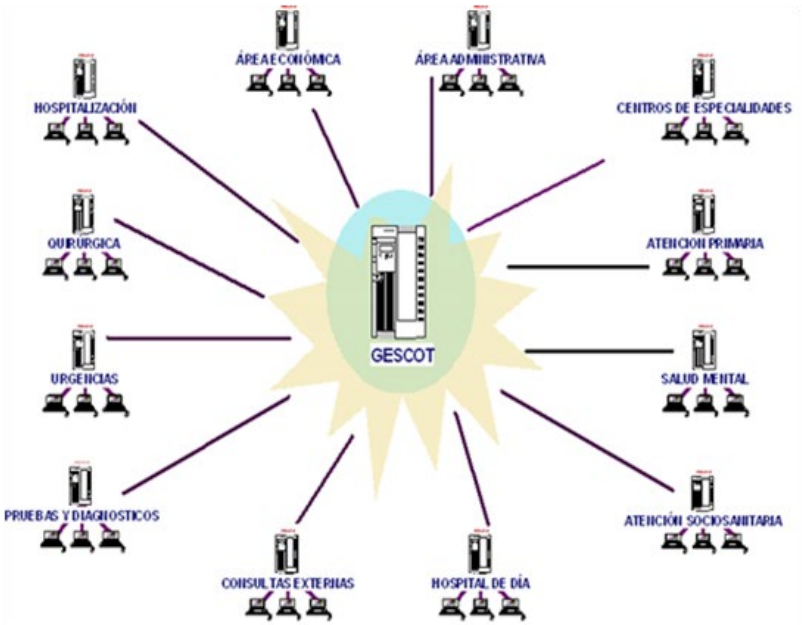
En Navarra nos propusimos desarrollar uno durante esta legislatura. Un programa de contabilidad analítica que nos va a permitir:

- Incorporar la actividad de los distintos centros de Coste valorando la misma según catálogos de prestaciones, e identificando el paciente consumidor del recurso, en definitiva evaluar la Actividad del Centro.
- Calcular coste de distintas prestaciones, y, por tanto a través de la acumulación de consumos parciales conocer el coste de un paciente en la organización.
- Suministrar información de clasificación clínica y económica del paciente.
- Hacer estudios por agregación de coste.
- Incorporar Ingresos Económicos de la Organización.
- Comparar Costes frente a Ingresos Económicos.
- Comparar costes propios con la tarifa que por esa prestación ofrecen centros privados a la sanidad pública antes de establecer un concierto.

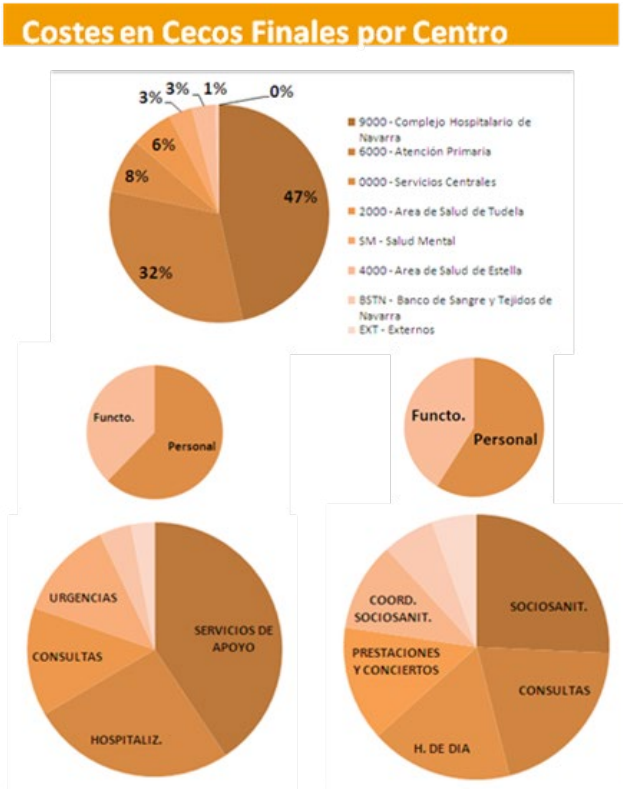
El modelo debe ser homogéneo para proveer información económica transparente, adecuada a la finalidad, continua, completa, oportuna, rigurosa e independiente de la gestión. Y debe recoger la totalidad las transacciones económicas del conjunto SNS-O.

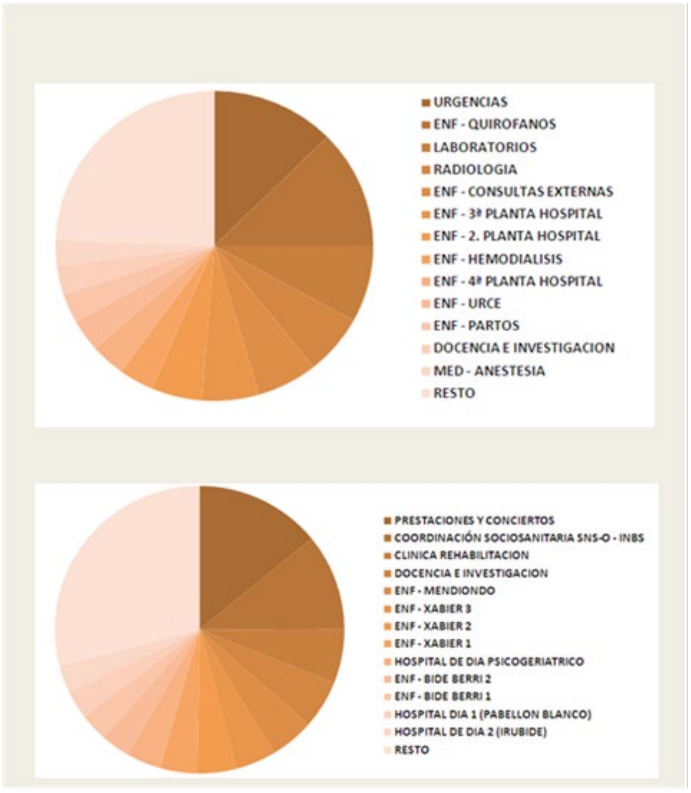
Para conseguir estos objetivos, debemos ser capaces de:

- Entender el tipo de información desde las distintas fuentes.
- Poner en marcha unos circuitos que sean capaces de conseguir los datos necesarios



- SAP-RRHH
- SAP-MM
- SAP-GE21
- HIS – CONSULTAS EXTERNAS
- HIS – ADMINISTRATIVO
- LEIRE
- FARMAHOST
- LABORATORIO
- CMBD
- DATOS NO ESTRUCTURADOS
- …





3 MEDIANTE LA BÚSQUEDA DE LA EFICIENCIA:

- UNIFICACIÓN ALMACÉN CHN
- EXTERNALIZACIÓN SERVICIO DE COCINA DEL CHN
- UNIFICACIÓN LABORATORIOS ASISTENCIALES
- PROYECTO EFICIENCIA ENERGÉTICA

UNIFICACIÓN ALMACÉN CHN

La puesta en marcha del nuevo almacén centralizado del Complejo Hospitalario de Navarra supone un claro ejemplo de las medidas llevadas a cabo para lograr la máxima eficiencia de nuestros recursos.

La unificación de tres de los seis almacenes existentes hasta el momento (Hospital A, Hospital B, Ubarmin, Reina Sofía, Estella, y Primaria) en un único centro de logística nos permitió mejorar y simplificar la gestión suministrando el material directamente a los cuartos de almacenamiento de plantas de hospitalización y centros de salud, sin necesidad de almacenamientos intermedios.

Se consiguieron además importantes ventajas en los siguientes aspectos:

- Catálogo único para todo el CHN de material sanitario.
- Homogenización y uniformidad en todos los centros del CHN.
- Disminución de tipologías de material.
- Mayor masa crítica de material y, por tanto, precios más ventajosos.
- Menos caducidad y obsolescencia de productos por superación de su fecha de caducidad.
- Reducción de los niveles de stoks y, por tanto, del importe inmovilizado.
- Optimización de los procesos de gestión asociados al sistema.
- Incremento de la productividad del personal asociado a estas tareas.

El nuevo almacén se ubica en el sótano del edificio del Centro de Investigación Biomédica y cuenta con una superficie de 1.500 metros cuadrados. Se encuentra equidistante de los centros más importantes a los que da servicio –el edificio A y B- con los que está comunicado mediante galerías subterráneas. Incorpora sistemas automatizados para el almacenamiento y la distribución de los productos, gracias a los cuales la acumulación de objetos es menor y las rotaciones son más altas. Concretamente, la planta dispone de diferentes zonas de almacenamiento en función del consumo del material. Así, por ejemplo, los 64 productos más utilizados se encuentran en una zona, denominada "Pick to Light", que permite una recogida automatizada fácil y rápida. Existen dos zonas de carrusel (horizontal y vertical) para productos de rotación media alta y productos refrigerados. El resto del almacenaje está dispuesto en estanterías ligeras, de media carga y de gestión mediante palés.

La ubicación de los productos la decide un sistema informático de distribución y control de espacios en función del producto que se almacena.

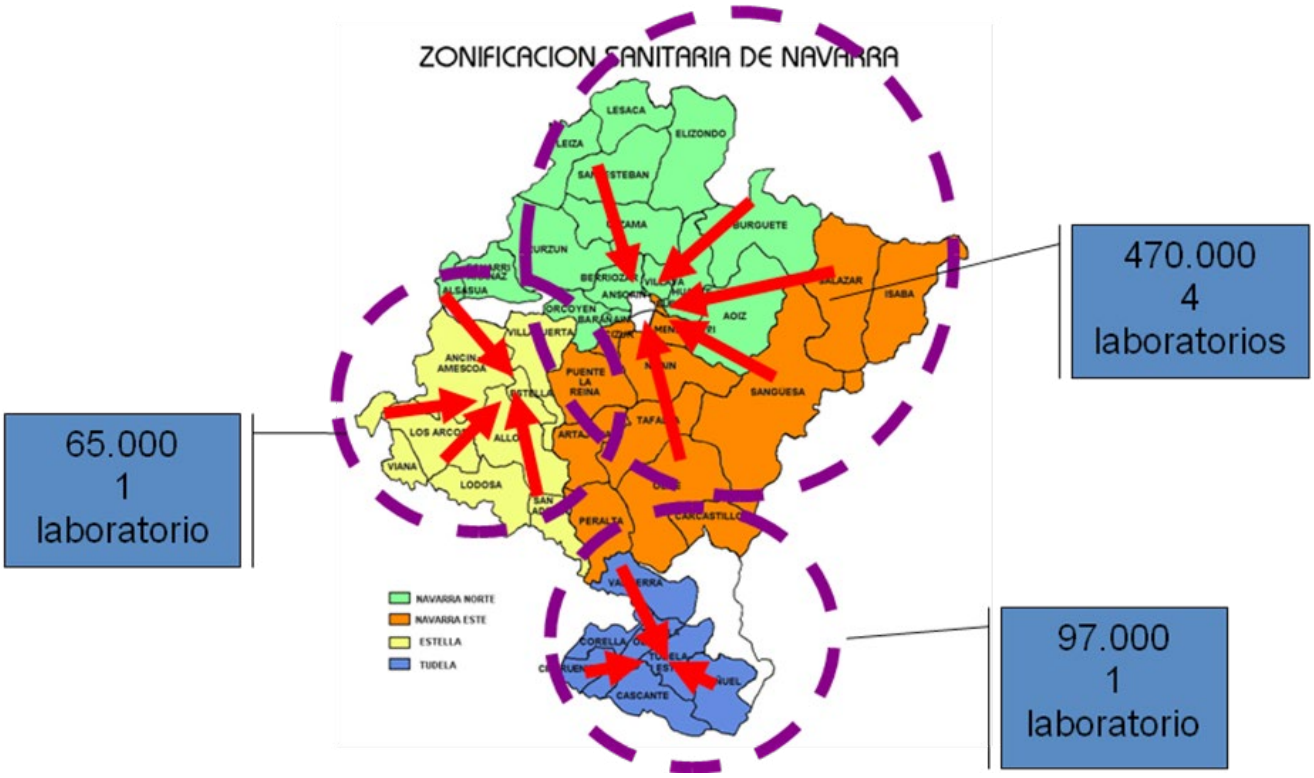
Las instalaciones cuentan también con una mesa de multipedidos para la preparación de los pedidos, con capacidad para que una única persona pueda atender simultáneamente 8 encargos.

El almacén alberga más de 2.300 tipos de productos de material e instrumental sanitario (no aparataje o material de mantenimiento). Precisamente, uno de los objetivos fue la actualización y unificación de este catálogo, con el fin de reducir las referencias y evitar las duplicidades, lo que fue posible, a su vez, gracias a que la puesta en marcha de las nuevas instalaciones permitió también la centralización y unificación del aprovisionamiento que hasta ahora realizaba cada centro de forma independiente.

EXTERNALIZACIÓN DEL SERVICIO DE COCINA DEL CHN

Existían tres cocinas en las zonas A, B y D del Complejo Hospitalario de Navarra (antiguos Hospital de Navarra, Virgen del Camino y Ubarmin, respectivamente). La situación de las cocinas de las zonas A y B (Hospital de Navarra y Hospital Virgen del Camino) requería de una puesta al día completa de sus instalaciones debido a la antigüedad y a la necesidad de adaptación a la normativa vigente tanto sanitaria como técnico-industrial. Ambas, además, estaban ubicadas en el mismo corazón de los edificios hospitalarios, lo que conllevaba riesgos (acumulación de residuos orgánicos muy cerca de unidades como quirófanos o URPAS, o peligro de problemas con el gas o con el fuego) y dificultaba el crecimiento de determinados servicios clínicos que necesitaban más espacio.

Se valoraron todas las opciones y, teniendo en cuenta la dificultad de conseguir 6 millones de euros para hacer frente a la inversión y que no era posible recurrir al procedimiento del renting, se decidió que la empresa que resultara adjudicataria del concurso público, se ocupara de gestionar el servicio y también de acometer la inversión necesaria para la nueva cocina.



Un año después, la nueva cocina, dotada de la tecnología más avanzada, ya estaba en marcha. Y supone anualmente un ahorro de 2,8 millones de euros que hemos podido utilizar en la puesta en marcha de otros proyectos asistenciales o en el pago de nuevos tratamientos y prestaciones.

La externalización ha afectado únicamente al proceso industrial de elaboración de las dietas porque la supervisión y la dirección de los aspectos nutricionales de las dietas, que constituye el aspecto más sensible de la alimentación de los pacientes, se continúa prestando desde el Servicio de Dietética y Nutrición del Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea.

UNIFICACIÓN LABORATORIOS ASISTENCIALES

La Comunidad Foral de Navarra tiene una población de aproximadamente 630.000 habitantes, divididos en 3 zonas sanitarias: el Área de Salud de Pamplona, el de Estella y el de Tudela. En el área de Pamplona había seis Laboratorios que atendían aproximadamente el 80% de la demanda de análisis clínicos de Navarra: en el Área de Estella existía uno que atendía el 7% de la demanda de Navarra; y en Tudela contábamos con un octavo laboratorio en el Hospital Reina Sofía que se ocupaba del 13% de la demanda de la Comunidad Foral.

En estos ocho laboratorios, coexistían al menos cinco modelos de organización y gestión diferentes. De esta forma, casi cada laboratorio, disponía de diferentes proveedores de equipamientos y reactivos en bioquímica, hematología o microbiología.

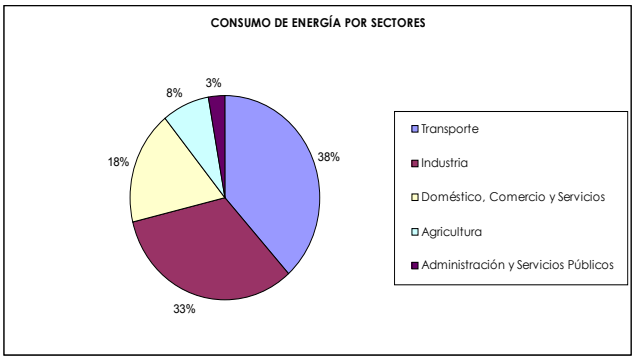
Nuestra propuesta fue entonces, plantear un nuevo modelo de gestión de los laboratorios de diagnóstico biomédico del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, concentrando la mayor parte de la producción en un Laboratorio Unificado de Navarra (LUNA) que procesara la mayor parte de las muestras que por su plazo de entrega fueran susceptibles de concentrarse en un único punto y mantener los actuales Laboratorios Hospitalarios de Tudela y Estella centrando la actividad de los mismos en la Atención Hospitalaria (Ingresados, consultas y urgencias) complementándose con actividades de docencia e investigación.

Bajo estas premisas, se puso en marcha el proyecto de unificación de los laboratorios asistenciales de Navarra. Un proyecto que podemos definir como de máxima complejidad a todos los niveles: técnico, organizativo, estructural y humano. Y es que la unificación conllevaba a su vez varias unificaciones y cambios fundamentales: por un lado, obviamente, la unificación en un nuevo espacio físico; la de los recursos humanos; una unificación orgánica de los servicios médicos adscritos al laboratorio: el de análisis clínicos y el de hematología y hemoterapia; la correspondiente unificación tecnológica; y por último la unificación del procesado de las muestras de bioquímica y hematología en una misma cadena robótica.

Para añadir más complejidad al proceso, los profundos cambios organizativos y la integración de los Servicios Clínicos, circuitos, procedimientos y Sistemas de Información han debido acometerse de manera simultánea e ininterrumpida con la prestación analítica en todas sus modalidades. Algo que ha requerido de una importante estrategia de coordinación entre los profesionales de los diferentes hospitales, del Departamento de Salud, de la DGIT, del personal técnico de la empresa adjudicataria y de terceras empresas que suministraban y suministran al Laboratorio. La unificación total de los laboratorios asistenciales reportará anualmente al SNS-O un ahorro de más de seis millones de euros calculado sobre los consumos anteriores al inicio de la unificación.

EFICIENCIA ENERGÉTICA

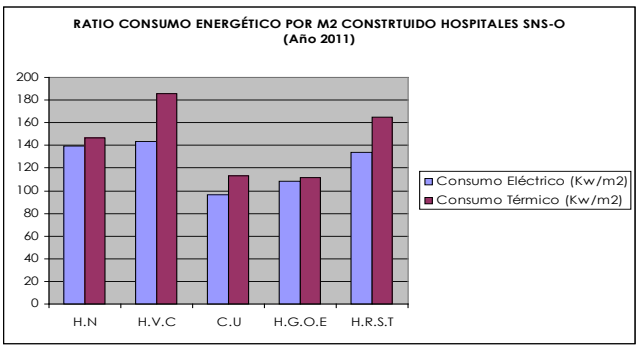
La escasa eficiencia con que usamos la energía para obtener bienes y servicios útiles a la sociedad, es un hecho que preocupa de forma creciente a amplios sectores sociales. Los servicios sanitarios, y particularmente los servicios hospitalarios, están en funcionamiento las 24 horas de los 365 días del año, por tanto, el consumo de energía respecto al conjunto del sistema es particularmente importante.

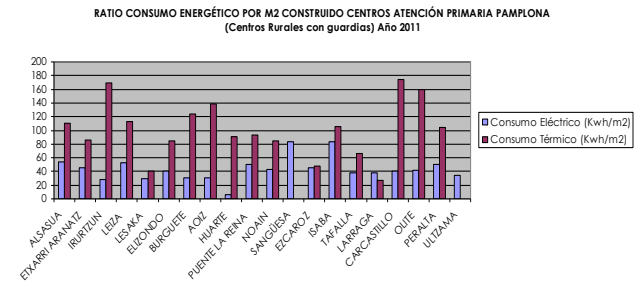


El compromiso fue entonces que, en línea con lo establecido en el Plan Energético 2020 del Gobierno de Navarra, se analizarían fórmulas para reducir el consumo de energía sin disminuir el confort y la calidad de vida pero protegiendo el medio ambiente, y reduciendo, además, el coste de la factura.

En Navarra el consumo de energía primaria del sector Administración y Servicios Públicos representa el 2,64% del total. Los sectores de mayor consumo son el Transporte con el 38,23%, la Industria con el 32,92%, el Doméstico y Comercio con el 17,89% y la Agricultura con el 8,32%. Y dentro de la Administración Pública, el Servicio Navarro de Salud constituye el ámbito de mayor consumo energético alcanzando el 47% del total.

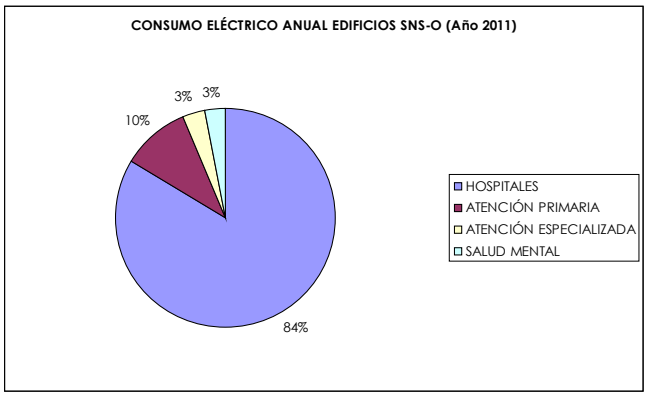
RATIOS CONSUMOS ENERGÉTICOS POR METRO CUADRADO COSNTRUIDO (AÑO 2011)					
Centro	Kwh. Eléctricos	Kwh. Térmicos	Sup. Construida	Kwh. Elec./m2	Kwh. Térm/m2
H.N(*)	11.962.603	12.539.605	85.589,67m2	139,76	146,50
H.V.C	7.890.255	10.224.681	55.000m2	143,46	185,90
C.U	3.561.876	4.180.388	36.839,79m2	96,68	113,47
H.G.O.E	2.355.044	2.432.799	21.748m2	108,28	111,86
H.R.S.T	3.803.184	4.685.558	28.424m2	133,80	164,84

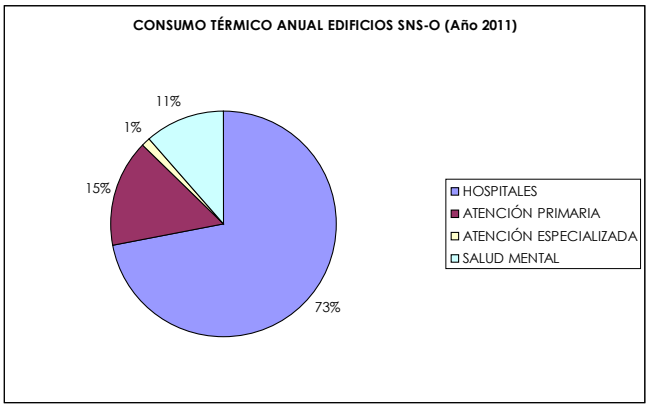




El punto de partida consistió en una auditoría energética que nos mostró necesidades, consumos y repercusión en costes de energía en todos los centros dependientes del Servicio Navarro de Salud: Hospitales, Centros de Atención Especializada y Centros de Atención Primaria. Y se llevó a cabo además el análisis de sus infraestructuras y de sus instalaciones térmicas así como un estudio de los consumos energéticos de los tres últimos años en cada uno de los centros.

Esto nos permitió saber que, por ejemplo, el consumo eléctrico en todos los centros del SNS-O fue en el año 2011 de más de 35 millones de kilovatios hora y el consumo térmico, cercano a los 50 millones de kilovatios hora. El gasto en energía del SNS-O en el año 2012 fue de 6.965.782 €, de los cuales, algo más de cuatro millones correspondieron al consumo eléctrico, dos millones doscientos mil al consumo de gas y poco más de medio millón al consumo de gasóleo.





Entre las actuaciones realizadas, destacan:

- La instalación de cogeneración en el CHN y reforma sala calderas en Hospital de Navarra 2012.

- Instalación de geotermia en clínica Ubarmin (Año 2011).

Y se establecieron una serie de medidas encaminadas a la mejora de la eficiencia energética estructuradas en tres fases de ejecución y que conforman el Plan de Eficiencia Energética.

4 MEDIANTE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO:

- PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA PILOTO
- TELEMONITORIZACIÓN
- CONSEJO SANITARIO

PROGRAMA PILOTO

El actual modelo de atención en salud está configurado principalmente para la atención de problemas de salud que se presentan de forma aguda. Sin embargo, el envejecimiento de la población, el incremento de la esperanza de vida y los hábitos sociales de los ciudadanos, entre otros factores, está aumentando notablemente la prevalencia de patologías de índole crónico.

La reorientación del modelo asistencial para adaptarse a las necesidades del paciente crónico es un debate abierto entre los responsables de los diferentes sistemas de salud, debido a que la calidad asistencial al paciente crónico se ve mermada si no se ejecuta de forma integrada y no se facilita una continuidad en los cuidados entre los niveles asistenciales.

EXTENSIÓN DE LA ESTRATEGIA

Pacientes afectados de los procesos crónicos priorizados	
Pacientes pluripatológicos Asma Cardiopatía isquémica Demencia Diabetes Insuficiencia Cardíaca Insuficiencia Hepática Insuficiencia Renal EPOC Parkinson Esquizofrenia Trastornos depresivos recurrentes	Todos los afectados por estas patologías deberán ser clasificados según su nivel de severidad utilizando criterios predefinidos. Los crónicos severos serán identificados de forma inequívoca en la Historia Clinica electrónica. Tanto a los leves y moderados como los severos les serán de aplicación todas las previsiones contenidas en el modelo de crónicos. A corto y medio plazo se definirán patrones de atención específicos y se establecerán planes operativos de aplicación que permitan garantizar objetivos de resultados preestablecidos.
Pacientes afectados por el resto de patologías crónicas	
Severos con independencia de su patología incluido dolor crónico severo* Pacientes dependientes e institucionalizados con independencia de su patología*	En ausencia de criterios predefinidos el nivel de severidad se establecerá por criterio facultativo y serán identificados de forma inequívoca en la Historia Clínica electrónica. Les serán aplicadas las garantías y atributos de calidad generales del modelo de atención proactivo.
Leves y moderados sin especificar patología*	A corto y medio plazo se beneficiarán de las medidas estructurales generales establecidas para mejorar la continuidad e integralidad de la atención. De forma progresiva se les aplicará el modelo general de atención con el grado de normalización que resulte factible en función de su casuística y del nivel de evidencia disponible.

* Perfiles diferenciados de Adultos y Niños

La Estrategia de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos de la Comunidad Foral de Navarra persigue conseguir seis grandes objetivos:

1. Mejorar los resultados en salud y la calidad de vida de los pacientes crónicos, proporcionando una atención integral de calidad, eficiente y eficaz, con el fin de reducir las consecuencias de la enfermedad y la dependencia de los pacientes, favoreciendo un mayor nivel de autonomía funcional y social.

2. Mejorar la capacidad funcional y calidad de vida de pacientes y cuidadores, minimizando las consecuencias de la enfermedad, teniendo en cuenta sus preferencias y favoreciendo la consecución de su máximo potencial de salud.

3. Promover la autonomía y la capacitación de pacientes y cuidadores, potenciando el papel del paciente en la gestión de la cronicidad erigiéndose como centro de la asistencia sanitaria y adquiriendo competencias en su autocuidado.

4. Mejorar la satisfacción de los pacientes crónicos y de su entorno con la atención recibida mediante el establecimiento de un sistema proactivo que les ofrece una atención adaptada a sus necesidades, integrada y continuada.

5. Contribuir a la sostenibilidad del sistema asistencial, mejorando la eficiencia del sistema como resultado de la introducción de mejoras organizativas, apoyadas en el uso de tecnologías y de una gestión racional de los recursos asistenciales disponibles.

6. Promover en los profesionales una cultura de mejora continua de los procesos orientados al paciente, implicando a todos los profesionales involucrados en la "Estrategia de Atención Integrada a Crónicos y Pluripatológicos" dotándoles de aquellas herramientas que les permitan desarrollar su trabajo en óptimas condiciones e incorporando su conocimiento experto como vehículo de mejora.

Con estas premisas se puso en marcha un programa piloto con el propósito de implementar un cambio cultural en la organización y de sentar las bases de un cambio perdurable que transforme progresivamente el sistema.

Se puso en marcha entre la población de 5 Zonas Básicas de Salud. En total, 59.312 personas mayores de 45 años, 3 servicios clínicos del Complejo Hospitalario de Navarra y 2 hospitales comarcales. El pilotaje se centró en el paciente de perfil severo: 333 personas.

La población diana son pacientes crónicos con insuficiencia cardiaca, demencia y pluripatológicos, priorizando aquellos con severidad grave.

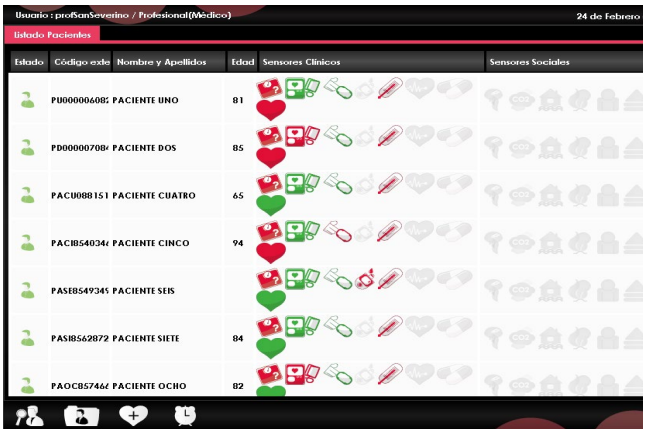
TELEMONITORIZACIÓN

La atención integrada a enfermos crónicos y pluripatológicos necesita establecer modos organizativos de seguimiento de los enfermos crónicos que sean innovadores y flexibles, cercanos la paciente, y capaces de dar respuesta rápida a cambios en su estado de salud.

Para ello, en 2014 se puso en marcha un pilotaje de seis meses un ssitema de telemonitorización con el objetivo de mejorar el tratamiento y seguimiento de los pacientes mediante un sistema que permita controlar mejor su enferemedad, detectar precozmente descompensaciones, disminuir la mortalidad temprana y evitable, mejorar su calidad de vida, disminuir las atenciones en los servicios de urgencia y disminuir los reingresos y estancias hospitalarias.

El sistema de telemonitarización se puso en marcha para 20 pacientes crónicos severos con insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria, diabetes y/o pluripatológicos. Dieciseis de estos pacientes estaban ingresados en dos residencias y cuatro eran pacientes domiciliarios.

La telemonitorización requería la medición periódica de las variables clínicas esenciales: presión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, peso, glucosa en sangre y temperatura y el envío de los datos mediante una aplicación móvil.



CONSEJO SANITARIO

La forma en la que se ha articulado el Modelo de Atención al Paciente Crónico es la solución para superar la división existente entre entornos asistenciales en el modelo sanitario actual (Atención Primaria vs Atención Especializada), de tal forma que el paciente y sus cuidadores puedan moverse sin obstáculos entre los distintos ámbitos, tanto asistenciales como socio-sanitarios.

Esto implica la necesidad de readaptar los roles de los profesionales, potenciando el papel de Atención Primaria y su competencias, o desarrollando figuras nuevas.

Entre estos perfiles, está la enfermería de consejo sanitario que asegurará la continuidad asistencial fuera del horario habitual de funcionamiento de los centros a los pacientes incluidos en los programas de atención a crónicos o pluripatológicos de manera coordinada con su centro de salud.

Este nuevo servicio se puso en marcha en el último trimestre de 2014 con el objetivo de dar consejo sanitario sobre las dudas más frecuentes en los distintos perfiles de pacientes; informar, orientar y asesorar sobre las necesidades de cuidados al paciente o a sus cuidadores; proponer modificaciones puntuales en el plan de cuidados; derivar al paciente a consulta normal o urgente de los profesionales sanitarios del centro de salud; e informar a los profesionales sanitarios de la zona de las actuaciones realizadas.

5 FOMENTADO LA INVESTIGACIÓN, LA FORMACIÓN Y LA INNOVACIÓN:

- INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA
- CENTRO DE EXPERIENCIAS
- CUADRO DE DOCENCIA
- PLAN DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA

La investigación sanitaria constituye un elemento clave tanto para el progreso del sistema sanitario como para el de sus profesionales ya que potencia la innovación, el conocimiento, el prestigio y la confianza de los pacientes y contribuye al desarrollo económico. Y en los centros y servicios sanitarios que incluyen la investigación entre sus prioridades se obtienen resultados significativos que favorecen la revisión crítica de las prácticas asistenciales y que ayudan a lograr una atención sanitaria de mejora calidad para los pacientes.

Por ello, en junio de 2012, el Departamento de Salud impulsó la constitución del Instituto de Investigación Sanitaria, paralizado desde el año anterior, tras celebrar un encuentro en Madrid con el Director del Instituto Carlos III, quien manifestó que los institutos de investigación sanitaria deben ser multidisciplinares y multi-institucionales y que contribuyan a fundamentar científicamente los programas y políticas del Sistema Nacional de Salud, potenciando preferentemente la investigación traslacional en torno a los hospitales.

Por las características de la organización sanitaria de Navarra, es necesario que al menos dos agentes científicos estén presentes. En este caso, el Departamento de Salud, con el Complejo Hospitalario de Navarra (CHN), y la Universidad de Navarra, con la Clínica Universidad de Navarra.

El tercer agente investigador, la UPNA, es también estratégico para el Gobierno de Navarra. Por eso, durante varios meses, el Departamento de Salud fue modificando su planteamiento inicial intentando llegar a un acuerdo.

La última propuesta presentada por el departamento a las dos universidades se concretaba en un patronato

en el que estuvieran representados al 50% la parte pública (Gobierno de Navarra, con el CHN, y UPNA) y la privada (Universidad de Navarra y Clínica Universidad de Navarra).

Y con el fin de garantizar que el funcionamiento del Instituto se sustentara sobre la base de un amplio consenso institucional, se establecían mayorías cualificadas de dos tercios para la adopción de los siguientes acuerdos: aprobación y modificación del Plan Estratégico y del Plan Científico, nombramientos del director científico y del director de gestión, modificación de sus Estatutos y disolución de la Institución. Este punto fue rechazado por la UPNA.

Ante las dificultades para llegar a un acuerdo, se convocó una reunión con los coordinadores de los proyectos de investigación de la sanidad pública navarra. En una votación secreta, más del 70% de los investigadores presentes (15 de un total de 21) se declararon a favor de que el Departamento de Salud siguiera adelante con el Instituto en los términos pactados, manifestando que suponía la única posibilidad que tenía la sanidad pública de participar en un instituto de investigación de estas características.

Tras unos meses de intenso trabajo para preparar la documentación necesaria, la solicitud formal de acreditación se presentó por fin el pasado 27 de marzo de 2015 ante el Instituto Carlos III.

El Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra centrará su actividad científica en nueve áreas vinculadas a la salud: Oncología y Hematología; Atención Primaria; Enfermedades cardiovasculares; Aparato digestivo y metabolismo; Neurociencias; Salud mental; Enfermedades inflamatorias, inmunes e infeccionas; Epidemiología y salud pública; y terapias avanzadas e innovaciones diagnósticas.

Uno de los objetivos principales de este nuevo instituto es potenciar la investigación traslacional, acercando la investigación biomédica básica a su aplicación clínica. Se trata también de optimizar los recursos a través de servicios comunes y de estructuras de gestión más eficientes, con la pretensión de convertirse en el Instituto de Investigación Sanitaria de referencia para Navarra e internacional en determinadas áreas de investigación como las enfermedades cardiovasculares, oncología, o neurociencias, entre otros.

CENTRO DE EXPERIENCIAS SANITARIAS

Box paciente crítico

Sala reuniones-debriefing

Sala laparoscopia

Sala ecografía

En febrero de 2015 se puso en marcha el Centro de Experiencias Sanitarias con dos objetivos estratégicos:

1. El desarrollo de la simulación clínica como herramienta docente, y como metodología para el entrenamiento técnico y humano de equipos.

2. La puesta en marcha de proyectos orientados a conocer la experiencia del paciente como fuente de mejora e innovación para el sistema.

La simulación clínica en la formación sanitaria se ha extendido de forma progresiva para mejorar la capacitación de los profesionales sanitarios en actitudes y

habilidades a través de escenarios clínicos más o menos complejos, en condiciones cercanas a la realidad. Hoy en día el entrenamiento simulado es indispensable para garantizar la seguridad y evitar errores médicos así como para respetar la intimidad de los pacientes durante el proceso de aprendizaje, por lo que el desarrollo de prácticas simuladas es una exigencia ética.

En Navarra, la formación en simulación forma parte del Plan Docente desde hace más de 20 años, contando para ello con la participación e implicación de profesionales con experiencia clínica y docente que han colaborado como profesores, coordinadores y asesores. Gracias al Centro de Experiencias Sanitarias tenemos la oportunidad de darle un nuevo impulso, con la habilitación de dotaciones específicas para el entrenamiento en, entre otras:

Cirugía laparoscópica.

Atención al paciente crítico.

Ecografía.

Comunicación y entrevista clínica.

Por otro lado, la mejora de la Experiencia del Paciente pasa por incorporar a la cultura de la organización el análisis de las necesidades, expectativas y comportamientos del paciente, de tal manera que su conocimiento sea fuente de mejora e innovación para el sistema sanitario. Para avanzar en una eficaz orientación al paciente, se hace necesario trabajar en dos vías:

1. Desarrollar iniciativas de participación activa del paciente, para que traslade su vivencia y opinión de los diferentes procesos de atención.

2. Dotar a los profesionales de medios para ser capaces de extraer y canalizar puntos de innovación y mejora de la escucha y análisis de las necesidades, expectativas y comportamientos de los pacientes.

Para todo ello, el Centro de Experiencias Sanitarias se constituye en el centro neurálgico donde hacer converger los proyectos ya puestos en marcha en esta área (como el Foro Salud o el proyecto de “Mejora de la comunicación profesional-paciente en tumor de recto”), y donde desarrollar nuevas iniciativas dirigidas a la mejora de la experiencia del paciente, y que éstas redunden en mejores resultados en la salud o en la mejora del afrontamiento y gestión de la enfermedad.

6 MEDIANTE LA INVERSIÓN EN PREVENCIÓN:

Navarra cuenta con cuatro programas de detección precoz:

1.Programa de cáncer de mama

2.Programa de metabolopatías

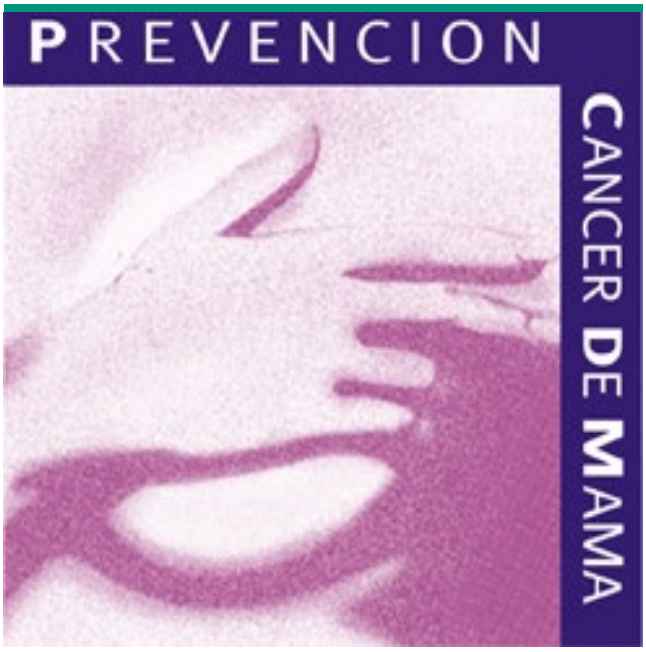
3.Programa de hipoacusias

4.Programa de cáncer de colon

Programa de detección precoz de cáncer de mama

El programa va dirigido a todas las mujeres residentes en Navarra con edades comprendidas entre 45 y 69 años. La recomendación del Ministerio fue que, a partir del año 2013, el programa se ofertara a las mujeres mayores de 50 años. Sin embargo, en Navarra, que puso en marcha el Programa en el año 1990, se decidió mantener la edad de inicio en 45 años debido a los buenos resultados obtenidos hasta el momento.

En el año 2014, además, se puso en marcha un nuevo protocolo de actuación en mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama. Así, desde el mes de septiembre y coincidiendo con el inicio de la vuelta, se modificaron los criterios de inclusión en el programa de mu-



jeres con antecedentes familiares de cáncer de mama. Siguiendo las últimas recomendaciones científicas se incluyeron las mujeres nacidas entre el 1 de enero de 1971 y 31 de diciembre de 1980 (35-45 años de edad) que cumplan los siguientes criterios:

- Tener un familiar de primer grado con cáncer de mama diagnosticado antes de los 50 años.
- Tener dos familiares de primer grado con cáncer de mama diagnosticados antes de los 60 años.
- Tener un familiar de primer grado con cáncer de mama bilateral independientemente de la edad en la que se diagnosticó.

Detección precoz en metabolopatías congénitas

El programa tiene como objetivo la detección precoz del hipotiroidismo congénito y de la fenilcetonuria, así como

la instauración precoz de tratamiento de los casos diagnosticados. La población diana se capta principalmente en los centros hospitalarios, públicos o privados, con maternidad. Para la realización de las pruebas se extrae una muestra de sangre mediante punción en el talón, lo antes posible a partir de las 48 horas de vida. La cobertura total es prácticamente del 100%.

En el mes de junio se va a ampliar el diagnóstico a 5 patologías más: fibrosis quística, deficiencia de acilcoenzima A-deshidrogenasa de cadena media (MCADD), deficiencia de 3-hidroxi-acil-coenzima A-deshidrogenasa de cadena larga (LCHADD), academia glutárica tipo I (GA-I) y anemia falciforme.

Detección precoz de hipoacusias en el recién nacido

El programa tiene como fin evitar el déficit cognitivo/lingüístico que produce la hipoacusia total; y evitar asimismo la desigualdad socio-educativo-laboral y el aislamiento social. Para ello se propone como objetivo detectar todas las sorderas congénitas antes del tercer mes de vida y proceder a la estimulación precoz y el tratamiento adecuado. La prueba de detección se realiza al tercer día de vida. Si la prueba no es superada se repite a los 15 días de vida y si ésta tampoco se supera se repite a los 90 días de vida. Para confirmación de la Hipoacusia y su diagnóstico se procede a realizar Potenciales Evocados Auditivos.

Detección precoz del cáncer colorrectal

El cáncer colorrectal es el tumor más frecuentemente diagnosticado en Navarra y constituye, al igual que en el resto de países desarrollados, uno de nuestros problemas de salud más importantes por su alta incidencia y mortalidad. En los dos últimos años se han registrado en nuestra comunidad 978 y anualmente mueren por su causa una media de 232 hombres y 86 mujeres.

El programa de detección precoz del cáncer colorrectal se puso en marcha en noviembre de 2013 mediante una campaña de comunicación dirigida a toda la población navarra, y desde entonces, se han incorporado al programa 14 zonas salud que engloban aproximadamente a 50.000 personas de entre 50 y 69 años.

Al año de su puesta en marcha, en noviembre de 2014, el programa había registrado una participación del 65,13%, cifra referida a las tres primeras zonas en adherirse al programa, Tudela Oeste y los barrios de San Juan y Milagrosa, en Pamplona. Este grado de participación supera en 5 puntos el objetivo inicial, establecido en el 60% y es, además, uno de los más altos de España y de Europa en este tipo de programas de cribado.

El 92,37% de los casos obtuvieron un resultado negativo en el test de sangre oculta en heces (TSOH). Del resto, y tras la realización de pruebas diagnósticas (colonoscopia y Colo-TC), el 2,68% resultó normal o con patología no significativa; en el 2% se detectaron adenomas (pólipos) de alto riesgo (136 casos), y en el 0,5% de las personas exploradas se confirmó un tumor maligno (37 casos). De estos últimos, el 70% son tumores detectados en fases precoces (estadíos I y II).

Por lo que se refiere al grupo de personas que no participaron, se realizó un estudio mediante entrevistas telefónicas para conocer los motivos, del que se desprendía que la mayoría de los encuestados adujo "dejadez, falta de tiempo" (30%) o que "se encuentra bien de salud, no le hace falta" (26%); es decir, la creencia de que es poco probable que se contraiga la enfermedad, si bien existe confianza en que si se detecta a tiempo y se inicia el tratamiento es muy probable la curación.

Por ello, el Departamento de Salud decidió poner en marcha una nueva campaña de comunicación dirigida principalmente al segmento de población convocada que en el primer año de vigencia del "Elige 90" no se había incorporado al programa.

7 MEDIANTE LA INVERSIÓN EN INFRAESTRUCTURAS:

- Urgencias Materno-Infantiles CHN
- Hospital de Día de Oncología Pediátrica
- Área Psiquiatría de Tudela
- Resonancias Hospital de Estella
- Área de partos del Hospital de Estella
- Edificio Urgencias. CHN
- Pabellón C. CHN
- Planta cogeneradora. CHN
- Angiógrafo digital CHN
- Sala Electrofisiología del Área de Corazón
- Galería Conexión Urgencias y HVC
- Urbanización y Saneamiento HN
- Quirófanos HVC
- Quirófanos Ubarmin

- Centro de Salud de San Adrián
- Centro de Salud de Echavacoiz
- Consultorio de Arre
- Consultorio de Azuelo
- Consultorio de Beire
- Centro de Investigación Biomédica
- Ampliación Potencia Eléctrica CHN
- Edificio Quirúrgico Hospital Reina Sofia
- Centro de Experiencias Sanitarias
- Centro San Francisco Javier
- Almacén Unificado CHN
- Laboratorio Unificado de Navarra

Urgencias Materno-Infantiles CHN

Hospital de Día de Oncología Pediátrica

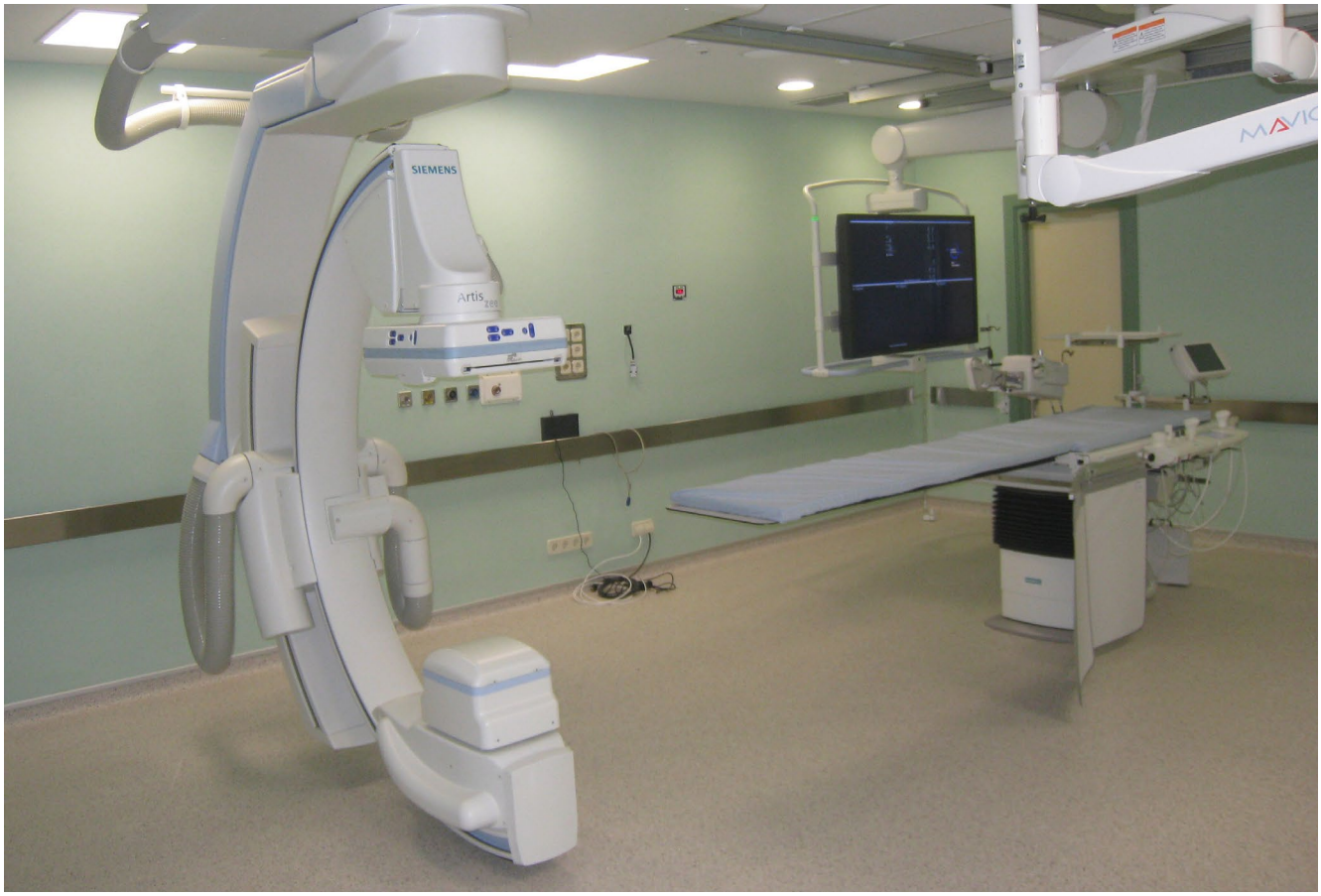
Resonancias y área de partos del Hospital de Estella

Edificio Urgencias. CHN

Pabellón C. CHN

Planta cogeneradora. CHN

Angiógrafo digital CHN

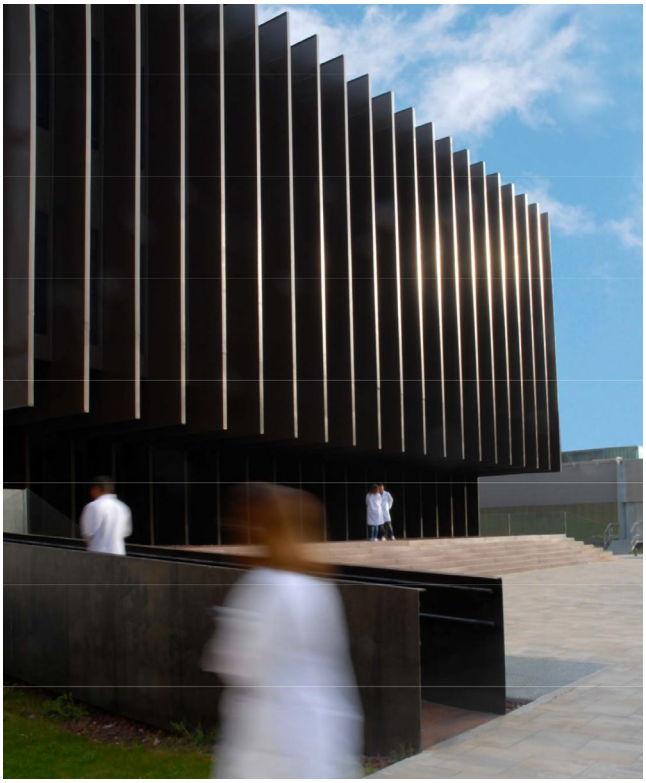


Sala Electrofisiología del Área de Corazón

Quirófanos
HVC

Quirófanos
Ubarmin

Centro de Salud de San Adrián



Centro de
Investigación
Biomédica

Edificio Quirúrgico
Hospital Reina Sofia

Edificio Quirúrgico
Hospital Reina Sofia

Centro de Experiencias Sanitarias

Centro San Francisco Javier

Almacén Unificado CHN

Laboratorio Unificado de Navarra

Gobierno de Navarra