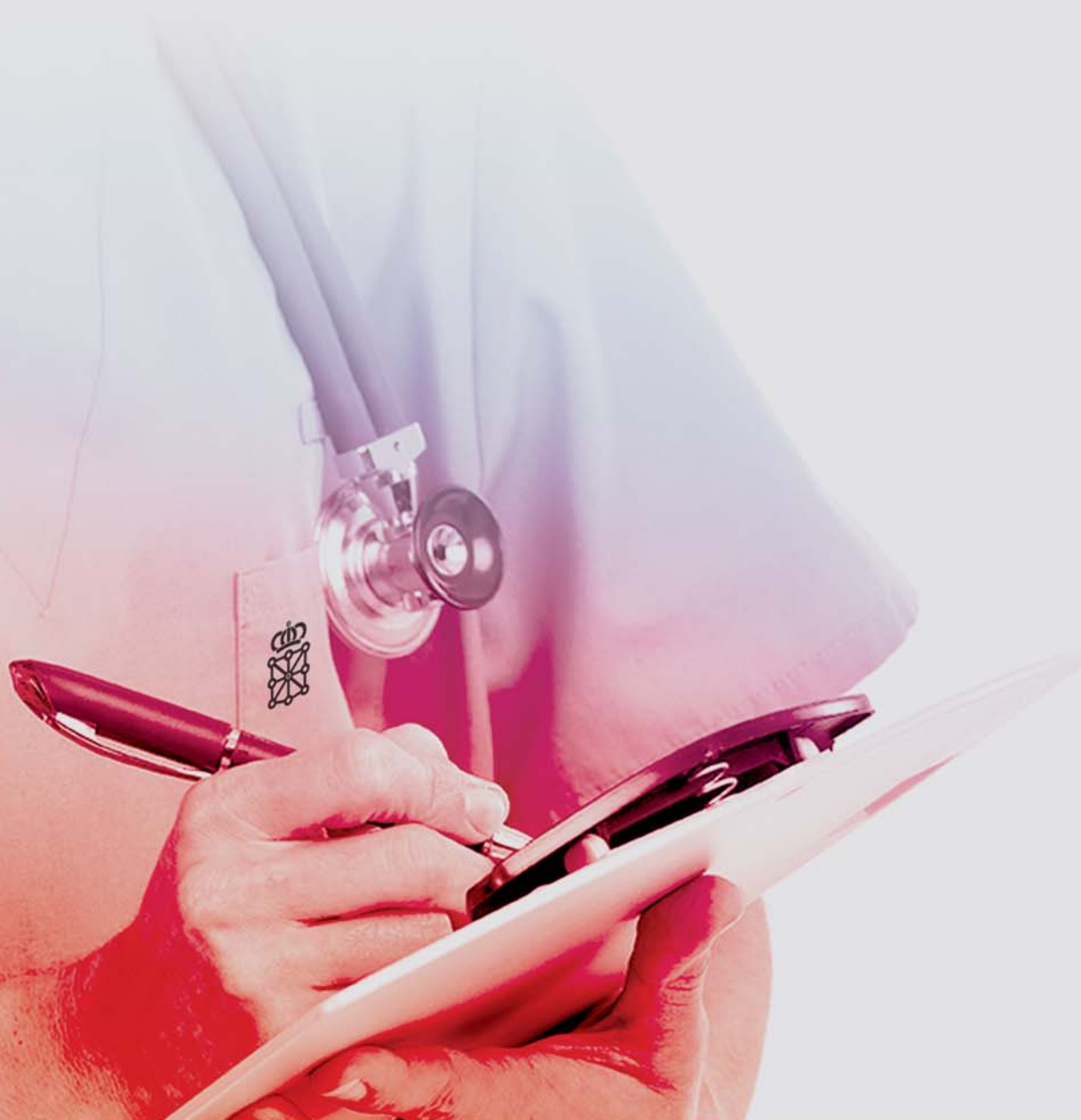


Estrategia para el desarrollo del Modelo de Atención Sanitaria de Navarra

Resumen ejecutivo



Estrategia para el desarrollo del Modelo de Atención
Sanitaria de Navarra

Resumen ejecutivo

© 2012

Departamento de Salud

Gobierno de Navarra

Diseño y maquetación: iLUNE



Marta Vera Janín
Consejera de Salud del
Gobierno de Navarra

En Navarra siempre nos hemos caracterizado por tener un excelente sistema de salud. Así lo atestiguan las diferentes encuestas de satisfacción realizadas a los pacientes, los diversos indicadores de calidad que año tras año nos sitúan entre los mejores de España, y la constatación de que, la esperanza de vida de los navarros es de las más altas de Europa y los resultados clínicos son similares a los de los países más avanzados.

Sin embargo hace ya bastante tiempo que los expertos nos están avisando de que en diez años la demanda de servicios sanitarios crecerá de forma alarmante, lo que, unido al importante incremento del gasto sanitario en las últimas décadas y a la situación financiera actual, nos obliga a optimizar la gestión en todas las áreas posibles.

Ya el informe Abril resumía que el Servicio Nacional de Salud estaba amenazado por el aumento creciente de la demanda, por el envejecimiento de la población y la mejora del nivel de vida, y por el desarrollo de los servicios y la tecnología, teniendo en cuenta, además, que los recursos eran cada vez más limitados.

Esta situación se reproduce en todos los sistemas sanitarios del mundo, que se enfrentan a tensiones y retos comunes derivados en buena medida del explosivo desarrollo alcanzado por la medicina desde la segunda mitad del pasado siglo y que está haciendo que la brecha entre oferta y demanda tienda a ampliarse.

Para dar una respuesta verdaderamente eficaz a un escenario de demanda creciente como el descrito, no podemos limitarnos a incidir en el ámbito económico; es inviable depender únicamente de la dotación presupuestaria al Sistema. Al contrario, la solución debe incluir una correcta utilización de los recursos por parte de todos los agentes, un cambio profundo y estructural que incida en todo el modelo y una nueva orientación que dé respuesta a las necesidades actuales de la población y de la sociedad. Las medidas de ajustes son coyunturales, pero las reformas son necesarias para dar respuesta estructural a un escenario de demanda creciente y de importante evolución tecnológica.

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. Necesitamos mejorar la eficiencia de nuestra 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.

En definitiva, para preservar el actual sistema sanitario estamos decididos a impulsar el desarrollo de un nuevo Modelo de Atención como eje y núcleo de nuestra estrategia de intervención.

La oportunidad es ahora, y es necesario comenzar a trabajar desde este mismo momento porque si esperamos demasiado, si confiamos en que las cosas se mantengan, probablemente nos encontremos lamentándonos por la ocasión perdida.

Los cambios de hábitos y actitudes son lentos pero son los únicos que realmente lograrán garantizar a las generaciones futuras un sistema sanitario público universal y de calidad.

En esta tarea todos somos imprescindibles.

Estrategia y modelo de atención

Índice

- I. Introducción
- II. Metodología
- III. Punto de partida. Fortalezas y áreas de mejora
 - III.1. Un buen sistema sanitario con áreas de mejora.
 - III.2. Un modelo de atención poco sostenible.
- IV. Misión, visión, valores y principios
- V. La sostenibilidad como estrategia
- VI. El nuevo modelo de atención
 - VI.1. Líneas estratégicas.
 - VI.2. Líneas instrumentales
 - VI.3. Objetivos y mapa estratégico
 - VI.4. Proyectos estratégicos
- VII. Liderazgo y participación
- VIII. Seguimiento

- Anexo. Fichas de los proyectos estratégicos e instrumentales
- Anexo II. Listado de personas que han participado
- Anexo III. Listado de Colectivos
- Anexo VI. Bibliografía



Introducción

Ley General de Sanidad



El 25 de abril de 1986 se aprobó la Ley General de Sanidad, una ley que suponía la materialización efectiva del derecho a la protección de la salud reconocido por el artículo 43 de la Constitución.

Con esta Ley como piedra angular, los españoles hemos construido durante estos años un sistema de salud apoyado en cuatro pilares fundamentales e irrenunciables: el carácter universal del derecho a la salud; la alta cualificación de los profesionales y la amplia cartera de servicios; la garantía de que todos los españoles reciben la misma atención, independientemente de su lugar de residencia; y la financiación a través de los impuestos de los ciudadanos.

Y en el año 2011, 25 años después, nos encontramos ante un reto inminente: garantizar la sostenibilidad de un sistema de salud que queremos que siga siendo universal, de calidad y equitativo.

En estos 25 años el mundo ha experimentado una profunda transformación caracterizada, a grandes rasgos, por la globalización. Una globalización que no tiene que ver únicamente con la economía sino que también afecta a la tecnología, al comercio y, por supuesto, a las empresas, compañías e instituciones. El concepto de “*aldea global*” al que se refería McLuhan aludiendo a las consecuencias socioculturales de la comunicación inmediata y mundial de todo tipo de información, ha quedado superado por el imparable progreso tecnológico basado en las tecnologías de la información y las comunicaciones y en el desarrollo de internet. Todo ello muestra un mundo muy complejo al que viene a unirse la crisis económica que irrumpió con fuerza en el año 2008 y que hoy todavía nos acompaña.

En este entorno en el que todo cambia, nos encontramos con que también el paciente ha cambiado. Hoy en día el nuevo paciente se caracteriza, ante todo, por tener un mayor nivel cultural y de decisión. Este cambio está siendo posible gracias a la tecnología cada vez más cercana, más intuitiva y más fácil de usar.

El movimiento generado a causa de estas transformaciones, es lo que se ha dado en llamar “*e-paciente*”, que el Doctor Tom Ferguson (1943-2006) definió como “*paciente proactivo, con buenos conocimientos sobre tecnologías, implicado en el mantenimiento de su salud e interesado en contribuir no sólo al tratamiento e investigación sobre determinadas condiciones de salud sino también a mejorar el sistema de asistencia sanitaria*”. Describía al paciente como alguien “*equipped, enabled, empowered and engaged*”. En español estaríamos hablando del paciente equipado (dotado para hacer su trabajo), capacitado, empoderado y comprometido con su salud y con las decisiones referentes al cuidado sobre su salud.

El cambio está siendo tan profundo que, en la introducción del manifiesto o Libro Blanco del e-paciente, el doctor Charles Safran expresa una declaración de intenciones que, sólo unos años antes, habría resultado incomprensible. “*El objetivo no son mejores hospitales, ni mejores prácticas clínicas, ni equipamiento más sofisticado, sino pacientes más sanos y más felices*”.

Nos encontramos entonces con que en el actual modelo de sanidad los pacientes pasan a tener una mayor responsabilidad sobre su salud, especialmente en lo que respecta a sus estilos de vida y a la autonomía en la toma de decisiones. Un consumidor de servicios de salud hoy, es toda aquella persona que puede ser usuaria de servicios sanitarios, ya sea paciente, persona sana o familiar. Como cualquier otro consumidor, el de servicios sanitarios demanda mayor calidad, prestaciones y poder de decisión.

Y nosotros debemos adaptarnos a sus exigencias potenciando el papel que desempeña el paciente en el sistema sanitario, incrementando su capacitación, autonomía y responsabilidad en el cuidado de su propia salud; factor clave de eficacia y sostenibilidad.

Pero a la “*revolución*” tecnológica y a la transformación del paciente en “*e-paciente*” aún viene a sumarse un tercer factor: el demográfico. En Navarra, en tan solo una década,

la que va del 2002 al 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%.

Dentro de diez años, uno de cada cinco españoles tendrá más de 65 años, lo que supone que más de diez millones de personas tendrán un coste sanitario varias veces superior al del resto de la población. Seis de cada diez españoles padecerán una enfermedad crónica, lo que incrementará de forma importante los recursos destinados a estos pacientes, que representan más del 70% del total del gasto sanitario actual.

Hace 20 años, un grupo de expertos redactó el tantas veces nombrado “Informe Abril” un análisis en el que se juzgaba y evaluaba el sistema sanitario público español, con una serie de recomendaciones para su planificación posterior, muchas de las cuales están hoy en la hoja de ruta de muchos países y comunidades que se están planteando su viabilidad a corto, medio y largo plazo.

En las conclusiones alcanzadas, el informe Abril resumía que el Servicio Nacional de Salud estaba amenazado por el aumento creciente de la demanda, por el envejecimiento de la población y la mejora del nivel de vida y por el desarrollo de los servicios y la tecnología, teniendo en cuenta, además, que los recursos eran cada vez más limitados.

En este contexto, 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, exige desarrollar estrategias activas dirigidas a lograr que los ciudadanos se responsabilicen e impliquen más activamente en el cuidado de su propia salud.

No basta con poner en marcha medidas urgentes de restricción del gasto, al contrario, la solución debe aspirar a un cambio profundo y estructural que incida en todo el modelo y que nos permita llevar a cabo la reforma necesaria para dar respuesta a un escenario de demanda creciente y de importante desarrollo tecnológico.

Por ello, este nuevo Modelo de Atención constituye el núcleo de la estrategia de intervención sanitaria de la Legislatura en el que se enuncian sus principios y objetivos estratégicos y se recogen los distintos proyectos a acometer a corto y medio plazo.

Persigue mejorar la atención sanitaria de todos los ciudadanos, mejorar la efectividad y eficiencia del Departamento de Salud y garantizar la sostenibilidad del sistema público de salud. Las crisis suponen muchas veces un buen punto de partida para grandes oportunidades porque permiten cuestionarse numerosos ámbitos que, cuando no existen problemas presupuestarios, resultan incuestionables.

Tras un largo período de análisis y confrontación con los distintos agentes sociales y sanitarios de la situación de partida y del entorno en el que nos movemos, decidimos reorientar el modelo de atención sanitaria hacia el ciudadano adecuándolo a sus necesidades reales superando, a su vez, la lógica obsolescencia que el paso de estos 25 años ha ido imprimiendo al sistema.



Metodología

II

El plan de intervención se caracteriza por su carácter estratégico, porque su horizonte temporal es de largo alcance y porque representa la voluntad institucional del Departamento de Salud, marcando el rumbo de navegación para los próximos años. En el mismo se establecen las prioridades de acción, se definen los objetivos estratégicos que se pretende alcanzar y se asignan responsabilidades generales o de alta dirección.

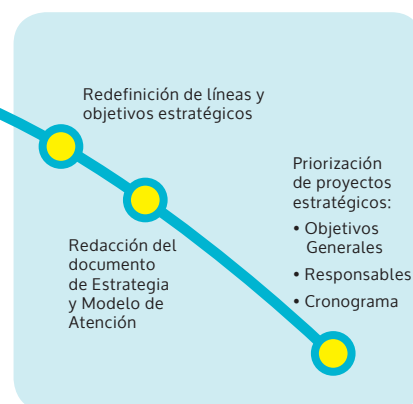
Para su elaboración se ha partido en primer término de los objetivos de legislatura formulados por la Consejera de Salud en su comparecencia del 20/9/2011 ante el Parlamento Foral y en cuya intervención ya se traslucían buena parte de las líneas maestras que a la postre ha confluído en este plan estratégico; se ha contemplado el Plan Estratégico de la Sanidad Pública de Navarra que la pasada legislatura se presentó al Parlamento Foral; y se han tomado en consideración el dictamen y las recomendaciones que la Ponencia Parlamentaria elaboró sobre el citado Plan.

El proceso y reformulación estratégica que se ha seguido ha sido el que se refleja en el diagrama adjunto y en el cual se identifican dos etapas bien diferenciadas.

Fase I. REDEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA



Fase II. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA



FASE 1: Redefinición de la estrategia

En esta etapa, como ya se ha señalado, se ha llevado a cabo la revisión en profundidad del Plan Estratégico de la Sanidad Pública de Navarra, presentado al Parlamento Foral en la pasada legislatura, incluyendo, además, el dictamen de la Ponencia Parlamentaria cuyas propuestas, como podrá observarse en la tabla adjunta, se han contemplado en su práctica totalidad.

Pero además se ha incorporado una revisión comparativa de las fortalezas y áreas de mejora de nuestro sistema sanitario y una breve síntesis de las tendencias de convergencia de todos los modelos de sistemas sanitarios identificadas por la OCDE, lo que nos ha permitido constatar la existencia de tensiones y retos comunes.

Por último, se ha considerado oportuno recoger un análisis cualitativo de los factores determinantes del crecimiento del gasto sanitario en los distintos sistemas sanitarios; y realizar una reformulación de la Misión, la Visión y los Valores del Sistema Sanitario Público de Navarra a fin de garantizar su coherencia con la estrategia general de intervención.

La nueva reflexión estratégica realizada nos ha llevado a la conclusión de que la estrategia de la organización debe centrarse en la sostenibilidad del sistema sanitario, lo cual exige la redefinición del modelo asistencial como su principal determinante. Esta fase finalizó por tanto con la definición de las características y atributos esenciales que debían adornar el nuevo modelo asistencial.

Recomendaciones de la Ponencia Parlamentaria tomadas en consideración en la Estrategia

Contexto económico. Tener en cuenta el contexto económico. Analizar con mayor profundidad la situación económico-financiera vinculándola con el gasto sanitario actual y sus necesidades y tendencias futuras.

Modelo asistencial. Desarrollar un modelo de atención a los problemas de salud más integral, menos dependiente y más capacitador del ciudadano.

Paciente. Potenciar el empoderamiento del ciudadano en la toma de decisiones en materia de salud y desarrollar campañas de sensibilización y educación al ciudadano e incentivos para el comportamiento eficiente basados en la responsabilidad hacia su salud.

Calidad. Definir la calidad como un nuevo Eje Estratégico y elaborar un Plan de calidad y seguridad del SNS-O.

Gestión Clínica. Promover la Gestión Clínica.

Atención Primaria. Concretar el cronograma de extensión del Plan de Mejora de Calidad en Atención Primaria

Atención Especializada. Elaborar un Plan de Ordenación de los hospitales de Pamplona encaminado a la integración, que consiga implicar a todos los profesionales.

Salud Mental. Desarrollar el Plan de Salud Mental y desarrollar la Salud Mental Infanto-juvenil con la creación de programas específicos y nuevas infraestructuras.

Salud Pública. Modernizar la Salud Pública. Replantear las funciones, estrategias y organización de la salud pública en líneas con las tendencias estatales, europeas e internacionales.

Centros Concertados. Concretar el papel estratégico de los Centros Concertados al servicio de la Sanidad Pública de Navarra teniendo en cuenta las indicaciones y recomendaciones de la Cámara de Comptos.

Atención sociosanitaria. Valorar la inclusión de la atención sociosanitaria como nuevo Eje Estratégico y definir programas de atención domiciliaria y teleasistencia.

Sistemas de información y evaluación. Definir el desarrollo de los Sistemas de Información como Eje Estratégico y establecer sistemas de evaluación constante de los objetivos, priorizando la medida de la eficiencia del sistema.

Personal. Definir un nuevo marco legal de Recursos Humanos y una nueva política de personal incentivadora y orientada a lograr la implicación activa de los profesionales en la mejora continua.

Formación. Elaborar un Plan de Docencia coherente con el Plan Estratégico, así como un Plan de Desarrollo y Evaluación de competencias profesionales.

Innovación. Apuesta clara por la innovación de tecnologías en áreas estratégicas como pueden ser la dependencia, la tercera edad, autocuidados (en especial, en crónicos) y telemedicina, cuidados paliativos y teleasistencia.

Investigación. Impulsar alianzas estratégicas en materia de Investigación.

Despliegue del Plan. Se considera adecuado que el Plan tenga la flexibilidad suficiente y no se considera preciso concretar los objetivos hasta un nivel operativo siempre que se concreten los Requisitos Esenciales para garantizar el despliegue efectivo del plan estratégico y un compromiso explícito por ponerlas en marcha.



FASE 2: Planificación estratégica

La segunda fase metodológica del proyecto ha consistido en la selección de las Líneas Estratégicas más acordes con el Nuevo Modelo y sus correspondientes objetivos y proyectos adscritos que serán, en última instancia, los que lograrán la operatividad del Plan.

Así, el “Plan” define las prioridades y la voluntad institucional, y marca el rumbo de navegación, y los “Proyectos” hacen referencia a intervenciones de carácter operativo y a corto plazo y en los que se concretan las metas a alcanzar.

Por razones de ordenación se ha optado por vincular cada uno de los proyectos a una determinada línea estratégica, aunque podremos comprobar que es habitual que un proyecto impacte o se vincule a más de un eje estratégico.

El presente documento tiene carácter estratégico y por tanto no debe esperarse que recoja objetivos y acciones operativas detalladas que en su caso habrán de figurar en los proyectos operativos.

Punto de partida

Fortalezas y Áreas de mejora



III.1. Un buen sistema sanitario con áreas de mejora

Desde la aprobación de la Ley General de Sanidad, el sistema sanitario público en España ha ido migrando desde el tradicional sistema de seguridad social hacia el actual modelo de Sistema Nacional de Salud, o modelo Beveridge, cuyas características esenciales son: cobertura universal, financiación vía impuestos mediante presupuestos cerrados, provisión mayoritariamente pública y remuneración salarial al personal sanitario.

El desarrollo de los sistemas sanitarios públicos, y en particular de los sistemas nacionales de salud, supone sin duda una de las mayores conquistas sociales logradas por la humanidad pues consagra el carácter universal del derecho a la salud en virtud del cual todo ciudadano, por el mero hecho de serlo, tiene garantizado el acceso a la atención sanitaria frente a la enfermedad y a los medios disponibles para una razonable protección de su salud.

Todos los modelos sanitarios tienen sus ventajas e inconvenientes que dependen en buena medida de los cuatro factores principales determinantes de los resultados de cada modelo de sistema sanitario.

Determinantes principales del modelo de sistema sanitario

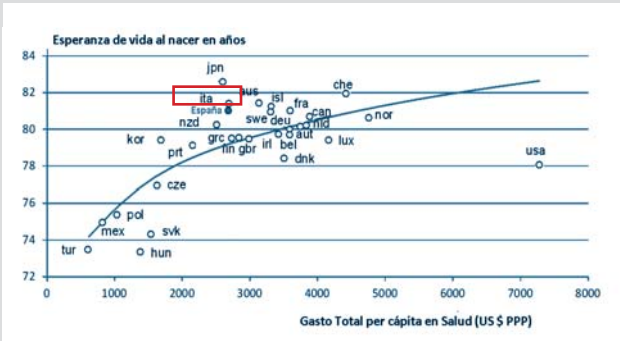
DETERMINANTE PRINCIPAL	CONSECUENCIA
Financiación pública universal	Equidad
	Resultados en salud
Libre elección	Satisfacción de los ciudadanos
Presupuesto cerrado	Eficiencia macroeconómica
Pago por resultados	Eficiencia microeconómica

Como consecuencia de estas cuatro características, los Sistemas Nacionales de Salud suelen lograr buenos resultados en términos de equidad, contención del gasto global y resultados en salud. Y sin embargo logran peores resultados en términos de productividad y satisfacción ciudadana en razón de su modelo salarial y de sus limitados grados de libertad de elección.

Estado de salud y gasto sanitario en los países de la OCDE

Como puede apreciarse en el gráfico siguiente, la esperanza de vida al nacer en España es de las más elevadas del mundo y es muy superior a la esperable para el gasto total destinado a salud en nuestro país. La Organización Mundial de la Salud (OMS. Informe de Salud Mundial 2000) calificó en su día al sistema sanitario español en el séptimo lugar del mundo por su calidad.

Esperanza de vida al nacer

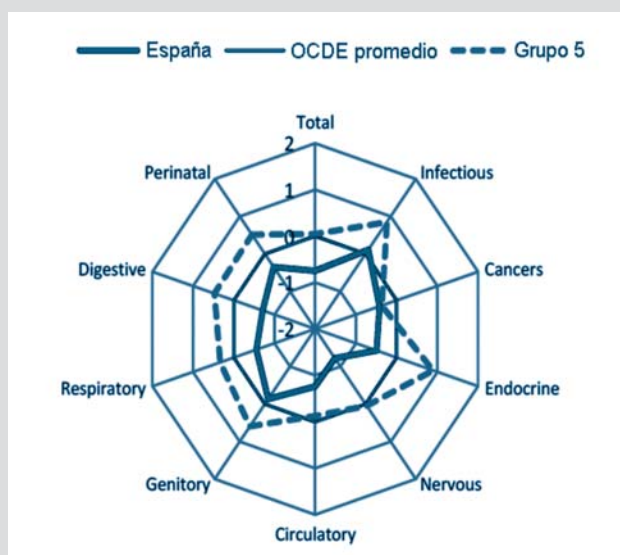


Fuente: OCDE Health Data 2009

Si analizamos las muertes potencialmente evitables con atención médica oportuna y eficaz, comprobamos que nuestro sistema sanitario obtiene mejores resultados que el promedio de la OCDE e incluso del correspondiente al denominado Grupo 5 integrado por países con un modelo sanitario similar al nuestro.

España, pues, goza de un buen sistema sanitario, con sus ventajas e inconvenientes y si se comparan los resultados obtenidos en términos de mortalidad, esperanza de vida, etc, con el nivel de gasto sanitario público se puede afirmar que nuestro sistema sanitario es eficiente en términos macroeconómicos.

Mortalidad sensible a intervención sanitaria

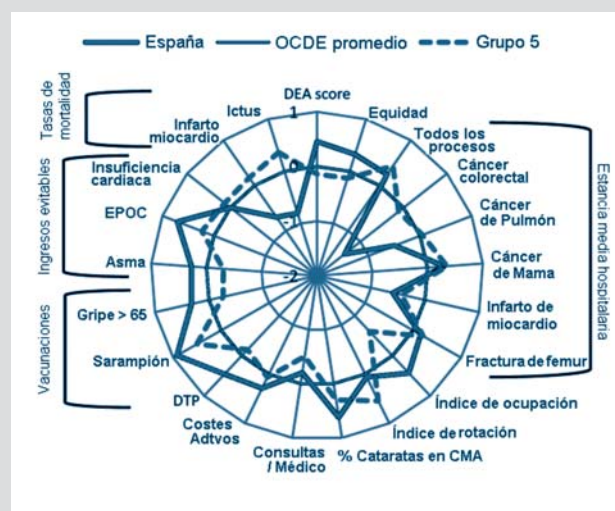


Fuente OCDE Health Care Systems Efficiency and Institutions

Sin embargo nuestro sistema presenta también debilidades sobre todo en el ámbito de la eficiencia organizativa y en el uso racional de determinados recursos. Y otro tanto ocurre cuando se analiza la satisfacción de los ciudadanos. Desde el punto de vista de los consumidores, el Euro Health Consumer Index 2009 coloca a España en el puesto 22 entre los 33 países analizados ya que detecta problemas relevantes en listas de espera y en el ejercicio de los derechos y en la información a los pacientes.

Afortunadamente la evolución de la opinión pública en España con relación al sistema sanitario va mejorando y

Eficiencia y Calidad



Fuente OCDE Health Care Systems Efficiency and Institutions

en la encuesta de finales de 2005 y principios del 2006 la ciudadanía española mostró un nivel de satisfacción global con el sistema sanitario superior al que expresaba hace quince años.

Fortalezas y Debilidades de nuestro Sistema Sanitario

Si atendemos a las fortalezas y debilidades de nuestro sistema sanitario, observamos que pueden desglosarse en más de una decena de áreas, sin embargo, también se debe señalar que las diferencias observadas entre los distintos modelos de sistema sanitario, parecen tender a difuminarse en los últimos años observándose una tendencia a la convergencia en torno a los cuatro factores ya señalados.

Navarra participa de las ventajas e inconvenientes del Sistema Nacional de Salud español aunque, gracias a la tradicional apuesta de las instituciones forales por la sanidad, dispone de una dotación superior de recursos que ha contribuido a paliar algunas de las deficiencias generales enunciadas.

Fortalezas y Debilidades de nuestro Sistema Sanitario

FORTALEZAS	ÁREAS DE MEJORA
Equidad / Universalidad	Satisfacción mejorable en particular en los más jóvenes
Adhesión de la población	
Prestigio y profesionalidad del personal sanitario	Mayor implicación en la gestión
Buenos indicadores generales de salud	Escasa cultura de evaluación de resultados clínicos
Buena calidad técnica	Insatisfacción profesional
Nuevas terapias y tecnologías	Desarrollismo tecnológico
Suficiencia general de recursos	Productividad limitada
Demanda contenida en términos comparados	Demanda creciente. Consumismo sanitario
	Listas de espera
Gasto total moderado en términos comparados	Gasto total en rápido crecimiento
Eficiencia macroeconómica	Altos costes unitarios
Accesibilidad geográfica	Burocracia
Informatización clínica	Descoordinación entre niveles
Buenas infraestructuras	Modelo asistencialista

Así, 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 público sanitario en 2010, valorado del 1 al 10, alcanza los 7,06 puntos, siendo la tercera Comunidad mejor valorada de España, donde la media es de 6,57 puntos. Pero además, el último estudio realizado por la Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública, que fue publicado el pasado 6 de septiembre, determina que Navarra es, por segundo año consecutivo, la comunidad de España con mejores servicios sanitarios con una puntuación de 63 puntos (media española de 55).

Nuestra Comunidad dispone de 535 médicos por cada 100.000 habitantes, una cifra sensiblemente superior a la media española que es de 439 médicos por cada 100.000 habitantes. En lo que respecta al personal de enfermería, Navarra tiene 860 enfermeras por cada 100.000 habitantes (la cifra más alta de todas las CCAA españolas), frente a las 493 de la media nacional. Y Navarra cuenta además con 3,86 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes frente a las 3,36 del conjunto de España.

Pero además, la esperanza de vida de los navarros es de las más altas de Europa, 83,6 años (1,7 años superior al promedio de España y 3 años más que el promedio en la OCDE 79,8 años) y aunque hay otras variables que intervienen en este excelente resultado, también nuestro modelo sanitario tiene mucho que ver en esto; los resultados clínicos están al nivel de los países más avanzados y su coste, sin embargo, no es de los más altos, más bien al contrario. Supone, por último, un referente internacional por su universalidad (98,7% de cobertura en Navarra) y nivel de acceso en comparación con otros muchos países desarrollados.

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 genera (10.160 trabajadores en el Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea, en el año 2011), y el Departamento que gestiona el presupuesto más alto del Gobierno de Navarra (el 24%).

III.2. Un modelo de atención poco sostenible

Pero como ya hemos visto, veinticinco años después de la promulgación de la Ley General de Sanidad, este indudable logro social se ve seriamente amenazado y, pese a lo que pueda parecer, no tanto por la profunda crisis económica que atenaza nuestra sociedad, sino por razones como las que ya se han expuesto y que son las mismas que se vienen anunciando desde hace ya más de veinte años: demanda creciente e ilimitada; demografía y cronicidad; e innovación tecnológica.

La evolución del Gasto sanitario en nuestro país ha sido espectacular. En el 2009, el gasto sanitario como proporción del PIB alcanzó en España el 9,6%, semejante al promedio en los países de la OCDE (9,5%), debido en parte a la reciente recesión que ha contraído el PIB en mayor medida que el gasto sanitario, aunque España todavía se encuentra ligeramente por debajo del promedio de la OCDE, en términos de Gasto Total Per Cápita ajustado por poder de paridad de compra.

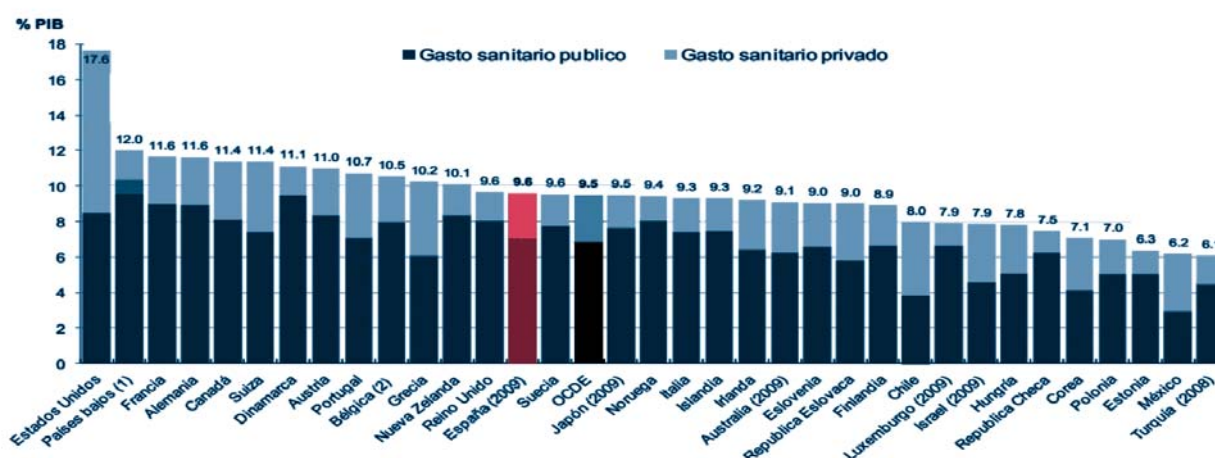
Evolución del Gasto en Salud en España como % del PIB



Fuente: Eco-Salud OCDE 2012

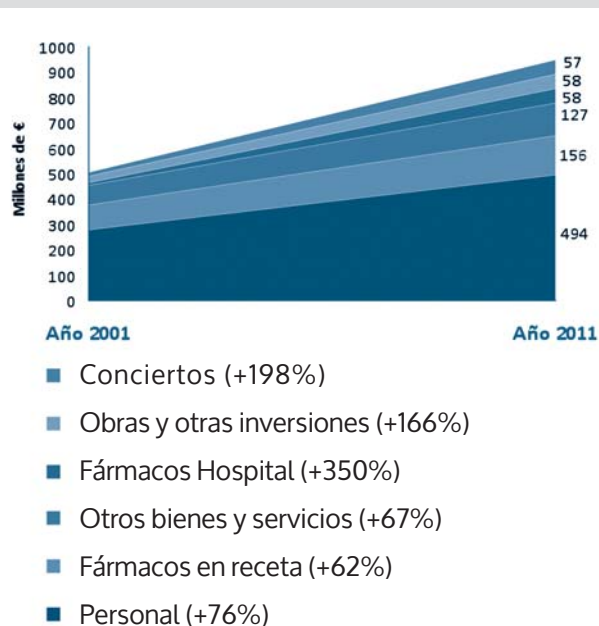
Entre 1999 y 2009 el gasto sanitario público real por persona creció en España algo más de un 49%, cuatro veces más deprisa que el PIB. El número de personas empleadas en los hospitales públicos aumentó un 20%, el gasto público por persona en recetas médicas del SNS se ha incrementado en un 25%, y en los dos últimos años los ingresos públicos han decrecido el 4% y el 8,04% respectivamente.

Gasto sanitario como porcentaje del PIB, países de la OCDE 2010



OECD Briefing Note Spain2012.pdf

Evolución del Gasto del Dpto. de Salud de Navarra 2001-2011, por capítulos



Fuente: SNS-O / Cámara de Comptos

El gasto sanitario en España aumentó, en términos reales, un 5,6% en promedio anual entre 2000 y 2009, más rápido que el promedio de la OCDE de 4,7.

Si hacemos referencia a la Comunidad Foral de Navarra observamos que el gasto sanitario por persona es de 1.634

euros, un 70% superior al del año 2001, y el gasto público por persona en recetas se ha incrementado en un 62%. Entre 2001 y 2011 el gasto sanitario público por persona ha crecido un 86% (frente al 68% de incremento que ha experimentado el total de los gastos del Gobierno de Navarra).

En este período los conceptos de gasto que más han crecido han sido el personal, el 76%, las recetas, el 62%, y otros bienes y servicios, el 67%. Los incrementos porcentualmente más significativos se observan en conciertos, fármacos hospitalarios e inversiones que duplican o incluso triplican el gasto inicial del periodo.

Por ejemplo, el gasto en prótesis durante 2011 en los hospitales del SNS-O ascendió a 70,58 millones de euros, el 26,63% del Capítulo II; y el gasto en material sanitario fue de 39,15 millones, el 14,77% del capítulo.

En esta década el personal del Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea ha crecido un 23%, pasando de 8.257 a 10.160 efectivos equivalentes a jornada completa. El mayor crecimiento se corresponde con el personal facultativo que ha experimentado un alza del 39%.

Evolución de la actividad en la década 2001 -2011

Fuente: SNS-O

	2001	2011	2011/2001
Total consultas de at. primaria	4.281.604	5.125.234	19,7%
Total consultas especializadas	870.818	1.000.522	14,9%
Intervenciones quirúrgicas	42.503	44.430	4,5%
Ingresos hospitalarios	53.098	58.425	10,0%
Estancias hospitalarias	383.839	347.210	-9,5%
Urgencias extra hospitalarias	276.518	476.861	72,5%
Urgencias hospitalarias	239.195	244.322	2,1%

Con respecto a la evolución de la actividad en esta década se han producido crecimientos muy significativos en urgencias extrahospitalarias (+72%) derivados de la potenciación de esta modalidad impulsada por el Servicio Navarro de Salud y que está dando sus frutos en la contención de las urgencias hospitalarias. Pero además, la actividad de Atención Primaria también ha experimentado un fuerte crecimiento cercano al 20 % y la consulta Especializada en un 15%.

Todos estos resultados nos muestran un sistema eficiente en términos macroeconómicos, pero que sin embargo, cada día requiere de más fondos públicos para su sostenimiento. Esta aparente contradicción se explica, por una parte, por la gran velocidad y magnitud del incremento del gasto sanitario público observado en los últimos años; y por otra por los problemas presupuestarios coyunturales derivados de una merma muy significativa de los ingresos públicos, que ha llevado a que la deuda sanitaria del país haya adquirido niveles preocupantes en los últimos años, sobre todo en algunas Comunidades Autónomas.

¿Y cuáles son los principales determinantes del incremento del gasto sanitario?

Podemos identificar los siguientes:

- > La introducción progresiva de nuevas técnicas y tecnologías sanitarias y la súper especialización de la profesión.
- > El crecimiento constante del gasto farmacéutico: elevado en términos comparados.
- > El incremento de las patologías relacionadas con el envejecimiento, el aumento de las enfermedades crónicas y la generalización de hábitos no saludables.
- > La mayor utilización de los servicios de salud por parte de la población provocada por una excesiva medicalización y un aumento del consumismo sanitario.
- > Otras ineficiencias sistémicas en el modelo de atención sanitaria que inducen gastos adicionales o que impiden lograr mejores resultados con los medios asignados.

De entre todos éstos factores los que más importancia tienen son el desarrollo tecnológico y farmacéutico; el envejecimiento y las patologías crónicas; y la medicalización de la sociedad.

Desarrollo tecnológico y farmacéutico

En la actualidad, la principal causa del incremento del gasto sanitario es el constante desarrollo de nuevas técnicas, fármacos y tecnologías, que llegan a suponer el 50% del incremento. Pero los avances logrados, aun siendo espectaculares, serán mínimos en comparación con los que nos aguardan en un futuro inmediato. La nanotecnología aplicada a la medicina, los marcadores tumorales, la neurofarmacología, las células madre, los avances en el campo genético, etc, nos abocan a una nueva era de la medicina. Con la denominada medicina personalizada, los tratamientos se adaptarán a las características genéticas de cada paciente en particular.

Pero el desarrollismo ilimitado choca con las restricciones que impone la naturaleza y se enfrenta con la inexorable “Ley de rendimientos decrecientes” por la que cada día es mayor la desproporción existente entre los resultados obtenidos y los recursos invertidos. Únicamente las auténticas revoluciones tecnológicas logran superar esta barrera al desplazar la curva a un estadio superior.

Envejecimiento y patologías crónicas

Según las predicciones España, que ya en la actualidad cuenta con una de las esperanzas de vida más altas de Europa, se colocará en las tasas más altas en cuanto a porcentaje de mayores de 65 años y de 80 años. Se calcula que la ratio entre personas mayores de 65 años y personas entre 15 y 64 años pasará de un 24,5% en 2000 a un 54,3% en 2040.

Para el año 2013 el crecimiento del gasto sanitario español atribuible al envejecimiento oscilará entre el 9,42% y el 10,84%, en el caso de un escenario económico moderadamente expansivo.

Y el mayor gasto sanitario relativo de los mayores está relacionado, no tanto con la edad propiamente dicha, como con la mayor frecuencia de patologías crónicas y la cercanía de la muerte.

Es por tanto el incremento incesante de las patologías crónicas el que verdaderamente preocupa a los expertos sanitarios, ya que un 45% de la población declara padecer algún problema crónico y para su atención se requiere más del 70% del gasto sanitario y más del 6% del PIB del país.

Hoy también sabemos que dos de cada tres enfermedades crónicas están relacionadas con la generalización de hábitos no saludables: tabaco, sedentarismo y alimentación inadecuada. Y es precisamente en este campo donde se pone en evidencia la necesidad de estrategias de intervención interdisciplinar porque los hábitos sociales están íntimamente vinculados a los “estilos de vida” y éstos, a su vez, están condicionados por el diseño de nuestro entorno y de los modelos y valores dominantes.

Medicalización de la sociedad

Los indudables logros alcanzados por la medicina en las últimas décadas han depositado en ella expectativas tan elevadas que el sistema corre el riesgo de “morir de éxito”, porque la realidad es que tenemos una sociedad excesivamente medicalizada:

> La atención sanitaria se está transformado progresivamente en un bien de consumo y comparte los problemas generados por el consumismo característico del modelo de sociedad actual.

- > Las sucesivas generaciones son cada día más dependientes del sistema sanitario y están menos capacitadas para valorar y afrontar con criterio sus síntomas y malestares.
- > Malestares y síntomas aislados o problemas emocionales adaptativos son tratados como enfermedades.
- > Muchos riesgos menores de salud se transforman indebidamente en enfermedades que atemorizan de manera desproporcionada al paciente y le vinculan de por vida al sistema sanitario y a uno o varios fármacos.
- > Diversos problemas sociales recaen inapropiadamente sobre el sistema sanitario y son “anestesiados”, lo que con frecuencia dificulta que se afronten de la manera adecuada.
- > La búsqueda de la eterna juventud y la dependencia de la “imagen” transforma problemas estéticos en enfermedades.

La medicalización social no sólo trae como consecuencia un notable incremento de los gastos sanitarios sino que es perniciosa para la salud desde una doble vertiente: promueve una concepción reactiva e inadecuada del binomio salud-enfermedad; y produce un incremento notable de la iatrogenia, efectos secundarios y complicaciones derivadas del excesivo intervencionismo médico.



Misión

Visión, Valores y Principios

IV

Misión

La Misión del sistema sanitario público es prestar atención sanitaria a los ciudadanos de Navarra y contribuir a mejorar su nivel de salud.

Visión

Aspiramos a lograr un sistema sanitario centrado en el paciente, sostenible, resolutivo, innovador, y abierto a la sociedad a la que da servicio.

- > Que desarrolle un modelo de atención orientado al ciudadano, respete plenamente su autonomía y amplíe sus posibilidades de elección informada.
- > Que optimice sus procesos, procedimientos y circuitos.
- > Que preste una atención de calidad, integral e integrada.
- > Que esté abierto a cuantas innovaciones tecnológicas y cambios organizativos aporten valor añadido a los pacientes y demuestren su eficiencia social.
- > Que promueva la responsabilidad personal y la autonomía organizativa y exija y reconozca resultados coherentes con los medios asignados
- > Que promueva la implicación activa de los profesionales en la mejora continua de la calidad total y se ocupe de incrementar su satisfacción.
- > Que rinda cuentas públicas de sus resultados y rentabilice al máximo los recursos públicos asignados.

Valores

Los valores que aspiramos a promover y compartir en el seno de la organización son los siguientes:

- > Orientación al paciente y compromiso con su autonomía.
- > Compromiso ético y social.
- > Corresponsabilidad en el cuidado de la salud.
- > Compromiso con la sostenibilidad del Sistema.
- > Concepción integral de calidad (Calidad técnica + calidad percibida + eficiencia social).
- > Orientación a resultados. Práctica clínica basada en datos.
- > Compromiso e implicación profesional en la mejora continua.
- > Compromiso de desarrollo profesional.

Principios: calidad integral y orientación a resultados

- > Calidad Integral = Calidad técnica + Calidad Percibida + Eficiencia.
- > Organización orientada a las necesidades de los pacientes y a mejorar los resultados.
- > Resultados analizados desde la óptica de la calidad total, tomando en cuenta la visión de todos los agentes intervinientes: ciudadanos, pacientes, profesionales, administración, etc.
- > Cuando la práctica clínica se basa en la evidencia de obtener resultados, calidad y eficiencia van unidas.

	MODELO TRADICIONAL	NUEVOS MODELOS
VALORES Y CREENCIAS	Calidad técnica	Calidad integral
	Orientación a la tarea	Orientación al cliente
PROCESO	Fragmentado	Integral
PERFILES PROFESIONALES	Especialización de tareas	Multidisciplinar
	Muchas personas distintas en cada proceso	Pocos empleados en cada proceso
	Tareas simples para gente sencilla	Tareas complejas para gente capacitada
	Profesionales controlados	Profesionales facultados
	Profesionales entrenados	Profesionales formados
	Promoción por rendimiento	Promoción por aptitudes
ESTRUCTURAS	Servicios - Estamentos	Equipos de proceso
COORDINACION	Estructura piramidal	Estructura horizontal
EVALUACIÓN	Centrada en la productividad	Centrada en los resultados
INCENTIVOS	Por productividad	Por resultados





La sostenibilidad

como estrategia

La reflexión estratégica en la que hemos trabajado estos meses con un importante número de profesionales de distintos ámbitos, ha concluido con la firme convicción de que la estrategia por excelencia que debe acometer la sanidad Navarra es la de garantizar su sostenibilidad. Apreciamos nuestro sistema sanitario y lo consideramos una indudable conquista social, tenemos por tanto el deber ético de preservarlo para las generaciones futuras.

Y salvaguardar su calidad y evitar que se socaven los importantes principios y valores que vienen caracterizando a nuestro sistema sanitario público exige, a nuestro entender, proceder a una revisión del modelo de atención que venimos prestando.

En este sentido, debemos insistir una vez más en que el debate sobre la sostenibilidad sanitaria no puede ni debe centrarse únicamente en los aspectos financieros sino que pasa por proceder a una revisión radical del modelo de atención que venimos prestando, en el sentido de intervenir sobre la raíz de los comportamientos y actitudes generadores de demanda y de un uso poco racional de los recursos públicos. Porque en la actualidad, aunque se declara que la misión del sistema es garantizar la “prevención, curación y rehabilitación” de la enfermedad, la realidad es que el sistema continúa siendo predominantemente asistencialista. Aunque se acepta la definición de Salud promulgada por la OMS como el “estado de bienestar físico, mental y social” la realidad es que el sistema continúa centrado en la salud física. Y la realidad nos dice también que se minusvalora la importancia de lo proactivo, intersectorial y comunitario, y se olvida que el nivel de salud de una comunidad no depende únicamente de la asistencia sanitaria que recibe.

La sostenibilidad del Sistema Sanitario depende del propio modelo de atención que se oferta y los expertos coinciden en la necesidad de superar el modelo paternalista de atención predominante que ha generado un elevado nivel de medicalización y consumismo sanitario y que ha hecho a los ciudadanos excesivamente dependientes del propio sistema de salud.

El nuevo modelo asistencial exige también que los profesionales asuman la necesidad de proporcionar un modelo de intervención integral y multidisciplinar que preste más atención a los cuidados y realice un esfuerzo mucho mayor en informar y capacitar al paciente en su propio autocuidado.

La demostrada eficacia de intervenciones comunitarias en campos tan distintos como la prevención de accidentes de tráfico o de reducción del tabaquismo son un buen ejemplo de intervenciones sostenibles. Su eficiencia es incomparable a cualquier otro tipo de intervención individualizada y asistencialista. Pero sin embargo, el porcentaje del presupuesto sanitario que se destina a las políticas comunitarias de salud apenas alcanza el 1%.

El nuevo modelo de atención

VI

VI.1. Líneas estratégicas

La elección de las líneas estratégicas que debe cumplir un modelo de atención sostenible resulta esencial porque determina la concepción estratégica y la visión del sistema sanitario al que aspiramos. La mejor manera de lograr un impacto efectivo sobre el modelo de atención es establecer como líneas estratégicas los propios atributos que a nuestro entender definen el Nuevo Modelo de Atención.

Pese a su aparente simplicidad, el proceso de determinación de dichos atributos o líneas de actuación ha sido laborioso y ha implicado, además de una profunda reflexión, un acercamiento de los distintos lenguajes y visiones de los distintos agentes intervinientes en el proceso asistencial: pacientes, sanitarios, planificadores sanitarios, técnicos de salud pública, gestores y responsables políticos.

A nuestro entender los atributos que debe cumplir el nuevo Modelo de Atención son los siguientes:



1. Orientado a la necesidad

Frente a un sistema en el que el paciente demanda lo que ha aprendido a demandar, y que no siempre se corresponde con su necesidad real, centrado en exceso en la figura del médico y diseñado para procesos agudos; el nuevo modelo favorece nuevas competencias y capacidades orientadas a la necesidad del paciente mediante un trabajo multidisciplinar y personalizado y diferenciado entre agudos y crónicos.

ORIENTADO A LA NECESIDAD	
NUEVO MODELO	MODELO TRADICIONAL
Basado en necesidades del paciente	Basado en las demandas del paciente
Nuevas competencias y capacidades orientadas a la necesidad del paciente	Basado en capacidades tradicionales del personal
Modelos diferenciados de agudos y crónicos	Diseñado para procesos agudos
Segmentación y priorización clínica	Modelo uniformizado
Modelo personalizado	
Tipo e intensidad de cuidados adecuada a la necesidad	

Ante cualquier tipo de demanda el modelo tradicional oferta siempre una misma respuesta: la consulta médica de diagnóstico clínico y un tratamiento generalmente farmacológico. Este modo de actuar no sólo es poco eficiente sino que no da la respuesta adecuada a las necesidades del paciente. Una concepción excesivamente biomédica de la atención es, además, fuertemente medicalizadora e inductora de nuevas demandas.

Se minusvalora la importancia de los cuidados y se desaprovechan las capacidades profesionales del resto de miembros del equipo a los cuales se relega a meras funciones auxiliares, limitándoles en gran medida sus posibilidades de toma de decisiones incluso en los procesos más banales.

2. Ágil y Accesible

Frente a las dificultades de accesibilidad y a un modelo excesivamente centrado en la consulta presencial, queremos garantizar una atención accesible y oportuna en el tiempo, mejorando los sistemas para conseguir cita, mejorando la disponibilidad horaria, diversificando las modalidades asistenciales y rediseñando los circuitos y servicios asistenciales para centrarlos en el paciente.

ÁGIL Y ACCESIBLE	
NUEVO MODELO	MODELO TRADICIONAL
Atención oportuna. Cita día en primaria y esperas razonables en especializada	Dificultades de accesibilidad
Resolutivo en el nivel idóneo	
Organización de circuitos y procesos orientada al paciente	El paciente se adapta a la organización
Mejora de la accesibilidad horaria	Accesibilidad horaria muy limitada
Más servicios No presenciales y domiciliarios	Centrado en la consulta Presencial

No debe ser el paciente el que se adapte a la organización sino la organización la que se adapte al paciente proporcionándole la atención oportuna, aquella que necesita en cada momento y por el profesional adecuado.

En este sentido, el Barómetro Sanitario nos aporta algún dato de interés, ya que demuestra que en Navarra el 75% de los pacientes que acudieron a Urgencias Hospitalarias por propia iniciativa manifestaron que lo hicieron por dificultades de accesibilidad horaria.

Vivimos en un entorno en cambio permanente y en una sociedad altamente competitiva. El ciudadano actual está mucho más formado e informado que en el pasado y sus expectativas y nivel de exigencia son muy elevados, tanto en niveles de calidad como en accesibilidad y agilidad.

3. Calidad Técnica

Frente a un modelo que, aunque ofrece un buen nivel de calidad general, adolece todavía de un nivel elevado de variabilidad en la práctica clínica, precisamos desarrollar un modelo que garantice mayor homogeneidad en la calidad técnica y en la seguridad del paciente.

CALIDAD TÉCNICA	
NUEVO MODELO	MODELO TRADICIONAL
Práctica clínica basada en la evidencia	Variabilidad de la práctica clínica
Herramientas de ayuda y gestión de conocimiento	
Evaluación de calidad y resultados clínicos	Limitado desarrollo de los sistemas de evaluación de calidad
Diagnóstico clínico y de necesidad de cuidados	Diagnóstico médico
Tratamiento integral	Tratamiento basado en fármacos

Precisamos impulsar una práctica clínica basada en la evidencia, que garantice el mejor diagnóstico clínico y que se complemente con una adecuada valoración de necesidad de cuidados y con un tratamiento integral.

El progresivo y creciente desarrollo del conocimiento médico implica una dificultad para el profesional que se enfrenta a una importante responsabilidad. Es esencial que la Administración asuma un papel más activo en el desarrollo de herramientas de ayuda y gestión del conocimiento y que facilite y complemente la autoformación permanente exigible a todo profesional sanitario.

Afortunadamente el limitado desarrollo de los sistemas de evaluación de calidad está empezando a superarse gracias al imparable avance de la informatización de la historia clínica; pero el campo de desarrollo es todavía enorme, en particular en el ámbito de la atención especializada.

4. Atención Integrada

Frente a un modelo de atención discontinua y fragmentada con problemas de coordinación entre niveles (especialmente entre la Atención Primaria y la Atención Especializada), queremos un modelo de atención continuada y coordinada con integración de procesos.

En la actualidad los pacientes no nos perciben como un equipo de trabajo claramente identificado y que asume la responsabilidad compartida de prestar una atención integral, que actúa con criterios compartidos y que prioriza sus actuaciones en función de los beneficios esperados para el paciente.

Trabajar por procesos integrados, planificar los circuitos asistenciales de forma coordinada a fin de reducir el número de desplazamientos del paciente y compartir la información serán requisitos esenciales para garantizar una atención verdaderamente integral.

INTEGRADO

NUEVO MODELO	MODELO TRADICIONAL
Procesos integrados	Atención fragmentada
Atención continuada	Atención discontinua
Coordinación y continuidad asistencial	Descoordinación entre niveles
Coordinación Socio-sanitaria	Descoordinación socio-sanitaria

5. Corresponsabilidad

Frente a un modelo focalizado a la enfermedad con limitada promoción de la salud y un paciente dependiente y temeroso ante el riesgo de enfermar, pretendemos desarrollar una estrategia de corresponsabilidad en el cuidado de la salud potenciando por un lado los programas de prevención y promoción y mejorando por otro lado la información y capacitación de los pacientes para que sean más proactivos en el autocuidado y mejora de su estado de salud.

La actual medicalización de la vida está llevando a tildar de enfermos a personas que debiéramos considerar sanas a pesar de presentar un riesgo relativo algo mayor que la media; o nos encontramos con que transforma en nuevas enfermedades experiencias vitales o procesos adaptativos normales tales como la menopausia, el envejecimiento, la infelicidad, o desequilibrios afectivos y emocionales (Márquez S, 2003).

Una atención más educativa y menos medicalizadora obtiene al menos los mismos resultados clínicos y no es en absoluto infrecuente que sus resultados globales sean incluso mejores, porque se reducen de manera drástica los efectos secundarios.

Las nuevas epidemias del siglo XXI (enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar crónica, enfermedades mentales) están íntimamente vinculadas a estilos de vida. Los problemas adaptativos, la intolerancia a la incertidumbre y la mala asunción de los síntomas menores que saturan nuestro sistema sanitario tienen en su raíz una inadecuada concepción de la salud. Además de todo ello, la atención a la minusvalía y a la dependencia exige intervenciones multidisciplinarias e interdepartamentales.

CORRESPONSABLE en el cuidado de la salud

NUEVO MODELO	MODELO TRADICIONAL
Promoción de la salud + Atención a la enfermedad	Asistencialista. Excesivamente focalizado a la enfermedad
	Promoción de la salud limitada
Corresponsabilizador	Paternalista
Paciente informado y capacitado	Asimetría de información
Paciente proactivo en la mejora de su nivel de salud. Autocuidado	Paciente temeroso y pasivo ante el riesgo de enfermar.
Paciente más autónomo y participativo	Paciente dependiente

6. Eficiente y sostenible

Frente a la demanda creciente, al consumismo y a la especialización excesiva, queremos desarrollar un sistema eficiente y sostenible que atienda y fomente una demanda razonable, un uso racional de los recursos, y que sea resolutivo en el nivel idóneo.

SOSTENIBLE Y EFICIENTE

NUEVO MODELO	MODELO TRADICIONAL
Demanda razonable	Consumismo y demanda creciente
Profesional idóneo	Especialización excesiva
Desburocratización y optimización de circuitos asistenciales	Elevado porcentaje de actos de escaso valor añadido
Uso racional de pruebas basado en la evidencia	Centrado en pruebas. Medicina defensiva
Uso racional del medicamento	Muy elevada prescripción y consumo de fármacos
Innovación racional y evaluación de tecnologías	Desarrollismo tecnológico
Uso racional de la urgencia hospitalaria	Elevada frecuentación hospitalaria
Alternativas a la hospitalización	
Menor iatrogenia	Iatrogenia elevada

Resulta imprescindible desarrollar campañas de capacitación de los ciudadanos para que hagan un uso más racional de los servicios sanitarios, en especial de los fármacos y de la urgencia hospitalaria.

Para un adecuado y sostenible desarrollo del sistema sanitario resulta tan importante apoyar la incorporación de nuevas tecnologías de valor añadido como frenar la expansión incontrolada de nuevas tecnologías de dudosa utilidad. Para ello es necesario evaluar las nuevas tecnologías que se incorporan a la cartera de servicios del sistema sanitario y orientar la innovación al desarrollo de tecnologías y servicios coherentes con las estrategias de salud.

7. Compromiso profesional

No será posible modificar el modelo de atención sin lograr promover un alto grado de compromiso e implicación profesional. Calidad técnica, prescripción racional basada en la evidencia, mejora continua e integración de los procesos asistenciales, agilidad, optimización de los circuitos asistenciales, priorización clínica, información y capacitación del paciente son todas ellas tareas sanitarias que únicamente pueden mejorarse desde la práctica clínica directa.

COMPROMISO PROFESIONAL

NUEVO MODELO	MODELO TRADICIONAL
Gestión Clínica. Estructura más horizontal	Jerarquización tradicional de tipo piramidal
Dirección por objetivos centrada en resultados y orientados a la calidad integral	Dirección centrada en actividad
Profesionales facultados y motivados	Profesionales controlados
Implicación activa en la evaluación y mejora de resultados	Control externo centrado en la productividad
Profesionales conscientes de su gran influencia educativa y promotores de la corresponsabilidad	Limitada conciencia del efecto inductor de la demanda de determinadas prácticas clínicas
Profesionales comprometidos con la sostenibilidad del sistema	Limitada conciencia del impacto económico de las decisiones clínicas
Dinámica de grupos de mejora continua de procesos y procedimientos	Limitada participación de los profesionales en la organización
Sistemas de participación y comunicación	Inadecuada comunicación interna
Política de RRHH motivadora	Política de RRHH funcionarizante

Necesitamos por tanto que el nuevo modelo de atención sea liderado por profesionales comprometidos, responsables, conscientes del difícil en el momento en el que nos encontramos, y también conscientes de la importancia que las decisiones que ahora adoptemos tendrán para el futuro a medio plazo de nuestro sistema sanitario. Confiamos en que ello será posible si promovemos la modernización de la política de RRHH y desarrollamos un nuevo modelo de relación entre clínicos y gestores.

Precisamos un modelo de dirección más facilitadora y un sistema de dirección por objetivos que se centre en los resultados y otorgue más autonomía a los clínicos en la gestión del día a día. La base del acuerdo estará en el desarrollo consensuado de sistemas de evaluación de resultados medidos en términos de calidad integral que tomen en consideración todas las visiones y ponderen de forma equilibrada todos los atributos de una calidad integral.



VI.2. Líneas instrumentales

Para garantizar el logro de las citadas líneas estratégicas se ha considerado necesario desplegar un conjunto de herramientas y sistemas de carácter instrumental que tienen sin duda el carácter de requisitos estratégicos o condiciones “sine qua non”. Por ello, además de las siete líneas estratégicas hemos creído oportuno establecer cuatro líneas estratégicas instrumentales, que son: la ordenación de los recursos, el desarrollo profesional, las tecnologías y sistemas de información y la investigación y la innovación.

A. Ordenación de los recursos

En una estrategia de sostenibilidad y eficiencia no podía faltar una referencia a la imperiosa necesidad de ordenar los recursos disponibles, especialmente cuando nos encontramos en una fase crucial de la unificación hospitalaria o cuando constatamos las nuevas posibilidades que las tecnologías han abierto para el desarrollo de nuevas formas de organización de los servicios que aúnan calidad técnica y eficiencia sin merma alguna de la accesibilidad para el usuario. La eficiencia en nuestro sector exige la máxima optimización en la asignación inicial y en la reordenación periódica de los recursos y la optimización es un requisito esencial, sin el cual no podremos garantizar la sostenibilidad.

No conviene olvidar sin embargo que eficiente no es sinónimo de barato. La eficiencia requiere un denominador pero también un numerador. Somos eficientes cuando utilizamos menos recursos para lograr un mismo objetivo, pero también cuando logramos más objetivos con los mismos recursos.

B. Desarrollo profesional

Resulta esencial determinar el carácter estratégico de esta materia en el ámbito de la salud, en el que la

evolución del conocimiento es tan “explosiva” que sin un potente desarrollo de sistemas, estrategias y herramientas de gestión del conocimiento, no será posible garantizar la actualización exigible de nuestros profesionales. Tal y como ya hemos comentado en la línea estratégica correspondiente a la Calidad Técnica, hoy en día la magnitud y velocidad de desarrollo del conocimiento médico es tal que no podemos limitarnos a depositar tan ingente tarea exclusivamente en la responsabilidad personal del profesional.

Por una parte, debemos recordar que la autoformación permanente a lo largo de toda su vida profesional es responsabilidad personal del propio sanitario con su profesión y con la Sociedad (Personal Knowledge Management), pero por otra parte debemos reconocer que es responsabilidad de la organización sanitaria facilitar herramientas y sistemas de gestión del conocimiento (Knowledge Management).

La formación presencial y de carácter magistral seguirá siendo necesaria pero deberá ser complementada con fórmulas más eficaces e innovadoras, (formación online, redes sociales etc.) que promuevan y refuercen tanto la formación interna como las estrategias de conocimiento compartido (comunidades de práctica profesional).

Para dar paso a una organización más eficiente, innovadora y flexible necesitamos incrementar los niveles de competencia y responsabilidad de todos los estamentos profesionales de modo que sea posible asignarles tareas más completas y más acordes con las necesidades del paciente y también más satisfactorias desde el punto de vista profesional.

Necesitamos por tanto redefinir los perfiles profesionales con unos mapas de competencias y capacidades más acordes con las nuevas necesidades de los pacientes.

C. Sistemas de información

El carácter estratégico de los sistemas de información no debiera precisar justificación alguna. Baste con señalar lo que al respecto recoge la Ponencia Parlamentaria del Plan Estratégico tras escuchar las comparecencias de un gran número de expertos sanitarios: “el desarrollo de los sistemas de información es básico y urgente. Esta necesidad ha sido una de las mayores coincidencias por parte de todos los comparecientes pues resulta fundamental para el trabajo diario de todos ellos y para avanzar tanto en una mejor gestión como en una mejor calidad de atención para los pacientes.”

La trascendencia de los sistemas de información es aún mayor cuando pretendemos desarrollar un nuevo modelo de gestión orientado a los resultados. Afortunadamente el desarrollo de la Historia Clínica Electrónica está abriendo un panorama muy esperanzador en este campo y permitirá acercar los lenguajes de clínicos y gestores al centrar la evaluación en el proceso clínico propiamente dicho.

El uso de la historia clínica electrónica en atención primaria es ya generalizado sin embargo en especializada su utilización es incompleta e irregular, sobre todo en el ámbito ambulatorio. Necesitamos incorporar nuevas funcionalidades de prescripción electrónica y dotarla de herramientas de alto valor añadido tales como sistemas de ayuda a la toma de decisiones clínicas.

D. Investigación e Innovación

Otro tanto podemos afirmar de las oportunidades que se abren en la medicina gracias al desarrollo de la investigación y la innovación en todos los campos. Hasta el momento nuestro sistema sanitario ha potenciado poco la investigación y ha dejado esta responsabilidad casi exclusivamente en manos de determinados

		INSTRUMENTOS ESTRATÉGICOS			
		Ordenación de recursos	Desarrollo profesional	Tecnologías y Sist. Información	Investigación e innovación
LÍNEAS ESTRATÉGICAS	Corresponsabilidad	Sostenibilidad + Resultados en Salud			
	Agilidad y accesibilidad				
	Orientación a la necesidad				
	Eficiencia y sostenibilidad				
	Atención integrada				
	Calidad técnica				
	Compromiso profesional				
		PLAN DE SALUD			

profesionales especialmente motivados por esta faceta de la práctica profesional. Necesitamos promover que la investigación se asiente en el seno de las unidades y servicios clínicos y llegue a constituir una parte más de su trabajo diario.

En las últimas décadas el conocimiento biomédico se ha incrementado de forma espectacular sin embargo su transferencia a la realidad clínica está siendo más lenta y por ello, de acuerdo con las previsiones contenidas en el Plan Estratégico de Investigación, se pretende impulsar la investigación “traslacional” en áreas clave para la mejora de la eficiencia y los resultados en salud del Sistema Sanitario.

VI.3. Objetivos y Mapa Estratégico

Para cada Línea Estratégica se han definido los correspondientes Objetivos Estratégicos que posteriormente se formalizarán a través de los oportunos Proyectos Estratégicos.

En la tabla siguiente se representa el esquema general de objetivos de cada una de las líneas.

Se incluye también un Mapa Estratégico en el cual se representan las interrelaciones de causa efecto existentes entre los distintos objetivos que tendrá un particular interés en el desarrollo posterior del sistema de evaluación ya que permite visualizar las cuatro perspectivas requeridas en un cuadro de mandos integral: aprendizaje e innovación, mejora de los procesos, satisfacción del cliente, y resultados finales.

En nuestro caso la primera de las perspectivas, situada en la base, se corresponde con los Instrumentos Estratégicos centrados, de manera muy señalada, en la gestión del conocimiento y la innovación como elementos imprescindibles para la mejora continua de los procesos.

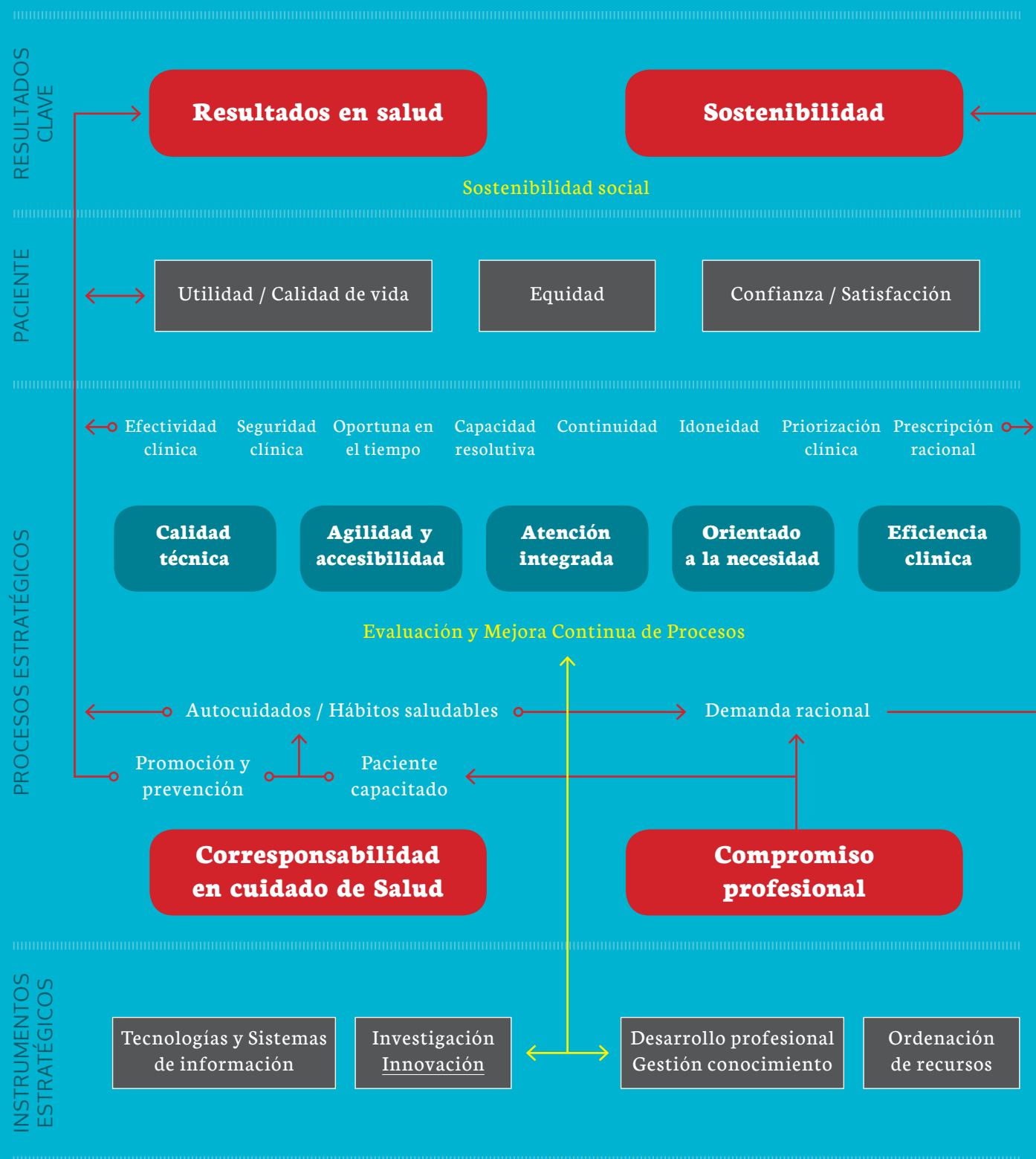
En un segundo plano se representan los que podríamos denominar como Procesos Estratégicos y que como puede verse define la estrategia de intervención orientada al desarrollo del Modelo de Atención.

El tercer “piso” del Mapa estratégico pretende reflejar el impacto esperable en términos de “Resultados en los Pacientes” que no son otros que lograr mejorar la calidad de vida y la satisfacción de los ciudadanos con criterios de equidad. Se garantizaría con ello la adhesión de la población. (Sostenibilidad Social)

Como puede observarse las líneas que vinculan entre sí los objetivos acaban confluyendo en su nivel más elevado en las que, siguiendo la terminología EFQM, hemos llamado Resultados Clave de la organización, que hacen referencia a la Sostenibilidad y a los Resultados en Salud.

		OBJETIVOS ESTRATÉGICOS			
LÍNEAS ESTRATÉGICAS	CORRESPONSABLE en el cuidado de la Salud	I.1. Promover el autocuidado en salud. Pacientes más informados, capacitados y proactivos	I.2. Potenciar la prevención y la intervención intersectorial en salud	I.3. Promover la autonomía y el autovalimiento y prevenir la discapacidad	RESULTADOS EN SALUD
	Agilidad y accesibilidad	II.1. Garantizar una atención oportuna en el tiempo	II.2. Mejorar la accesibilidad horaria y los sistemas de citación	II.3. Rediseñar los circuitos asistenciales centrándolos en el paciente	
	Orientación a la necesidad	III.1. Mejorar la identificación de necesidades y expectativas de ciudadanos y pacientes	III.2. Adecuar los modelos de atención a las necesidades reales del paciente	III.3. Promover la priorización clínica.	
	Eficiencia y sostenibilidad	IV.1. Promover el uso razonable de los servicios públicos y canalizar las demandas al recurso idóneo	IV.2. Promover el uso racional del medicamento	IV.3. Promover el uso racional del material sanitario	
	Atención integrada	V.1. Desarrollar una estrategia integral de atención a las enfermedades crónicas	V.2. Establecer planes operativos de coordinación sociosanitaria	V.3. Impulsar la Gestión por procesos integrados	
	Calidad técnica	VI.1. Impulsar la práctica clínica basada en la evidencia	VI.2. Promover el desarrollo de herramientas de evaluación de la calidad	VI.3. Identificar y promover el abandono de procedimientos y tecnologías de baja utilidad terapéutica	
	Compromiso profesional	VII.1. Promover una gestión clínica orientada a resultados	VII.2. Promover la participación e implicación de los profesionales en la innovación y mejora continua	VII.3. Mejorar la comunicación interna	

Mapa Estratégico



VI.4. Proyectos Estratégicos

Y una vez definido el marco de actuación, quedaba la tarea de identificar, priorizar y definir aquellos proyectos o planes de trabajo necesarios para lograr los distintos objetivos establecidos.

Los proyectos se complementan y potencian entre sí y se configuran en torno al propósito de modificar el Modelo de Atención con el fin último de garantizar la sostenibilidad del sistema y la mejora de sus resultados en salud.

Se han seleccionado un total de 26 Proyectos Estratégicos y 13 Proyectos Instrumentales.

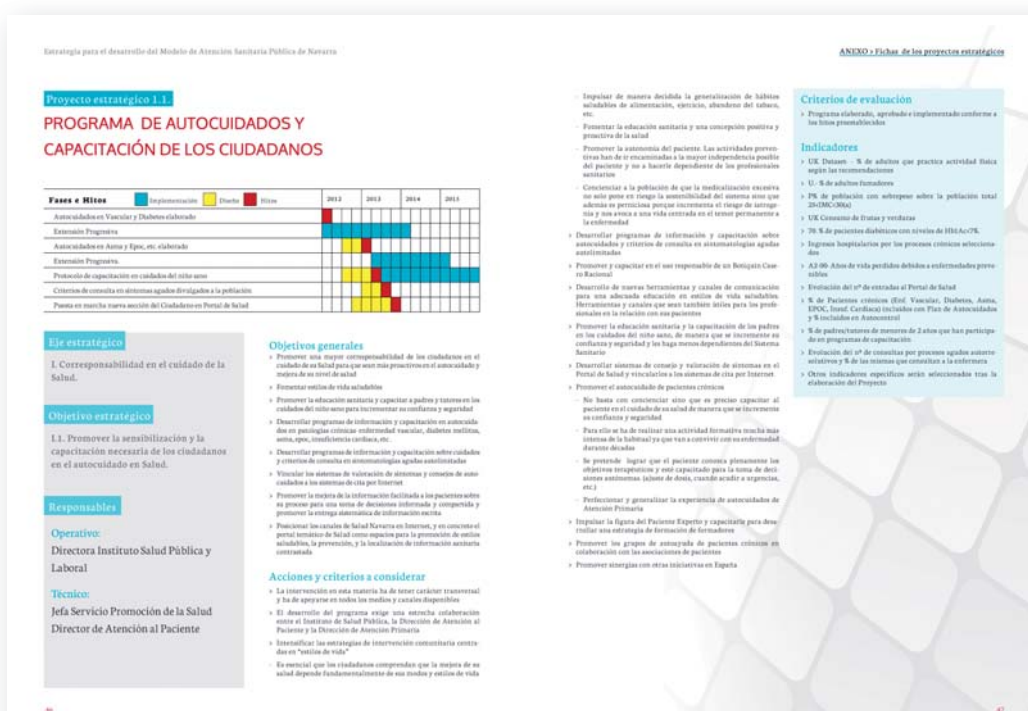
Por razones operativas se ha decidido clasificar cada proyecto en la Línea Estratégica con la que se ha considerado más relacionado, aunque la mayor parte de los proyectos tienen un impacto o se relacionan de algún modo con varias de ellas, tal como se muestra en la tabla denominada “Vinculación de los Proyectos a las Líneas Estratégicas”.

De cada uno de los Proyectos Estratégicos se ha elaborado la correspondiente ficha en la que se reflejan y se concretan los criterios y/o acciones previstas. (Ver página 45)

Para cada Proyecto se ha establecido el correspondiente Cronograma, en el que se señalan sus principales acciones e hitos. El desigual grado de desarrollo actual en que se encuentran los distintos proyectos justifica las diferencias observadas en la precisión de la delimitación de las fases en que se divide cada uno de ellos.

Asimismo, para garantizar un adecuado despliegue, se ha definido un Responsable Operativo y un Responsable Técnico para cada uno de los Proyectos Estratégicos.

Por último se han establecido los Indicadores adecuados para la monitorización y evaluación



PROYECTOS ESTRATÉGICOS					
LÍNEAS ESTRATÉGICAS	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 resolutoria 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	
					RESULTADOS EN SALUD

INSTRUMENTOS ESTRATÉGICOS Y PROYECTOS INSTRUMENTALES						
LÍNEAS INSTRUMENTALES	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	

VINCULACIÓN DE LOS PROYECTOS A LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS

PROYECTOS ESTRATÉGICOS	LÍNEAS ESTRATÉGICAS						
	Corresponsable	Agilidad y accesibilidad	Orientado a la necesidad	Atención integrada	Calidad técnica	Sostenible y eficiente	Compromiso profesional
Autocuidados y capacitación del ciudadano							
Prevención de riesgos en la infancia, adolescencia y juventud							
Nuevo plan de drogodependencias							
Programa de prevención de cáncer colorrectal							
Mejora de la atención continuada y urgente							
Capacidad resolutoria de la atención primaria							
Plan estratégico de salud mental							
Mejora de la accesibilidad en especializada							
Potenciación de la CMA, hospitalización domiciliaria y hospitales de día							
Gestión y priorización clínica de las listas de espera							
Plan de mejora de atención primaria							
Segmentación y priorización clínica							
Nuevos canales de comunicación							
Estrategia de atención a crónicos							
Plan de coordinación sociosanitaria							
Estrategia integral de atención oncológica							
Estrategia de atención a las demencias							
Plan de evaluación y mejora de la calidad asistencial							
Plan de comunicación del uso racional							
Uso racional del medicamento							
Uso racional de técnicas, prótesis y material sanitario							
Control clínico de la incapacidad temporal							
Dirección por objetivos							
Estrategia integral de gestión del conocimiento							
Plan de formación y desarrollo profesional							

Liderazgo

y participación

VII

El logro de los ambiciosos objetivos contenidos en este Plan depende en buena medida de nuestra capacidad de concitar un consenso profesional y social en torno a los principios y objetivos perseguidos, y que han sido expuestos en este documento.

VII.1. Liderazgo clínico y dirección facilitadora

El sector sanitario gestiona conocimiento y pertenece al subgrupo de empresas inteligentes en las cuales para alcanzar el éxito es imprescindible que todos los agentes intervinientes en el proceso tengan objetivos y estímulos coincidentes.

Para pasar de un sistema centrado en la productividad a otro centrado en los resultados, se necesitan emprendedores capaces de innovar y líderes capaces de “construir” y desarrollar una organización basada en las personas y las relaciones entre ellas. Gestionar no es lo mismo que liderar.

Liderazgo implica visión positiva y capacidad de dotar de significado y conferir sentido a los proyectos para visualizar la relación entre el esfuerzo que se pide y los resultados que se pretenden alcanzar. No se trata de convertir a los clínicos en gestores, sino de acercar los lenguajes y visiones complementarias que tienen los clínicos y gestores, y que deben seguir teniendo.

Precisamos clínicos conscientes de que el margen de mejora está, sobre todo, en la gestión adecuada de los procesos asistenciales y gestores que brinden todo su apoyo a dicho proceso clínico.

Liderazgo clínico

La gestión clínica es la gestión de los procesos clínicos y de todas las actividades y recursos que en ellos se engloban para el logro de resultados medibles en términos de calidad integral, es decir conjugando la calidad técnica, la calidad percibida y la eficiencia.

Un líder clínico es aquel que es capaz innovar, transmitir energía, generar ideas y conocimiento útil y además conferir sentido y concitar las voluntades de los profesionales para “construir” una organización basada en las personas y orientada al logro de resultados.

Necesitamos por tanto identificar, promover y reconocer el liderazgo clínico y necesitamos sobre todo formar (Ver Proyecto 9.1) y dar participación activa a cuantos profesionales reúnan dicho perfil.

Dirección facilitadora

Se precisa un modelo de dirección facilitadora basado en el liderazgo y el servicio y no tanto en la autoridad jerárquica.

Necesitamos impulsar un modelo de dirección que preste el apoyo debido al proceso asistencial y que promueva el desarrollo, la implicación y la satisfacción profesional. Que asuma un liderazgo estratégico y promueva valores compartidos. Que favorezca la responsabilidad personal y garantice la coherencia entre las atribuciones y las responsabilidades asignadas a cada nivel de la organización; que asegure la coherencia entre los objetivos establecidos y los sistemas de evaluación aplicados; que exija y reconozca resultados coherentes con los medios asignados; y que desarrolle instrumentos y herramientas de ayuda a los profesionales para la mejora del proceso de atención.

Pero además, es imprescindible que preste a las unidades clínicas todo el apoyo requerido; que potencie los servicios técnicos para que presten apoyo y asesoramiento permanente a las unidades y áreas clínicas; que reoriente los sistemas de información al apoyo de la gestión clínica; y que promueva el desarrollo profesional de todos los estamentos.

El nuevo punto de encuentro entre clínicos y gestores debiera asentarse sobre los principios y valores de la calidad integral y para ello se han de desarrollar pactos de gestión orientados a resultados, medidos en términos de calidad y coste y no tanto en términos de actividad

VII.2. Participación profesional

Como es obvio, para el éxito del proyecto resulta esencial concitar la motivación para el “cambio” en los distintos agentes intervinientes y muy en particular en los profesionales sanitarios.

Pretendemos que este documento sirva de base al diálogo con las distintas organizaciones profesionales cuya participación activa se considera esencial en el desarrollo detallado de cada uno de los proyectos.

Promover una verdadera participación implica reconocer que en el proyecto pueden faltar o sobrar cosas o que puede haber maneras más adecuadas de lograr los objetivos. Y tratando de conjugar eficacia con participación se propone la siguiente estrategia de participación profesional:

> Crear los siguientes órganos de participación profesional para el desarrollo del nuevo Modelo de Atención:

- Junta Técnico Asistencial del Complejo Hospitalario
- Junta Técnico Asistencial de Atención Primaria
- Junta Técnico Asistencial de Salud Mental
- Junta Técnico Asistencial del Hospital Reina Sofía de Tudela
- Junta Técnico Asistencial del Hospital García Orcoyen de Estella

que tendrán el carácter de órganos de participación profesional y asumirán funciones de asesoría e información.

> Crear los comités técnicos necesarios para el asesoramiento y participación profesional en la definición y despliegue de los proyectos con vocación de continuidad y con repercusión significativa en la organización del proceso asistencial.

- > Crear los grupos técnicos de trabajo precisos para el despliegue de proyectos focalizados en un ámbito técnico concreto y con alcance temporal más limitado.
- > Constituir un grupo técnico de trabajo específico que asuma la compleja tarea de seleccionar los indicadores definitivos para la evaluación de resultados del presente plan.
- > Crear un espacio específico en la intranet dedicado al Nuevo Modelo que posibilite la participación en el diseño de los distintos “Proyectos Estratégicos” de todos los profesionales interesados.
- > Organizar foros de debate con participación de profesionales de distintos estamentos, para divulgar los objetivos y principios en que se inspiran los distintos proyectos.

VII.3. Participación social

Varios de los objetivos que se pretenden lograr implican un significativo cambio en el modo en que los ciudadanos se relacionan con el Sistema Sanitario, por ello es esencial transmitir adecuadamente que los objetivos finales del nuevo modelo de autocuidados no se centran en el ahorro económico sino en la mejora de los resultados globales del proceso tanto en términos de eficiencia como de satisfacción del paciente

Ello nos obliga a diseñar una estrategia de comunicación e implicación de la ciudadanía que contemple la creación de un Comité de Participación Ciudadana para el desarrollo del nuevo Modelo de Atención, cuyos miembros estén designados por las asociaciones de pacientes más directamente implicadas en el ámbito de que se trate.

El éxito de la experiencia depende en buena medida de la colaboración de las asociaciones de pacientes, en especial de las de enfermos crónicos, diabéticos, etc., que cada día comparten más estos principios y valores.

Seguimiento y evaluación

VIII

El adecuado seguimiento y control del plan previsto y la evaluación apropiada de sus resultados constituyen elementos críticos para el logro de los objetivos perseguidos.

Los instrumentos de control que se deben implementar serán por tanto de dos tipos:

- > Sistemas de control del adecuado despliegue y puesta en funcionamiento del Plan.
- > Sistemas de evaluación de sus resultados.

VIII.1. Seguimiento y control

Por lo general los sistemas de control del despliegue de los planes estratégicos suelen ser percibidos como burocráticos y basados en la desconfianza. Sin embargo, si son adecuadamente interiorizados y simplificados pueden convertirse en el mejor aliado del gestor al obligarle a reservar el tiempo necesario para lo que él mismo ha definido previamente como estratégico.

En efecto, para quienes tienen la responsabilidad de gestionar el día a día en una organización tan compleja como la sanitaria, sometida a la constante presión de la demanda, los instrumentos de planificación y control estratégico son los únicos que les ayudan a evitar que lo urgente acabe siempre prevaleciendo sobre lo verdaderamente importante.

Para el seguimiento del cronograma se habilitará en la Intranet un panel de control informatizado conforme con el modelo que se muestra en la siguiente página. El responsable técnico de cada proyecto se responsabilizará de mantener permanentemente actualizado el estado de evolución del Proyecto en el panel de control y anotará en el mismo el cambio de estado siempre que se produzcan o se alcancen hitos o logros significativos; y en todo caso al menos una vez al mes.

VIII.2. Evaluación de resultados

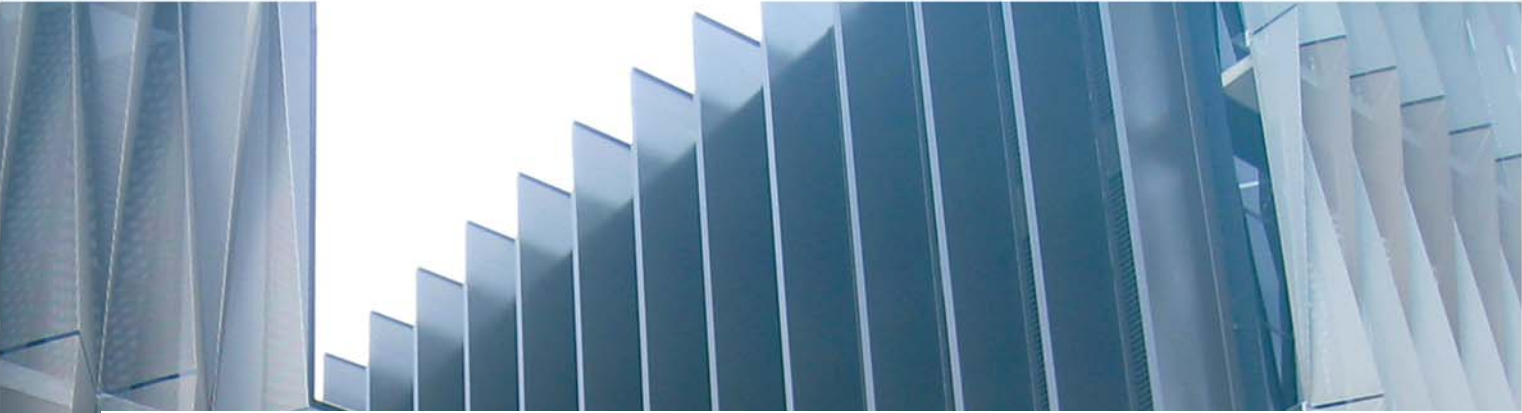
Por lo general para evaluar los resultados logrados por las intervenciones sanitarias se precisan períodos más dilatados en el tiempo que los previstos en el presente Plan, ello no obstante resulta esencial proceder de inmediato a un registro sistemático de aquellos datos que nos permitan la construcción de indicadores e iniciar el análisis de tendencias mediante series temporales. Como ya se ha indicado en la Ficha correspondiente de cada Proyecto figuran los indicadores seleccionados.

El objetivo del Departamento de Salud es proceder a la construcción de un Panel de Indicadores Estratégicos siguiendo el modelo del Cuadro de Mandos Integral, lo que nos permitirá visualizar cuatro perspectivas esenciales del sistema sanitario: aprendizaje e innovación, mejora de los procesos, satisfacción del cliente, y resultados finales.

Mediante dicha metodología no solo podremos visualizar los indicadores, aisladamente considerados, sino que los podremos vincularlos entre sí para acabar confluyendo en los Resultados Clave de la organización; la Sostenibilidad y a los Resultados en Salud ([ver Mapa Estratégico página 35](#)).

MODELO DE PANEL DE CONTROL

Corresponsabilidad	2012	2013	2014	2015	Estado actual	% Cobertura	Observaciones
I.1.- Programa de autocuidados y capacitación							
Autocuidados en vascular y diabetes elaborado					SI		
Extensión progresiva. 100% de centros de salud con programa					Demorado	25%	La demora se solventará este mes
Autocuidados en asma y epoc, etc. elaborado					SI		
Extensión progresiva. 100% de centros de salud con programa					NO		En espera de adquisición de espirómetros
Protocolo de capacitación en cuidados del niño sano elaborado					NO		Se propone posponer este objetivo a la puesta en marcha del Plan del Niño Sano
Criterios de consulta en síntomas agudos divulgados a la población					SI		
Puesta en marcha nueva sección del ciudadano en portal de salud					-		
I.2.- Programa prevención riesgos infancia, adolescencia							
Estrategia frente a la obesidad infantil puesta en marcha					SI		
Programa de control del niño sano actualizado					SI		
Programas preventivos prenatales y perinatales revisados.					-		
Programa de riesgos en adolescencia y juventud.					NO		Indefinición de objetivos
Plan operativo de intervención en la escuela diseñado					SI		



Fichas de los proyectos estratégicos

Anexo I



The lower portion of the image shows a modern building's entrance. It features a series of wide, light-colored wooden steps leading up to a dark, recessed doorway. Above the entrance, there is a large, overhanging section of the building's facade, characterized by a series of vertical, light-colored fins or louvers that create a rhythmic pattern. The overall architectural style is contemporary and minimalist.

Proyecto estratégico 1.1.

PROGRAMA DE AUTOCUIDADOS Y CAPACITACIÓN DE LOS CIUDADANOS

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Autocuidados en vascular y diabetes elaborado							
Extensión progresiva							
Autocuidados en asma y EPOC, etc. elaborado							
Extensión progresiva							
Protocolo de capacitación en cuidados del niño sano							
Criterios de consulta en síntomas agudos divulgados a la población							
Puesta en marcha nueva sección del ciudadano en portal de salud							

Eje estratégico

I. Corresponsabilidad en el cuidado de la salud

Objetivo estratégico

I.1. Promover la sensibilización y la capacitación necesaria de los ciudadanos en el autocuidado en salud

Responsables

Operativo:

Directora Instituto Salud Pública y Laboral

Técnico:

Jefa Servicio Promoción de la Salud
Director de Atención al Paciente

Objetivos generales

- > Promover una mayor corresponsabilidad de los ciudadanos en el cuidado de su Salud para que sean más proactivos en el autocuidado y mejora de su nivel de salud
- > Fomentar estilos de vida saludables
- > Promover la educación sanitaria y capacitar a padres y tutores en los cuidados del niño sano para incrementar su confianza y seguridad
- > Desarrollar programas de información y capacitación en autocuidados en patologías crónicas: enfermedad vascular, diabetes mellitus, asma, EPOC, insuficiencia cardíaca, etc.
- > Desarrollar programas de información y capacitación sobre cuidados y criterios de consulta en sintomatologías agudas autolimitadas
- > Vincular los sistemas de valoración de síntomas y consejos de autocuidados a los sistemas de cita por internet
- > Promover la mejora de la información facilitada a los pacientes sobre su proceso para una toma de decisiones informada y compartida y promover la entrega sistemática de información escrita
- > Posicionar los canales de Salud Navarra en Internet, y en concreto el portal temático de salud como espacios para la promoción de estilos de vida saludables, la prevención, y la localización de información sanitaria contrastada

Acciones y criterios a considerar

- > La intervención en esta materia ha de tener carácter transversal y ha de apoyarse en todos los medios y canales disponibles
- > El desarrollo del programa exige una estrecha colaboración entre el Instituto de Salud Pública, la Dirección de Atención al Paciente y la Dirección de Atención Primaria
- > Intensificar las estrategias de intervención comunitaria centradas en “estilos de vida”
- Es esencial que los ciudadanos comprendan que la mejora de su salud depende fundamentalmente de sus modos y estilos de vida

- Impulsar de manera decidida la generalización de hábitos saludables de alimentación, ejercicio, abandono del tabaco, etc.
- Fomentar la educación sanitaria y una concepción positiva y proactiva de la salud
- Promover la autonomía del paciente. Las actividades preventivas han de ir encaminadas a la mayor independencia posible del paciente y no a hacerle dependiente de los profesionales sanitarios
- Concienciar a la población de que la medicalización excesiva no solo pone en riesgo la sostenibilidad del sistema sino que además es perniciosa porque incrementa el riesgo de iatrogenia y nos aboca a una vida centrada en el temor permanente a la enfermedad
- > Desarrollar programas de información y capacitación sobre autocuidados y criterios de consulta en patologías agudas autolimitadas
- > Promover y capacitar en el uso responsable de un botiquín casero racional
- > Desarrollo de nuevas herramientas y canales de comunicación para una adecuada educación en estilos de vida saludables. Herramientas y canales que sean también útiles para los profesionales en la relación con sus pacientes
- > Promover la educación sanitaria y la capacitación de los padres en los cuidados del niño sano, de manera que se incremente su confianza y seguridad y les haga menos dependientes del Sistema Sanitario
- > Desarrollar sistemas de consejo y valoración de síntomas en el Portal de Salud y vincularlos a los sistemas de cita por Internet
- > Promover el autocuidado de pacientes crónicos
 - No basta con concienciar sino que es preciso capacitar al paciente en el cuidado de su salud de manera que se incremente su confianza y seguridad
 - Para ello se ha de realizar una actividad formativa mucho más intensa de la habitual ya que van a convivir con su enfermedad durante décadas
 - Se pretende lograr que el paciente conozca plenamente los objetivos terapéuticos y esté capacitado para la toma de decisiones autónomas. (ajuste de dosis, cuándo acudir a urgencias, etc.)
 - Perfeccionar y generalizar la experiencia de autocuidados de atención primaria
- > Impulsar la figura del paciente experto y capacitarle para desarrollar una estrategia de formación de formadores
- > Promover los grupos de autoayuda de pacientes crónicos en colaboración con las asociaciones de pacientes
- > Promover sinergias con otras iniciativas en España

Criterios de evaluación

- > Programa elaborado, aprobado e implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > % de adultos que practica actividad física según las recomendaciones
- > % de adultos fumadores
- > % de población con sobrepeso sobre la población total $25 < \text{IMC} < 30$ (a)
- > Consumo de frutas y verduras
- > % de pacientes diabéticos con niveles de Hb1Ac < 7%.
- > Ingresos hospitalarios por los procesos crónicos seleccionados
- > Años de vida perdidos debidos a enfermedades prevenibles
- > Evolución del nº de entradas al Portal de Salud
- > % de Pacientes crónicos (Enf. vascular, diabetes, asma, EPOC, insuf. cardíaca) incluidos con Plan de Autocuidados y % incluidos en Autocontrol
- > % de padres/tutores de menores de 2 años que han participado en programas de capacitación
- > Evolución del nº de consultas por procesos agudos autorresolutivos y % de las mismas que consultan a la enfermera
- > Otros indicadores específicos serán seleccionados tras la elaboración del proyecto

Proyecto estratégico 1.2.

PROMOCIÓN DE SALUD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS EN INFANCIA, ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Estrategia frente a la obesidad infantil. Puesta en marcha							
Programa de control del niño sano. Actualizado							
Programas preventivos prenatales y perinatales revisados							
Programa de riesgos en adolescencia y juventud							
Plan operativo de intervención en la escuela. Diseñado							

Eje estratégico

I. Corresponsabilidad en el cuidado de la salud

Objetivo estratégico

I.2. Potenciar la prevención y la intervención intersectorial en salud

I.3. Promover la autonomía y el autovalimiento y prevenir la discapacidad

Responsables

Operativo:

Directora Instituto Salud Pública y Laboral

Técnico:

Jefe del Servicio de Epidemiología, Prevención y Promoción

Jefe del Servicio de Pediatría del Complejo Hospitalario de Navarra

Jefa del Servicio de Planificación y Gestión Sanitaria

Objetivos generales

- > Revisión sistemática de los programas preventivos prenatales y perinatales
- > Actualizar el programa de control del niño sano priorizando las intervenciones frente al riesgo psicosocial y las actividades de capacitación de las familias
- > Desarrollar una estrategia de intervención activa de promoción de salud y prevención de la obesidad infantil
- > Desarrollar nuevas actividades de promoción de salud y prevención de riesgos en infancia, adolescencia y juventud, sobre alimentación, ejercicio físico, ocio y tiempo libre, consumos, hábitos posturales, higiene, afectividad y sexualidad, seguridad, salud mental y emocional
- > Desarrollar planes operativos de intervención en la escuela, en coordinación con el Departamento de Educación
- > Potenciar proyectos de actuación intersectoriales: Políticas Sociales, Desarrollo Rural, Entidades sociales y municipales...
- > Promover intervenciones comunitarias en el ámbito local, con colaboración intersectorial y de entidades sociales y municipales

Acciones y criterios a considerar

Dentro de este proyecto se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- > Consejo Genético-Diagnóstico Prenatal
 - Implementación efectiva de la actualización del subprograma y evaluación de resultados
- > Metabolopatías Congénitas
 - Ampliación del subprograma Detección de Metabolopatías Congénitas a aquellas metabolopatías que cuentan con evidencia científica respecto al coste-efectividad de su puesta en marcha
- > Asistencia Perinatal
 - Identificación de nuevas áreas de mejora en la Asistencia Perinatal
 - Revisión de los protocolos necesarios
 - Establecer un sistema de registro perinatal para la evaluación continuada

> Atención Temprana

- Mejorar la coordinación entre todos los profesionales implicados
- Elaborar una Guía de Recursos
- Favorecer el apoyo, reconocimiento y participación de la familia cuidadora

> Control del niño sano

- Actualizar el programa de control del niño sano a la luz de las recomendaciones formuladas por asociaciones profesionales y actores institucionales sobre la base de la evidencia científica
- Priorizar las intervenciones frente al riesgo psicosocial de forma conjunta con otros Departamentos y entidades locales
- Priorizar las actividades de capacitación de las familias
- Diversificar la periodicidad de los controles en función del riesgo

> Obesidad infantil

- Puesta en marcha de la estrategia de intervención en obesidad infantil mediante la colaboración entre Atención Primaria y el Instituto de Salud Pública y Laboral

> Adolescencia y juventud

- Actualización de las estrategias de promoción de salud y prevención en infancia, adolescencia y juventud
- Desarrollar planes operativos de intervención en la escuela, en coordinación con el Departamento de Educación
- Prevención selectiva sobre grupos vulnerables: fracaso escolar, familias vulnerables, personas con problemas psicológicos y de comportamiento
- Definir en las Comisiones mixtas Salud/Educación, técnica y autonómica, diversas alternativas de colaboración de profesionales de enfermería de sus Centros de salud de referencia con los Centros escolares
- Desarrollar colaboraciones y alianzas con el nuevo Plan de Juventud y otros agentes de salud
- Prestar apoyo directo y efectivo a la acción social en salud infanto juvenil

Criterios de evaluación

- > Programa elaborado, aprobado e implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores Estratégicos vinculados con este Proyecto

- > Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)
- > Niños de 6 a 17 años que pierden 11 ó más días de colegio debido a enfermedad o lesión
- > Ausencia de casos de sarampión y rubéola confirmados en residentes y cubiertas por PVA
- > % de recién nacidos con APGAR de 3 ó menos en 5 minutos tras el parto
- > Partos vaginales tras cesáreas
- > % de población infantil con obesidad/sobrepeso, de 6 a 14 años, a la que se realiza Intervención Avanzada Individual y Grupal (sobre pobl. Infantil con sobrep./obes.atendida)
- > Tasa de hospitalización por gastroenteritis en niños de 0 a 4 años
- > % de niños que han recibido la vacunación completa (niños nacidos dos años antes del periodo a evaluar)
- > Otros indicadores específicos serán seleccionados tras la elaboración del proyecto

Proyecto estratégico 1.3.

PLAN DE DROGODEPENDENCIAS

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Prevención selectiva y en familias de riesgo. Habilidades sociales							
Programa de formación en prevención para profesionales							
Protocolo de atención a trastornos adictivos y patología dual							
Planificación de la oferta de comunidad terapéutica en Pamplona							
Constitución de la red institucional y social							
Programa de formación para agentes institucionales							
Mejora de los sistemas de información							

Eje estratégico

I. Corresponsabilidad en el cuidado de la salud

Objetivo estratégico

I.1. Promover la sensibilización y la capacitación necesaria de los ciudadanos en el autocuidado en salud

I.2. Potenciar la prevención y la intervención intersectorial en salud

Responsables

Operativo:

Directora Instituto Salud Pública y Laboral

Técnico:

Jefa Sección de Promoción de Salud

Objetivos generales

- > Área de gobernanza: Abordar el fenómeno social relacionado con el uso de drogas de forma planificada, coherente, corresponsable, participativa y con enfoque de género
- > Área de prevención: Disminuir la prevalencia del uso de drogas, retrasar la edad de inicio, reducir los usos problemáticos y disminuir los daños y consecuencias negativas de los usos de drogas en la población Navarra
- > Área de atención: Mejorar la asistencia de las personas con problemas relacionados con conductas adictivas, para lo que la Dirección de salud Mental garantizará que puedan encontrar una respuesta indicada en los recursos de la Comunidad Foral. (Plan estratégico de salud mental de Navarra 2012-2016)
- > Área de formación: Facilitar el acceso a la formación de los diferentes agentes institucionales y sociales para que puedan acometer los objetivos y el desarrollo de las líneas de actuación que se les asignan en el PFD
- > Área de Investigación y desarrollo de Sistemas de información: Promover la información y el desarrollo de los diferentes sistemas de información, en aras a tener un mejor conocimiento de la evolución del fenómeno del consumo de drogas y de las actuaciones que en este ámbito se desarrollan

Acciones y criterios a considerar

Gobernanza: Construir una red institucional y social de relaciones sinérgicas, liderada desde el Departamento de Salud y aprovechando las estructuras organizativas existentes, para potenciar la reflexión conjunta sobre el fenómeno del uso de drogas y otras dependencias

Se incluye la colaboración entre los espacios social, sanitario, educativo y jurídico-penal en aspectos como población infantojuvenil afectada por conductas adictivas, mujeres víctimas de violencia de género, personas en situación de exclusión, inmersas en procesos judiciales, menores con problemas con la justicia...

Prevención: Abordar estrategias ambientales, de prevención universal, selectiva e indicada y de normalización

Se incluye:

1. Incidir sobre las normas sociales formales e informales respecto a los usos de drogas y la responsabilidad individual y pública al respecto
2. Uso del alcohol en menores y adultos
3. Habilidades personales de la población infantojuvenil para la toma de decisiones ante los usos de drogas y otros riesgos, así como potenciar los factores de protección de la familia
4. Atención a personas y familias con mayor vulnerabilidad por riesgos diversos prevención selectiva e indicada
5. Usos problemáticos de drogas en el ámbito laboral
6. Prevención con la población del centro penitenciario de Navarra
7. Potenciar la capacidad de prevención de la atención primaria de salud y de servicios sociales, los programas municipales de drogodependencias y centros educativos

Atención: La red integral, coordinada, normalizada y profesional, con enfoque de género, basada en la evidencia científica, de utilización pública y en las mismas condiciones que el resto de problemas de salud definirá los procesos de tratamiento integrados en la misma

Se incluye:

1. Detección e intervención precoz y continuidad en el proceso terapéutico
2. Elaborar Protocolos y circuitos para la atención a los trastornos adictivos y patología dual
3. Mejorar la oferta de tratamiento residencial hacia un modelo de comunidad terapéutica en Pamplona y comarca
4. Mejorar la atención a personas inmersas en procesos jurídico penales con problemas relacionados con conductas adictivas

Formación: Garantizar una oferta formativa continua y adaptada a las necesidades para desarrollar el Plan en los diferentes ámbitos

Se incluye

1. Formación con grupos diana, formatos, contenidos y metodologías diversas
2. Espacios web (intranet e internet) para la difusión de documentación técnica
3. Inclusión de este tema en la formación de grado de los profesionales implicados

Investigación y desarrollo de sistemas de información: Desarrollar una sistemática de recogida, explotación y valoración de la información sobre la evolución del fenómeno y desarrollo de las diversas líneas de actuación del Plan, siempre que sea posible desagregada por sexos

Se incluye:

1. Adecuaciones y mejoras de los diversos sistemas de información implicados
2. Realizar, colaborar y apoyar el desarrollo de investigaciones diversas
3. Continuar con la serie “Encuesta Navarra de juventud y salud”

Criterios de evaluación

> Plan elaborado y aprobado e implementado

Indicadores

Figuran en el propio Plan, agrupados en 4 áreas:

1. De contexto: vinculados a la evolución del fenómeno
2. Ligados a la evolución del consumo
3. Ligados a las repercusiones en salud (morbimortalidad)
4. Ligados a las Intervenciones sociales y/o sociosanitarias.

Proyecto estratégico 1.4.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN
DE CÁNCER COLO-RECTAL

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Protocolo de identificación de personas con alto riesgo elaborado							
Programa de cribado poblacional de 50 y 69 años definido							
Circuitos y recursos planificados							
Estudio Piloto							
Programa puesto en marcha							

Eje estratégico

I. Corresponsabilidad en el cuidado de la salud

Objetivo estratégico

I.1. Potenciar la prevención y la intervención intersectorial en salud

Responsables

Operativo:

Directora Instituto Salud Pública y Laboral

Técnico:

Jefa Sección de Detección Precoz

Objetivos generales

- > Puesta en marcha de un programa poblacional de cribado de Cáncer Colo-rectal dirigido a todos los hombres y mujeres residentes en Navarra, con edades comprendidas entre 50 y 69 años
- > Identificar a personas con alto riesgo de padecer la enfermedad por presentar factores de riesgo personal y/o familiar, y recomendarles estrategias personalizadas de cribado acorde a su situación y nivel de riesgo

Acciones y criterios a considerar

Siguiendo las recomendaciones establecidas por organismos de carácter nacional e internacional, se ha tomado la decisión de iniciar el proceso para la puesta en marcha de un programa de cribado de cáncer colorrectal en Navarra

Este programa, al igual que el de cribado de cáncer de mama, tendrá carácter poblacional y se desarrollará de acuerdo a las siguientes bases

- > **Población objetivo:** se incluirá a todos los hombres y mujeres residentes en Navarra, con edades comprendidas entre 50 y 69 años
- > **Test de cribado:** la prueba inicial que será ofertada a toda la población que se incluya en programa será la “determinación de sangre oculta en heces”
- La colonoscopia con sedación, será la prueba de confirmación diagnóstica de elección para las personas con resultado positivo en el test de cribado
- > **Intervalo entre exploraciones:** las pruebas se realizarán, con carácter general, cada 2 años

De forma paralela a esta actividad se identificarán aquellas personas con alto riesgo de padecer la enfermedad por presentar factores de riesgo personal y/o familiar, a las que se les aplicará estrategias de cribado de acuerdo a su situación. Anexo. Situación del cáncer en Navarra

Criterios de evaluación

- > Programa elaborado, aprobado e implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > Cobertura del cribado de cáncer colorrectal sobre poblaciones elegibles
- > Tasas de mortalidad específica
- > Años de vida perdidos debidos a enfermedades prevenibles (cáncer de colon)
- > Otros indicadores específicos serán seleccionados tras la elaboración del proyecto

Proyecto estratégico 2.1.

PROGRAMA DE MEJORA DE LA ATENCIÓN CONTINUADA Y URGENTE

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Programa elaborado							
Divulgación							
Aprobación definitiva							
Puesta en marcha							

Eje estratégico

Atención ágil y accesible

Objetivo estratégico

Garantizar una atención oportuna en el tiempo

Responsables

Operativo:

Director de Atención Primaria

Técnico:

Director de Atención Primaria

Objetivos generales

- > Ampliar la oferta horaria y mejorar la calidad de la “atención continuada” con especial atención a la población más frágil: crónicos, ancianos y terminales
- > Atención temprana de la reagudización de patologías crónicas y prevención del ingreso hospitalario
- > Continuar garantizando la calidad de la atención a la “urgencia” extrahospitalaria
- > Mejorar la ordenación y eficiencia organizativa de los recursos destinados a la atención continuada y urgente
- > Disminuir el número de personas que acuden a urgencias hospitalarias con urgencias que no sean de primer o segundo nivel de prioridad

Acciones y criterios a considerar

- > Prestar el modelo de atención adecuado a las distintas tipos de prioridades clínicas y necesidades asistenciales que demandan los pacientes (idoneidad)
- > Ampliar el horario de atención continuada
- > Maximizar la actividad del especialista en atención primaria en dicho horario para procurar la continuidad asistencial personalizada en el horario ordinario, evitando guardias que generan libranza al día siguiente
- > Accesibilidad geográfica en función del número de centros, de su distribución dentro del territorio y de la distancia y el tiempo de desplazamiento de la población de referencia al centro
- > Libertad de acceso a los distintos puntos de atención a la urgencia, sin limitación territorial de ningún tipo. En materia de urgencia, “el paciente va cuando lo necesita a donde estima adecuado”
- > Garantizar la disponibilidad del recurso en función de la población que se adscribe, de la actividad que genera y de la probabilidad de concurrencia, es decir, que ocurran más de dos urgencias simultáneamente

- > Flexibilidad del modelo para dar respuesta a la diversidad de situaciones. Soluciones diferentes para situaciones diversas
- > Proporcionalidad, entendida como adecuación de las condiciones de acceso a la importancia de la prestación
- > Optimizar la localización, dotación y delimitación de cada PAC en función del volumen de población a atender, de su dispersión (isocronas) de los flujos naturales de la población y de la actividad asistencial y concurrencia de la misma. La modalidad de atención será de presencia física o localizada en función de los mismos criterios
- > Potenciar la dotación de los puntos de asistencia bien situados geográficamente de manera que aumenten la atracción en la población
- > Adecuación de la remuneración al tipo de prestación que se realice: guardia de presencia física, guardia localizada o prolongación de atención continuada
- > Toma en consideración de la situación organizativa actual, respeto de los derechos adquiridos y justificación adecuada de las propuestas de cambio

Criterios de evaluación

- > Programa elaborado, aprobado e implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > Pacientes que fueron a urgencias y podrían haber sido tratados en otro dispositivo
- > Tiempo de atención inicial para patologías de especial relevancia (ictus, infarto, traumatismo craneoencefálico)
- > % de Población con atención continuada de 8 a 8 h a cargo de su propio equipo de atención primaria
- > % de Urgencias Hospitalarias de Prioridad 1+2
- > Hospitalización evitable (especialmente insuficiencia cardíaca, diabetes y asma EPOC)
- > Reingreso dentro de los 30 días del alta hospitalaria por una de los 45 condiciones médicas especificadas
- > Nº de desplazamientos evitados a urgencias hospitalarias por disponer de pruebas complementarias en los centros de referencia de urgencias extrahospitalaria
- > Otros indicadores específicos serán seleccionados tras la elaboración del proyecto

Proyecto estratégico 2.2.

AUMENTO DE LA CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Mapa de procesos prioritarios							
Guías y protocolos informatizados							
Catálogo homogéneo de pruebas de acceso directo							
Nuevas pruebas disponibles en los propios EAP							
Puesta en marcha centros periféricos cabecera							
Puesta en marcha del volante electrónico							
Extender la figura del especialista consultor							
Extender la Interconsulta no presencial							
Indicadores de capacidad resolutoria							

Eje estratégico

II. Agilidad y Accesibilidad

Objetivo estratégico

II.2. Garantizar una atención oportuna en el tiempo

II.3. Rediseñar los circuitos asistenciales centrándolos en el paciente

Responsables

Operativo:

Director de Atención Primaria

Técnico:

Jefa del Servicio de Planificación y Gestión Sanitaria

Objetivos generales

- > Concretar los procesos en los que la atención primaria debiera ser plenamente resolutoria y priorizar su gestión por procesos
- > Definir las capacidades y medios necesarios para la mejora de la capacidad de resolución y para una correcta atención de los procesos propios de primaria
- > Poner en marcha la actividad de centros periféricos para garantizar el acceso de los médicos de atención primaria de toda la comunidad a las mismas pruebas
- > Reducir la demanda de primeras consultas y el número de revisiones de atención especializada
- > Desarrollar y extender nuevas modalidades de comunicación, relación rápida entre niveles y de interconsulta no presencial con atención especializada y salud mental
- > Desarrollar un plan específico de formación orientado a la mejora de la resolución
- > Definir indicadores para evaluar la capacidad resolutoria de atención primaria

Acciones y criterios a considerar

Las intervenciones previstas serán las siguientes:

- > Intervención sobre los procesos calificados como prioritarios (de alta importancia y urgencia elevada)
 - En niños: rediseño del programa de salud infantil, asma infantil, procesos respiratorios agudos, retraso del crecimiento, TDAH
 - En adultos: insuficiencia cardiaca, patología del raquis, patología de la rodilla, ansiedad, atención al duelo, trastornos del sueño, atención al pluripatológico, asma del adulto, cuidados

paliativos, valoración y manejo de la próstata, trastornos depresivos menores y mentales menos graves, prevención cáncer colorrectal, asma del adulto, EPOC, deterioro cognitivo y demencia (ver 5.4 estrategia integral de atención a la demencia)

- > Elaboración de las guías de actuación y protocolos informatizados de los procesos priorizados
- > Garantizar un acceso ágil y equitativo a las pruebas complementarias
 - Acceso completo a pruebas diagnósticas de ámbito hospitalario y catálogo homogéneo de pruebas de laboratorio para todos los profesionales de Atención Primaria (ver Proyecto 8.2 Unificación de Laboratorios)
 - Acceso directo conforme a las pautas establecidas a: RMN, TAC, endoscopia, ecografía, radiología convencional
 - Poner en marcha de centros periféricos dotados de radiología, ecografías, analítica en Pamplona (Dr. San Martín), Tudela, Estella/Lizarra, Tafalla, San Adrián, Altsasu/Alsasua, Doneztebe/Santesteban y Sangüesa
 - Incorporar nuevas pruebas complementarias al catálogo de solicitud de pruebas de atención primaria y al catálogo de pruebas a realizar en los propios especialistas de atención primaria: Audiometría, Estudio neurofisiológico en Síndrome del túnel carpiano, Prick en rinoconjuntivitis con sospecha polínica, campimetría en prevención de glaucoma, etc
 - Estudio de la conveniencia de incorporar otras pruebas disponibles en los propios especialistas de atención primaria: ecografía abdominal, test rápido de detección del Estreptococo beta hemolítico del grupo A, etc
 - Organizar la Interconsulta no presencial con radiología
- > Desarrollar nuevas modalidades de comunicación e interconsulta no presencial con atención especializada y salud mental
 - Implantar el volante electrónico
 - Desarrollar la figura del consultor de atención especializada
 - Extender la Interconsulta no presencial como una modalidad de interconsulta con aquellas especialidades que participan en la atención de procesos prioritarios: Neumología, Neurología, Nefrología, Salud Mental, Oncología, Unidad del Raquis/Rehabilitación, Medicina Interna, Geriátrica
 - Definir circuitos de alta resolución para los procesos clave y definir circuitos rápidos de ingreso hospitalario y de gestión de altas al domicilio en procesos clave
 - Desarrollo del programa de cuidados continuados en el centro o domicilio
 - Diseñar otras modalidades de comunicación e interconsulta
- > Pactar criterios para la gestión de altas en consulta ambulatoria especializada de manera que la responsabilidad del seguimiento del paciente vuelva a atención primaria
- > Desarrollar un plan específico de formación
- > Desarrollar modelos de atención continuada o mayor accesibilidad en el área de pediatría
- > Definir indicadores para evaluar la capacidad resolutoria de atención primaria realizando las adaptaciones precisas en los sistemas de información

Criterios de evaluación

- > Programa elaborado, aprobado e implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > Hospitalización evitable (especialmente insuficiencia cardíaca, diabetes y asma)
- > Reingreso dentro de los 30 días del alta hospitalaria por una de los 45 condiciones médicas especificadas
- > Tasa de hospitalización por causas respiratorias
- > Tasa de reingresos en pacientes mayores de 85 años
- > Demanda de primeras consultas de Atención Especializada
- > Demora media de revisiones de especializada
- > Otros indicadores específicos serán seleccionados tras la elaboración del Proyecto

Como resultado del proceso se aspira a lograr entre otras las siguientes metas:

- > Reducir en un 10% de las tasas de hospitalización evitable
- > Reducción en un 5% anual de la demanda de primeras consultas de atención especializada y del 20% en las demoras de revisiones de especializada

Proyecto estratégico 2.3.

MEJORA DE ACCESIBILIDAD EN ASISTENCIA ESPECIALIZADA AMBULATORIA

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Implantación del nuevo horario							
Identificación de áreas de mejora*							
Rediseño de la organización y planificación de Consultas							
Mejora de la gestión de la cita previa							
Nuevos pactos de cooperación entre niveles asistenciales							
Protocolo de atención a los procesos más frecuentes							
Consultas No Presenciales en nuevos procesos y especialidades							
Nuevas modalidades de consulta y circuitos de alta resolución							
Reorganización de las áreas de Medicina Interna y Geriátrica							
Mejoras en los sistemas de información							

* Áreas susceptibles de nuevas modalidades de atención, servicio innecesarios, procesos más frecuentes a protocolizar

Eje estratégico

II. Agilidad y accesibilidad

Objetivo estratégico

II.1. Garantizar una atención oportuna en el tiempo

II.2. Mejorar la accesibilidad horaria y los sistemas de citación

II.3. Rediseñar los circuitos asistenciales centrándolos en el paciente

Responsables

Operativo: Gerente del Gerente del Complejo Hospitalario de Navarra

Técnico: Directora Médica Asistencial del Complejo Hospitalario de Navarra

Objetivos generales

- > Ampliar el horario de la atención especializada
- > Mejora de la organización y planificación de las consultas externas del Complejo Hospitalario de Navarra
- > Mejora de la gestión de la cita previa
- > Implantación de nuevas modalidades de consulta. Circuitos asistenciales de alta resolución y extensión de consultas no presenciales a nuevos procesos y especialidades
- > Protocolización de la atención a los procesos ambulatorios más frecuentes
- > Formalización de pactos de cooperación entre niveles asistenciales
 - Reducción de revisiones innecesarias
 - Reorganización de los servicios de Medicina Interna y Geriátrica

Acciones y criterios a considerar

La intervención en este materia consistirá básicamente en

- > Implantación del nuevo horario de 8 a 17 h
- > Identificación de áreas de mejora: áreas susceptibles de nuevas modalidades de atención, servicio innecesarios, procesos más frecuentes para protocolizar, etc.
- > Rediseño del modelo de organización, planificación y citación de consultas externas del Complejo Hospitalario de Navarra
- > Mejora de la gestión de la cita previa
 - Implantar nuevas utilidades de gestión de peticiones y la gestión de citas para implantar la cita óptima
- > Protocolo de atención a los procesos más frecuentes

- > Reorganización de las áreas de Medicina Interna y Geriátrica
- > Mejoras en los sistemas de información
- > Nuevos pactos de cooperación entre niveles asistenciales que permitan incrementar la capacidad de resolución de la atención primaria (ver proyecto 2.2 Capacidad de resolución en atención primaria)
- > Consultas no presenciales en nuevos procesos y especialidades
 - Extender la Interconsulta no presencial como una modalidad de interconsulta con aquellas especialidades que participan en la atención de procesos priorizados: Neumología, Neurología, Nefrología, Salud Mental, Oncología, Unidad del Raquis/ Rehabilitación, Medicina Interna, Geriátrica
- > Desarrollar nuevas modalidades de comunicación e interconsulta no presencial
 - Implantar el volante electrónico
 - Desarrollar la figura del especialista consultor para atención primaria
 - Definir circuitos de alta resolución para los procesos clave
 - Definir circuitos rápidos de ingreso hospitalario y de gestión de altas al domicilio en procesos clave
 - Desarrollo de la figura del gestor de casos
 - Diseñar otras modalidades de comunicación e interconsulta
- > Pactar con atención primaria criterios para la gestión de altas en consulta ambulatoria especializada de manera que la responsabilidad del seguimiento del paciente vuelva a primaria
- > Como resultado del proceso se aspira a lograr reducir en un 5% anual la demanda de primeras consultas especializadas y reducir el 20% las demoras de revisiones

Criterios de evaluación

- > Programa elaborado, aprobado e implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > Satisfacción general en consultas externas con el servicio recibido
- > N° de primeras consultas de atención especializada solicitadas por atención primaria (evolución)
- > N° de consultas sucesivas indicadas por la propia atención especializada (evolución)
- > N° de especialidades que ofrecen consulta no presencial
- > % de primeras consultas no presenciales
- > N° de especialidades que disponen de la figura del especialista consultor para primaria
- > N° de procesos en alta resolución
- > Evolución del n° de altas de consulta especializada
- > Otros indicadores específicos serán seleccionados tras la elaboración del proyecto

Proyecto estratégico 2.4.

FOMENTO DE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA,
HOSPITALES DE DÍA Y A DOMICILIO

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Nuevos Hospitales de día de Oncología y Hematología en el CHN							
Nuevo Hospital de Día de Oncología en el Hospital de Tudela.							
Ampliación del Hospital de Día de Oncología Pediátrica en el CHN de Pamplona							
Impulso de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en el Hospital de Estella.							
Fomento de la hospitalización de día en especialidades médicas *							
Impulso de la hospitalización a domicilio							

*(endocrinología, pediatría, neurología, reumatología...)

Eje estratégico

II. Agilidad y Accesibilidad

Objetivo estratégico

II.3. Rediseñar los circuitos asistenciales
centrándolos en el paciente

Responsables

Operativo:

Gerente del Complejo Hospitalario de Navarra

Técnico:

Directora Médica Asistencial del Complejo Hospitalario de Navarra

Objetivos generales

- > Ampliación y puesta en marcha de nuevos Hospitales de Día
- > Impulso de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)
- > Fomentar la utilización de la modalidad de hospitalización de día en las especialidades médicas
- > Fomentar el uso de la hospitalización a domicilio

Acciones y criterios a considerar

La intervención en esta materia se ajustará al cronograma previsto que contempla los siguientes hitos

- > Puesta en marcha de nuevos Hospitales de Día de Oncología y Hematología en el CHN Pabellón C.
- > Puesta en marcha del nuevo Hospital de Día de Oncología en el Hospital de Tudela
- > Ampliación del Hospital de Día de Oncología Pediátrica en el CHNA de Pamplona
- > Desarrollo de un nuevo programa de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en el Hospital de Estella
- > Fomentar la utilización de la modalidad de hospitalización de día en las especialidades médicas (Endocrinología, Pediatría, Neurología, Reumatología...)
- > Incrementar de manera progresiva la utilización del Servicio de la hospitalización a domicilio

Criterios de evaluación

- > Programa elaborado, aprobado e implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > Hospitalización evitable (especialmente insuficiencia cardíaca, diabetes y asma)
- > Tasa de hospitalización por 1.000 habitantes
- > Reingreso dentro de los 30 días del alta hospitalaria por una de los 45 condiciones médicas especificadas
- > % de Cirugía Mayor Ambulatoria sobre el Total de Cirugías Programadas
- > Evolución del nº de estancias en Hospital de Día en especialidades médicas
- > Evolución del nº de ingresos en Hospitalización Domiciliaria
- > Otros indicadores específicos serán seleccionados tras la elaboración del Proyecto

Proyecto estratégico 3.1.

PLAN DE MEJORA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Despliegue de la Fase I							
Despliegue de la Fase II							
Aprobación formal de la nueva cartera de servicios de atención primaria *							

*Que visibilice nuevo servicios enfermeros y de trabajador social

Eje estratégico

III. Orientación a la demanda y

II. Agilidad y accesibilidad

Objetivo estratégico

III.1. Mejorar la identificación de necesidades

III.2. Adecuar los modelos de atención a las necesidades reales

III.3. Promover la priorización clínica.

II.1. Garantizar una atención oportuna en el tiempo

II.2. Mejorar la accesibilidad horaria y los sistemas de citación

II.3. Rediseñar los circuitos asistenciales centrándolos en el paciente

Responsables

Operativo:

Director de Atención Primaria

Técnico:

Jefa Servicio Planificación y Gestión Sanitaria

Objetivos generales

- > Desplegar el Plan de Mejora de Calidad de Atención Primaria ya elaborado
- > Clasificación y priorización de la demanda en los Servicios de Admisión de Atención Primaria
- > Garantía de consulta en el día para procesos agudos.
- > Desarrollo progresivo de servicios no presenciales. Reducción de desplazamientos al centro de salud
- > Cartera de servicio enfermeros y de trabajador social visible y diversificada en atención primaria
- > Incorporar a la enfermera de atención primaria en la atención inicial de determinadas demandas
- > Mejora de la accesibilidad horaria y disminución del tiempo de espera en sala, etc.

Acciones y criterios a considerar

- > Desarrollar un modelo de atención centrado en el paciente, que preste especial atención a la accesibilidad y agilidad de la atención y a la información facilitada a los usuarios
 - Mejorar la satisfacción de los ciudadanos con la accesibilidad a los servicios de atención primaria
 - Mejorar la satisfacción de los usuarios con la agilidad en el funcionamiento de los servicios y reducir el número de desplazamientos necesarios a su centro de salud
 - Mejorar la información facilitada a los pacientes
 - Incrementar el tiempo de atención por paciente
 - Evaluar de manera periódica y mejorar la satisfacción global de los pacientes atendidos
- > Desarrollar un modelo de atención idóneo y sostenible, que se adecue a las necesidades reales del paciente y que promueva una mayor responsabilización e implicación de los ciudadanos en su propio autocuidado
 - Diversificar los modelos de atención ofreciendo en cada caso el modelo de atención idóneo en función de las necesidades reales de los pacientes
 - Desarrollar un nuevo modelo de atención orientado al autocuidado de los procesos agudos que tienden a la resolución espontánea

- Desarrollar un nuevo modelo de atención de procesos crónicos, orientado al autocuidado, que permita incrementar la cobertura y eficacia de los controles
- Desarrollar una atención verdaderamente integral e interdisciplinar y garantizar la atención por el profesional idóneo
- Establecer mecanismos y sistemas de priorización y racionalización de la demanda en función de las necesidades reales de los pacientes
- Sensibilizar a los ciudadanos sobre el uso racional de los servicios sanitarios
- > Mejorar la calidad técnica y la capacidad resolutoria de la atención primaria
 - Diseñar y poner en marcha un Plan de Mejora de la capacidad de resolución de la atención primaria en Navarra
 - Diseñar y poner en marcha un Plan de Mejora de la Seguridad de la Atención Primaria en Navarra
 - Impulsar la estrategia de mejora continua de los principales Procesos Clínicos
 - Establecer sistemas consensuados de evaluación de la calidad integral de los servicios prestados
 - Establecer y hacer públicos estándares y compromisos de calidad integral de la cartera de servicios de la atención primaria de Navarra
- > Mejorar la eficiencia organizativa desarrollando un modelo de atención que elimine tareas de escaso valor añadido y optimice la gestión del tiempo
 - Mejorar la gestión del tiempo dedicado a cada una de las tareas y funciones, tanto asistenciales como no asistenciales, para optimizar los resultados en términos de calidad total
 - Desburocratizar la asistencia, racionalizando y normalizando los circuitos y procedimientos asistenciales y eliminando trámites y actos de escaso valor
 - Poner en marcha la receta electrónica y las herramientas de ayuda a la prescripción
 - Optimizar la historia clínica electrónica adaptándola a los nuevos requerimientos técnicos
 - Desarrollar instrumentos de ayuda a los profesionales que incrementen la seguridad y faciliten la labor de los distintos estamentos profesionales: tapiz administrativo, manual de procedimientos informatizado, planes de cuidados normalizados, aplicación de triaje, etc.
 - Desarrollar sistemas de información que faciliten el “gobierno clínico del cupo” por parte de los profesionales
- > Desarrollar un modelo de organización facilitadora que preste el apoyo debido y promueva el desarrollo, la implicación y la satisfacción profesional de todos sus estamentos profesionales
 - Desarrollar un modelo de organización facilitadora
 - Promover el desarrollo profesional de todos los estamentos adecuando sus perfiles profesionales, capacitación y atribuciones a las nuevas necesidades asistenciales
 - Promover la participación de los profesionales y su implicación en los procesos de mejora continua
 - Establecer sistemas de reconocimiento coherentes con la evaluación de los resultados obtenidos, medidos en términos de calidad integral

Criterios de evaluación

- > Programa implementado conforme a los hitos preestablecidos
- > Nº de Centros y % de Población cubierta por Centros de Salud en Fase I
- > Nº de Centros y % de Población cubierta por Centros de Salud en Fase II

Indicadores

- > Pacientes que pueden tener cita en en 24 horas (Hoy o mañana) en Medicina General y en Pediatría
- > % de llamadas atendidas en tiempo y forma
- > % de citas espontáneas que esperan > 4 días en Med Familia y en Pediatría
- > Tiempo medio de espera global de la consulta espontánea (días) en Med Familia y en Pediatría
- > Tiempo medio de demora en la sala de espera consulta médica (minutos)
- > % Pacientes que esperan > 30 minutos
- > Total de Actos/ Total de desplazamientos al Centro
- > Porcentaje de consultas sucesivas autocitadas por sanitario
- > Tiempo medio por acto presencial en Consulta Médica (en minutos)
- > % global de consultas no presenciales (telefónicas o administrativas)
- > % de Urgencia atendidas por la enfermera sobre total de Urgencias atendidas en el Centro. Triage
- > % Consultas espontáneas de enfermera sobre el total de las consultas a demanda del paciente atendidas por el Equipo
- > % de Episodios Nuevos creados por enfermera sobre el total de Episodios creados en el Equipo en mayores de 10 años y < 70 años
- > % de Protocolos de Autocuidados de Procesos Agudos Respiratorios utilizados por las enfermeras /Episodios de dichos Procesos atendidos por el Equipo
- > Nº de Talleres de formación organizados/Nº Enfermeras

- Favorecer la estabilidad del personal en los distintos puestos de trabajo
- Prestar el apoyo y asesoramiento técnico necesario a los profesionales
- Evaluar de manera periódica y mejorar la satisfacción y motivación de los distintos estamentos profesionales

Proyecto estratégico 3.2.

PLAN DE GESTIÓN Y PRIORIZACIÓN CLÍNICA DE LISTAS DE ESPERA

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Objetivos de espera en Contratos Programa							
Estudio de Servicio con mayor LLEE							
Planificación de derivación a Centros Concertados							
Revisión MBE en 4 procesos							
Priorización de Pacientes en una especialidad							
Puesta en marcha del Registro General de pacientes							
Revisión de LLEE para coordinación interhospitalaria							
Acreditación Garantía Máxima de Espera							

Eje estratégico

III. Orientación a la demanda

II. Agilidad y accesibilidad

Objetivo estratégico

III.2. Adecuar los modelos de atención a las necesidades reales del paciente

III.3. Promover la priorización clínica.

II.1. Garantizar una atención oportuna en el tiempo

Responsables

Operativo:

Director de Organización, Gestión
Asistencial y Sistemas de Información

Técnico:

Jefe Servicio de Coordinación y Control
Asistencial

Objetivos generales

- > Desarrollar una estrategia integral de intervención frente a las listas de espera .(L.L.E.E.)
- > Establecer objetivos de espera en los contratos programa entre el SNS-O y los centros hospitalarios
- > Incrementar la oferta de servicios mediante una mejora de la eficiencia en la gestión de los recursos físicos y humano y una planificación racional de la derivación de pacientes a centros concertados
- > Contener la demanda promoviendo las indicaciones quirúrgicas basadas en la evidencia y la coordinación clínica entre ambos niveles asistenciales para revisar criterios clínicos en la derivación de pacientes a primeras consultas, compromisos de cierre de procesos y altas en revisiones, etc.
- > Iniciar procesos de priorización clínica
- > Mejorar la eficiencia en la gestión administrativa, revisión, seguimiento y corrección y depuración de las L.L.E.E.

Acciones y criterios a considerar

Las principales acciones y criterios previstos son

1. Incrementar la oferta de servicios

- Incremento de la productividad asistencial vinculada a la reordenación de los horarios de funcionamiento
- Análisis de la eficiencia en la gestión de los recursos físicos y humanos del servicio con mayor lista de espera en Consultas Externas y en intervenciones quirúrgicas en cada uno de los Hospitales de la Red
- Planificación racional de la derivación de pacientes a Centros Concertados en coherencia con criterios establecidos en el Plan de Concursos

2. Contención de la demanda

- Revisión Basada en la Evidencia de las indicaciones quirúrgicas en los cuatro procesos y procedimientos quirúrgicos con más L.L.E.E.

- Reactivar los Comités de Mejora existentes entre ambos niveles asistenciales para revisar criterios clínicos en la derivación de pacientes a primeras consultas, compromisos de cierre de procesos y altas en revisiones, etc.

3. Priorización clínica

- Poner en marcha un proyecto de “Priorización de Pacientes” en listas de espera, orientados a algunos procesos quirúrgicos de carácter prioritario en las especialidades con mayores problemas de accesibilidad (COT, Cirugía, Oftalmología)

4. Mejorar la eficiencia en la gestión administrativa (revisión, seguimiento y corrección o depuración) de las L.L.E.E.

- Elaborar un Manual de Procedimiento del Registro General de pacientes en listas de espera del SNS-O
- Reglamentar e implantar el protocolo de “Acreditación de las Garantías Máximas de Espera”
- Implantar en el SNS-O la gestión del Registro General de Pacientes en lista de espera de Navarra de acuerdo con lo establecido en la normativa en vigor. Sistema de información único para consultas, actividad quirúrgica y pruebas complementarias
- Establecer Protocolos de revisión de situación de listas de espera orientados a la coordinación interhospitalaria de las mismas

Criterios de evaluación

- > Programa implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > Prescripción de determinados procedimientos y pruebas diagnósticas. (Colecistectomía, Histerectomía, Prostatectomías, RMN, etc.)
- > % de pacientes con procesos susceptibles de tener un sistema de priorización a quienes se les ha evaluado para medir el grado de priorización (ejemplo, catarata, prótesis de cadera, rodilla...)
- > Proportion of cancer patients waiting more than one month between diagnosis (decision to treat) and treatment
- > Patients waiting longer than three months for revascularisation
- > Demora media Lista de Espera Quirúrgica
- > Demora media consultas Atención Especializada
- > Número de pacientes con tiempos de espera mayores de 180/120 días (cirugía, procesos incluidos en Decretos de Garantías)
- > Número de pacientes con tiempos de espera superior a 60 días (consulta externa especialista, incluidas en Decreto de Garantías)
- > Número de pacientes con tiempos de espera superior a 30 días (pruebas diagnósticas, incluidas en Decreto de Garantías)
- > Demora media pruebas diagnósticas
- > Proporción de pacientes que inician tratamiento reproducción humana asistida (IA/FIV-ICSI) antes de 180 días

Proyecto estratégico 3.3.

NUEVOS CANALES DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN CON LOS CIUDADANOS

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Homogeneización de las unidades de atención al paciente							
Proyectos de captación activa de innovación							
Plan de análisis y mejora de la calidad percibida							
Salud Navarra en internet							
Foro Salud							
Relación con asociaciones							

Eje estratégico

III. Orientación a la Demanda

Objetivo estratégico

III.1. Mejorar la identificación de necesidades y expectativas de ciudadanos y pacientes

Responsables

Operativo:

Dirección de Atención al Paciente

Técnico:

Dirección de Atención al Paciente

Jefa Sección Innovación y Evaluación

Objetivos generales

- > Mejorar la identificación de nuevas necesidades y expectativas de los pacientes, y de los ciudadanos en general.
- > Establecer nuevos canales y sistemas de comunicación e información entre el usuario y el sistema.
- > Desarrollar una política proactiva de captación de iniciativas innovadoras y propuestas de mejora de los procesos desde la experiencia de uso de los pacientes.
- > Promover una mayor participación e implicación del usuario en el sistema.
- > Desarrollar una estrategia activa de relación con asociaciones de pacientes.
- > Homogeneizar criterios y procedimientos de las unidades de atención al paciente.
- > Desarrollar sistemas de evaluación, análisis y mejora de la utilidad y de la calidad percibida.

Acciones y criterios a considerar

Este programa está integrado por una serie de subproyectos diferentes pero todos ellos responden a los mismos objetivos citados

- > Homogeneización de las unidades de atención al paciente
 - Definir y unificar los protocolos y pautas de actuación de las unidades de atención al paciente para la gestión de las quejas, reclamaciones, sugerencias...
 - Incorporar los protocolos y pautas de trabajo en Atención Primaria
 - Analizar, con visión global y de manera continuada, la actividad y resultados de las quejas y reclamaciones de cada centro, y velar porque generen innovación para cada centro y para el conjunto del SNS-O

- > Proyectos de captación activa de innovación
 - Desarrollo de proyectos que nos permitan conocer las expectativas y necesidades de los usuarios, desde el acompañamiento y observación de los diferentes procesos
- > Plan de análisis y mejora de la utilidad y de la calidad percibida
 - Desarrollo de nuevas herramientas, metodologías para evaluar la utilidad percibida y la satisfacción apoyadas en las nuevas tecnologías
 - Evaluación de la calidad percibida de procesos específicos
 - Mejorar los procesos de comunicación e información entre el usuario y el sistema
 - Desarrollar nuevas vías para la obtención de información de valor para poder innovar
- > Salud Navarra en Internet
 - Espacios en redes sociales y desarrollo del nuevo portal web, para fomentar usuarios responsables e informados, y para una mayor accesibilidad y cercanía del sistema y sus profesionales.
- > Foro Salud.
 - Espacio compartido entre usuarios y profesionales, para generar un canal de innovación fuera de los cauces habituales, dotar al usuario de un canal de participación activa, que le permita contribuir a la mejora del sistema, y fomentar un mejor entendimiento entre todos los actores del sistema de salud
- > Estrategia de relación con asociaciones de pacientes
 - Fomentar una mayor participación del usuario en el sistema
 - Desarrollar una estrategia global de relación con asociaciones de pacientes para mejorar el ajuste de los proyectos a las verdaderas necesidades de los ciudadanos, fomentar el asociacionismo y la capacidad de ayuda mutua y para promover alianzas en el fomento de la corresponsabilidad del paciente en el cuidado de su salud, de la cual las asociaciones de afectados podrían y debieran convertirse en sus mejores y más acreditados prescriptores

Criterios de evaluación

- > Programa implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > Satisfacción general con el servicio recibido por ámbitos: Primaria, Hospitales Especializada, Consultas Externas, Urgencias, Salud Mental
- > % pacientes que se sienten escuchados, respetados y a quienes se les dedica tiempo y otras preguntas relacionadas con la satisfacción
- > % de ciudadanos que confían en el sistema sanitario
- > Indicadores de resultados basados en la percepción de los pacientes (PROs Patient Reported Outcome) para determinados procedimientos o patologías concretas, para colectivos específicos (The Child Health and Illness Profile/CHIP) o en general (SF36 o SF12)
- > Evolución del nº de quejas y reclamaciones
- > Evolución del nº de propuestas concretas de mejora formuladas por pacientes, asociaciones y ciudadanos en general: Recibidas y Evaluadas
- > Evolución del nº de propuestas concretas de mejora formuladas por pacientes, asociaciones y ciudadanos en general: Aceptadas e Implementadas

Proyecto estratégico 3.4.

DESARROLLO DE SISTEMAS DE SEGMENTACIÓN DE PACIENTES

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Contratación de asesoría externa							
Benchmarking y análisis de alternativas							
Selección de herramientas de data mining							
Implementar herramientas de segmentación							
Selección de pacientes pluripatológicos*							
Segmentación general de la población							
Identificar pacientes de alto riesgo en Historia Clínica Electrónica							
Estudios técnicos previos de asignación capitativa							

* Selección provisional (muestra Piloto) y definitiva

Eje estratégico

III. Orientación a la demanda

Objetivo estratégico

III.3. Promover la priorización clínica

Responsables

Operativo:

Directora General de Salud

Técnico:

Directora del Servicio de Investigación,
Innovación y Formación

Jefe del Servicio de Sistemas e Informa-
ción Sanitaria

Objetivos generales

- › Implantar un programa de segmentación general de la población según su riesgo o carga de enfermedad
- › Desarrollar un sistema para la identificación de pacientes de mayor riesgo y complejidad
- › Promover la utilización clínica de sistemas de identificación de pacientes con alto riesgo o carga de enfermedad
- › Promover la utilización de sistemas de segmentación poblacional en la asignación capitativa de recursos a las áreas, zonas y centros

Habitualmente la segmentación se incluye como un instrumento propio de la estrategia de crónicos (Ver Proyecto 5.1) pero en nuestro caso con la identificación como proyecto propio se trata de significar la relevancia estratégica diferenciada que concedemos a este instrumento para el desarrollo futuro de la “orientación de la organización a los resultados”; no solo en el ámbito de las patologías crónicas

Acciones y criterios a considerar

La necesidad de contar con este instrumento como requisito para el desarrollo pleno de la estrategia de crónicos, unida a la gran complejidad técnica del proyecto aconsejan que para el desarrollo del mismo se cuente con el apoyo de una asistencia técnica externa, que garantice la agilidad y la solvencia requerida

Las fases previstas para el desarrollo de este proyecto serán las siguientes

- > Definir los criterios y utilidades de la aportación que realizan los modelos predictivos en la estratificación y segmentación de pacientes crónicos con diferentes niveles de necesidades. ¿Qué eventos necesitamos predecir?
- > Benchmarking, visión y experiencia de estratificación en otros ámbitos y sectores
- > Identificación de fuentes de información necesarias y disponibles
- > Análisis de alternativas y propuestas operativas para segmentar a la población según su carga de enfermedad
- > Análisis de alternativas y propuesta de sistema a aplicar en Navarra para la identificación de pacientes de mayor riesgo y complejidad
- > Selección de agrupadores y herramientas de data mining necesarias
- > Implementación de herramientas de segmentación
- > Selección de pacientes de intervención prioritaria para los programas de intervención en patologías crónicas (pluripatológicos, diabéticos, etc), por su mayor impacto previsible en los resultados
- > Segmentación general de la población según riesgo/carga de enfermedad
- > Establecer un sistema para la identificación y actualización permanente en Historia Clínica Electrónica de pacientes de alto riesgo y/o carga de enfermedad
- > Realización de estudios técnicos previos de asignación capitativa de recursos por carga de enfermedad

Criterios de evaluación

- > Programa implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > % de Población adecuadamente clasificada en función de su nivel de riesgo o carga de enfermedad
- > % del Presupuesto total asignado a los Centros y Servicios que esté vinculado de manera capitativa y vinculada a criterios poblacionales de nivel de riesgo o carga de enfermedad
- > % de Población identificada en Historia Clínica Electrónica como de alto riesgo o carga de enfermedad

Proyecto estratégico 4.1.

PLAN DE COMUNICACIÓN DEL USO RACIONAL DE LOS RECURSOS SANITARIOS

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Diseñar un Plan / Campaña de Comunicación							
Presentar el Plan a Colegios y Asociaciones							
Abrir un período de alegaciones							
Realizar los ajustes necesarios al Plan							
Puesta en marcha del Plan							

Eje estratégico

IV. Eficiencia y sostenibilidad

Objetivo estratégico

IV.1. Promover el uso razonable de los servicios públicos y canalizar las demandas al recurso idóneo

Responsables

Operativo:

Director Atención al Paciente

Técnico:

Jefa Gabinete de la Consejería

Objetivos generales

- > Sensibilizar a la población en el uso eficiente y solidario de los recursos sanitarios, como medida para garantizar la sostenibilidad de un sistema sanitario universal y de calidad, que constituye una conquista social de enorme valor
- > Promover acciones positivas que capaciten y ayuden a los usuarios a utilizar dichos recursos de manera adecuada
- > Implicar en este empeño a las asociaciones de pacientes y a las corporaciones profesionales
- > Reforzar la confianza en el profesional sanitario para dotarle de la legitimidad social requerida, y de herramientas operativas, para poder prescribir el uso racional

Acciones y criterios a considerar

- > Los conceptos y criterios sobre los que se articularán las medidas de concienciación serán los siguientes
- > Formular las medidas en positivo y desde el beneficio que vamos a obtener, individual y grupalmente
 - En el uso racional de los recursos no es un tema de culpabilidad sino de responsabilidad
- > Poner en valor el sistema sanitario que tenemos
 - Reforzar la imagen del Sistema y del indudable logro social que representa el sistema sanitario que hemos construido entre todos. Sólo podemos defender aquello que consideramos nuestro
- > Promover la confianza en los profesionales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, fundamentalmente en los de atención primaria

- Para garantizar la sostenibilidad del sistema resulta estratégico actuar en paralelo en dos frentes; por una parte incrementando la capacidad resolutoria de la Atención Primaria, y por otra mejorando la confianza en sus profesionales
- Trasladar el mensaje “confía en los profesionales de atención primaria”. Confía en su criterio y en sus decisiones. Y si no puedes confiar, utiliza tu derecho a cambiar de profesional. En materia de salud y en un sistema tan complejo como el sanitario, todos necesitamos contar con un profesional en el que confiemos plenamente para que nos asesore, nos guíe y coordine todas las actuaciones. Los profesionales de atención primaria son los mejor indicados para gestionar y coordinar tu caso con una visión personalizada e integral
- > Más pruebas y más intervenciones no siempre significan más calidad
 - Las pruebas complementarias y las intervenciones indicadas sin un criterio médico adecuado basado en la evidencia son una mala práctica profesional y no solo porque suponen un gasto innecesario
 - Las pruebas injustificadas añaden tiempos de espera adicionales, que demoran el diagnóstico, y sobre todo añaden temores injustificados y aumentan notablemente la probabilidad de complicaciones: En el ámbito sanitario las complicaciones por exceso de intervencionismo son frecuentes. El paciente debe confiar en que cuando el profesional no indica una prueba complementaria, lo hace atendiendo a criterios puramente clínicos
- > Dotar a los profesionales de herramientas para prescribir el uso racional

Evitar el consumo indiscriminado

- Promover que el usuario se pregunte si realmente es necesario el consumo de ese servicio, justo en ese momento
- > Importancia de aprender a reconocer síntomas de alarma y criterios de consulta
 - El usuario es el primer interesado en mejorar su capacidad de valoración de síntomas y de criterios de consulta ya que con ello se gana en confianza, se reduce notablemente los temores infundados y se evitan desplazamientos innecesario
- > Reforzar los criterios de priorización clínica y triaje como base de una atención adecuada
 - Lograr que el usuario comprenda y asuma la necesidad de la priorización clínica no solo por razones de solidaridad sino como un sistema de garantía de calidad. Los sistemas de priorización clínica son los que me garantizan que cuando tenga una necesidad relevante el Sistema me ofrecerá atención verdaderamente inmediata
- > Promover la participación e implicación de todos los agentes implicados
 - Involucrar en la campaña a colegios profesionales, asociaciones de usuarios y de pacientes y otras organizaciones sociales
- > Promover un mensaje unitario entre todos los agentes, por ejemplo mediante una posible Declaración Institucional
 - Contar historias reales. La personalización y ejemplarización es clave para la eficacia en la comunicación
 - Valorar la participación de personajes públicos
- > Utilizar medidas “multicanal” (Internet, medios masivos, medidas educativas ejecutadas por profesionales...).

Criterios de evaluación

- > Programa implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > Pacientes que fueron a urgencias y podrían haber sido tratados en otro dispositivo
- > Nº de urgencias extahospitalarias por habitante y año
- > Nº de urgencias hospitalarias por habitante y año
- > %urgencias hospitalarias por iniciativa del paciente
- > % de urgencias hospitalarias calificadas en el triaje como de prioridad 5
- > Nº de recetas por habitante y año
- > Nº de consultas espontáneas por habitante y año en atención Primaria
- > Evolución del nº de RMN prescritas

Proyecto estratégico 4.2.

ESTRATEGIA DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO Y RECETA ELECTRÓNICA

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Norma de garantía de prescripción por principio activo							
Guías farmacoterapéuticas únicas primaria y especializada							
Objetivos de calidad y gasto fcto en los pactos de gestión *							
Extender Lamia (receta electrónica)							
Farmacias Pamplona y Comarca.							
Centros de Salud Pamplona y Comarca							
Resto de farmacias y Centros de Salud							
Módulo de farmacia hospitalaria en historia clínica electrónica							
Herramientas de ayuda en historia clínica electrónica							
Guías farmacoterapéutica,							
Interacciones medicamentosas,							
Contraindicaciones							
Diseñar el futuro historial farmacológico del paciente							

*Tanto en primaria como en especializada

Eje estratégico

IV. Eficiencia y sostenibilidad

Objetivo estratégico

IV.2. Promover el uso racional del medicamento

Responsables

Operativo:

Director Gerente del SNS-O

Directora General de Salud

Técnico:

Jefa del Servicio de Prestaciones Farmacéuticas

Directora del Servicio de Ordenación e Inspección

Objetivos generales

- > Promover el uso racional del medicamento
- > Garantizar la prescripción por principio activo
- > Aumentar la calidad en la prescripción y dispensación farmacoterapéutica
- > Controlar de una forma más efectiva el gasto farmacéutico
- > Optimizar el ciclo clínico en relación a la prescripción/dispensación de medicamentos
- > Desburocratizar el trabajo de los médicos del SNS-O y de los farmacéuticos
- > Diseñar el futuro sistema global de prescripción y dispensación que permita disponer del historial farmacológico de los ciudadanos

Acciones y criterios a considerar

El proyecto prevé el desarrollo de las siguientes acciones

- > Desplegar la aplicación de receta electrónica LAMIA en tres fases
 - En todas las oficinas de farmacia de Pamplona y comarca
 - En los centros de salud de Pamplona y comarca
 - Terminar la implantación en el resto de farmacias y centros de salud de la comunidad
- > Garantizar la prescripción por principio activo
 - Resolución estableciendo la obligatoriedad
 - Evaluación periódica de su cumplimiento de dicha prescripción

- Intervenciones correctivas
- > Mejora la calidad de la prescripción
 - Definir indicadores de calidad de la prescripción tanto en Primaria como en Especializada
- > Despliegue del módulo de farmacia hospitalaria a todos los hospitales del SNS-Osasunbidea
- > Desarrollo e integración en las historias de salud electrónica de herramientas de ayuda al uso racional de medicamentos
 - Guías farmacoterapéutica
 - Interacciones medicamentosas
 - Contraindicaciones
- > Desarrollo de guías farmacoterapéuticas únicas primaria y especializada
- > Incorporar objetivos de calidad y gasto farmacéutico en los pactos de gestión tanto de primaria como de especializada
- > Módulo de farmacia hospitalaria en historia clínica electrónica
- > Diseñar el futuro historial farmacológico del paciente

Criterios de evaluación

- > Programa implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > Gasto farmacéutico per cápita: posición de Navarra entre las CCAA con menor crecimiento
- > % que representa el gasto farmacéutico sobre el total del gasto sanitario público
- > % Prescripción por principio activo
- > Pacientes mayores de 65 años con un medicamento que debería ser evitado en personas mayores
- > Personas mayores de 65 años con demencia, fractura de cadera o insuficiencia crónica renal a quienes se les prescribe medicamentos contraindicados para esas patologías
- > Pacientes quirúrgicos que reciben el tratamiento adecuado para evitar complicaciones
- > % Camas Hospitalarias con sistema de unidosis
- > Implantación de receta electrónica en atención primaria y especializada

Proyecto estratégico 4.3.

USO RACIONAL PRÓTESIS Y MATERIAL SANITARIO

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Acordar el método de trabajo con los serv. asistenciales							
Identificar el ABC de productos por especialidad médica							
Criterios de utilización y compra de material sanitario							
Protocolos clínicos de indicación y sustitución de prótesis.							
Criterios de compra de prótesis							
Negociación con proveedores o gestión de concursos							
Establecer compromisos de gasto máximo con los Centros							

Eje estratégico

IV. Eficiencia y sostenibilidad

Objetivo estratégico

IV.3. Promover el uso racional del material sanitario

Responsables

Operativo:

Directora de Administración y Servicios Generales

Técnico:

Subdirectora de Servicios Médicos y Quirúrgicos del CHN

Directora de Enfermería del CHN

Jefa de Servicio de Enfermería de Atención Primaria

Objetivos generales

- > Contener y racionalizar el gasto en prótesis.
- > Contener el gasto en material sanitario tanto en atención especializada como en atención primaria
- > Vincular el porcentaje de reducción al incremento o decremento de la actividad asistencial
- > Protocolizar los criterios de indicación y sustitución de prótesis
- > Definir criterios de indicación, utilización de material sanitario priorizando aquellos con un mayor gasto total
- > Estandarizar todo lo técnicamente posible los tipos de prótesis, apósitos, etc
- > Centralizar la adquisición de prótesis y material sanitario y mejorar la gestión de compra

Acciones y criterios a considerar

El proyecto prevé el desarrollo de las siguientes acciones

- > Poner en marcha grupos de trabajo de mejora con los servicios implicados
- > Acordar el método de trabajo con los serv. asistenciales
- > Identificar el ABC de material sanitario más significativos por especialidad médica y estamentos
- > Establecer criterios de utilización y compra de material sanitario
- > Gestionar la adquisición directa de determinado material de cura (apósitos)

- > Elaborar Protocolos clínicos de indicación y sustitución de prótesis
 - Protocolizar los criterios de indicación y sustitución de prótesis
 - Definir criterios de indicación, utilización de material sanitario priorizando aquellos con un mayor gasto total
 - Estandarizar todo lo técnicamente posible los tipos de prótesis, apósitos, etc
- > Pactar los criterios de compra de prótesis
- > Negociación con proveedores o gestión de concursos
- > Centralizar la gestión de compra
- > Establecer compromisos de gasto máximo con los Centros

Criterios de evaluación

- > Programa implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > Evolución del gasto en el capítulo de prótesis y de material sanitario
- > Tipos de prótesis distintas que se colocan para cada tipo (rodilla, hombro, cadera etc)
- > Número de protocolos desplegados e implantados para la indicación y sustitución de prótesis

Proyecto estratégico 4.4.

PROGRAMA DE MEJORA DEL CONTROL CLÍNICO DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Extender nuevo procedimiento a todos los C. de Salud							
"Alta anticipada a petición del paciente" desde Admisión							
Duraciones de bajas de Intervenciones Quirúrgicas							
"Moduladores" para pacientes en L.L.E.E. etc.							
Normalizar procedimiento a pacientes de Seguro Especial							
Vincular Atenea a los registros de Lista de Espera							
Emitir IT's desde el Hospital a ingresados y CMA.							

Eje estratégico

IV.- Eficiencia y sostenibilidad

Objetivo estratégico

IV.3. Racionalizar la prescripción y uso de técnicas y materiales.

Responsables

Operativo:

Director Atención Primaria

Técnico:

Jefe Servicio Salud Laboral

Objetivos generales

- > Extender el programa de mejora del control clínico de la incapacidad temporal dirigido a todos los centros de salud de Navarra
 - Reducir la variabilidad y realizar controles clínicamente necesarios y en el momento oportuno, según tipo de proceso y situación clínica..
 - Desburocratizar el procedimiento. Eliminar actos sin valor añadido, controles y costes sin justificación clínica
 - Aumentar la satisfacción de los ciudadanos, disminuyendo desplazamientos innecesarios
 - Incrementar la satisfacción y el grado de implicación de los médicos
 - Aumentar la información que reciben en la actualidad tanto las empresas como las entidades gestoras
- > Aplicar la mejora continua al procedimiento y el programa informático para optimizar los resultados y continuar reduciendo el número de actos clínicos sin valor añadido

Acciones y criterios a considerar

Toda vez que el programa ya ha sido plenamente desarrollado en la actualidad las acciones necesarias se centran en la extensión del procedimiento y en la mejora continua

- > Extender el programa de mejora del control clínico de la incapacidad temporal a todos los centros de salud de Navarra
 - Formación inicial
 - Instalación de la aplicación
- > Mejora continua del procedimiento y el programa informático para optimizar los resultados y continuar reduciendo el número de actos clínicos sin valor añadido
 - Habilitar al personal de admisión para que pueda tramitar el “alta anticipada a petición del paciente”
 - Que la habilitación sea visible en el Tapíz de Atenea Administrativo
 - Crear una nueva tabla de duraciones de las bajas para determinados CIAP y procedimientos, y con diferentes “moduladores” (espera quirúrgica, espera diagnóstica, embarazo, etc.) de tal manera que en determinadas situaciones, se despliegue una segunda tabla de opciones con diferentes límites de duración
 - Aplicar el mismo procedimiento a las bajas y altas de los pacientes del seguro especial de Diputación
 - Proponer al MUFACE, ISFAS, MUGEJU la normalización de los modelos y procedimientos de indicación médica de Bajas y Altas
 - Vincular Atenea a los registros de Lista de Espera para garantizar la adecuada actualización de la información
 - Que los centros hospitalarios faciliten a los pacientes ingresados y a los sometidos a intervención quirúrgica de cirugía menor o de exploración intervencionista todos los trámites de incapacidad laboral transitoria que precisen durante el período de permanencia en el centro: baja, confirmación, alta
 - Desarrollar circuitos rápidos de coordinación con Atención Especializada que permitan reducir los tiempos de resolución de IT (Programa PIC en Salud Mental, Interconsulta Rápida en Rehabilitación y Traumatología)
 - Considerar dar la baja y alta en los servicios de urgencias extrahospitalarias en IT de muy corta duración
 - Revisar por el INSL las duraciones estándar de todos los tumores

Criterios de evaluación

- > Programa implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > El número total de días de IT
- > Duración media de las bajas global y por procesos
- > Duración mediana de las bajas global y por procesos
- > Variabilidad de la Duración Mediana
- > Número medio de Partes de Confirmación por cada proceso de Baja con Alta
- > Número de desplazamientos causados por trámites de IT
- > Número de consultas ocasionadas por cada proceso de Baja con Alta

Proyecto estratégico 5.1.

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INTEGRADA A CRÓNICOS Y PLURIPATOLÓGICOS

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Comité técnico y grupos técnicos de trabajo constituidos							
Planificación general							
Plan operativo paciente pluripatológico							
Plan operativo Insuficiencia Cardíaca							
Autocuidados en Insuficiencia Cardíaca							
Plan operativo EPOC, asma							
Autocuidados en Asma y Epoc							
Plan operativo Diabetes							
Segmentación general de la población							

Eje estratégico

V.- Atención integrada

Objetivo estratégico

V.1.- Desarrollar una estrategia integral de atención a las enfermedades crónicas.

Responsables

Operativo:

Director Atención Primaria

Técnico:

Jefa de Servicio de Planificación y
Gestión Asistencial

Directora del Servicio de Investigación,
Innovación y Formación

Objetivos generales

- > Implantar un modelo de gestión integrada del paciente crónico
- > Establecer criterios para una adecuada identificación y priorización del paciente crónico en función de niveles de riesgo y/o gravedad
- > Impulsar la atención por procesos integrados y elaborar protocolos y consensos técnicos multidisciplinares e interniveles
- > Rediseñar la provisión de servicios y la transformación del modelo asistencial a las necesidades de los pacientes con patologías crónicas y establecer modalidades ágiles de interconsulta, cuando esta sea requerida, como son la consulta presencial rápida, la consulta no presencial y la consulta telefónica
- > Rediseñar específicamente el proceso de atención del paciente pluripatológico, garantizando una estrategia proactiva de gestión de casos
- > Promover el desarrollo de competencias avanzadas en enfermería y la implantación de la figura de la enfermera gestora de caso
- > Promover la corresponsabilidad del paciente crónico en el cuidado de su salud y en seguimiento y control de su enfermedad en coherencia con la estrategia de autocuidados (Proyecto 1.1)
- > Adaptar los sistemas de información para el trabajo multidisciplinar e interniveles. Establecer registros con criterios unificados para garantizar la evaluación de los resultados clínicos de los procesos integrados en términos de calidad técnica, utilidad y eficiencia

Acciones y criterios a considerar

La puesta en marcha de este proyecto se desarrollará en las siguientes fases

- > Constitución del comité técnico de atención a procesos crónicos
- > Puesta en marcha de grupos técnicos de trabajo para la atención al paciente pluripatológico y para el desarrollo de los sistemas de información
- > Planificación general
 - Definición del modelo general de gestión integrada de pacientes crónicos y pluripatológicos
 - Benchmarking de buenas prácticas operativas, nacionales e internacionales
 - Criterios y principios generales, objetivos específicos y metas del proyecto
 - Priorización de procesos y aprobación de planes operativos
 - Criterios de extensión
- > Elaborar un plan operativo específico y detallado para la aplicación en Navarra del nuevo modelo asistencial a los pacientes pluripatológicos. Aplicar la metodología de gestión de casos
- > Gestión por procesos integrados. Elaborar planes operativos específicos y detallados para la aplicación en Navarra del nuevo modelo asistencial mediante procesos integrados e las distintas patologías crónicas: diabetes, enfermedad vascular, insuficiencia cardíaca, EPOC, asma, etc
- > Autocuidados en crónicos
 - Garantizar la corresponsabilidad del paciente crónico en el cuidado de su salud y en seguimiento y control de su enfermedad
 - Perfeccionar y generalizar la experiencia de promoción de los autocuidados de atención primaria para que los pacientes crónicos se impliquen más activamente en el cuidado de su salud, estén capacitados para la toma de decisiones autónomas y sepan cuando consultar. (Ver Proyecto 1.1)
- > Sistemas de información necesarios
 - Segmentación y población de alto riesgo
 - Sistemas de registro clínico de procesos integrados
 - Cuadros de mandos clínicos para la evaluación continuada de procesos integrados
- > Herramientas de ayuda
 - Desarrollo de sistemas y herramientas de ayuda operativas para la implementación del plan: protocolos
 - Instrumentos de ayuda al autocuidado, etc.
- > Evaluación
 - Establecer un modelo de seguimiento del adecuado despliegue del plan
 - Selección y validación de los indicadores de evaluación comparada de resultados

Criterios de evaluación

- > Programa implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > Indicadores de resultados basados en la percepción de los pacientes (PROs Patient Reported Outcome)
- > para patologías concretas (Asthma Quality of Life Questionnaire, etc.)
- > Pacientes que tienen realizada la estratificación del riesgo vascular en prevención secundaria o enfermedad vascular previa y pacientes en prevención primaria con riesgo vascular alto, riesgo vascular bajo y situación óptima
- > % de pacientes EPOC que cumplen criterio a los que se les ha realizado espirometría forzada para diagnóstico de EPOC
- > (PI Diabetes). % de pacientes diabéticos con niveles de Hb1Ac < 7%
- > Adultos diagnosticados de hipertensión con TA con tensión controlada (< de 140/90)
- > Cobertura del programa de detección precoz de retinopatía diabética
- > Ingresos hospitalarios por los procesos crónicos seleccionados
- > Indicadores de reingresos en procesos claves
- > Años de vida perdidos debidos a enfermedades prevenibles
- > % de Pacientes crónicos (enf. vascular, diabetes, asma, EPOC, insuf. cardíaca) incluidos con plan de autocuidados y % incluidos en autocontrol
- > Al elaborar la estrategia se definirán otros indicadores específicos

Proyecto estratégico 5.2.

PLAN DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	Aprobación de la Comisión Directora	2012	2013	2014	2015
Informe propuesta de prevención de la dependencia								
Diseño de programas operativos								
Informe propuesta de atención domiciliaria sociosanitaria								
Experiencia piloto de atención domiciliaria								
Evaluación y mejora del proyecto. Acuerdo de extensión								
Informe propuesta de atención sanitaria a internados en residencias								
Fijar criterios y estándares de calidad								
Informe propuesta de atención en media estancia y convalecencia								
Planificación de necesidades de media estancia								
Revisión de las propuestas de 2010 en TMG de Adultos								
Diseño intervención en menores con TMG								
Puesta en marcha progresiva								

Eje estratégico

V.- Atención integrada

Objetivo estratégico

V.2.- Establecer planes operativos de coordinación sociosanitaria.

Responsables

Operativo:

Directora General de Salud

Técnico:

Coordinadora del Plan Sociosanitario

Objetivos generales

- > Prevenir la dependencia y la discapacidad
- > Desarrollar el modelo de atención sociosanitaria domiciliaria
- > Garantizar atención sanitaria normalizada a los pacientes internados en centros residenciales (institucionalizados)
- > Planificar la atención sociosanitaria de media estancia y de convalecencia posthospitalaria
- > Completar y consolidar la atención sociosanitaria al Trastorno Mental Grave (TMG)

Acciones y criterios a considerar

En desarrollo del Plan de Coordinación Sociosanitaria los Departamentos de Políticas Sociales y Salud han acordado elaborar e implementar los siguientes subproyectos operativos

- > Prevención de la dependencia y la discapacidad
 - Análisis de los principales factores causales de dependencia en nuestra Comunidad
 - Diagnóstico de situación de las distintas intervenciones de prevención de la dependencia y la discapacidad en Navarra y de la rehabilitación funcional de los principales procesos generadores de dependencia
 - Formulación de un Plan de Mejora
 - Diseño de la estrategia general de promoción de la autonomía personal

- > Desarrollo del modelo de atención sociosanitaria domiciliaria
 - Determinación de la población diana. Puesta en marcha de un censo único (abierto y permanente). Conjunto mínimo de datos sociosanitarios compartidos
 - Propuesta de metodología general de atención sociosanitaria,
 - Propuesta de estructuras y sistemas que favorezcan la coordinación de la atención domiciliaria integral a nivel de zona básica de salud
 - Actividades de capacitación y apoyo al cuidador
 - Recursos de apoyo a la atención domiciliaria a nivel local
 - Alternativas tecnológicas para la comunicación y la teleasistencia
- > Atención sanitaria normalizada a los pacientes internados en centros residenciales
 - Fijar criterios de atención sanitaria para garantizar su prestación independientemente de la ubicación y titularidad del centro
 - Fijar estándares normalizados de calidad de atención, basados en la cartera de servicios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea
 - Fomentar la participación de los profesionales en los cuidados de las personas con formación y desarrollo de protocolos de actuación
- > Atención sociosanitaria de media estancia y de convalecencia posthospitalaria
 - Análisis de situación de ingresos hospitalarios recurrentes, o de larga estancia
 - Delimitación de la población diana y de los perfiles de pacientes
 - Definición de criterios de atención a procesos subagudos y a la convalecencia. Circuitos asistenciales
 - Definición de los perfiles de los centros o servicios de atención a subagudos. Cartera de servicios, perfiles profesionales, estructura de costes
 - Planificación de necesidades de atención a medio y largo plazo de los procesos subagudos o necesitados de convalecencia
- > Atención sociosanitaria al Trastorno Mental Grave (TMG)
 - Implementar el desarrollo del Plan TMG según propuestas de la revisión del plan realizada en 2010
 - Consolidar el sistema de atención sociosanitaria al colectivo de adultos con TMG
 - Desarrollo del nuevo sistema para menores con TMG

Criterios de evaluación

- > Programa implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > Esperanza de vida ajustada por discapacidad (EVAD)
- > % de Adultos de 18 a 64 años con discapacidad debido a problemas físicos, mentales o emocionales
- > Evolución de los Indicadores Generales de Dependencia
- > % de mayores de 65 años que realizan ejercicio físico
- > % de personas con dependencia severa y gran dependencia que disponen de un Plan Personal de Cuidados Sociosanitario consensuado
- > % de pacientes que han sufrido un evento cerebrovascular o una fractura de cadera en el último año y que han seguido un Programa de Rehabilitación Funcional
- > Evolución del número de camas de media estancia y/o convalecencia
- > Evolución de la estancia media hospitalaria de pacientes mayores de 65 años en Hospitales de Agudos
- > % de pacientes institucionalizados con acceso a Historia Clínica Informatizada
- > % de pacientes institucionalizados con Plan Personal de Cuidados de Enfermería
- > % de personas con TMG que disponen de un Plan Personal de Cuidados Sociosanitario consensuado
- > Evolución del número de plazas residenciales, centros de días para TMG
- > % de personas con TMG en integración sociolaboral

Proyecto estratégico 5.3.

ESTRATEGIA INTEGRAL DE ATENCIÓN ONCOLÓGICA

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Crear Área Clínica de Oncología							
Equipos multidisciplinares							
Detección precoz cáncer de colon							
Programa de cáncer familiar							
Unidad de cáncer familiar							
Sistema de admisión específico							
Garantías de espera específicas							
Registro hospitalario de tumores							

Eje estratégico

V. Atención integrada

Objetivo estratégico

V.3. Impulsar la gestión por procesos integrados en procesos prioritarios

Responsables

Operativo:

Gerente del CHN

Técnico:

Directora Médico Asistencial del CHN

Director Investigación, Innovación y Formación

Objetivos generales

- > Creación de un Área Clínica de Oncología y unidades funcionales y multidisciplinares de los tumores más frecuentes para garantizar una calidad uniforme elevada en toda Navarra
- > Aplicar las medidas preventivas que se han mostrado coste - efectivas
- > Implantar un programa de intervención en cáncer familiar
- > Gestión clínica por procesos de la patología oncológica mas incidente, estableciendo al paciente como centro del proceso.
- > Reducir el tiempo para alcanzar la confirmación diagnóstica
- > Garantizar un tratamiento basado en un “Plan terapéutico consensuado y multidisciplinar
- > Garantizar la adecuada coordinación y continuidad de cuidados a lo largo del proceso de seguimiento del paciente con cáncer
- > Garantizar la personalización y humanización de los cuidados y facilitar la participación de los pacientes en la toma de decisiones sobre su proceso
- > Desarrollar actuaciones específicas para mejorar la comunicación con el paciente y sus familiares y promover la atención psicosocial necesaria en colaboración con las organizaciones de voluntariado y autoayuda
- > Desarrollar un sistema de información específico del Área Clínica de Oncología

Acciones y criterios a considerar

El proyecto contemplará al menos las siguientes acciones y criterios

- > Creación del Área Clínica de Oncología
- > Constitución de equipos multidisciplinares para cada uno de los tumores más frecuentes
- > Mantener el Programa de prevención del cáncer de mama y evaluar sus resultados en salud
- > Aplicar las “Recomendaciones del consenso técnico en detección precoz del cáncer de cervix.”
- > Elaborar y aplicar un “Programa de detección precoz del cáncer de colon” (Ver Proyecto 1.4)
- > Desarrollar una “Estrategia poblacional de difusión del Código Europeo frente al cáncer”
- > Desarrollar un Programa de intervención en cáncer familiar y constituir una unidad específica
- > Completar la elaboración de “guías clínicas de sospecha fundada” para los tumores más frecuentes
- > Garantizar la confirmación diagnóstica en un plazo no superior a 15 días desde la sospecha y el inicio del Tratamiento en el plazo de 15 días a todos los pacientes diagnosticados de cáncer
- > Garantizar que el tratamiento esté basado en un “Plan terapéutico multidisciplinar” consensuado en el seno del equipo multidisciplinar
- > Promover protocolos consensuados de aplicación en toda la Red del SNS-O y garantizar que el tratamiento aplicado sea de una calidad uniformemente elevada en todo el territorio de la Comunidad Foral. Garantizar el tratamiento de los pacientes del Área de Tudela dentro de las unidades funcionales interdisciplinares
- > Asegurar que los tumores técnicamente complejos, de baja frecuencia y elevada mortalidad, sean atendidos en unidades con gran experiencia clínica
- > Asignar un interlocutor a cada paciente para garantizar la adecuada coordinación y continuidad de cuidados a lo largo del proceso de seguimiento y asegurar que la información dada al paciente sean compartida por todos los profesionales intervinientes
- > Priorizar la implantación de la historia clínica informatizada (compartida entre niveles) en las unidades oncológicas, etc
- > Garantizar la personalización y humanización de los cuidados y promover la atención psicosocial al paciente afectado por el cáncer y a sus familiares, en colaboración con las organizaciones de voluntariado y autoayuda
- > Establecer un sistema de admisión específico para los pacientes oncológicos que garantice la gestión integral del proceso asistencial
- > Mejorar las condiciones para la aplicación ambulatoria de los tratamientos, rediseñando los espacios y estructuras actuales, siguiendo principios de privacidad y personalización de cuidados
- > Adecuar los espacios físicos y reubicar en un único centro físico la mayor parte de los servicios que precise el paciente oncológico
- > Puesta en marcha de nuevos Hospitales de Día de Oncología y Hematología Ver Proyecto 2.4
- > Implantar un sistema de información específico del Área Clínica de Oncología

Criterios de evaluación

- > Programa implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > Tasa ajustada de cáncer
- > Mortalidad por todos los cánceres en Navarra
- > Porcentaje de supervivencia para el conjunto de los cánceres
- > % de tumores detectados con tamaño menores de 1 cm
- > Proportion of cancer patients waiting more than one month between diagnosis (decision to treat) and treatment
- > pacientes con cáncer que se sienten escuchados, respetados y a quienes se les dedica tiempo y otras preguntas relacionadas con la satisfacción
- > Años de vida perdidos debidos a enfermedades prevenibles (cáncer de mama y de cervix).
- > (PI Oncología). Cobertura del cribado de cáncer de mama.
- > (PI Oncología). Cobertura del cribado de cáncer colorrectal sobre poblaciones elegibles.
- > % de tumores in situ diagnosticados en el Programa de detección precoz de cáncer de mama, en el periodo evaluado en relación con tumores invasivos.
- > Razón estandarizada Obs./Esp. en la Tasa de años potenciales de vida perdidos por cáncer de mama (Límite inferior I.C. al 95%).
- > Promedio en días hasta la confirmación diagnóstica y hasta el inicio del tratamiento
- > Al elaborar la Estrategia se definirán otros indicadores específicos

- > Establecer un Registro Hospitalario de Tumores
- > Potenciar la investigación e innovación permanente como señal de identidad de la organización

Los objetivos de resultados perseguidos son:

- > Suavizar la tendencia ascendente de la tasa ajustada de cáncer, disminuyendo el incremento de la tasa ajustada de cáncer en un 10 %
- > Reducir la mortalidad por todos los cánceres en Navarra en un 10 % en 10 años, en línea con los objetivos europeos de reducir la mortalidad por todos los cánceres en al menos un 15 % en 20 años
- > Aumentar en un 15% el porcentaje de supervivencia para el conjunto de los cánceres (excepto piel no melanoma) y en particular en cáncer colorrectal, mama, melanoma en hombres, ovario y próstata
- > Aumentar el 10 % de tumores detectados con tamaño menores de 1 cm en programa de detección precoz

Proyecto estratégico 5.4.

ESTRATEGIA INTEGRAL DE ATENCIÓN A LAS DEMENCIAS

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Guía de actuación							
Diseño de la unidad funcional							
Criterios de derivación a la unidad funcional							
Puesta en marcha de la unidad funcional							
Divulgación y formación en atención primaria							
Criterios de intervención de Salud Mental							
Criterios de la Unidad de Memoria							
Programa de formación de cuidadores							
Establecer y pactar criterios de ingreso sanitarios y sociales							

Eje estratégico

V. Atención integrada

Objetivo estratégico

V.3. Impulsar la gestión por procesos integrados en procesos prioritarios

Responsables

Operativo:

Gerente del Complejo Hospitalario de Navarra

Técnico:

Jefa del Servicio de Planificación y Gestión Asistencial
Jefa de la Sección de Innovación y Evaluación

Objetivos generales

- > Aplicar la guía de actuación de la atención coordinada a la demencia de carácter multidisciplinar e interniveles y con metodología de atención integral (diagnóstico de necesidades de cuidados, gestión de casos, plan personal, etc.)
- > Poner en marcha una Unidad Funcional de Demencias y establecer criterios predefinidos de derivación
- > Establecer modalidades ágiles de interconsulta, cuando ésta sea requerida, como son la consulta presencial rápida, la consulta no presencial y la consulta telefónica
- > Adaptar el sistema de información para el trabajo multidisciplinar e interniveles y establecer registros con criterios unificados para garantizar la evaluación de los resultados clínicos
- > Desarrollar un programa específico de capacitación y apoyo al cuidador principal
- > Definir y divulgar criterios de atención y planificar el uso de recursos de corta y media estancia para episodios de reagudización de trastornos de conducta
- > Definir criterios de utilización de la Unidad de Memoria

Acciones y criterios a considerar

Como ya se ha señalado se dispone ya de los siguientes elementos esenciales para el desarrollo de la estrategia

- Guía de actuación de la atención coordinada a la demencia
- Protocolo diagnóstico
- Protocolo terapéutico con especial atención a los trastornos conductuales y a la demencia terminal

- Consideraciones éticas y legales: Revelación del diagnóstico, voluntades anticipadas, capacidad legal para obrar, etc.
- Diseño organizativo de la unidad funcional en especializada
- Criterios de derivación a la unidad funcional

Las actuaciones adicionales que se consideran necesarias para complementar la estrategia de intervención en esta materia serán las siguientes

- Puesta en marcha la Unidad Funcional Multidisciplinar de Demencia de Neurología y Neuropsicología
- Divulgación de la Guía y formación específica del personal de atención primaria
- Establecimiento de criterios de intervención y apoyo de los servicios de Salud Mental
- Revisión del rol, dependencia funcional y en su caso criterios de derivación a Unidad de Memoria
- Revisar, simplificar y divulgar específicamente los criterios de intervención en trastornos de conducta
- Diseñar y desarrollar un programa específico de formación de cuidadores con metodología similar a la aplicada en los programas de autocuidados de crónicos
- Establecer criterios de ingreso en episodios de reagudización de trastornos de conducta persistentes y definir los perfiles de los recursos idóneos para las distintas situaciones (centros sanitarios o sociales)
- Acordar con el Departamento de Políticas Sociales criterios de estancias temporales de respiro para períodos de claudicación del cuidador, etc.

Criterios de evaluación

- > Programa implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > % de cobertura. o prevalencia de la demencia en > 65 años
- > % de pacientes con demencia en los que consta el cuidador principal
- > % de demencias en cuyo diagnóstico consta Test Minimental, Test del Informador, Test de Gijón y analítica específica
- > % de pacientes en los que consta el estadio de la enfermedad en el último año
- > % de cuidadores principales que han recibido formación específica
- > % de cuidadores principales en los que se ha realizado la escala de sobrecarga de Zarit
- > % de pacientes con demencia que disponen de un Plan de Cuidados personalizado

Proyecto estratégico 6.1.

EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Definir el modelo general de evaluación de calidad							
Panel de indicadores comunes a todos los centros							
Panel de indicadores de calidad de cada uno de los ámbitos							
Atención primaria Primera fase							
Atención primaria Segunda fase							
Salud Mental							
Atención especializada							
Definir el CMBD del proceso ambulatorio							
Norma de recogida del CMBD y de codificación diagnóstica.							
Requisitos de registro en la historia clínica electrónica de las variables necesarias							
Criterios de codificación y normalización							
Objetivos de mejora en los pactos de gestión de los distintos ámbitos							
Constitución del GTT de evaluación de técnicas							

Eje estratégico

VI Calidad técnica

Objetivo estratégico

VI.1 Impulsar la práctica clínica basada en la evidencia

VI.2. Promover el desarrollo de herramientas de evaluación de la calidad

Responsables

Operativo:

Director de Organización, Gestión Asistencial y Sistemas de Información

Técnico:

Jefe del Servicio de Coordinación y Control Asistencial

Jefa de la Sección de Investigación y Gestión del Conocimiento

Objetivos generales

- > Definir un Modelo General de Evaluación de Calidad
- > Establecer el panel de indicadores generales de calidad de cada uno de los ámbitos asistenciales en coherencia con los planes de mejora y calidad de atención primaria, especializada y salud mental
- > Definir objetivos de mejora de calidad técnica a incorporar a los pactos de gestión de los distintos ámbitos, centros y servicios en coherencia con los planes de mejora y calidad de atención primaria, especializada y salud mental
- > Establecer el Conjunto Mínimo Básico de Datos del proceso ambulatorio y regular su recogida sistemática, incluyendo la obligatoriedad de codificación diagnóstica
- > Definir los requisitos necesarios para garantizar el registro en la historia clínica electrónica de las variables necesarias para la obtención de los indicadores establecidos
- > Establecer criterios de codificación y normalización de la información clínica
- > Identificar, con base en la evidencia, procedimientos, técnicas o intervenciones clínicas sin valor o con valor añadido negativo y dictar las recomendaciones o instrucciones precisas

Acciones y criterios a considerar

Las acciones previstas y/o los criterios a aplicar son los siguientes:

- > En primer término se deberá predefinir el Modelo General de Evaluación de Calidad
 - La evaluación de la calidad se basará en los principios de la calidad total o integral y tomará en consideración la visión

de todos los agentes intervinientes: ciudadanos, pacientes, profesionales, administración, etc

- Para valorar la calidad integral se consideran sus tres “componentes”: Calidad Técnica + Calidad Percibida + Eficiencia
 - Se definirán los “atributos” de calidad a evaluar en cada uno de los tres componentes
 - Se predeterminarán los criterios generales de evaluación y la ponderación general que se asigna a los distintos componentes de la calidad integral en la evaluación global
- > En segundo término se definirán objetivos e indicadores de calidad comunes en todos los centros y ámbitos del sistema, vinculados a las estrategias generales y a los procesos integrados definidos en este Plan Estratégico
- > En tercer lugar se definirán los objetivos de mejora y se elaborará el panel de indicadores de calidad que se deben incorporar a los pactos de gestión de cada uno de los ámbitos asistenciales en coherencia con los planes de mejora y calidad de primaria, especializada y salud mental
- > Por último se definirán los requisitos necesarios para una recogida sistemática y rigurosa de los datos necesarios para la evaluación
- Establecer el Conjunto Mínimo Básico de Datos del proceso ambulatorio y regular su recogida sistemática, incluyendo la obligatoriedad de codificación diagnóstica.
 - Definir los requisitos necesarios para garantizar el registro en la historia clínica electrónica de las variables necesarias para la obtención de los indicadores establecidos
 - Establecer criterios de codificación y normalización de la información clínica.

Criterios de evaluación

- > Programa implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > Por definición este Plan incorpora e integra todos los Indicadores Estratégicos contemplados en los distintos proyectos
- > N° de técnicas sin valor o con valor añadido negativo detectadas

Proyecto estratégico 6.2.

PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Sistemas de información y evaluación de resultados							
Gestión del conocimiento							
Gestión por objetivos							
Programas asistenciales transversales							
Optimización de recursos y eficiencia							
Reorganización funcional de la RSMNa							
Formación continuada							
Unidad Docente Multiprofesional							
Plan de Calidad de la RSMNa							
Participación de profesionales y usuarios.							
Nuevas infraestructuras y servicios							

Eje estratégico

VI Calidad técnica

Objetivo estratégico

VI.1 Impulsar la práctica clínica basada en la evidencia.

VI.2 Promover el desarrollo de herramientas de evaluación de la calidad

Responsables

Operativo:

Director Salud Mental

Técnico:

Director Salud Mental

Objetivos generales

- > Promoción de la salud mental de la población general y de grupos específicos
- > Prevención de los trastornos mentales
- > Erradicación del estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales
- > Mejora de la calidad de los servicios orientados a los ciudadanos y a la comunidad
- > Mejora de la efectividad y la resolución
- > Mejora de la eficiencia y la continuidad asistencial
- > Coordinación intrainstitucional
- > Coordinación interinstitucional
- > Mejora del desarrollo profesional
- > Desarrollo de la actividad docente
- > Fomento de la gestión del conocimiento científico y su aplicación a la práctica clínica
- > Fomento de la investigación en Salud Mental
- > Mejora de la gestión de la Red de Salud Mental (RSMNa)
- > Mejora de la organización general de la RSMNa
- > Mejora de la organización funcional de los servicios generalistas de la RSMNa
- > Mejora de la organización funcional de los servicios especializados de la RSMNa

Acciones y criterios a considerar

El Plan ha sido publicado a finales del 2011 y, en razón del número y diversidad de objetivos, ha sido necesario priorizar los siguientes objetivos generales de cara a su implementación:

- Mejora de la efectividad y la resolución
- Mejora de la eficiencia y continuidad asistencial
- Desarrollo de la actividad docente de la RSMNa
- Mejora de la gestión de la RSMNa
- Mejora de la organización general de la RSMNa
- Mejora de la organización funcional de los servicios generalistas de la RSMNa
- Mejora la organización funcional de los servicios especializados de la RSMNa

Las principales estrategias se han resumido en 11 Procesos Clave:

- Sistemas de información y evaluación de resultados
- Gestión del conocimiento
- Gestión por objetivos
- Programas asistenciales transversales
- Optimización de recursos y eficiencia
- Reorganización funcional de la RSMNa
- Formación continuada
- Unidad Docente Multiprofesional
- Plan de Calidad de la RSMNa
- Participación de profesionales y usuarios
- Nuevas infraestructuras y servicios

La única línea estratégica priorizada en su totalidad es la de “Organización y Gestión”

Criterios de evaluación

- > Programa implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > Porcentaje de personas en riesgo de una mala salud mental (GHQ-12) (ENS)
- > Tasa estandarizada de mortalidad por suicidio y lesiones autoinflingidas, y relacionada con drogas o alcohol
- > Prevalencia declarada de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales (medida percibida) (ENS)
- > Número de urgencias psiquiátricas en el CHN
- > % de personas que van a ingresar en los servicios psiquiátricos hospitalarios que cuyos dispositivos de salud mental comunitarios contactan con el hospital antes de los 7 días previos al ingreso
- > Pacientes que son seguidos a los 30 días tras un episodio de hospitalización por enfermedad mental
- > Tasa de ingresos en UHP y HD por cada CSM
- > Días de espera para ingreso en Hospital de Día y Unidades de Hosp Psiquiátrica
- > Estancia media en ingreso en Hospital de Día y Unidades de Hospital Psiquiátrica
- > Tasa de reingreso a los 30 días
- > Número de consultas post-hospitalización
- > Tasa de altas no programadas (involuntarias)
- > Tasa de suicidios durante el ingreso en las UHP
- > % de pacientes con TMG con evaluación de necesidades, con plan de cuidado individualizado y con “acuerdo terapéutico”
- > Tasa de derivación de AP a SM
- > Espera media y nº de pacientes en espera en los CSM
- > Número de pacientes con tiempos de espera superior a 30 días (Decreto de Garantías consulta externa)
- > Número de protocolos clínicos compartidos entre AP y SM
- > % de consultas de acto único en cada CSM
- > % de interconsultas no presenciales
- > % de DDD ISRS respecto al total de antidepresivos de 2ª generación
- > Ratio de profesionales especialistas sobre el total de profesionales
- > Número de proyectos de investigación financiados de salud mental cinco años

Proyecto estratégico 6.3.

CUIDADOS PALIATIVOS

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Horario ampliado atención continuada a pacientes en cuidados paliativos							
Realizar encuesta de satisfacción							
Evaluar cobertura e intensidad. Áreas de mejora							
Puesta en marcha de censo y registro único. CMBD							
Revisión Concierto con el Hospital San Juan de Dios							
Capacitación al cuidador principal							
Unidad de Paliativos en el área de Estella							

Eje estratégico

VI Calidad técnica

V Atención integrada

Objetivo estratégico

Responsables

Operativo:

Director de Atención Primaria

Técnico:

Jefa del Servicio de Planificación y

Gestión Sanitaria

Jefe del Servicio de Prestaciones y

Conciertos

Objetivos generales

- > Extender la atención de cuidados paliativos a todo tipo de procesos en situación terminal, tanto oncológicos como no oncológicos, y en todo el territorio de la Comunidad Foral
- > Generalizar y sistematizar la prestación de cuidados paliativos como actividad asistencial ordinaria y continuada de la atención primaria
- > Evaluar el grado de cobertura actual del servicio y la intensidad de utilización
- > Evaluar el grado de satisfacción de pacientes, familiares y profesionales del Atención Primaria con los servicios ofertados
- > Establecer nuevas áreas de mejora

Acciones y criterios a considerar

El desarrollo del proyecto contemplará al menos las siguientes acciones y criterios

- > Extender el programa a todas las personas en situación terminal con una expectativa de vida menor de 6 meses
 - Además de a los procesos oncológicos se deberá dar cobertura también a las fases finales de patologías crónicas como enfermedades neurológicas degenerativas, demencias, insuficiencias cardíacas, respiratorias, renales, y en general, en cualquier enfermedad en la que exista compromiso vital o situaciones de gran complejidad
- > Puesta en marcha de un censo único y compartido (abierto y permanente) en el que figuren todos los pacientes que cumplan los criterios de inclusión en el programa de Cuidados Paliativos con

independencia de los recursos que intervengan en su atención. Definir el conjunto mínimo de datos que se deben compartir (CMBD de Paliativos)

- > Puesta en marcha de una Unidad de Cuidados Paliativos en el área de Estella
- > Organización en horario ampliado de la atención continuada a los pacientes incluidos en cuidados paliativos por parte del personal de su propio equipo de atención primaria
- > Garantizar que todos los pacientes en situación de cuidados paliativos dispongan de
 - Un Plan de Cuidados Personalizado
 - Una Historia Clínica domiciliaria
 - Impresión de la historia clínica domiciliaria para dejarla en el domicilio del paciente
 - Diseñar la futura Historia Clínica Web compartida por todos los intervinientes en el proceso
 - Registro y pauta de tratamiento del dolor
 - Registro de la oferta de elaboración del Documento de Voluntades Anticipadas y en su caso acceso a una copia del mismo
 - Recomendaciones o pautas de actuación para el médico de urgencia y en relación al ingreso hospitalario
 - Registro de complejidad para identificar a los pacientes que necesitan valoración por ESAD
- > Revisión con el Departamento de Bienestar Social de la atención sociosanitaria que precisan los pacientes en Cuidados Paliativos
- > Diseño de un programa de capacitación al cuidador principal con metodología similar a la empleada en Autocuidado de crónicos
- > Seguimiento tanto de los profesionales de atención primaria como de los ESAD de su proceso físico, psicológico así como espiritual y de los familiares
- > Acceso telefónico y por interconsulta no presencial de los ESAD para los profesionales de atención primaria
- > Realizar una encuesta de satisfacción a una muestra significativa de pacientes, familiares y profesionales de atención primaria con los servicios ofertados
- > Evaluar el grado de cobertura actual del servicio y la intensidad de utilización y establecer nuevas áreas de mejora
- > Acceso a la hospitalización directa en centros de mediana y corta estancia
- > Revisión del Concierto con el Hospital San Juan de Dios

Criterios de evaluación

- > Programa implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > Prevalencia de pacientes en Cuidados Paliativos (CP) en Atención Primaria
- > Prevalencia de pacientes en CP con registro de dolor
- > Prevalencia de pacientes en CP con examen de la boca
- > Prevalencia de pacientes en CP que han elaborado un Documento de Voluntades Anticipadas (DVA)
- > Prevalencia de pacientes en CP con registro de complejidad
- > Prevalencia de pacientes en CP fallecidos en domicilio
- > Historia de seguimiento en domicilio en pacientes en Cuidados Paliativos Prevalencia de pacientes en CP que han tenido una visita conjunta de ESAD+médico AP.
- > Prevalencia de pacientes con informe de Oncología en que informa de la situación de CP
- > % de pacientes en cuidados paliativos con prescripción de opioides (referido a pacientes incluidos en el Plan de atención integral de cuidados paliativos)

Proyecto estratégico 7.1.

DIRECCIÓN PARTICIPATIVA POR OBJETIVOS

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Pactos gestión atención primaria nuevo modelo							
Pactos de gestión atención especializada							
Pactos gestión salud mental							
Definir criterios de ponderación general							
Incorporar objetivos de calidad del Proyecto 6.1							
Establecer objetivos comunes del sistema							

Eje estratégico

VII Compromiso profesional

Objetivo estratégico

VII.1 Promover una gestión clínica orientada a resultados

Responsables

Operativo:

Directora de RRHH

Técnico:

Jefe del Servicio de Estudios y Proyectos

Objetivos generales

- > Establecer pactos de gestión orientados a resultados, medidos en términos de calidad y coste y no tanto en términos de actividad
- > Asegurar que a partir del 2012 todos los equipos de atención primaria y centros y servicios de atención especializada y salud mental acordarán los pactos de gestión con las direcciones correspondientes

Acciones y criterios a considerar

Los pactos de gestión han de ser concebidos como el punto de encuentro entre las visiones de clínicos y gestores y tomarán en consideración los siguientes criterios

- > Los objetivos preferiblemente tendrán carácter plurianual (bianual o trienal) aunque el progreso se evaluará anualmente. Se definen objetivos a medio plazo y se señalan metas que deben alcanzarse en el presente año. Cada año tras la evaluación se redefinen las metas para el próximo ejercicio
- > Deben orientarse al logro de resultados y no tanto a la actividad
- > Deben ser medibles y medidos en términos de calidad integral (calidad técnica + calidad percibida + eficiencia)
- > Los indicadores de calidad serán los establecidos por el Proyecto 6.1 “Plan de evaluación y mejora de la calidad asistencial”
- > Los pactos de gestión incluirán objetivos de mínimos en materia de formación interna e investigación en coherencia con las estrategias de desarrollo profesional
- > Los criterios de evaluación han de estar predefinidos
- > La ponderación general que se asigna a los distintos componentes

de la calidad integral (calidad técnica, calidad percibida y eficiencia) debiera ser pactada y ser semejante en todos los centros del sistema

- > A fin de promover la atención integrada y la continuidad asistencial una parte de los objetivos serán comunes en todos los centros y ámbitos del sistema y estarán vinculados a las estrategias generales y a los procesos integrados definidos en este Plan Estratégico
- > En atención primaria los objetivos harán referencia al desarrollo de la cartera de servicios del plan de gestión y a los objetivos derivados de los proyectos vinculados al modelo asistencial. (Plan de Mejora, Mejora de la Capacidad de Resolución, Crónicos, etc.)
- > En atención especializada los pactos de gestión harán referencia al desarrollo de su propio Plan de Mejora vinculados al modelo asistencial y tendrán carácter específico según los diferentes servicios y áreas clínicas
- > Por su parte los pactos de gestión salud mental seguirán los criterios de su propio plan estratégico

Criterios de evaluación

- > Programa implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > % de Servicios con pactos de objetivos en cada ámbito (Primaria, Especializada, S. Mental, etc)
- > % de Servicios con pactos de objetivos evaluados en cada ámbito
- > Otros indicadores definidos tras la elaboración de los modelos de Pacto

Proyecto estratégico 7.2.

MEJORA DE LA PARTICIPACIÓN Y DE LA COMUNICACIÓN INTERNA

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Constituir juntas facultativas							
Crear Comités Técnicos y GTT's							
Nueva intranet del SNS-O							
Foros de debate							
Buzón de sugerencias y propuestas							
Evaluar la satisfacción profesional							

Eje estratégico

VII Compromiso profesional

Objetivo estratégico

VII.2 Promover la participación e implicación de los profesionales en la innovación y mejora continua.

VII.3 Mejorar la comunicación interna.

Responsables

Operativo:

Directora de RRHH

Técnico:

Directora de RRHH

Objetivos generales

- > Canalizar y promover la participación profesional a través de los órganos de consulta y asesoramiento formalmente establecidos. Ver Capítulo X
- > Promover y reconocer la implicación de los profesionales del SNS-O en grupos de mejora continua de los procesos y procedimientos
- > Desarrollar nuevos canales de comunicación bidireccional apoyados en las nuevas tecnologías y redes sociales.
- > Crear un buzón de sugerencias y propuestas
- > Evaluar de forma periódica la satisfacción profesional en los distintos centros y servicios del SNS

Acciones y criterios a considerar

El desarrollo del proyecto tomará en consideración los siguientes criterios y/o actuaciones

- > Canalizar y promover la participación profesional a través de los órganos de consulta y asesoramiento formalmente establecidos. Ver Capítulo X
 - Constituir juntas facultativas en cada uno de los ámbitos de gestión (CHN, Atención Primaria, Salud Mental, etc) como órganos generales de participación profesional para el desarrollo del nuevo Modelo de Atención
 - Crear comités técnicos para el asesoramiento y participación profesional en la definición y despliegue de los principales proyectos estratégicos a la búsqueda de soluciones no solo técnicamente adecuadas sino además suficientemente consensuadas-

Crear cuantos grupos técnicos de trabajo sean necesarios

- > Promover y reconocer, a través de los pactos de gestión, la implicación de los profesionales del servicio en grupos de mejora continua de procesos y procedimientos
- > Desarrollar nuevos canales de comunicación bidireccional apoyados en las nuevas tecnologías y redes sociales
 - Desarrollar e implantar una nueva intranet del SNS-O. que promueva la participación y la comunicación interna bidireccional con tecnologías de redes sociales
 - Crear un espacio específico en la Intranet dedicado al Nuevo Modelo que posibilite la participación en el diseño de los distintos “proyectos” de todos los profesionales interesados
 - Promover la utilización voluntaria de la mensajería electrónica SMS, **WhatsApp**, etc. para la comunicación personalizada y directa de noticias y eventos
 - Utilizar tecnologías **webcast** para la emisión de “píldoras” informativas en formato vídeo
- > Organizar, a propuesta de los órganos técnicos y de participación profesional, foros de debate específicos para divulgar y debatir los objetivos de los distintos proyectos
- > Crear un Buzón de Sugerencias y Propuestas
- > Evaluar de forma periódica la satisfacción profesional en los distintos centros y servicios del SNS-O y establecer objetivos de mejora

Criterios de evaluación

- > Programa implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > % unidades con sistemas de gestión de la calidad (ISO, autoevaluación EFQM, ETC.),
- > % Centros con Junta Facultativa para la mejora continua de los servicios y unidades
- > % de profesionales que participan en comisiones, comités, etc.
- > Nivel de satisfacción profesional con la organización y con otros servicios clínicos
- > Número de sugerencias planteadas por los profesionales a través del Buzón de Sugerencias

Proyecto estratégico 7.3.

MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE LOS RRHH

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Evaluación comparada de sistemas de información de RRHH							
Definición y alcance							
Pliegos y contratación							
Desarrollo e implantación							
Implantar la Oficina Virtual de RRHH							
Perfiles y competencias profesionales							
Revisar el marco legal							
Nuevas fórmulas de contratación							

Eje estratégico

VII Compromiso profesional

Objetivo estratégico

VII.2. Promover la participación e implicación de los profesionales en la innovación y mejora continua

Mejorar la gestión del personal

Responsables

Operativo:

Directora de RRHH

Técnico:

Directora de RRHH

Objetivos generales

- > Mejorar la eficiencia y los costes en materia de personal
- > Promover la tramitación telemática de las relaciones con los profesionales del SNS-O
- > Mejorar los sistemas de información para la gestión en materia de RRHH
- > Adecuar los perfiles y competencias profesionales a las nuevas estrategias y objetivos de intervención sanitaria
- > Revisar el marco legal para posibilitar la modernización de la gestión de los Recursos Humanos y el desarrollo de una estrategia proactiva y motivadora en materia de política de personal
- > Aplicar nuevas fórmulas de consolidación de plantillas para puestos y destinos en los que resulta muy difícil garantizar una cobertura o permanencia mínima
- > Reducir la rotación de personal que se produce en determinados puestos y estamentos

Acciones y criterios a considerar

- > Diseñar e implantar la Oficina Virtual de RRHH dirigida a canalizar las relaciones con los profesionales del SNS-O con la siguiente finalidad
 - Garantizar la actualización permanente del registro de profesionales del SNS-O
 - Tramitación telemática de las relaciones con los profesionales del SNS-O

- Facilitar la inscripción directa en procesos de personal: selección temporal, promoción profesional, ofertas de empleo público, movilidad, carrera profesional, provisión
- Curriculum en un solo lugar
- Información precisa sobre baremos
- Reutilización de méritos en cada proceso
- Actualización permanente de datos y mejora de su fiabilidad
- Solicitud y emisión de certificaciones de vacaciones, de desplazamientos y dietas
- Solicitud y gestión de formación, cursos y congresos
- > Actualizar los sistemas de información para la gestión en materia de RRHH. El desarrollo del proyecto se basará en estas fases principales:
 - Evaluación comparada
 - Definir las bases y alcance del sistema de información de RRHH
 - Elaboración de pliegos y contratación
 - Desarrollo e implantación
- > Revisar los perfiles y competencias profesionales y adecuarlos a las nuevas estrategias y objetivos de intervención sanitaria
- > Revisar el marco legal

Criterios de evaluación

- > Programa implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > % de puestos de trabajo con perfiles y competencias actualizados
- > Procesos de selección de personal en que se han teniendo en consideración la acreditación de competencias
- > % evolución del Capítulo I
- > % que representa el Capítulo I sobre el total del gasto sanitario público
- > % de tramitación telemática de expedientes

Proyecto estratégico 8.1.

UNIFICACIÓN DE SERVICIOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO (CHN)

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
M.Preventiva, Admisión/Atención Paciente							
Laboratorios, Radiología, Hematología							
Cirugía Ortopédica y Traumatología, ORL							
Neurología, Aparato Digestivo, Psiquiatría							
Neumología, Oftalmología, Urología, U.Críticos							
Anestesia, Farmacia y Anatomía Patológica							
Ordenación guardias CHN en servicios unificados							
Ordenación Pase de Visita							

Eje estratégico

VIII Ordenación de recursos

Objetivo estratégico

Responsables

Operativo:

Gerente del Centro Hospitalario de Navarra

Técnico:

Directora Médico Asistencial del Centro Hospitalario de Navarra

Objetivos generales

- > Unificar los servicios médicos de los antiguos hospitales de Navarra y Virgen del Camino buscando una mayor eficiencia de los recursos tanto humanos como materiales y la mejora de su capacitación técnica, a través de su organización en unidades funcionales y en su caso en áreas clínicas
- > Establecer el nuevo Complejo Hospitalario como referencia asistencial de la región sanitaria y modelo del nuevo sistema organizativo
- > Reorganizar los equipos de dirección, planificación estratégica, información, control del gasto, cartera de servicios, etc.
- > Analizar y proponer para cada una de las unidades asistenciales, contempladas como verdaderos centros de responsabilidad, el esquema organizativo que mejor se adapte a los objetivos de mejora de la calidad asistencial y de la eficacia de la unidad desde el punto de vista de las inversiones, la tecnología y los recursos humanos
- > Adecuar la masa crítica asistencial de las unidades y servicios e impulsar y racionalizar el desarrollo e implantación de nuevas tecnologías a fin de eliminar las duplicidades actualmente existentes
- > Orientar la nueva organización a logro de la máxima eficacia, homogeneidad y calidad en el cuidado del paciente (buenas prácticas médicas)
- > Reordenar las guardias de servicios en el Complejo Hospitalario de Navarra

Acciones y criterios a considerar

Los fines de la unificación serán los definidos en el propio Decreto Foral 19/2010, de 12 de abril, por el que se crea el Complejo Hospitalario de Navarra

- > Mejorar la eficiencia desde el punto de vista asistencial
- > Eliminar las duplicidades actualmente existentes en las estructuras de los centros que lo integran
- > Garantizar una mayor homogeneidad y calidad en la atención asistencial
- > Mejorar la eficiencia en la utilización de las inversiones, la tecnología
- > Optimizar los recursos humanos: evitar ineficiencias y duplicidades, aminorar el gasto en los servicios de guardia hospitalaria, etc
- > Adecuar la masa crítica asistencial de las unidades y servicios
- > Impulsar y racionalizar el desarrollo e implantación de nuevas tecnologías

Para cada una de las unidades asistenciales, contempladas como verdaderos centros de responsabilidad, se deberá analizar y proponer el esquema organizativo que mejor se adapte a los objetivos de mejora de la calidad asistencial y de la eficacia de la unidad

El nuevo centro hospitalario actuará como referencia asistencial de la región sanitaria y modelo del nuevo sistema organizativo

El desarrollo del proyecto se basará en las siguientes fases principales

- > Primer Semestre 2012: Hematología, Neurología, M.Preventiva, Admisión/At.Paciente, Laboratorios, Radiología, Ap. Digestivo, Cirugía Ortopédica y Traumatología, ORL, Psiquiatría
- > Segundo Semestre 2012: Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Oftalmología, Urología, U.Críticos, Anestesia, Farmacia y Anatomía Patológica
- > Reorganizar los equipos de dirección, planificación estratégica, información, control del gasto, cartera de servicios, etc.
- > Reordenar las guardias de servicios en el Complejo Hospitalario de Navarra

Criterios de evaluación

- > Programa implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > % y número de servicios clínicos integrados

Proyecto estratégico 8.2.

UNIFICACIÓN DE LABORATORIOS

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Convocatoria / Adjudicación del concurso							
Dotación material en ubicación provisional							
Diseño e implantación Área de Gestión de Laboratorio							
Reorganización del personal							
Inauguración Laboratorio Central							
Laboratorios de respuesta rápida							
Obras ubicación definitiva							
Reubicación definitiva							

Eje estratégico

VIII Ordenación de recursos

Objetivo estratégico

Responsables

Operativo:

Gerente del Centro Hospitalario de Navarra

Técnico:

Subdirectora de Servicios Centrales del Centro Hospitalario de Navarra

Objetivos generales

Unificar los laboratorios asistenciales del Servicio Navarro de Salud incrementando su masa crítica con el fin de mejorar de manera simultánea su eficiencia y sus posibilidades de especialización y cualificación técnica. Los objetivos que se pretenden lograr con ello son los siguientes

- > Racionalizar los servicios prestados por los laboratorios
- > Mejorar la utilización de los recursos disponibles
- > Optimizar y estandarizar los procesos reduciendo las actividades sin valor
- > Aprovechamiento de sinergias y obtención de economías de escala
- > Potenciar el desarrollo profesional y el conocimiento científico del personal de los laboratorios
- > Facilitar la renovación tecnológica
- > Incrementar la seguridad y la trazabilidad
- > Facilitar la gestión económica global de la prestación analítica
- > Controlar las posibles desviaciones de gasto respecto a los presupuestos asignados
- > Establecer un catálogo único de prestaciones, con carteras de servicios específicas para cada centro y laboratorio, según criterios clínicos, técnicos y económicos
- > Simplificar los circuitos de muestras

Acciones y criterios a considerar

Laboratorio Central

- Será el laboratorio de referencia para el conjunto del Sistema Sanitario Público Navarro y estará ubicado en las dependencias del Complejo Hospitalario de Navarra (Pamplona)
- Asumirá la actividad de los laboratorios del Hospital Virgen del Camino, Hospital de Navarra, Centro Sanitario Dr. San Martín y Clínica Ubarmin, así como la actividad correspondiente a la atención primaria de toda la Comunidad Foral
- Será un laboratorio altamente automatizado y especializado que además de las pruebas básicas de rutina, realizará las pruebas más especializadas y de mayor complejidad
- Las muestras de atención primaria, con carácter general, serán directamente enviadas al laboratorio central
- Será el laboratorio de referencia para la incorporación de nuevos parámetros y actuará como coordinador del conjunto de laboratorios, tanto en lo relativo a la mejora de procesos como al aseguramiento de la compatibilidad y fiabilidad de los resultados entre centros

Laboratorios de respuesta rápida

- Existirán dos laboratorios de respuesta rápida, que se ubicarán en los hospitales Reina Sofía de Tudela y García Orcoyen de Estella
- Asumirán las pruebas urgentes, las de los pacientes hospitalizados, las correspondientes a la actividad de consultas de los propios hospitales y aquellas que requieran una respuesta rápida y que, por tanto, no sean susceptibles de derivación al laboratorio central
- Los sistemas analíticos serán compatibles con los del laboratorio central
- La Clínica Ubarmin contará con un “punto de atención” con validación clínica desde el Laboratorio Central

Dotación y gestión de personal

- La integración del actual personal de los diferentes laboratorios en el laboratorio unificado y en los laboratorios de respuesta rápida, se realizará de forma que respetando los derechos del personal, la plantilla se adapte en número y competencias al nuevo esquema organizativo y técnico, en el que las economías de escala, la robotización, y la centralización son nuevas condiciones de costo efectividad
- La gestión del Laboratorio unificado se basará en premisas de gestión clínica, para lo cual a lo largo del primer año de funcionamiento, se diseñará e implementará el Área de Gestión del Laboratorio Unificado de Navarra

Contratación de los medios materiales

- La dotación de los medios materiales necesarios para atender la demanda analítica de los hospitales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea se realizará por concurso mediante un acuerdo marco a un solo proveedor por lote, para el suministro de reactivos, la dotación de equipamiento, así como los tubos de extracción y los laboratorios externos para la realización de las pruebas analíticas, tanto para el laboratorio de rutina como para los laboratorios de respuesta rápida
- La naturaleza del contrato mediante el cual el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea pretende dotar de equipamiento tecnoló-

Criterios de evaluación

- > Programa implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > Evolución del nº de técnicas y determinaciones disponibles en el catálogo de prestaciones incluidas en la cartera de servicios del laboratorio
- > Evolución del gasto total y del coste medio por prueba analítica
- > Errores detectados en datos de laboratorio en los últimos dos años
- > Test médicos duplicados
- > Otros indicadores específicos de calidad técnica
- > Indicadores específicos de seguridad y trazabilidad
- > Evolución de la desviaciones presupuestarias
- > Tiempos medios de disponibilidad de resultados según tipos de pruebas

gico avanzado a sus laboratorios para la prestación de servicios sanitarios requiere que la relación con la empresa adjudicataria no sea meramente comercial, sino de verdaderos proveedores/aliados estratégicos que colaboren, se impliquen y compartan los objetivos y resultados del servicio de salud

- El valor máximo estimado del contrato de suministro de reactivos, material y equipos necesarios para los laboratorios clínicos de Navarra, con todas sus posibles prórrogas (cuatro años) asciende a la cantidad de 30.000.000,00 euros (IVA excluido)

Proyecto estratégico 8.3.

PLAN DE CONCIERTOS

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Definición de alcance, pliegos y contratación							
Lanzamiento del proyecto							
Análisis y diseño estratégico de conciertos							
Nuevo plan de conciertos							

Eje estratégico

VIII Ordenación de recursos

Objetivo estratégico

Responsables

Operativo:

Director de Atención al Paciente

Técnico:

Jefe del Servicio de Prestaciones y
Conciertos

Jefe del Servicio de Estudios y Proyectos

Objetivos generales

- > Desarrollar el Plan de Conciertos del SNS-O, que marque la estrategia de concertación para los próximos años
 - Establecer los criterios para la prestación de servicios con medios propios o concertados buscando la máxima eficiencia en la utilización de recursos y optimizando la gestión de los centros propios
 - Estimar el volumen y tipo de servicios que se prevé contratar
 - Definir los posibles modelos de concertación a utilizar
 - Clarificar el marco jurídico de los nuevos conciertos y contratos, sus objetivos y la forma de contratación
 - Definir una política de precios e indicadores de calidad
 - Revisar los sistemas de control de gestión
 - Establecer los criterios de revisión de los conciertos vigentes

Acciones y criterios a considerar

Para la elaboración del Plan de Conciertos, la Dirección del SNS-O se apoyará en una asistencia técnica externa

Para fijar los criterios para la prestación de servicios con medios propios o concertados se tomarán en consideración los siguientes principios

- > Subsidiaridad. Se atenderán en los centros concertados aquellos servicios y prestaciones que
 - no puedan prestarse en los centros del SNS por razones de exceso de demanda

- sean precisos para evitar excesivas listas de espera y cumplir la normativa vigente
- eviten al SNS-O de un exceso de recursos propios para atender una demanda no estable
- > Complementariedad. Cuando se hace preciso emplear técnicas o servicios no disponibles en los centros propios
- > Eficiencia. Cuando se considera que determinados servicios pueden ser prestados de una manera más eficiente, de manera estable y continuada, por el sector privado
- > Otros

Para establecer los criterios para la prestación de servicios con medios propios o concertados ello se tomarán en consideración los siguientes planes e informes previos

- Los planes sanitarios de carácter estratégico tales como el Plan de Salud de Navarra, el presente documento de Estrategia de Sostenibilidad, así como los planes estratégicos de mejora y de gestión de los distintos ámbitos y centros de atención especializada, atención primaria y salud mental del SNS-O
- Las previsiones de evolución demográfica y prevalencia de enfermedades crónicas
- Las infraestructuras propias del SNS-O y las previsiones de puesta en funcionamiento de nuevos centros y servicios durante los próximos años
- Los concertos existentes en la actualidad
- Los informes de la Cámara de Comptos de Navarra sobre esta materia
- Las disposiciones legales relacionadas con la materia

Criterios de evaluación

- > Programa implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > % del Presupuesto total destinado a concertos
- > Diferencial de costes propios Vs tarifas concertadas
- > Indicadores de seguimiento de calidad de la actividad concertada. (Similares a los establecidos para centros propios)

Proyecto estratégico 9.1.

ESTRATEGIA INTEGRAL DE GESTIÓN CLÍNICA DEL CONOCIMIENTO

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Acceso remoto a biblioteca virtual y a productos de síntesis (UpToDate, etc)							
Formalizar nuevas estructuras y responsabilidades en gestión del conocimiento.							
Crear espacios web temáticos y con acceso remoto							
Estructurar la formación interna							
Desarrollo progresivo de herramientas de ayuda en historia clínica 2.0							
Definir servicios de ayuda al clínico por áreas temáticas							
Diseño general del sistema de información específico de las áreas temáticas							
Experiencia piloto en Salud Mental y Área del Corazón							
Implementación de servicios y sistemas específicos en el resto de áreas							

Eje estratégico

IX Desarrollo profesional

Objetivo estratégico

Responsables

Operativo:

Directora del Servicio de Investigación,
Innovación y Formación

Técnico:

Jefa de la Sección de Investigación y
Gestión del Conocimiento

Objetivos generales

- > Garantizar a los profesionales del sistema sanitario público de Navarra la información científica relevante para su actividad clínica, docente y/o investigadora
- > Impulsar la Práctica Clínica Basada en la Evidencia (MBE, EBE, GBE, etc), acercando en lo posible el conocimiento al momento de la toma de decisión clínica
- > Proveer herramientas de ayuda al clínico vinculadas a la Historia Clínica 2.0
- > Facilitar la revisión y actualización permanente del conocimiento mediante el acceso presencial y remoto a fuentes de productos de síntesis, sinopsis, guías de práctica clínica, etc.
- > Impulsar la creación de “Comunidades de Práctica profesional” por áreas temáticas
- > Dotar de manera progresiva a las distintas áreas temáticas (áreas clínicas, etc.) de los servicios de apoyo necesarios para una gestión específica de su área de conocimiento
- > Incrementar la cobertura y el número de accesos a la Biblioteca Virtual (revistas científicas y otras fuentes primarias) garantizando a todos los sanitarios un acceso gratuito a la misma, tanto desde su puesto de trabajo como desde su propio domicilio mediante acceso remoto
- > Promover y estructurar la formación interna y dotarla de los instrumentos de apoyo requeridos (sistemas webcast, formación online compartida, redes sociales etc.)

Acciones y criterios a considerar

El desarrollo del proyecto contemplará las siguientes actuaciones y criterios

- > Concebir la gestión de conocimiento como la base del Proyecto Profesional de Gestión Clínica y constituida por sistemas, instrumentos y servicios que favorezcan el conocimiento compartido y promuevan la formación interna en el seno del equipo
- > Impulsar el desarrollo autónomo de la gestión del conocimiento por áreas temáticas (ámbitos y áreas clínicas)
- > Establecer los elementos estructurales generales de los que deberá irse dotando cada área temática y que determinan el nuevo modelo propuesto de gestión del conocimiento
 - Regular y formalizar nuevas estructuras y responsabilidades en gestión del conocimiento a modo de nuevo organigrama técnico de liderazgo clínico: Responsables de gestión del conocimiento del área temática, comités de innovación y gestión del conocimiento, Comunidades de prácticas, etc.
 - Creación de “Comunidades de práctica profesional” específicas del área temática a modo de “Espacios Web del Conocimiento” o portal profesional. Garantizar acceso tanto en Intranet como mediante acceso remoto de Internet
 - Proveer herramientas de ayuda al clínico vinculadas a la Historia Clínica 2.0 (ver Proyecto 10.1): Protocolos informatizados específicos del área temática que permitan el registro sistemático de datos para la evaluación de los resultados clínicos, acceso directo a productos de síntesis y algoritmos de decisión, etc.
 - Definir y organizar nuevos servicios específicos de ayuda al clínico
 - *Usuarios expertos en informática clínica para el desarrollo de protocolos informatizados y herramientas de ayuda vinculadas a la Historia Clínica*
 - *Servicios de data manager para el mantenimiento y actualización de los sistemas de información, selección de indicadores, mantenimiento de los cuadros de mandos clínicos, minería de datos y apoyo a la investigación*
 - *Usuarios expertos en gestión de conocimiento, ayuda en la búsquedas bibliográficas y de evidencia, gestión documental, mantenimiento del espacio web de la comunidad de prácticas ,tecnologías de divulgación y redes sociales, y apoyo en la organización de actividades de formación*
 - Configuración de sistemas de información específicos por áreas temáticas: Registros por procesos vinculados a la historia clínica, sistemas de codificación, integración de bases de datos específicas, indicadores de resultados
 - Estructurar y promover la formación interna y dotarla de los instrumentos de apoyo requeridos: Planes de formación acreditados, sistemas webcast, y formación online compartida, etc.
- > Completar la estructura actual de atención primaria, urgencias y Alergología cuyo modelo de gestión del conocimiento está adecuadamente orientado y bastante desarrollado
- > Dotar de manera progresiva a las distintas áreas temáticas de los servicios de apoyo necesarios para una gestión autónoma priorizando la salud mental y las áreas clínicas actuales o que se vayan constituyendo en el Complejo Hospitalario de Navarra
- > Estructurar la información de manera piramidal y jerarquizada de manera que se facilite un acceso inmediato al grado de detalle idóneo y con la agilidad requerida en cada caso: Fuentes primarias: estudios originales, revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica, sistemas de ayuda a la toma de decisiones clínicas, etc.

Criterios de evaluación

- > Programa implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > Evolución de la cobertura de la Biblioteca Virtual
- > Evolución del número de accesos a revistas científicas y otras fuentes primarias
- > Porcentaje de profesionales con acceso a “Espacios Web del Conocimiento” temático
- > Evolución del número de protocolos informatizados
- > % de Servicios que disponen de indicadores de resultados clínicos
- > Nº de áreas temáticas que cuentan con una estructura específica básica de Gestión del Conocimiento
- > Nº de áreas temáticas que cuentan con una estructura específica avanzada de gestión del conocimiento
- > % de unidades de gestión clínica con planes de formación interna acreditados .

- > Garantizar el acceso gratuito tanto desde su puesto de trabajo como mediante acceso remoto desde su propio domicilio a la Biblioteca Virtual y a las distintas fuentes de productos de síntesis, sinopsis, sumarios, guías de práctica clínica, etc. (UpToDate, Clinical Evidence, Fistera, NICE Pathways, Cochrane Library Plus, etc.)

Proyecto estratégico 9.2.

PLAN PLURIANUAL DE FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Mapa de competencias profesionales por perfiles							
Plan plurianual de formación							
Nuevos Convenios Docentes con las universidades navarras							
Planificación de plataformas e infraestructuras conjuntas (simulación, etc)							
Acuerdos con CCAA's de una oferta online eficiente y de calidad							
Acreditación de competencias avanzadas							
Autoevaluación del desempeño profesional							

Eje estratégico

IX Desarrollo profesional.

Objetivo estratégico

Responsables

Operativo:

Directora del Servicio de Investigación,
Innovación y Formación

Técnico:

Jefa de la Sección de Investigación y
Gestión del Conocimiento

Objetivos generales

- > Elaborar el mapa de nuevas competencias de los distintos perfiles profesionales derivadas de las nuevas prioridades y necesidades emergentes
- > Elaborar un plan plurianual de formación que priorice el desarrollo de las nuevas competencias preestablecidas y sea coherente con los nuevos perfiles profesionales definidos por el SNS-O
- > Adecuar las estrategias y metodologías formativas a los nuevos objetivos docentes aprovechando al máximo las oportunidades que brindan las nuevas tecnologías
- > Establecer criterios para la autoevaluación del desempeño profesional
- > Establecer criterios y procedimientos de acreditación de competencias avanzadas

Acciones y criterios a considerar

El desarrollo del proyecto se basará en las siguientes fases principales:

- > Identificar competencias avanzadas vinculadas a los objetivos estratégicos, con especial atención a las derivadas de la gestión clínica y del conocimiento y a las necesidades de los programas de gestión de casos
- > Elaborar el mapa de nuevas competencias profesionales de los distintos perfiles profesionales derivadas de las nuevas prioridades y necesidades emergentes
- > Elaborar un plan plurianual de formación que priorice el desarrollo de las nuevas competencias profesionales preestablecidas y sea coherente con los nuevos perfiles profesionales definidos por el SNS-O

- > Adecuar las estrategias y metodologías formativas a los nuevos objetivos docentes aprovechando al máximo las oportunidades que brindan las nuevas tecnologías
 - Autoformación y formación online
 - Utilización de las redes sociales
 - Utilización de técnicas de simulación
- > Creación de alianzas con las principales instituciones sanitarias y universitarias de Navarra para el desarrollo de la estrategia de formación. Elaboración de nuevos Convenios
 - Colaboración en estudios de pregrado y especialización
 - Orientación y cooperación en el desarrollo de estudios de postgrado
 - Planificación conjunta, a medio y largo plazo, de plataformas formativas e infraestructuras docentes y técnicas de simulación.
 - Etc.
- > Creación de alianzas con otras CCAA para el desarrollo de una oferta docente online eficiente y de calidad
- > Promover la elaboración de planes de desarrollo de competencias por áreas temáticas
- > Establecer criterios y procedimientos de acreditación de competencias avanzadas
- > Establecer criterios y procedimientos para la autoevaluación del desempeño profesional

Criterios de evaluación

- > Programa implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > Promedio de horas docentes anuales recibidas por cada 100 profesionales (por estamentos)
- > % de horas docentes impartidas en modalidad online
- > % de horas docentes impartidas en modalidad de simulación
- > N° de perfiles profesionales que cuentan con un mapa definido de competencias profesionales
- > N° de profesionales con competencias acreditadas (por estamentos)
- > N° de profesionales con competencias avanzadas acreditadas (por estamentos)
- > % de actividades docentes del Plan anual de Formación Continuada orientadas por competencias
- > N° de centros o servicios con autoevaluación de competencias

Proyecto estratégico 10.1.

HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA 2.0

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Extender ATENEA en todos los ámbitos de atención primaria							
Extender la historia de salud electrónica (HSE) de atención especializada en entorno único							
Extender IRATI en todos los ámbitos de atención especializada							
Incorporar petición electrónica en la HSE de atención especializada							
Incorporar planes de cuidados en HSE de Enfermería de atención especializada							
Despliegue de la imagen digital							
Despliegue de la receta electrónica							
Despliegue del módulo de farmacia hospitalaria							
Sistemas de entornos específicos: UCIs, Urgencias, Genética etc.							
Integración de herramientas de ayuda al diagnóstico							
Integración de herramientas de uso racional de medicamentos							
Desarrollo e integración de taxonomías diagnósticas							
Desarrollo de protocolos informatizados de procesos integrados							

Eje estratégico

I Tecnologías y sistemas de información

Objetivo estratégico

Responsables

Operativo:

Director de Organización, Gestión
Asistencial y Sistemas de Información

Técnico:

Jefe Servicio Sistema Información
Sanitaria

Objetivos generales

- > Extender la Historia de Salud Electrónica a todos los ámbitos, centros, servicios, estamentos y profesionales del Sistema
- > Generalizar el uso por todos los profesionales de la Historia de Salud Electrónica en las consultas médicas y de enfermería, incluido el ámbito ambulatorio especializado y de salud mental
- > Incorporar las funcionalidades de petición electrónica
- > Incorporar las funcionalidades de planes de cuidados
- > Despliegue de la imagen digital en todos los ámbitos del SNS-Osasunbidea
- > Despliegue de la receta electrónica en todos los ámbitos del SNS-Osasunbidea
- > Despliegue del módulo de farmacia hospitalaria en todos los hospitales del SNS-Osasunbidea
- > Desarrollo e integración de sistemas de información de entornos específicos: UCIs, Urgencias, Genética etc.
- > Desarrollo e integración en la Historias de Salud Electrónica de herramientas de ayuda al diagnóstico y de ayuda al uso racional de medicamento.
- > Desarrollo e integración de taxonomías diagnósticas de fácil manejo para los clínicos
- > Desarrollo de protocolos informatizados de procesos integrados que garanticen la continuidad de la atención

Acciones y criterios a considerar

El desarrollo del proyecto se basará en estas fases principales:

- > Extender la Historia de Salud Electrónica de Atención Primaria ATENEA en todos los ámbitos de atención Primaria
- > Extender la Historia de Salud Electrónica de Atención Especializada en todos los ámbitos de atención especializada y en un único entorno
- > Extender la Historia de Salud Electrónica de Enfermería de Atención Especializada en todos los ámbitos de atención especializada
- > Incorporar las funcionalidades de petición electrónica, prescripción en la HSE de AE
- > Incorporar las funcionalidades de planes de cuidados en la HSE de Enfermería de AE
- > Despliegue de la imagen digital en todos los ámbitos del SNS-Osasunbidea
- > Despliegue de la receta electrónica en todos los ámbitos del SNS-Osasunbidea
- > Despliegue del módulo de farmacia hospitalaria a todos los hospitales del SNS-Osasunbidea
- > Desarrollo e integración de sistemas de información de entornos específicos: UCI, Urgencias, Genética etc.
- > Desarrollo e integración en las Historias de Salud Electrónica de herramientas de ayuda al diagnóstico
 - Protocolos informatizados que permitan el registro sistemático de datos para la evaluación de los resultados clínicos
 - Acceso directo a productos de síntesis y algoritmos de decisión
 - Sistemas expertos, recordatorios, sistemas de alarma y seguridad, listas de comprobación, perfiles de pacientes, etc.
- > Desarrollo e integración en las Historias de Salud Electrónica de herramientas de ayuda al uso racional del medicamento: guías farmacoterapéuticas, interacciones medicamentosas, contraindicaciones etc.
- > Desarrollo e integración de taxonomías diagnósticas de fácil manejo para los clínicos
- > Desarrollo de protocolos informatizados de procesos integrados

Criterios de evaluación

- > Programa implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > Implantación de Historia Clínica Informatizada (HCI) en consultas externas: % de episodios clínicos de consultas externas registradas en HCI en relación al nº total de consultas hospitalarias realizadas
- > Implantación de (HCI) en urgencias
- > Implantación de HCI módulo pruebas analíticas
- > Implantación de imagen digital
- > Implantación de receta electrónica en atención primaria y especializada

Proyecto estratégico 10.2.

GESTIÓN ADMINISTRATIVA INTEGRAL DEL PACIENTE

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Base de datos única de ordenación sanitaria							
Base de datos única de ciudadanos/clientes							
Base de datos única de cartera de servicios							
Base de datos única de citación							

Eje estratégico

I Tecnologías y sistemas de información

Objetivo estratégico

Responsables

Operativo:

Director de Organización, Gestión
Asistencial y Sistemas de Información

Técnico:

Jefe Servicio Sistema Información
Sanitaria

Objetivos generales

- > Integrar los cuatro subsistemas de información de ordenación de salud, que sustentan el funcionamiento integrado y ordenado del resto de sistemas de información sanitaria
- > Crear una Base de datos única de ordenación sanitaria
- > Crear una Base de datos única de ciudadanos/clientes que ha sido cliente del Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea o que es susceptible de serlo.
- > Crear una Base de datos única de cartera de servicios
- > Crear una Base de datos única de citación

Acciones y criterios a considerar

El planteamiento de un nuevo modelo asistencial requiere la integración de los distintos subsistemas que son la base para el funcionamiento de los sistemas clínicos de atención

El desarrollo del proyecto contemplará las siguientes acciones y se basará en los siguientes criterios

- > Crear, evolucionar y extender una Base de datos única de ordenación sanitaria en la que se integren todos los recursos físicos, materiales y humanos de la red asistencial junto a la información referida a las diferentes ordenaciones a que están sometidos
- > Crear, evolucionar y extender una Base de datos única de ciudadanos/clientes en la que se integren los distintos sistemas de información actuales que contienen identificación demográfica y de filiación de la población que ha sido cliente del Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea o que es susceptible de serlo

- Tarjeta Sanitaria Individual emitida a las personas con algún derecho de prestación sanitaria en Navarra
- Historias clínicas de la población diferenciada por Zonas Básicas de Salud de AP y su relación con TIS como oficinas de tramitación y gestión de tarjetas
- Historias clínicas de pacientes atendidos en el nivel especializado
- > Crear, evolucionar y extender una Base de datos única de cartera de servicios en la cual figuren todos los servicios y prestaciones sanitarias que el Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea puede proporcionar a sus clientes unificando las distintas codificaciones de servicios, prestaciones, agendas, etc.
- > Crear, evolucionar y extender una Base de datos única de citación para normalizar los sistemas de asignación de citas con fecha y hora conocida, a un paciente determinado dentro de una agenda perteneciente a un recurso físico o profesional del SNS-O, para la prestación de un servicio asistencial determinado a un cliente del Servicio de Salud

Criterios de evaluación

- > Programa implementado conforme a los hitos preestablecidos

Proyecto estratégico 10.3.

HERRAMIENTAS DE AYUDA: TELEMEDICINA Y CUADROS DE MANDO CLÍNICOS

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Selección de proyectos prioritarios de telemedicina							
Selección de proyectos prioritarios de sistemas expertos							
Oportunidades de Compra Pública Innovadora							
Puesta en marcha de proyectos de telemedicina							
Desarrollo de nuevos sistemas expertos							
Definición modelos de Cuadros de Mando Clínicos							
Puesta en marcha de Cuadros de Mando Clínicos							

Eje estratégico

I Tecnologías y sistemas de información

Objetivo estratégico

Responsables

Operativo:

Director de Organización, Gestión
Asistencial y Sistemas de Información

Técnico:

Jefe Servicio Sistema Información
Sanitaria

Objetivos generales

- > Impulsar y extender modelos de colaboración entre clínicos basados en plataformas de telemedicina tanto en forma sincrónica como diferida
- > Impulso de sistemas de gestión del conocimiento y sistemas expertos de ayuda a la toma de decisiones clínicas basadas en la mejor evidencia científica disponible
- > Desarrollar y poner a disposición de los clínicos, cuadros de mando clínicos orientados a los resultados y que permitan valorar la calidad de sus actuaciones permitiendo establecer áreas de mejora

Acciones y criterios a considerar

El desarrollo del proyecto contempla las siguientes fases

- > Selección de proyectos prioritarios de telemedicina vinculados a los proyectos estratégicos: crónicos, pluripatológicos, nuevas modalidades asistenciales, etc.
- > Selección de proyectos prioritarios de sistemas expertos que ayuden al clínico en su labor diaria y centrados preferentemente la prevención y detección de errores
- > Estudio de las nuevas oportunidades de colaboración con el sector empresarial que brinda los nuevos procedimientos administrativos de Compra Pública Innovadora para la puesta en marcha de ideas innovadoras en telecomunicaciones
- > Puesta en marcha de los proyectos de telemedicina
- > Desarrollo de los nuevos sistemas expertos

- > Definición modelos de Cuadros de Mandos Clínicos que cumplan los siguientes criterios
 - Vinculados a la Historia Clínica Electrónica
 - Estructurado por objetivos. Selecciona la información en función de su repercusión sobre los resultados
 - Estructurado por niveles. Sistemas de despliegue y zoom
 - Recogida automática de datos
 - Construcción automática del Cuadro de Mandos
 - Informaciones, sencillas y poco voluminosas
 - Sistemas visuales de colores que evidencian parámetros que no marchan. (Gestión por excepción)
- > Puesta en marcha de los nuevos cuadros de mando clínicos

Criterios de evaluación

- > Programa implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > N° de proyectos corporativos de telemedicina implantados (entre atención primaria y hospitales)
- > % de Servicios con cuadro de mando clínicos

Proyecto estratégico 10.4.

CONTABILIDAD ANALÍTICA Y GESTIÓN DE INGRESOS DE TERCEROS

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Bases del modelo del sistema de información de costes y precios							
Diagnóstico básico de situación y estrategia a seguir							
Mapa de costes productos y/o servicios concertados, contratados							
Mapa de costes productos y/o servicios propios							
Implementar contabilidad analítica							
Regular centros de responsabilidad de control de gestión							
Sistemas de presupuestación prospectiva							
Instrucciones de cobro a terceros							
Sistemas de ayuda para identificar terceros obligados al pago							

Eje estratégico

X Tecnologías y sistemas de información

Objetivo estratégico

Responsables

Operativo:

Director de Administración y Servicios
Generales

Técnico:

Subdirector de Gestión Económica

Objetivos generales

- > Diseñar e implantar en el SNS-O un sistema de contabilidad analítica homogéneo y transparente que provea información económica continua, completa, oportuna, rigurosa e independiente de la gestión, para atender a una triple finalidad
 - que sirva de instrumento para la gestión: control de gestión, acuerdos de gestión
 - que permita la tarificación de productos y servicios en base al coste real de los mismos
 - que sea de utilidad para la comparación evolutiva de costes y eficiencia y con otras instituciones del entorno
- > Establecer en cada centro de responsabilidad un sistema de control de gestión que incorpore automatismos y sistemas de alarma para la corrección de desviaciones con los objetivos propuestos
- > Mejorar los sistemas de presupuestación prospectiva de los distintos centros y servicios, tomando en consideración en todo o en parte, criterios de volumen de actividad prevista y realizada
- > Sentar las bases metodológicas de futuros sistemas de presupuestación capitativa corregidos por calidad de servicio y carga de enfermedad. (Ver Proyecto 3.4)
- > Incrementar el volumen de ingresos económicos por prestación de servicios a terceros, al mejorar la identificación de todos los usuarios o que deban abonar parcial o totalmente los servicios sanitarios a ellos prestados y al adecuar las tarifas al coste real de los diferentes servicios prestados

Acciones y criterios a considerar

El desarrollo del proyecto prevé las siguientes acciones y considerará los siguientes criterios

- > Establecer un diagnóstico básico de situación que permita concretar la estrategia y las tareas más urgentes a realizar
- > Evaluación comparada: entendemos que es fundamental repasar el panorama de los modelos de contabilidad analítica en uso en, al menos, el resto de gestores sanitarios de las CCAA y otros organismos y entidades de similar actividad, con el fin de tomar como referencia a los mejores y, en su caso, adaptar algunos de sus métodos, o estrategias
- > Definir sucintamente la estrategia a seguir para el desarrollo y las bases que configuren el modelo del sistema de información de costes y precios sanitarios, en el SNS-O
 - El modelo a construir, debe ser homogéneo y transparente
 - Debe proveer información económica, adecuada a la finalidad (gestión, tarificación, análisis concreto de actividad, comparación precios,...)
 - Debe recoger información continua, completa, oportuna, rigurosa e independiente de la gestión
 - Debe recoger todas las transacciones económicas del conjunto SNS-O (Si la información debe ser completa, este párrafo es redundante)
- > Elaborar un mapa de todos los productos y servicios sanitarios que concertamos, contratamos, o impulsamos mediante subvención, para conocer sus precios y costes expresados por los respectivos proveedores sanitarios
- > Elaborar un mapa de todos los productos / servicios sanitarios propios más relevantes en la producción en el orden interno: altas hospitalarias, urgencias, consultas, pruebas, etc
- > Desarrollar las fases y actividades previstas de acuerdo a la estrategia
 - Rehacer el mapa de centros de responsabilidad (CR), cómo consecuencia de los cambios en la estructura y de los procesos de fusión del complejo, por ejemplo
 - Determinar qué productos vamos a considerar como portadores de coste
 - Conocer costes primarios e imputarlos correctamente a cada CR así como su producción. Se obtendrán costes unitarios
 - Establecer determinados indicadores de eficiencia económica, de manera continua y transparente
 - Establecer nuevas tarifas
- > Incrementar el volumen de ingresos económicos por prestación de servicios a terceros
 - Adecuar al coste real la tarificación de los diferentes servicios prestados a terceros
 - Dictar instrucciones y establecer sistemas semiautomáticos de ayuda para la identificación de todos los usuarios o que deban abonar parcial o totalmente los servicios sanitarios a ellos prestados por el SNS-O
 - Mejorar los sistemas de facturación y reducir la tasa de impagados en periodo voluntario, con la colaboración del Servicio de Recaudación de la Hacienda de Navarra
 - Identificar servicios prestados a entidades ajenas susceptibles de facturación y que actualmente se efectúan sin contraprestación económica o por una cuantía menor al coste real

Criterios de evaluación

- > Programa implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > Desviación presupuestaria
- > % del Gasto correctamente imputado
- > Coste medio hospitalario ajustado por casuística
- > Coste medio por día de hospitalización (en salud mental, hospitalización a domicilio...)
- > Coste medio por cribado de cáncer de mama
- > Coste medio por atención dental en niños
- > Coste medio por urgencia hospitalaria atendida
- > Gasto farmacéutico: posición de Navarra entre las CCAA con menor crecimiento
- > Evolución de los ingresos

Proyecto estratégico 10.5.

PROYECTO DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Mejora de la trazabilidad de accesos a la historia de salud clínica							
Expurgo y destrucción del archivo pasivo							
Programas de sensibilización y formación							
Reforzar el sistema de control de los accesos							
Sistemas de información anonimizada							

Eje estratégico

X Tecnologías y sistemas de información

Objetivo estratégico

Responsables

Operativo:

Director de Organización, Gestión Asistencial y Sistemas de Información

Técnico:

Jefe Servicio Sistema Información Sanitaria

Objetivos generales

- > Mejorar las herramientas que garanticen la confidencialidad de los datos clínicos de los ciudadanos atendidos por el Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea, sin perjuicio de garantizar su máxima disponibilidad para su finalidad diagnóstica y terapéutica
- > Mejorar el sistema de trazabilidad y reforzar el sistema de seguimiento y control de los accesos a la historia clínica
- > Sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la necesidad de motivar los accesos a datos clínicos personalizados

Acciones y criterios a considerar

El desarrollo del proyecto tomará en consideración los siguientes criterios

- > Revestir los accesos a la historia de salud clínica de motivación de accesos, sensibilizando a los profesionales sobre la necesidad de motivar dichos accesos con los menores inconvenientes posibles para el profesional en los procesos asistenciales
- > Hacer confluir las líneas de actuación de todos los órganos del Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea en documentos de seguridad interrelacionados para todos los elementos de sistemas de información que contengan datos de carácter personal
- > Las acciones de difusión sobre la obligación de preservar la confidencialidad de los datos clínicos, deben generalizarse, señalando la clara diferencia entre confidencialidad y secreto profesional
- > Tomar en consideración los criterios de expurgo de la Legislación Foral sobre expurgo y destrucción de patrimonio histórico documental

Las acciones previstas son las siguientes

- > Establecer documentos de seguridad interrelacionados
- > Revisar y actualizar el sistema de trazabilidad de los accesos a la historia de salud clínica tanto en atención primaria como en asistencia especializada
- > Desarrollar programas de sensibilización dirigidos a los profesionales sanitarios sobre la necesidad de motivar los accesos a datos clínicos personalizados y de garantizar la confidencialidad de los mismos
- > Desarrollar programas de formación sobre métodos, sistemas y responsabilidades en materia de seguridad de la información
- > Reforzar el sistema de seguimiento y control de los accesos a la historia clínica y aplicación de las sanciones oportunas en caso de detectarse actuaciones irregulares, con publicidad anonimizada
- > Desarrollo progresivo de sistemas de información anonimizada para compatibilizar la protección de datos de carácter personal con la adecuada evaluación de la calidad de los servicios, la gestión del conocimiento y la investigación clínica
- > Realizar un expurgo y archivo / destrucción del archivo pasivo de las historias clínicas en formato papel (que ya no tienen uso)

Criterios de evaluación

- > Programa implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > Elevación de un 15% de las historias clínicas sobre las que se realicen auditorías de los accesos habidos
- > Incremento de un 10% en la evolución de aplicaciones con datos de carácter personal sobre las que se puedan practicar seguimientos de accesos
- > Incremento de un 20% de las acciones formativas sobre la confidencialidad de la documentación clínica
- > Decremento de un 30% en los requerimientos derivados de la auditoría externa a practicar en los Sistemas de Información del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

Proyecto estratégico 11.1.

PUESTA EN MARCHA DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Puesta en marcha del nuevo CIB							
Dotación nuevas plataformas							
Consolidación del Biobanco							
Fomento de ensayos clínicos							
Convenio con Instituto de Salud Carlos III							

Eje estratégico

XI Investigación e innovación

Objetivo estratégico

Responsables

Operativo:

Director de la Fundación Miguel Servet

Técnico:

Directora de Gestión de la Fundación Miguel Servet

Objetivos generales

- > Puesta en marcha progresiva de un Centro de Investigación Biomédica integrado por investigadores altamente cualificados y dotado de plataformas tecnológicas avanzadas
- > Mejora de la gestión del Centro de Investigación Biomédica mediante la integración del mismo en la Fundación Miguel Servet
- > Creación de las alianzas y convenios oportunos enfocados a la mejora de la calidad y la eficiencia de la actividad investigadora de Navarra
- > Facilitar la participación en ensayos clínicos de los profesionales del SNS-O
- > Impulsar la transferencia de resultados a los centros, empresas interesadas y al público en general
- > Desarrollar programas para aumentar las donaciones económicas destinadas a investigación

Acciones y criterios a considerar

Las acciones y/o criterios previstos para el desarrollo del proyecto son las siguientes

- > Puesta en marcha progresiva de un nuevo centro de investigación biomédica dependiente de la Fundación Miguel Servet y bajo la denominación de "Navarra Biomed". Se ha establecido un plan a tres años para culminar ese proceso
- > Incorporación progresiva de investigadores altamente cualificados

- > Dotación de plataformas tecnológicas específicas de proteómica, genómica y metabolómica, biobanco y sala GMP para dar soporte a la investigación avanzada
- > Potenciación del biobanco de tejidos, específicamente destinado a la investigación. Tiene carácter centralizado y contará con nodulos periféricos en los distintos centros del Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea
- > Creación de las alianzas oportunas con el entorno científico y empresarial enfocadas a la mejora de la calidad y la eficiencia de la actividad investigadora de Navarra
- > Establecer convenio Instituto de Salud Carlos III para estabilización e intensificación de los investigadores
- > Potenciación de la Unidad de Ensayos Clínicos para impulsar este tipo de investigación entre los profesionales del SNS-O
- > Impulsar la transferencia de resultados a los centros, empresas interesadas y al público en general
- > Desarrollar programas para aumentar las donaciones económicas destinadas a investigación

Criterios de evaluación

- > Programa implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > 50. N° de documentos de producción científica recogidos en Science Citation Index
- > 51. N° de solicitudes de patentes o modelos de utilidad y otros
- > 52. N° de ensayos clínicos desarrollados en los centros asistenciales del SNS
- > N° de acuerdos y alianzas firmados con el sector científico y empresarial
- > % de autofinanciación de la Fundación

Proyecto estratégico 11.2.

PROMOCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN EL SNS-O

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Programa de promoción de la investigación en el SNS-O							
Priorización, selección y asignación presupuestaria de acciones							
Programación de actividades y asignación de responsables							
Ejecución de las acciones							
Evaluación de indicadores de proceso							
Evaluación de indicadores de resultado							

Eje estratégico

XI Investigación e Innovación

Objetivo estratégico

Responsables

Operativo:

Directora del Servicio de Investigación,
Innovación y Formación

Técnico:

Jefe de la Sección de Investigación y
Gestión del Conocimiento
Directora de Gestión de la Fundación
Miguel Servet

Objetivos generales

- > Impulsar la investigación sanitaria en el seno del Servicio Navarro de Salud e incorporar objetivos de investigación a los pactos con los centros y servicios sanitarios
- > Precisar líneas prioritarias y formular retos de investigación en áreas clave para la mejora de la eficiencia y los resultados en salud del Sistema Sanitario
- > Aglutinar equipos estables de investigación en torno a las líneas prioritizadas
- > Desarrollar nuevos instrumentos de apoyo ad hoc para consolidar equipos y líneas estables de investigación
- > Promover de manera específica la investigación en atención primaria

Acciones y criterios a considerar

El desarrollo del proyecto contemplará actuaciones en los siguientes elementos

- > Lograr que la investigación sea percibida como un objetivo de las direcciones de los centros y servicios
 - Incluir objetivos de investigación en los pactos de gestión
 - Establecer criterios organizativos para incorporar la investigación a la actividad ordinaria del servicio
 - Revisar los sistemas de reconocimiento
- > Desarrollar estructuras específicas de investigación
- > Promover y consolidar equipos estables de investigación

- > Definir las líneas estratégicas de investigación
- > Establecer alianzas con universidades
 - Equipos de investigación conjuntos
 - Tesis doctorales
 - Etc
- > Potenciar de la formación en investigación
- > Bases de datos
 - Desarrollo progresivo de bases de datos anonimizadas
 - Herramientas de minería de datos
 - Servicios de gestión de datos
 - Procedimiento de datos de calidad
- > Definir nuevos criterios y bases para la convocatoria de becas
- > Potenciar los servicios de apoyo ofertados por la Fundación Miguel Servet
 - Información personalizada y digerida de convocatorias
 - Documentalistas
 - Asesoría metodológica
 - Asesoría estadística
 - Asesoría bioética
 - Apoyo en tramitación de proyectos
 - Reprografía
 - Etc
- > Promocionar la investigación en los especialistas en formación

Criterios de evaluación

- > Programa implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > N° de documentos de producción científica recogidos en Science Citation Index
- > N° y % de documentos de producción científica indexados
- > Factor de impacto de la producción científica
- > N° y % de artículos publicados en revistas que están dentro de los dos primeros cuartiles
- > N° y % de artículos publicados en revista que están dentro del primer decil
- > N° de artículos publicados con coautores extranjeros
- > Tesis defendidas
- > N° de solicitudes de patentes o modelos de utilidad y otros.
- > Importe de la financiación para investigación obtenida a través de ayudas o subvenciones públicas
- > Importe de la financiación privada obtenida para investigación
- > N° de proyectos solicitados
- > N° y % de proyectos que consiguen financiación en convocatorias competitivas
- > N° y % de proyectos solicitados por el SNS-O con calificación de la ANEP aceptable o superior
- > N° de grupos de investigación constituidos en alguna de las redes oficiales existentes
- > N° y % de grupos de investigación mixtos (más de una especialidad, más de un centro, más de una institución UPNA, UN...)
- > N° de innovaciones incorporadas a la práctica clínica
- > Transferencia de resultados (patentes solicitadas, licenciadas, spin-offs)
- > N° de nuevas colaboraciones con empresas a nivel de proyectos
- > N° de nuevas colaboraciones con empresas a nivel de plataformas

Cuando sea preciso los indicadores de producción se ajustarán en función del número de profesionales

Proyecto estratégico 11.3.

INNOVACIÓN Y GENERACIÓN DE IDEAS DESDE LOS PROFESIONALES

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Comité de Innovación Tecnológica en el CHNA							
Unidad Técnica de Innovación Tecnológica en el CHNA							
Sistema de detección de innovaciones							
Sistema de generación de ideas							
Canales de comunicación profesionales-empresas							
Prioridades de desarrollo tecnológico							
Selección de proyectos a promover							

Eje estratégico

XI Investigación e innovación

Objetivo estratégico

Responsables

Operativo:

Gerente del Centro Hospitalario de Navarra

Técnico:

Jefa de la Sección de Innovación y Evaluación

Objetivos generales

- > Fomentar la cultura organizativa de la innovación abierta y de la colaboración masiva
- > Poner en marcha una Unidad Técnica de Innovación Tecnológica en el Complejo Hospitalario de Navarra
- > Proponer retos y promover la generación de ideas innovadoras vinculadas a los objetivos estratégicos de la organización
- > Facilitar canales mediante los cuales los profesionales puedan formular y aportar sus ideas al interés común
- > Promover el desarrollo de nuevas tecnologías, en coherencia con las estrategias de intervención establecidas en el Plan Moderna y en los planes nacionales e internacionales de I+D+I
- > Apoyar el desarrollo de nuevo tejido industrial vinculado a la innovación sanitaria

Acciones y criterios a considerar

El desarrollo del proyecto contempla las siguientes acciones

- > Constituir un Comité de Innovación Tecnológica en el CHNA con tres áreas de trabajo que son
 - Fomento del desarrollo de ideas innovadoras nacidas en el sistema
 - Fomento, seguimiento y apoyo a la Innovación y valoración de NT
 - Valoración, previa a la adquisición, de NT desarrollada en otros contextos

- > Poner en marcha una Unidad Técnica de Innovación Tecnológica en el Complejo Hospitalario de Navarra que asuma las siguientes funciones
 - Impulse el desarrollo de ideas innovadoras y favorezca la generación de patentes desde la propia institución
 - Promueva la introducción de NT relevantes que aporten verdadero valor añadido al sistema sanitario
 - Promueva la “innovación responsable” en términos de sostenibilidad y resultados en salud
 - Identifique precozmente las tecnologías, técnicas y procedimientos emergentes
 - Impulse la cultura de la evaluación de las NT y limite en su caso la introducción de NT que no añaden valor o añaden un valor marginal
 - Promueva la “reinversión” en tecnologías de alto valor clínico favoreciendo la “desinversión” en tecnologías obsoletas
- > Metodología para la detección de innovaciones y generación de ideas. La Unidad Técnica con el apoyo de la Sección de Innovación y Evaluación del Departamento de Salud desarrollará una metodología para la detección de innovaciones y generación de ideas que incluirá las siguientes fases
 - Metodología activa de detección de innovaciones que se pretenden aplicar o están en proceso de implantación por parte de los distintos servicios y unidades
 - Metodología activa de captación de ideas innovadoras en reuniones específicas con profesionales de los distintos servicios y unidades y de los distintos estamentos. Mediante técnicas de creatividad el dinamizador perteneciente a la Unidad y/o al Comité promoverá que se propongan ideas para la mejora de aspectos técnicos, clínicos u organizativos
 - Valoración previa de las ideas innovadoras. Mediante un formulario estandarizado el promotor de la idea con el apoyo de la Unidad Técnica elaborará una ficha de cada idea con una breve descripción de la misma, de los resultados que se pretende conseguir, la necesidad de recursos, los posibles obstáculos y sus posibles soluciones
 - Priorización y aprobación por el Comité. Las ideas seleccionadas se presentarán al Comité para priorización y valoración de su viabilidad
 - Constitución de un “Equipo de innovación” para cada proyecto seleccionado, integrado por dos-tres personas del propio servicio o área y con apoyo de la Unidad de Innovación
 - Elaboración detallada del proyecto o proceso de desarrollo de las ideas innovadoras seleccionadas
 - Desarrollo de las ideas innovadoras
 - Etc
- > Establecer nuevos canales de comunicación profesionales-empresas.
- > Identificar líderes clínicos innovadores interesados en el desarrollo tecnológico sanitario
- > Selección de proyectos a promover
- > Análisis de las nuevas oportunidades que ofrece los nuevos procedimientos de Compra Pública Innovadora
- > Promover el desarrollo de nuevas tecnologías, en coherencia con las estrategias de intervención establecidas en el Plan Moderna y en los planes nacionales e internacionales de I+D+I
- > Apoyar el desarrollo de nuevo tejido industrial vinculado a la innovación sanitaria

Criterios de evaluación

- > Programa implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > N° de ideas y propuestas de mejora recibidas
- > N° de ideas y propuestas de mejora implementadas
- > N° de proyectos innovadores promovidos
- > N° de solicitudes de patentes o modelos de utilidad y otros

Proyecto estratégico 11.4.

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE NAVARRA

Fases e Hitos	Implementación	Diseño	Hitos	2012	2013	2014	2015
Acuerdo de bases							
Identificación y oferta de integración a equipos							
Elaboración del plan estratégico							
Preparación de la documentación							
Proceso de acreditación							
Implementación y puesta en marcha							

Eje estratégico

XI Investigación e innovación

Objetivo estratégico

Responsables

Operativo:

Director de la Fundación Miguel Servet

Técnico:

Directora de Gestión de la Fundación Miguel Servet

Jefe de la Sección de Investigación y Gestión del Conocimiento

Objetivos generales

- > Constitución del Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra en colaboración con las principales instituciones sanitarias y universitarias de la Comunidad y sobre la base del Complejo Hospitalario de Navarra y la Clínica de la Universidad de Navarra
- > Lograr la acreditación del Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra

Acciones y criterios a considerar

El desarrollo del proyecto se ajustará a las siguientes fases o etapas

- > Acuerdo de Bases para la constitución del Instituto entre las principales instituciones sanitarias y universitarias de la Comunidad. Departamento de Salud, Universidad de Navarra y Universidad Pública de Navarra
- > Oferta de integración a otras entidades del sector
- > Identificación y oferta de integración a los equipos de investigación de las distintas instituciones
- > Relación de los equipos de investigación de cada una de las instituciones que finalmente se integran en el Instituto. Cada uno de los equipos cumplimentará un formulario de adhesión en el que se reflejará la composición y curriculum de los integrantes del mismo, las líneas y proyectos de investigación realizados en los últimos 5 años, los proyectos activos y financiados de manera competitiva, su vinculación a redes de investigación, etc.

- > Elaboración del Plan Estratégico del nuevo Instituto que tomará en consideración los objetivos estratégicos en materia de investigación de las instituciones firmantes así como las líneas de investigación que aportan los distintos equipos de investigación
- > Formalización del Convenio de Constitución del Instituto.
- > Constitución del Órgano de Gobierno
- > Designación de los órganos de dirección técnica y gestión
- > Preparación de la documentación para su presentación al Instituto de Salud Carlos III
- > Proceso de acreditación
- > Implementación y puesta en marcha del instituto

Criterios de evaluación

- > Programa implementado conforme a los hitos preestablecidos

Indicadores

- > N° y % de documentos de producción científica indexados
- > Factor de impacto de la producción científica
- > N° y % de artículos publicados en revistas que están dentro de los dos primeros cuartiles
- > N° y % de artículos publicados en revista que están dentro del primer decil
- > N° de artículos publicados con coautores extranjeros
- > Tesis defendidas
- > N° de solicitudes de patentes o modelos de utilidad y otros.
- > Importe de la financiación para investigación obtenida a través de ayudas o subvenciones públicas
- > Importe de la financiación privada obtenida para investigación
- > N° de proyectos solicitados
- > N° y % de proyectos que consiguen financiación en convocatorias competitivas
- > N° de grupos de investigación constituidos en alguna de las redes oficiales existentes
- > N° y % de grupos de investigación mixtos (más de una especialidad, más de un centro, más de una institución UPNA, UN...)
- > N° de investigadores con proyectos convocatorias competitivas nacionales o internacionales
- > N° investigadores en formación
- > N° de innovaciones incorporadas a la práctica clínica
- > Transferencia de resultados (patentes solicitadas, licenciadas, spin-offs)
- > N° de nuevas colaboraciones con empresas a nivel de proyectos
- > N° de nuevas colaboraciones con empresas a nivel de plataformas

Cuando sea preciso los indicadores de producción se ajustarán en función del número de profesionales



Anexo II

En las distintas fases del proceso, diagnóstico previo, elaboración del Nuevo Modelo y definición de los proyectos que conforman el proyecto, han participado (en orden alfabético).

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| - José M. Abad Alegría | - Myriam Donézar Díez de Ulzurrun | - Antonio López Andrés |
| - Cristina Agudo Pascual | - Iosu Fernández Baraibar | - Alfredo Martínez Larrea |
| - Isabel Ansa Erice | - Mercedes Ferro Montiu | - Antonio Merino Díaz de Cerio |
| - Javier Apezteguía Urroz | - Luis Gabilondo Pujol | - Elena Navascués Catalán |
| - Concepción Aranguren Álvarez | - Marisa García Mayayo | - María Ángeles Nuin Villanueva |
| - Marisol Aranguren Balerdi | - Carmen Garde | - Carmen Ollobarren Huarte |
| - Nieves Ascunce | - Adriana Goñi Sarriés | - Luis Otermin Fagoaga |
| - Joseba Asian | - Ana Granado Hualde | - Víctor Peralta Martín |
| - Mari Carmen Ayerdi Navarro | - M ^a Jesús Guembe Suescun | - M ^a José Pérez Jarauta |
| - Fernando Balduz Ugarriza | - Ana Guerra Lacunza | - Juan Ramón Rábade Iraizoz |
| - Aurelio Barricarte Gurrea | - María Luisa Hermoso de Mendoza Merino | - Asun Rey |
| - María Bezunartea | - Mariano Hernández Galindo | - Isabel Rodrigo Rincón |
| - Marta Borrueal Álvarez de Eulate | - Cristina Ibarrola Guillén | - José M ^a Roig |
| - María Jesús Calvo Guitian | - José María Iribarren Gasca | - Angel Sanz Barea |
| - Javier Carnicero Giménez de Azcárate | - Ignacio Iribarren Udobro | - Ruth Vera García |
| - Manuel Cuesta Zorita | - Mariano Lacarra | - José Luis Yanguas Urman |
| - Anselmo de la Fuente Calixto | - M ^a José Lasanta Sáez | - Ignacio Yurss Arruga |

Anexo III

Además, se han mantenido reuniones con los siguientes colectivos:

Asociaciones de Pacientes

- Asociación de Donantes de Sangre de Navarra. ADONA
- Asociación Navarra de Diabéticos. ANADI
- Asociación de Ayuda a Niños con Cáncer de Navarra. ADANO
- Asociación Española Contra el Cáncer. AECC
- Asociación de Esclerosis Múltiple de Navarra. ADEMNA
- Asociación de Daño Cerebral de Navarra. ADACEN
- Asociación Navarra En Favor de las Personas con Discapacidad Intelectual. ANFAS
- Asociación para la Lucha Contra las Enfermedades del Riñón. ALCER
- Asociación de Familiares de Alzheimer. AFAN
- Asociación de Parálíticos Cerebrales de España. ASPACE
- Asociación Navarra de Cáncer de Mama. SARAY
- Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras Demencias. CEAFA
- Comité de Representantes de Personas con Discapacidad de Navarra. CORMIN
- Asociación Navarra de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica. FRIDA
- Red Madre Navarra
- Asociación Familias Numerosas
- Asociación Fibromialgia de Navarra. AFINA
- Médicos Mundi
- Asociación de Familiares y Afectados de Labio Leporino y Fisura Palatal de Navarra. ALAFINA
- Asociación Navarra de Autismo
- Médicos del Mundo
- Asociación Navarra de Espina Bífida e Hidrocefalia. ANPHEB
- Asociación Navarra de Matronas. ANAMA
- Asociación Navarra de Parkinson
- La Majarí
- Asociación Navarra para el Estudio y el Tratamiento del Déficit de Atención, Hiperactividad e Impulsividad. ADHI
- Asociación de Empresarios Farmacéuticos
- Asociación Coordinadora de Disminuidos Físicos de Navarra. ACODIFNA
- Sociedad Vasco-Navarra de Psiquiatría
- Proyecto Hombre
- Asociación Personas Sordas Navarra. ASORNA
- Asociación Navarra Salud Mental. ANASAPS
- Asociación Navarrese Hemofilia
- Asociación Navarra Laríngectomizados. ANL
- Asociación contra Fibrosis Quística Navarra
- Asociación Síndrome Down Navarra
- Club Coronario Pamplona
- Asociación Enfermos Crohn y Colitis Ulcerosa. ACCU
- Asociación de Retinosis Pigmentaria Navarra. ARPN
- Asociación Celíacos Navarra
- Asociación contra Bulimia y Anorexia. ABAN
- Asociación Esclerosis Lateral Amiotrófica. ADELA
- Asociación Enfermos Lupus Navarra. ADELUNA
- Asociación Navarra Apoyo Personas Déficit Atención con o sin hiperactividad e impulsividad de la Ribera. ANDAR
- Asamblea Navarra de Cruz Roja Española
- Federación de Asociaciones de Jubilados y de Tercera Edad de la Ribera

Colegios Profesionales

- Colegio Oficial de Médicos de Navarra
- Colegio Oficial de Enfermería de Navarra
- Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Navarra
- Colegio Oficial de Farmacéuticos de Navarra

Ayuntamientos de Navarra

- Un encuentro inicial con los 53 municipios de Navarra que se iban a ver afectados por el Proyecto de Mejora de la Atención Continuada y Urgente.
- Uno en Alsasua
- Dos en Tudela
- Uno en Tafalla
- Dos en Estella
- Uno en San Adrián
- Dos en Santesteban
- Tres en Pamplona
- Dos en Sangüesa

Sociedades Científicas

- Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria. SNAMFAP
- Asociación Navarra de Pediatría. ANPE
- Plataforma 10 Minutos
- Asociación de Enfermería Comunitaria
- Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. SEMG
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. SEMERGEN

Sindicatos

- Sindicato Médico
- UGT
- SATSE
- AFAPNA
- CC.OO.
- ELA

Profesionales

- Mandos intermedios del area médica y de enfermería del CHN
- Todos los Jefes de Servicio Asistenciales del CHN
- Jefes de Servicio Asistenciales de Salud Mental
- Comisión de Personal de Atención Primaria
- Directores de los Centros de Salud Urbanos
- Directores de los Centros de Salud Rurales
- Representantes de los SUR
- Jefes de Servicio Asistenciales del Hospital Reina Sofía de Tudela
- Supervisoras de enfermería del Hospital Reina Sofía de Tudela
- Jefes de Servicio Asistenciales y responsables de las especialidades del Hospital García Orcoyen de Estella

Centros concertados por el Servicio Navarro de Salud Osasunbidea

- Hospital San Juan de Dios
- Clínica Universidad de Navarra
- Clínica San Miguel
- Fundación Arguibide
- Resonancia Magnética Tudela
- Gasmedi 2000
- Médicis
- Ambulancias Baztán Bidasoa
- Ambulancias La Nora
- Gerardo y Gorka servicios sanitarios
- Gaes
- Lorca
- Cruz Roja
- Josefina Arregi
- Dya

Anexo IV

Bibliografía

Health Care Systems Efficiency and Institutions. OCDE. Economics Department. Working paper N° 769. Isabelle Joumard, Christophe André, Chantal Nicq. (2010).

Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries”, OECD Health Working Papers, No. 50, Paris, V., M. Devaux and L. Wei (2010),

Towards High-Performing Health Systems (2004), OECD Health Project Series

A Disease-Based Comparison of Health Systems: What is Best and at what Cost? (2003)

Measuring up: Improving Health Systems Performance in OECD Countries (2002)

OECD Health Data 2012. <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>
How Does Spain Compare. OECD Briefing note for Spain Health Data 2012

El Informe de Salud Mundial 2000 - Los sistemas de salud: Mejora del rendimiento. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2010. Ministerio de Sanidad

Memoria del Servicio Navarro de Salud 2010. Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea

Evolución del gasto sanitario en Navarra 2001-2011. Cámara de Comptos de Navarra. Julio 2012

Diferencias regionales en el gasto público en sanidad. Luis Palomo (FADSP)

La financiación del gasto sanitario en España. Valoración del sistema de financiación, medida de la necesidad relativa y equidad. Economía y Salud. Fundación BBVA. J.M Cabasés et all. (2010)

El valor económico del autocuidado de la salud en España. Centre de recerca de Economia i Salut CRES. Gabriel Ferragut, Laia Cirera (2010)

El gobierno de la sanidad frente a la crisis económica. Notas sobre economía de la salud y sostenibilidad del sistema sanitario. Cuadernos Económicos FUNCAS. Juan M Cabasés, Juan Oliva. (2011)

Determinantes del Crecimiento del Gasto Sanitario. Revisión sistemática. M.D. Cano, J.J.Martín, M^a del Puerto López del Amo. XXVI Jornadas de Economía de la Salud. (2006)

e-pacientes: cómo nos pueden ayudar a cuidar mejor la salud. Dr Tom Ferguson con el Grupo de Trabajo Académico de e-Pacientes

El ePaciente y las redes sociales. Vicente Traver Salcedo, Luis Fernández-Luque. Fundación Vodafone España

Plan Estratégico de la Sanidad Pública de Navarra. Remitido al Parlamento en 23 de junio de 2009

Encuesta Social Europea. Quinta edición. European Social Survey, Univ Pompeu Fabra, y Centro de Investigaciones Sociológicas. Mariano Torcal et all (2010-2011)

Euro Health Consumer Index 2009. Arne Björnberg, Beatriz Cebolla and Sonja Lindblad. © Health Consumer Powerhouse AB, (2009)

Barómetro Sanitario 2010. Ministerio de Sanidad

Confianza en el Sistema Nacional de Salud. Resultados del estudio español. Harvard University School of Public Health. Universitat Autònoma de Barcelona. Robert J. Blendon, Sc.D., Albert J. Jovell, M.D et all. (2006)

Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. España. Ministerio de Sanidad. Noviembre de 2011

Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Navarra. Ministerio de Sanidad. Noviembre de 2011

Informe de la Ponencia sobre el Plan Estratégico de la Sanidad Pública en la Comunidad Foral de Navarra. Aprobado por la Comisión de Salud. Boletín Oficial del Parlamento de Navarra (2011)

Plan de Salud de Navarra 2006-2012. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra

Los Servicios Sanitarios de las CCAA. Informe 2011. Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública

El Sistema Nacional de Salud Español en Perspectiva Comparada Europea. Diferencias, Similitudes, Retos y Opciones. Revista Claridad N° 7. J. Manuel Freire

Sistemas y servicios sanitarios. Ediciones Díaz de Santos. ISBN 84-7978-731-7. J M. Repullo. (2005)

Modelo EFQM de Calidad y Excelencia. European Foundation for Quality Management

Mejorando los resultados en Salud. Modelo MAPPA-Horizonte. Una estrategia de calidad. I. Rodrigo, L. Gabilondo y Y. Montes. Publicaciones del Gobierno de Navarra. (2004)

Remodeling leadership: Introduction to the leadership maturity model. J.W. Armitage, N.A. Brooks, M.C. Carlen, S.P. Schulz (2006)
DOI: 10.1002/pfi.2006.4930450208

Compromiso organizacional y profesional del equipo de salud. Enfermería global no.17. E.O. Llapa, M.A. Trevizan, T.G. Shinyashiki, I.A. Mendes (2009)

El compromiso en el siglo XXI se escribe con “c” de conciliación. Observatorio efr. Roberto Martínez y Eugenio de Andrés (2010)

Las causas de enfermedad, la mercantilización y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública Agosto de 2011

La refundación de la Atención Primaria. V. Ortún Economía de la Salud y Gestión Sanitaria Springer Health Care (2011)

Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas- una guía práctica para avanzar. R. Bengoa y R. Nuño Solinís (2008)

A Meta-analysis of Interventions to Improve Care for Chronic Illnesses AC. Tsai; Sally C. Morton, CM. Mangione, and EB. Keeler. The American Journal of Managed Care (2005)

The ten characteristics of the high-performing chronic care system. Health Economics, Policy and Law & Cambridge University Press. Chris Ham, (2009)

Performance improvement based on integrated quality management models- what evidence do we have? A systematic literature review. Mirella Minkman, Kees Ahaus and Robbert Huijsman. International Journal for Quality in Health Care vol. 19 no. 2 (2007)

Los Retos de la Sostenibilidad en Navarra. Foro para la Sostenibilidad en Navarra. (Universidad Pública de Navarra, Universidad de Navarra, Colegio Oficial de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología, Cátedra Unesco y Fundación Centro de Recursos Ambientales de Navarra).

Trabajando hacia una salud pública sostenible mediante la interrelación de lo ambiental y lo social. Informe SESPAS. Gaceta Sanitaria 24(Supl.1)-74-7. Mireia Pecurul y Josep Lluís de Peray (2010)

La evaluación de las políticas públicas. Informe SESPAS. Gaceta Sanitaria;24(Supl. 1)-114-119. Jaime Pinilla y Anna García-Altés (2010)

El Cuadro de Mando Integral. Gestión 2000 Barcelona. Paul R. Niven, (2003)

The Balanced Scorecard- Translating Strategy Into Action, Harvard Business School Press. Kaplan, R.S. and D.P. Norton (1996)

Evolución del gasto sanitario en Navarra 2001-2011. Cámara de Comptos de Navarra

Diferencias regionales en el gasto público en sanidad. Luis Palomo (FADSP)

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2010. Ministerio de Sanidad

Memoria del Servicio Navarro de Salud 2010. Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea

Informe Abril

Ley General de Sanidad 1986

