

Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2008 Navarra



1 Descripción del Sistema de Salud de la Comunidad

1.1 Organización del Sistema Sanitario de la Comunidad

El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, creado por la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud, es un organismo autónomo, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines.

El organismo autónomo Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, en el cumplimiento de sus fines, queda sometido a las directrices de planificación y política sanitaria emanadas del Gobierno de Navarra y del Departamento de Salud, al que se adscribe, que ejercerá sobre él las facultades de control y tutela que le atribuyen los Estatutos, la legislación foral y el ordenamiento jurídico administrativo.

La organización del Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea, descansa sobre un principio de interrelación de las dos referencias organizativas para la prestación de la asistencia sanitaria: la de carácter territorial (a través de las Áreas de Salud y de la Zonificación Sanitaria), y la de carácter funcional (que diferencia la Atención Primaria y la Asistencia Especializada).

Se mantiene la configuración como órganos periféricos de gestión las Direcciones de las Áreas de Salud de Tudela y de Estella.

Zonificación Sanitaria de Navarra

La Ley Foral de Zonificación Sanitaria de Navarra (LF 22/1985) se sustenta en la Atención Primaria como núcleo principal y función central del sistema sanitario, y considera la Zona Básica de Salud como el marco territorial idóneo para el logro de una atención integral e integradora.

Denominaciones de las demarcaciones sanitarias

Zonas Básicas de Salud constituyen la demarcación geográfica y poblacional que sirve de marco territorial a la atención primaria de salud garantizando la accesibilidad de la población a los servicios sanitarios primarios.

Áreas de Salud, son las demarcaciones territoriales operativas de las actuaciones y servicios sanitarios, responsabilizadas de la gestión descentralizada de los centros y establecimiento del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea en su demarcación territorial, y de las prestaciones y programas sanitarios a desarrollar por ellos.

Las Zonas Básicas de Salud quedan integradas en tres Áreas: Estella, Tudela y Pamplona.

El Área de Salud de Pamplona en el campo organizativo se subdivide en dos Comarcas Sanitarias: Pamplona Norte y Pamplona Este. (LF 10/1990 Art.39º 3).

La Asistencia Especializada de la Red Pública del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, se estructura en tres Áreas de Salud:

Área de Pamplona

- Dos hospitales generales con nivel terciario: Hospital Virgen del Camino y Hospital de Navarra.
- Un hospital monográfico de Ortopedia y Rehabilitación: Clínica Ubarmin.

- Cuatro centros ambulatorios de Asistencia Especializada: Centro de Consultas Príncipe de Viana, Ambulatorio General Solchaga, Ambulatorio Conde Oliveto y Ambulatorio de Tafalla.
- Siete centros de Salud Mental: Casco Viejo (IA), Burlada (IB), Rochapea (IC), Milagrosa (IIA), Ermitagaña (IIB), San Juan (IIC) y Tafalla (IV).
- Siete centros de Atención a la Mujer (CAM) y 4 subunidades: II Ensanche-Casco-Viejo (subunidad Etxarri-Aranatz); Ermitagaña (subunidad Barañain); Iturrama-San Juan; Chantrea-Andraize; Azpilagaña-Milagrosa- (subunidad Sangüesa); Tafalla; Burlada (subunidad Elizondo).

Área de Estella

- Un hospital general de ámbito comarcal: Hospital García Orcoyen.
- Un centro de Salud Mental en Estella (III).
- Tres centro de Atención a la Mujer: Estella, San Adrián y Lodosa.

Área de Tudela

- Un hospital general de ámbito comarcal: Hospital Reina Sofía.
- Un centro ambulatorio de Asistencia Especializada: Ambulatorio Santa Ana.
- Un centro de Salud Mental en Tudela (V).
- Un centro de Atención a la Mujer: Tudela en el Ambulatorio Santa Ana.

Completa el cuadro de centros y servicios asistenciales de especializada:

- El Centro de Transfusión Sanguínea, que tiene como referencia la Región Sanitaria de Navarra.
- El Centro de Investigación Biomédica.
- Servicio de Prestaciones y Conciertos.
- Dentro de la atención a la Salud Mental, aparte de 9 centros ya mencionados, se dispone de:
 - Clínica de Rehabilitación de Salud Mental
 - Un centro Psicogeriátrico San Francisco Javier
 - Centro de Día psicogeriátrico
 - Cinco Hospitales de Día:
 - Centro de día “Zuria” para Drogodependencias
 - Hospital de Día Área I (HNA Pabellón blanco)
 - Hospital de Día Área II (Pamplona, Magdalena).
 - Hospital de Día Infanto Juvenil Natividad Zubieta (Pamplona, San Cristóbal)
 - Hospital de Día Tudela (Tudela, Gayarre)
 - Dos Unidades de Hospitalización:
 - Unidad de Hospitalización Psiquiátrica I (HNA, Pabellón M-5)
 - Unidad de Hospitalización Psiquiátrica II (HNA, Pabellón E)

Estructura de la Dirección Gerencia del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

La Dirección-Gerencia se estructura en las siguientes *unidades orgánicas*:

- Servicio de Régimen Jurídico.
- Dirección de Administración y Organización.
- Dependiendo jerárquicamente de la Dirección de Administración y Organización se encuadra la Subdirección de Gestión Económica y Desarrollo Organizativo que se estructura en las siguientes unidades orgánicas:
 - Servicio de Aprovisionamiento.
 - Servicio de Obras e Infraestructuras.
 - Servicio de Contabilidad y Presupuestos.
 - Servicio de Información Sanitaria.
- Dirección de Recursos Humanos.
- Dependiendo jerárquicamente de la Dirección de Recursos Humanos se encuadra la Subdirección de Personal y Relaciones Laborales que se estructura en las siguientes unidades orgánicas:
 - Servicio de Gestión de Personal, Ingreso y Promoción.
 - Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.
 - Servicio de Nóminas y Control del Gasto.
- En materia de políticas de personal, los Directores de Personal y de Gestión, los Jefes de los Servicios de Personal y los Jefes de los Servicios de Gestión, con independencia de su adscripción orgánica a la Dirección de su respectivo centro o unidad orgánica, dependerán funcionalmente de la Dirección de Recursos Humanos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
- Dirección de Asistencia Especializada.

La Dirección de Asistencia Especializada se estructura en los siguientes órganos y centros:

- *Subdirección de Asistencia Especializada*. La Subdirección de Asistencia Especializada se configura como órgano técnico de estudio, análisis, información y propuesta en lo referente a la asistencia especializada, asumiendo la coordinación de las actividades de todos los centros de la red hospitalaria de la Región Sanitaria.
- *Dirección del Complejo Médico Tecnológico de Navarra*. Bajo la dependencia de la Dirección del Complejo Médico Tecnológico de Navarra se integra la Subdirección de Innovación y Calidad del Complejo Médico Tecnológico de Navarra.
- *Unidades orgánicas, y centros ambulatorios y de asistencia extrahospitalaria* Bajo la dependencia de la Dirección de Asistencia Especializada se integran los siguientes centros y órganos:
 - Dirección de Gestión
 - Subdirección de Coordinación de Asistencia Ambulatoria.
 - Subdirección de Salud Mental.
 - Dirección del Centro de Transfusión Sanguínea de Navarra.
 - Servicio de Prestaciones y Conciertos.
 - Dirección del Centro de Investigación Biomédica

— *Centros:*

1. Hospital de Navarra.
2. Hospital Virgen del Camino.
3. Clínica Ubarmin.
4. Hospital "García Orcoyen" de Estella.
5. Hospital "Reina Sofía" de Tudela.
6. Instituto de Salud Pública de Navarra.
7. Dirección del Área de Salud de Tudela.
8. Dirección del Área de Salud de Estella.
9. Instituto Navarro de Salud Laboral

La dirección del Área de Salud de Pamplona, será asumida por el Director Gerente, y en las Áreas de Salud de Tudela y Estella será asumida por las Direcciones de las correspondientes Áreas.

Corresponden al *Departamento de Salud*, en relación con el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, las siguientes funciones:

- La alta dirección, el control y tutela del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
- La propuesta al Gobierno de Navarra, a través del titular del Departamento, de las modificaciones de la estructura orgánica del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea para las que aquel resulte competente.
- La propuesta al Gobierno de Navarra, a través del titular del Departamento, de la creación y supresión de centros y servicios.
- La planificación, ordenación, programación, alta dirección, evaluación, inspección y control de las actividades, centros y servicios en el área de Atención Sanitaria.
- La evaluación de tecnologías sanitarias.
- La autorización previa por el titular del Departamento del establecimiento o modificación de la cuantía de los precios públicos.
- La creación, modificación y supresión, por el titular del Departamento, de las Secciones y otras unidades orgánicas inferiores a Servicio necesarias para el mejor desarrollo funcional de la estructura del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, a propuesta de su Director Gerente, previo informe de los Departamentos competentes en materia de organización y función pública.

El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea se configura como un organismo autónomo creado para la gestión de la asistencia sanitaria en la Comunidad Foral de Navarra y desarrolla las siguientes competencias:

- Gestión y organización de los servicios y prestaciones pertenecientes al ámbito de Atención Primaria de salud y de Asistencia Especializada, así como aquellos servicios o programas que las Administraciones Públicas le encomienden.
- Gestión de los centros y establecimientos de asistencia sanitaria de la Administración de la Comunidad Foral.
- Promoción y programación de las actividades propias de las áreas cuya gestión se le ha asignado.

1.2 Órganos de participación y de gestión

Son órganos directivos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea:

- El Consejo de Gobierno.
- El Director-Gerente.

Es órgano central de participación el Consejo Navarro de Salud.

Son órganos periféricos de participación:

- Los Consejos de Salud de Área.

- Los Consejos de Salud de Zona Básica.
- Las Juntas de Gobierno de los Centros Asistenciales.

Órganos de dirección

Consejo de Gobierno

Composición del Consejo de Gobierno.

El Consejo de Gobierno estará integrado por los siguientes miembros:

- Presidente: El Consejero de Salud.
- Vicepresidente: El Director General de Salud.
- Vocales:
 - c.1) El Director General de Presidencia.
 - c.2) El Director General de Economía.
 - c.3) El Director General de Bienestar Social.
 - c.4) El Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
 - c.5) Dos miembros designados por la Federación Navarra de Municipios y Concejos, entre miembros de las Corporaciones Locales.
 - c.6) Dos miembros designados libremente por el Gobierno, a propuesta del Consejero de Salud.

Actuará como Secretario del Consejo, el Secretario General Técnico del Departamento de Salud.

A las sesiones del Consejo de Gobierno podrán asistir, con voz y sin voto, a propuesta del Presidente, los directivos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Los vocales en representación de la Federación Navarra de Municipios y Concejos serán designados por un período máximo de cuatro años, sin perjuicio de ser nuevamente designados siempre que disfruten de la representación local requerida.

La condición de miembros del Consejo de Gobierno será incompatible con cualquier vinculación con empresas o entidades mercantiles relacionadas con el suministro o la dotación de material sanitario, productos farmacéuticos o, en general con intereses mercantiles o comerciales relacionados con el sector sanitario.

El Director Gerente asume las funciones de dirección del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Corresponden al Director Gerente las siguientes funciones y atribuciones:

- Ejecutar y hacer cumplir los acuerdos del Consejo de Gobierno, así como hacer cumplir las disposiciones que regulan la actuación del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
- Impulsar, coordinar y evaluar a todos los órganos directivos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
- Gestionar la Región Sanitaria de Navarra.
- Dictar las Resoluciones, Instrucciones y las Circulares relativas al funcionamiento y la organización internas del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y ordenar la ejecución de los actos administrativos que requieran la actividad del organismo autónomo.
- Autorizar los pagos y gastos de transferencias y de funcionamiento del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, conforme a las normas vigentes en materia de hacienda pública.
- Elaborar la Memoria Anual del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea que deberá contener un juicio crítico sobre el desarrollo de plan de actuación, los niveles obtenidos y los costes funcionales y su análisis.

- Elaborar el documento provisional anual de presupuestos y objetivos y formular el borrador de anteproyecto de presupuestos.
- Dirigir, representar legalmente, gestionar e inspeccionar internamente la totalidad de las actividades y servicios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
- Velar por la mejora de los métodos de trabajo, por la introducción de las innovaciones tecnológicas adecuadas, por la conservación y mantenimiento de los centros, instalaciones y equipos y por la optimización de los ingresos y gastos.
- Ejercer las facultades que la normativa vigente sobre contratación administrativa, atribuye a los representantes de los organismos autónomos.
- Celebrar, modificar y rescindir convenios y conciertos con otras entidades y organismos, dentro de los límites establecidos por la normativa vigente.
- Planificar y coordinar los programas de imagen corporativa del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, así como canalizar las relaciones institucionales con los medios de comunicación social.
- Resolver las reclamaciones previas a la vía judicial civil y vía judicial laboral, excepto las reclamaciones en materia de personal.
- Resolver los procedimientos de responsabilidad patrimonial correspondientes al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
- Gestionar y disponer del patrimonio adscrito al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, con excepción de los actos de titularidad de los bienes cuya competencia corresponda a otros órganos o entidades.
- Ordenar la ejecución de las resoluciones judiciales cuando la competencia recaiga en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
- Establecer o modificar la cuantía de los precios públicos, previa autorización del Consejero del Departamento de Salud.
- Cualquiera otra que le pueda ser encomendada por el Consejo de Gobierno.

Atribuciones del Director Gerente en materia de personal.

En materia de personal el Director Gerente ostentará específicamente las siguientes atribuciones:

- El ejercicio de las facultades de dirección y ordenación del personal, incluida la asignación de tareas y funciones acordes con su nivel y nombramiento.
- Aprobar y tramitar las convocatorias relativas al ingreso en plazas con nombramientos sanitarios del Anexo de Estamentos y Especialidades de la Ley Foral 11/1992, de 20 de octubre, Reguladora del Régimen Específico del Personal Adscrito al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
- La aprobación, tramitación y resolución de las convocatorias relativas a la provisión de puestos de trabajo.
- La aprobación, tramitación y resolución de las convocatorias relativas a la contratación de personal temporal, tanto en régimen administrativo como laboral, dentro de las previsiones presupuestarias existentes, con sujeción a las instrucciones y procedimientos de seguimiento y control establecidos por el Departamento de Presidencia, Justicia e Interior.
- La aprobación, tramitación, y resolución de las convocatorias de pruebas selectivas a los aspirantes a la promoción interna temporal.
- La elaboración de las propuestas en materia de plantilla orgánica y de oferta de empleo del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y su remisión al Departamento de Presidencia, Justicia e Interior, a los efectos previstos en los apartados b y c del artículo 1 del Decreto Foral 30/2005, de 21 de febrero.

- La resolución de solicitudes de reincorporación al servicio activo desde las situaciones administrativas de servicios especiales y de excedencia especial.
- El nombramiento interino y, en su caso cese, de las jefaturas de las diferentes unidades orgánicas, adscritas al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, en tanto se provean por el sistema reglamentario.
- La propuesta de aquellos nombramientos y ceses de jefaturas del Organismo Autónomo que compete al titular del Departamento.
- La designación, mediante Resolución, de quien deba suplir temporalmente a los titulares de los órganos administrativos directamente dependientes de él, en casos de vacante, ausencia, enfermedad o impedimento personal de los mismos.
- La incoación de expedientes disciplinarios por la comisión de faltas muy graves y la formulación al Gobierno de Navarra de la correspondiente propuesta de resolución y la imposición de sanciones disciplinarias por la comisión de faltas graves.
- La declaración del personal en situación de suspensión provisional.
- Aprobar el plan anual de vacaciones, jornada laboral y horarios conforme al régimen general aprobado por el Gobierno de Navarra.
- La aplicación de las instrucciones sobre recursos humanos emanadas del Departamento de Presidencia Justicia e Interior.

Hospital de Navarra y Hospital Virgen del Camino

El Hospital de Navarra y Hospital Virgen del Camino serán gestionados cada uno de ellos de forma desconcentrada, bajo la superior dirección del Consejo de Gobierno y Director Gerente del Servicio Navarro de Salud, por los siguientes Órganos:

- Órganos Directivos:
 - La Junta de Gobierno.
 - La Comisión de Dirección.
 - El Director Médico-Asistencial.
 - El Director de Administración y Servicios Generales.
 - El Director de Personal.
 - El Director de Enfermería.
 - El Subdirector para el área Materno-Infantil.
- Órganos Consultivos:
 - La Junta Técnico Asistencial.
 - La Junta Económica.
- Órganos de participación:
 - La *Junta Técnico Asistencial* es un Órgano colegiado técnico-asesor de la Dirección del Hospital y de las Direcciones Médico-Asistencial y de Enfermería. Las decisiones adoptados por la Junta Técnico Asistencial tendrán carácter vinculante, para la Dirección del Hospital, en temas de organización y funcionamiento de las áreas asistenciales del Hospital, que no supongan modificaciones de plantilla o incremento de gasto. La Junta Técnico Asistencial estará compuesta por los siguientes miembros:

– *Vocales natos:*

1. El Director Médico-Asistencial, que actuará como Presidente.
2. El Director de Enfermería, que actuará como Vicepresidente.
3. El Jefe de Atención al Paciente.
4. Los Jefes de Departamento.
5. El Director de Personal, que actuará como Secretario, con voz pero sin voto.

– *Vocales elegidos:*

1. Un representante de los Jefes de Servicio, elegido por y de entre los mismos.
2. Un representante de los Jefes de Sección y Clínicos, elegido por y de entre los mismos.
3. Dos representantes de los Adjuntos y Facultativos Especialistas de Área elegidos por y de entre los mismos.
4. Un representante de los Médicos Internos Residentes elegido por y de entre los mismos, que actuará con voz pero sin voto.
5. Un representante de los Jefes de Unidad de Enfermería elegido por y de entre los mismos.
6. Un representante del personal sanitario titulado de grado medio elegido por y de entre el mismo.
7. Un representante del personal sanitario no titulado elegido por y de entre el mismo.
8. Los miembros natos cesarán en la Junta Técnico Asistencial al cesar en su cargo en el Hospital.
9. Los elegidos serán renovados cada dos años, excepto el representante de los Facultativos Internos Residentes que lo será todos los años.

Dentro de la Junta Técnico Asistencial, para el mejor funcionamiento de la misma, se crearán las Comisiones que se consideren convenientes o sean necesarias por disposición legal.

La Junta Técnico Asistencial se reunirá de forma ordinaria al menos una vez cada dos meses y, con carácter extraordinario, cuantas veces lo disponga su Presidente, o a solicitud de un tercio de sus componentes.

Los acuerdos de la Junta Técnico Asistencial habrán de tomarse por la mayoría simple de sus miembros, necesitándose para poder constituirse, la asistencia, como mínimo, de la mayoría de los componentes de la Junta, incluido el Presidente.

Las funciones de la Junta Técnico Asistencial son las siguientes:

- Definir los objetivos asistenciales del Centro.
- Aprobar la organización y funcionamiento de las áreas hospitalarias.
- Establecer las líneas generales del programa de garantía de calidad asistencial.
- Proponer modificaciones a la cartera de servicios del centro.

- Asesorar técnicamente en los asuntos que se sometan a su consideración a las Direcciones Médico-Asistencial y de Enfermería.
- Aprobar la creación de las Comisiones Clínicas, definir los objetivos de su actuación así como efectuar el seguimiento del funcionamiento y posible suspensión de las funciones de las mismas.
- Elaborar normas técnicas y protocolos de actuación sanitaria.
- Participar y elaborar propuestas al Plan funcional.
- Informar con carácter preceptivo el Plan de Inversiones en equipamiento sanitario.
- Evaluar y realizar el seguimiento de los indicadores asistenciales.
- Desarrollar programas para el fomento dentro del ámbito sanitario, de las actividades docentes (no Médicos Internos Residentes), de formación continuada y de investigación.
- Elaborar propuestas de modificación de las estructuras asistenciales del centro.

La Junta Económica es un Órgano Asesor de la Junta de Gobierno y de la Comisión de Dirección del Hospital. Estará compuesta por los siguientes miembros:

- Vocales natos:
 - El Director del Hospital, que actuará como Presidente.
 - El Director de Administración y Servicios Generales, que actuará como Vicepresidente.
 - El Director de Personal, que actuará como Secretario.
 - El Director Médico-Asistencial.
 - El Director de Enfermería.
 - Los Jefes de Departamento.
- Vocales designados:

Cuatro miembros designados por el Director del Hospital, de entre el personal del Centro con especial responsabilidad en la gestión económica del Hospital.

Las funciones de la Junta Económica son las siguientes:

- Definir los objetivos económicos del Centro.
- Aprobar la organización y funcionamiento de las áreas administrativas y de gestión.
- Establecer las líneas generales del programa de incremento de la eficiencia.
- Proponer modificaciones a los precios y tarifas de la cartera de servicios del centro.
- Asesorar técnicamente en los asuntos que se sometan a su consideración a la Dirección del Hospital, Dirección de Administración y Servicios Generales y Dirección de Personal.
- Evaluar económicamente las propuestas de la Junta Técnico Asistencial.
- Elaborar normas técnicas y protocolos de actuación en materia de gestión de recursos.
- Elaborar propuestas al Plan Director y realizar el seguimiento del mismo.
- Elaborar el Plan de Inversiones y efectuar el seguimiento del mismo.
- Evaluar y realizar el seguimiento de indicadores económicos.

- Desarrollar programas para el fomento dentro del ámbito de gestión, de las actividades docentes y de formación continuada.
- Elaborar propuestas de las estructuras organizativas del centro.
- Informar el proyecto de presupuesto y estado financiero.

En ningún caso el dictamen de la Junta Económica será vinculante. Cuando las decisiones adoptadas sean distintas al dictamen habrán de notificarse y comunicarse formalmente a la Junta Económica.

En su funcionamiento, la Junta Económica se regirá por las mismas normas establecidas para la Junta Técnico Asistencial.

Tendrá asimismo la consideración de órgano directivo el Director del Hospital.

La *Junta de Gobierno* estará integrada por los siguientes miembros:

- Presidente: El Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, o persona en quien delegue.
- Vicepresidente: El Director de Asistencia Especializada, o persona en quien delegue.
- Secretario: Un letrado del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, con voz pero sin voto.
- Vocales:
 - El Director del Hospital.
 - Un representante del Departamento de Salud designado por su titular.
 - Un representante del Departamento de Economía y Hacienda designado por su titular.
- Por los Ayuntamientos:
 - Dos representantes de los municipios integrados en el Área de Salud a la que se adscribe el Hospital, elegidos por la Federación Navarra de Municipios y Concejos, entre miembros de las Corporaciones Locales.
- Por el personal del centro:
 - Un representante elegido por y de entre el personal sanitario facultativo.
 - Un representante elegido por y de entre el personal sanitario no facultativo.
 - Un representante elegido por y de entre el personal no sanitario.

La Comisión de Dirección estará integrada por el Director del Hospital y los Directores Médico-Asistencial, de Administración y Servicios Generales, de Enfermería y de Personal, actuando este último, a su vez, como Secretario de la misma, pudiendo incorporarse, para todos los temas de coordinación de la actividad ambulatoria de los respectivos Hospitales, el Subdirector de Coordinación de Asistencia Ambulatoria.

Se levantará acta de los acuerdos adoptados.

La Comisión de Dirección será presidida por el Director del Hospital, como máximo responsable de la alta dirección del mismo, quien dirigirá, coordinará, informará y controlará la gestión del equipo directivo.

La Comisión de Dirección tendrá como misión asegurar la gestión integrada de los recursos humanos, físicos y financieros del Centro, así como la consecución de los objetivos asistenciales y financieros lo que debe propiciar el incremento de los niveles de calidad y de eficiencia.

Áreas de Salud de Estella y Tudela.

Las Áreas de Salud de Estella y de Tudela serán gestionadas cada una de ellas de forma desconcentrada, bajo la superior dirección del Consejo de Gobierno y Director Gerente del Servicio Navarro de Salud, por los siguientes Órganos:

— *Órganos Directivos:*

- La Junta de Gobierno del Hospital.
- La Comisión de Dirección del Área.
- El Subdirector de Asistencia Especializada del Área.
- El Jefe del Servicio de Administración y Servicios Generales del Área.
- El Jefe del Servicio de Personal del Área.
- El Jefe del Servicio de Enfermería del Área.
- El Subdirector de Atención Primaria del Área.

— *Órganos Consultivos:*

- La Junta Técnico Asistencial.
- La Junta Económica.
- El Consejo de Salud del Área.

Tendrá asimismo la consideración de órgano directivo el Director del Área quien será nombrado tal y como dispone el punto primero del artículo 33 .

El Subdirector de Asistencia Especializada del Área realizará además las funciones del Director del Hospital, ostentando a tal efecto la representación del mismo.

Órganos directivos

La Junta de Gobierno del Hospital estará integrada por los siguientes miembros:

- Presidente: El Director del Área de Salud
- Secretario: El Jefe del Servicio de Personal del Área
- Vocales:
 - El resto de miembros de la Comisión de Dirección del Área.
 - Un representante del personal de plantilla del Hospital.
 - Uno de los miembros del Consejo de Salud del Área designado por la Federación Navarra de Municipios y Concejos.
 - Uno de los miembros del Consejo de Salud del Área designado por las Centrales Sindicales.
 - Uno de los miembros del Consejo de Salud del Área designado por las Asociaciones de Consumidores.
- La Comisión de Dirección del Área estará integrada por:
 - El Subdirector de Asistencia Especializada.
 - El Subdirector de Atención Primaria.
 - El Jefe del Servicio de Administración y Servicios Generales.
 - El Jefe del Servicio de Personal.
 - El Jefe del Servicio de Enfermería.

Uno de los cargos directivos actuará de secretario levantando acta de los acuerdos adoptados.

La Comisión de Dirección estará presidida y dirigida por el directivo que realice las funciones de Director de el Área, como máximo responsable de la alta dirección de la misma.

A tal fin, el Director del Área dirigirá, coordinará, informará y controlará la gestión del resto de cargos directivos del Área.

La Comisión de Dirección tendrá como misión la organización y planificación de la alta dirección del Área.

1.3 Políticas y Planes sanitarios.

Plan de Salud de Navarra 2006- 2012

El Plan de Salud 2006-2012 ha sido definido como un Plan que debe centrarse en el ciudadano, en la mejora de la calidad de su atención, tanto clínico-asistencial como de sus expectativas y derechos.

Este doble eje obliga a reorientar el conjunto de intervenciones definiendo el Plan como de atención de los cuidados en los procesos prioritarios, que a su vez contemple los problemas emergentes de la salud pública bien por su prevalencia o por su inequidad, y además contenga una organización e interrelación entre los actores del sistema, directores, gestores y profesionales, que permitan un servicio coste-efectivo orientado a la obtención de resultados en salud.

Todo ello debe dirigirse al ciudadano para que perciba la equidad, la universalidad, la eficiencia y responda en consecuencia con la corresponsabilidad.

Plan Foral de Acción contra el Tabaco

El objetivo principal del Plan Foral es reducir el porcentaje de consumidores habituales de tabaco hasta el 26% en el año 2005, en la línea que marca la Organización Mundial de la Salud de lograr un máximo de 20% de fumadores como porcentaje ideal para el año 2015.

Plan de Salud Laboral 2007- 2012

Mejorar la salud y el bienestar en el trabajo es un objetivo que incumbe a empresarios, trabajadores y también a la administración pública como garante del derecho a la protección de la salud.

El diseño y puesta en marcha de planes de Salud Laboral es una exigencia inherente a los responsables de las Administraciones Públicas y debe integrar las actuaciones que es preciso acometer periódicamente para perseguir el objetivo de la disminución continuada de la siniestralidad en el ámbito del trabajo, que nos aproxime a los índices de accidentes laborales de los países de nuestro entorno.

Este Plan surge, pues, de la necesidad de establecer políticas globales de seguridad y salud en el trabajo, como una forma de priorizar y asegurar la eficacia de nuestras acciones y de gestionar los esfuerzos y recursos que la sociedad destina para evitar los daños profesionales y mejorar la calidad de vida de los trabajadores.

1.4 Fórmulas de gestión de Servicios Sanitarios

Gestión Directa

Hospital de Navarra y Hospital Virgen del Camino

El Director del Hospital, bajo la supervisión de la Junta de Gobierno del mismo, ostentará la dirección, gestión e inspección de la totalidad de los servicios del Hospital.

El Director Médico-Asistencial

El Director Médico-Asistencial es el responsable de la dirección de los servicios y de las actividades sanitarias y técnico-asistenciales del Hospital, bajo la dependencia del Director del mismo.

El Director de Administración y Servicios Generales

El Director de Administración y Servicios Generales es el responsable de toda la estructura administrativa del centro, bajo la dependencia del Director del Hospital.

La Dirección de Administración y Servicios Generales se estructura en las siguientes Secciones:

- Administración.
- Obras y mantenimiento.
- Alimentación.
- Aprovisionamientos.
- Servicios Generales.

Las Secciones desarrollarán las funciones que, en cada momento, les encomiende el Director.

El Director de Personal

El Director de Personal es el responsable de gestionar y ejecutar la política de personal de acuerdo con las normas aplicables en cada caso, bajo la dependencia orgánica del Director del Hospital.

El Director de Personal, sin perjuicio de su adscripción orgánica a la Dirección del Hospital, dependerá funcionalmente del Director de Recursos Humanos del Servicio Navarro de Salud en materia de políticas de personal.

La Dirección de Personal se estructura en las siguientes Secciones:

- Sección de Administración de personal.
- Sección de Gestión de personal.

Las Secciones desarrollarán las funciones que, en cada momento, les encomiende el Director de Personal.

El Director de Enfermería

De la Dirección de Enfermería dependerán jerárquicamente los Jefes de Área y los Jefes de Guardia de Enfermería.

Los Jefes de Área de Enfermería serán responsables de la coordinación de las Unidades de Enfermería que se les asignen, y de aquellas otras funciones que les sean encomendadas por la Dirección de Enfermería.

Los Jefes de Guardia de Enfermería serán responsables de la atención global de enfermería durante el correspondiente turno de guardia.

Áreas de Salud de Estella y Tudela

El Director del Área de Estella y el Director del Área de Tudela ostentan la dirección, gestión e inspección de la totalidad de los servicios de su Área.

Instituto de Salud Pública.

El Instituto de Salud Pública es dirigido y gestionado por su Director, asistido por la Comisión de Dirección, que tiene únicamente funciones de asesoramiento. El Director del Instituto de Salud Pública asume la representación, dirección, gestión e inspección de la totalidad de los servicios del centro.

Centro de Transfusión Sanguínea.

El Centro de Transfusión Sanguínea de Navarra es dirigido y gestionado por su Director, asistido por la Comisión de Dirección, que tiene únicamente funciones de asesoramiento. El Director del Centro asume la representación, dirección, gestión e inspección de la totalidad de los servicios del centro.

Gestión Indirecta

Conciertos de asistencia con entidades privadas sin población adscrita directamente:

- Clínica Universitaria de Pamplona
- Igualatorio Médico Quirúrgico
- Hospital San Juan de Dios
- Clínica Quirón

Servicios contratados para reducción de lista de espera:

- Unidad móvil para realización de pruebas diagnósticas mediante resonancia magnética.
- Centro de diagnóstico por imagen.

2 Aspectos más destacados, tendencias y perspectivas de futuro

2.1 La gestión

En este caso el futuro es ya presente. La aparición de nuevas formas de gestión (y no una sola única) en todos los aspectos de la gestión asistencial, esta ya entre nosotros y se acentuará en el futuro próximo: esto va afectar a la organización del modelo asistencial en los distintos territorios (CCAA) que será –ya lo está siendo- sustancialmente distinta. En todos los casos afectará a la organización del personal y su modelo retributivo, con una tendencia cada vez más acusada a una mayor proporción de retribución variable en el total de su retribución y, asociada ésta, de una manera más o menos clara al buen desempeño. También la tecnología, tanto la ligada a la organización (TICs fundamentalmente) como la relacionada más directamente con la asistencia va acentuar su protagonismo. Todo ello en busca de una atención sanitaria más adecuada a cada necesidad, personalizada y eficiente.

En nuestro caso la búsqueda de nuevas formas de gestión se está produciendo mediante una profundización muy sustancial en el modelo actual, que aquí, en Navarra, se ha venido considerando más que razonablemente eficiente y con fuerte apoyo social, a lo largo de las últimas décadas.

Los elementos claves citados arriba (el papel central de la tecnología, la variación del modelo retributivo vinculándolo al buen desempeño, etcétera) están y estarán muy presentes en el futuro inmediato, al servicio de una profundización en modelo, que ya se está produciendo y pilotándose en proyectos, tanto en AP como en AE y, especialmente en la coordinación entre ambos niveles, mediante diversas formas, que incluye, su participación conjunta en muchos de los proyectos.

2.2 La investigación e innovación

Es el otro elemento definitorio de las tendencias de futuro, en general y especialmente en Navarra: la profundización de las actuaciones que tienen que ver con la Investigación y la Innovación. Entre ellas el impulso de instrumentos específicos de gestión (Fundaciones, Empresas especializadas, ..), la cooperación con la iniciativa privada decidida y a largo plazo, la cooperación con las Universidades para el desarrollo de ambos temas, el impulso a la profesionalización de la Investigación (asociar remuneraciones a esta actividad para poder destinar más tiempo de profesionales –a veces como parte de la actividad de determinados clínicos, a veces a tiempo completo de estos y otros profesionales necesarios-, búsqueda en cierto grado de resultados trasferibles al entorno empresarial, ..), entre otras.

Queda aún mucho camino por recorrer, en este ámbito, pero ya se están dando los primeros pasos, que se acentuarán en el futuro.

3 Experiencias Innovadoras

3.1 Proyecto Zahorí

La investigación es un aspecto esencial del trabajo de los profesionales sanitarios y estratégica en el ámbito de los sistemas de información sanitarios del Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea. Proveer de herramientas que faciliten la I+D para los profesionales sanitarios, es por tanto un objetivo esencial del SNS-O. Ello permitirá un incremento notable en la investigación y, además un uso más intensivo de la Historia Clínica Informatizada por todos los profesionales sanitarios, lo que es explícitamente un objetivo estratégico enunciado en el vigente Plan de Salud.

El objetivo primordial del proyecto es dotar al profesional sanitario del SNS-O de la posibilidad de realizar “búsquedas conceptuales” que faciliten las labores de investigación, y para ello, se le dota de una serie de funcionalidades que proporcionen la identificación y acceso de forma ágil a la información contenida en las historias clínicas, tanto en el ámbito de Atención Primaria como de Atención Especializada, que responden al ámbito u objeto de su investigación.

Para facilitar la labor investigadora queremos dotar a los profesionales sanitarios de la posibilidad de hacer búsquedas en lenguaje médico habitual, como se escribe en la Historia Clínica informatizada. La información objeto de interés del investigador, contenida en las historias clínicas, debe poder relacionarse según la “esencia o concepto” de la investigación, no según una mera sucesión de palabras que se repitan con cierta frecuencia en las historias clínicas mostradas como resultados. Así pues el programa informático que pretendemos deberá poder “extraer” el concepto o esencia que subyace en la información clínica, y poder relacionarlo con otros casos o historias, en los cuales el denominador común será el concepto o esencia extraído.

Adicionalmente, el proyecto pretende dotar al SNS-O de una potente herramienta para el análisis de información de las historias clínicas, en las que gran parte de su contenido es no estructurado, es decir, lenguaje natural redactado por los profesionales sanitarios.

El sistema deberá ser alimentado con información disponible en la aplicación informática de Historia Clínica de Atención Especializada, al menos en esta primera fase. Los datos a cargar en el sistema Autonomy serán los informes validados de alta y consulta correspondientes a los años 2003 hasta la fecha actual del año 2008 de las áreas de Pamplona y Estella y las fichas de Triage y Juicio Clínico correspondientes a los años 2003 hasta la fecha actual del año 2008 de los servicios de Urgencias de los Hospitales de Pamplona y Estella.

Para ponerlo en marcha será necesario implementar las siguientes funcionalidades del buscador:

- Obtención de la anonimización o disociación de la información que pudiera permitir la identificación del paciente. Este requisito responde a una exigencia de la Ley Foral 11/2002 respecto a los proyectos de investigación sobre información clínica y de la Ley Orgánica de Protección de Datos. La anonimización deberá extenderse, en la medida de lo posible, tanto a la información estructurada como a la desestructurada.
- Búsqueda “conceptual” básica sobre los Informes, Motivos de urgencias y Juicios de Urgencias. Esta es la esencia de este sistema, la posibilidad de extraer el concepto que reside en el texto de búsqueda y relacionarlo con otros episodios del mismo o similar concepto. El sistema devolverá el porcentaje de acierto o éxito en la búsqueda en orden descendente.
- Búsqueda avanzada con posibilidad de que los usuarios determinen:
 - Número de resultados a mostrar.
 - Relevancia mínima de los datos a mostrar.
 - Información a incluir en la búsqueda: Informes de Historia Clínica, Motivos de Urgencias y Juicios Clínicos de Urgencias.
 - Además puede filtrarse la búsqueda según los siguientes datos de los informes: antecedentes familiares, antecedentes personales, número de colegiado del médico que realiza el informe, edad, juicio, motivo de consulta, sexo, tipo de informe (alta o consulta) y título del informe.
- Búsqueda booleana que incluye asimismo las mismas posibilidades de filtrado según datos que se indican en la búsqueda avanzada.
- Búsqueda paramétrica que permite seleccionar de un desplegable para afinar la selección según los siguientes datos:
 - Sexo
 - Servicio
 - Centro.

Los resultados de las búsquedas deberán poder relacionarse entre sí de forma que el sistema distinga cuando pertenecen al mismo paciente (relación a través del Número de Historia) o al mismo episodio (relación a través del Número de Caso).

Definición de agentes. Los agentes establecen una intención de búsqueda de un usuario, informándose de los nuevos informes o historias clínicas que se incorporan según dicha intención de búsqueda. En este proyecto se definirán un número de agentes entre 10 y 15.

Para la definición de los agentes se tendrá en cuenta que puede ser necesaria la información requerida para identificar al paciente sujeto de este agente, aunque de modo general la información esté anonimizada. El sistema deberá guardar una referencia interna que permita identificar en estos casos al paciente ya que su salud puede estar comprometida.

La activación de los agentes estará ligada, al menos en algunos de los casos, a la aparición no de un caso, sino de un umbral mínimo de casos. Este umbral será también objeto de definición concreta en la fase de implantación.

Funcionalidad de Categorías (Clustering): permite establecer determinadas categorías customizadas en relación a las fichas de Urgencias cargadas, según las

necesidades del usuario. Autonomy asignará dicha categoría de forma automática a las fichas de Urgencias que se incorporen.

3.2 Campaña de Seguridad Vial en el Ámbito Laboral

El Instituto Navarro de Salud Laboral (INSL) ha puesto en marcha una campaña de Seguridad Vial en el ámbito laboral, con objetivo de reducir el elevado número de accidentes laborales viales ocurridos tanto in itinere, al ir y venir del trabajo, como en actividades en misión dentro de la jornada de trabajo. La citada campaña tiene previsto desarrollarse a lo largo del período 2008-2012.

Justificación de la Campaña

Dos son los pilares que justifican la puesta en marcha de la campaña:

- El elevado número de accidentes de tráfico que se producen en el ámbito laboral, 52% de los accidentes mortales y 20% de los graves o muy graves, justifica, o más aún, hace obligado poner en marcha una campaña de prevención de Seguridad vial en el ámbito sociolaboral.
- La sensibilidad del Gobierno de Navarra y de la sociedad en general, en relación a la Seguridad Vial, y el coste humano y económico que producen los accidentes de tráfico.

Características de la campaña

La campaña puesta en marcha en la Comunidad Autónoma de Navarra está liderada por el Instituto Navarro de Salud Laboral con la participación de la Dirección General de Trabajo y Prevención de Riesgos, enmarcándose en el Plan de Acción de Seguridad Vial que gestiona la Dirección General de Interior dentro de la Estrategia Navarra de Seguridad Vial.

Considera entre sus actividades, acciones relativas a favorecer la movilidad de los trabajadores, por uso del transporte público, o colectivo, compartir vehículo, etc. Hay que tener en cuenta que las actuaciones sobre la movilidad relacionada con el trabajo, repercuten en una menor siniestralidad in itinere, además de reportar otras ventajas en relación a la reducción del estrés, economía del transporte, menor impacto ambiental, etc.

Su realización requiere la participación de manera activa de la gerencia de las empresas así como de sus Comités de Seguridad y Salud, o Delegados de Prevención en su caso.

Bajo la dirección y coordinación del INSL la campaña tendrá como promotoras y colaboras a las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Seguridad Social (MATEPS).

La puesta en marcha de la campaña se hará de manera progresiva, dirigiéndose inicialmente como objetivo preferente a los Ayuntamientos y Mancomunidades de Servicios, después a empresas con riesgo vial significativo, y posteriormente a empresas del sector de transporte por carretera y al Gobierno de Navarra respecto de sus funcionarios y resto de personal.

Actuaciones a desarrollar

Edición de materiales didácticos

Como herramienta básica para el desarrollo de la campaña se ha elaborado una “Guía para promover la Seguridad Vial en la empresa” que aborda dicho tema no tanto de manera abstracta o general sino incardinada en el marco de las actividades a desarrollar en el ámbito de la empresa.

Igualmente, se han elaborado un conjunto de fichas técnicas de prevención en relación al tema considerado como son:

- Gestión de los desplazamientos. Aspectos a analizar.

- Normas de seguridad y lista de chequeo para vehículos de empresa.
- Movilidad y seguridad vial.
- Factores de riesgo relacionados con el trabajador.
- Factores de riesgo relacionados con la vía las condiciones meteorológicas.
- Medidas generales: concienciación, atención al vehículo y primeros auxilios.
- Acciones para promover el concepto de la Seguridad Vial como parte integrante de la Prevención de riesgos laborales en la empresa.

Aunque el tema de la Seguridad Vial casi no sea abordado en el ámbito de la prevención de riesgos laborales podemos decir, a tenor de las estadísticas que “la carretera es el lugar más inseguro en la mayoría de las empresas”.

Se desarrollarán acciones formativas y de divulgación para que los planes de prevención de las empresas incluyan un apartado relativo a la Seguridad Vial.

También se desarrollarán sesiones de actualización en el ámbito formativo dirigidas a personal técnico y sanitario de los Servicios de Prevención

Campaña de sensibilización sobre los riesgos viales en el ámbito de la empresa promoviendo acciones tanto en el ámbito de la seguridad vial como en el de la movilidad de los trabajadores.

Firma de la Carta Europea

La Carta Europea de la Seguridad Vial, establecida en el año 2005 por la Comisión Europea con el objetivo de salvar 25.000 vidas hasta el año 2010 en el espacio europeo, es una invitación a concienciar a la sociedad de la necesidad de reducir el número de víctimas por accidente de tráfico, emprendiendo acciones y evaluando los resultados.

Es una iniciativa destinada a todos los actores sociales incluidas empresas, asociaciones ciudadanas, universidades, etc.

Firmar la Carta Europea, tras la realización de las acciones de sensibilización por las empresas navarras, así como por otras entidades, es un objetivo específico de la Campaña de Seguridad Vial en el ámbito sociolaboral.

Las características de la Carta Europea las pueden consultar en la página web de la Agencia Europea.

Es interesante reseñar que los compromisos que cada empresa o entidad fórmula para la firma de la carta suponen:

Un compromiso es una “promesa” para implementar un plan de acción con el objetivo de mejorar la seguridad vial.

Debe ser preciso y concreto.

Debe ir más allá de los requerimientos legales.

Debe formar parte de la esfera de responsabilidad de la entidad.

Debe contribuir directa o indirectamente a reducir las muertes en carretera.

Como regla general, debe diseñarse para los próximos tres años.

EL INSL, con la colaboración de una empresa especializada, presta apoyo a las empresas interesadas en relación con la Firma de la Carta Europea ayudándolas:

- En el proceso de selección de los compromisos más adecuados, entre los que se aplicarán medidas que favorezcan la movilidad de los trabajadores.
- En el propio proceso de gestión de la firma del compromiso, si fuera necesario.
- Actuando como apoyo para el cumplimiento y seguimiento durante 3 años de los compromisos formulados.

- Dentro de la Campaña que ha desarrollado la Federación Navarra de Municipios y Concejos (FNMC) en colaboración con el INSL, 14 de los Ayuntamientos con más población de Navarra han suscrito la Carta Europea de Seguridad Vial abordando compromisos tanto respecto de la Seguridad Vial de sus ciudadanos como del personal del propio Ayuntamiento. Igualmente ha suscrito la carta la Mancomunidad de la Comarca de Pamplona.

Indicadores

La campaña tendrá como indicadores:

- El número de accidentes mortales y graves, “in itinere” y “en misión” en relación con la media de años anteriores.
- El número de actuaciones desarrolladas en el marco de la campaña.
- El número de empresas que realicen las acciones previas de sensibilización así como las que suscriban la firma de la Carta Europea.

3.3 Identificación de paciente con RFID o similar en centros sanitarios

Objetivo del Proyecto

El objetivo del “proyecto general” es evaluar y valorar la utilización de la tecnología RFID (u otra) para la identificación, localización, traza, seguridad, acceso a la información HCI por los usuarios autorizados y gestión de la situación de los pacientes en un centro asistencial.

El proyecto puesto en marcha es un proyecto piloto para el área de urgencias del Hospital Virgen del Camino.

En este proyecto piloto se define el proceso y el modelo de proceso a utilizar en la implantación de esta tecnología.

También se definen las estructuras de datos a manejar y guardar dentro del entorno del RFID y la información a dejar explícitamente en el entorno de la HCI, de manera que sólo pueda accederse a información de carácter personal desde HCI, pero pueda utilizarse para gestión y control (en este caso del Servicio de Urgencias) la definida en el entorno RFID.

Con la información obtenida del proyecto piloto se definirá el proyecto general, si procede, para su extensión a todos los centros de atención especializada del SNS-O.

En el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea la identificación de los pacientes se hace mediante dos identificadores de carácter general. Uno de carácter poblacional, la TIS. Otro de carácter asistencial el número de historia clínica del paciente. Ambos identificadores son únicos por ciudadano navarro. Y ambos están asociados unívocamente.

La identificación del paciente está por tanto resuelta desde el punto de vista lógico; sin embargo no está identificado físicamente el paciente dentro de un determinado proceso asistencial.

Con carácter general se trata en primer lugar de identificar en un rol concreto a las personas que acuden a los centros sanitarios. En principio se identifican cuatro roles generales, trabajador, paciente, acompañante y otros.

De lo que se trata ahora es de incluir un nuevo identificador del paciente, en este caso físico, que debe ser portado por el paciente en algún soporte material, por ejemplo una “pulsera”, con tecnología RFID o similar, que identifique al paciente en un “proceso” concreto (desde que “entra” hasta que “sale”), y dentro de un centro concreto, es por tanto un identificador único por paciente, proceso y centro.

La información o conjunto de datos es adicional a la existente en la actualidad, se agrupará alrededor del identificador de proceso (ID-RFID) y contendrá los datos relativos a: fecha, hora/minuto de alta en el proceso, lugar de alta, localizaciones del paciente durante el proceso y sus “horas”. En el proyecto piloto no se contempla recoger la hora y actividad realizada por el paciente (por ejemplo, cuando se le administren medicamentos, transfusiones de sangre,...), pero la idea es incluirlo en el proyecto general.

Cada área o departamento será objeto de sus propios proyectos para seguridad de administración y trazabilidad, por ejemplo farmacia para administración de medicamentos.

La identificación debe ser por tanto inequívoca dentro del proceso y a la vez debe asegurarse de manera completa la confidencialidad de los datos de identificación del paciente asociado.

Por último identificar un rol (paciente en este caso) en un proceso en un centro, permitirá asociarle todo tipo de acciones departamentales que se consideren, lo que permitirá avanzar con rapidez en la mejora de la seguridad del paciente, dado que el paciente se identifica una sola vez en un proceso dentro de un centro.

Alcance del Proyecto

El concepto “centro” para este proyecto se reduce a Servicio de Urgencias de Hospital Virgen del Camino. El sistema debe permitir identificar lógicamente al paciente (nº de HCI) desde su identificador ID-RFID o similar. El sistema debe permitir localizar al paciente en los espacios que se definan dentro del área de urgencias. Esta identificación/localización del paciente debe poderse observar gráficamente en tiempo real en un panel TFT o similar. El sistema debe permitir con los datos RFID guardados trazar la permanencia del paciente en un proceso determinado, obviamente dentro del área de urgencias.

Propuesta

Descripción general

La solución propuesta, para este proyecto piloto de Urgencias del Hospital Virgen del Camino debe contener los aspectos definidos para el proyecto general más amplio:

- Identificar de manera única e inequívoca, mediante un hardware (tarjeta, pulsera, etc.) adecuado, apoyado en tecnología RFID o similar a las personas que entran en un centro sanitario, en este caso el “centro” se limita al Servicio de Urgencias del Hospital Virgen del Camino.
- Identificar de manera única e inequívoca en un “centro” y en un “proceso”, entendido como el desarrollado, desde que un paciente “entra” en el centro (en este proyecto, desde que es registrado por admisión de urgencias), hasta que “sale” (en este caso, por ingreso en Hospital Virgen del Camino, por traslado a otro centro, por alta o por éxito).

Esta identificación debe permitir:

- Gestionar la situación de los pacientes en el Servicio de Urgencias mediante un panel o cuadro de mando.
- Acceder a la información de triaje y de Historia Clínica del paciente, desde la identificación (ID-RFID), por los usuarios autorizados.
- Trazar el proceso del paciente en el “centro”, en este caso Urgencias del Hospital Virgen del Camino, con acceso sólo desde HCI.
- Localizar al paciente físicamente en los lugares definidos de urgencias.
- Incrementar la seguridad del paciente mediante, la reducción de la posibilidad de error humano en la administración de las prescripciones facultativas de cualquier tipo, debido a la identificación ID-RFID.

Esto supone que debe poderse utilizar el ID-RFID por las aplicaciones que sea preciso, para asociarse y asegurar la correcta administración de las prescripciones facultativas.

A la información personal sólo podrá accederse desde HCI; a la información en relación con las estructuras asociadas a ID-RFID, sólo desde Servicio de Urgencias. También desde ID-RFID se podrá entrar en la HCI de ese paciente, sólo obviamente por los usuarios autorizados (reglas de HCI).

Hay algunas aplicaciones que no se han desarrollado en el “proyecto piloto” pero que se contemplarán en el “proyecto general” como el avisar a los pacientes, asegurando personalización e intimidad, cuando tienen que realizar una acción prefijada.

Planificación del Proyecto Piloto

Realizado en 2008:

- Fase 0a: Definición funcional y técnica: Forma de trabajo, localización de los receptores de RF
- Fase 0b: Desarrollo en Intranet Sanitaria del seguimiento de las pulseras.

A realizar en 2009:

- Fase Ia: Concretar el proyecto para Urgencias del HVC mediante el análisis de los aspectos organizativos y funcionales del área con su Jefe de Servicio. Durante el mes de septiembre de 2009.
- Fase Ib: Definir técnicamente el proyecto y su abordaje formal: integraciones con HCI y Admisión, elección de antenas y pulseras, empresas a participar, grupo de trabajo, aspectos presupuestarios y contractuales. Durante el mes de Octubre 2009.
- Fase II: Ejecución a partir de Octubre 2009 y hasta fin de Noviembre 2009.
- Fase III: Validación en Diciembre 2009 y presentación de resultados a la Comisión de Seguridad del paciente.

3.4 Complejo asistencial médico-tecnológico de Navarra: Un modelo innovador de Atención Sanitaria

Justificación, motivación de su inicio o planteamiento

El proceso de descentralización y subespecialización que ha acompañado al desarrollo del sistema sanitario en las últimas décadas no se ha visto acompañado de una mejora de la capacidad organizativa, con la consiguiente saturación y algunas ineficiencias.

En Atención Especializada, los centros periféricos de especialidades y las consultas externas de los hospitales tienen algunos problemas de accesibilidad, calidad y satisfacción.

Es crítico en los nuevos planteamientos asistenciales considerar elementos relacionados con la práctica clínica basada en la evidencia científica, la personalización de la asistencia y la satisfacción de los usuarios y consumidores.

La innovación mediante la creación de Centros de alta resolución, coincide con este nuevo enfoque que pretende integrar los recursos humanos y tecnológicos del sistema sanitario para centrar la organización sanitaria en las expectativas del ciudadano.

La ampliación de la capacidad de atención en el ámbito de la atención especializada extrahospitalaria unido a la necesidad de mejorar la adecuación entre los recursos empleados y las necesidades a satisfacer y la de mejorar la calidad y eficiencia en este ámbito asistencial, llevó a la Dirección de Asistencia Especializada a proponer este proyecto que tiene un carácter estratégico, por cuanto el abordaje de una necesidad concreta (atención especializada

extrahospitalaria orientada hacia procesos predefinidos) supone un salto cualitativo y diferencial con respecto a otras experiencias de consultas en alta resolución y se realiza como un paso importante en el marco de las líneas estratégicas de salud (Plan de Salud). Es evidente además que es el impulso político del Gobierno y del Parlamento de Navarra los que posibilitan su realización, a través de su incorporación al Plan Navarra 2012.

Población diana

El potencial segmento de atención se corresponde con pacientes que presentan procesos clínicos incluidos en la Cartera de Servicios del Complejo, en general muy frecuentes, poco complejos y predefinidos, que vienen a representar un alto porcentaje de la actividad total en este ámbito de atención.

El sector de salud afectado se corresponde con el de la Atención Especializada, pero tiene potentes interrelaciones con la Atención Primaria.

Se espera que puedan realizarse –en pleno funcionamiento– alrededor de 2.000 actividades/día (consultas, pruebas, etc.) para una atención en el entorno de los 500 pacientes/día, (por proceso, en acto único y con alta resolución) con un horario de 16 horas/día. Se ha estimado que, aproximadamente, 150.000 navarros serán atendidos anualmente en el centro; esperamos que la satisfacción del paciente se incremente debido a que posibilitará un rápido retorno a su vida normal.

Características principales de su desarrollo

El Complejo Asistencial Médico-Tecnológico incluye dos áreas conceptuales: El Centro de Procesos en Alta Resolución y el Centro Tecnológico.

El Centro de Procesos en Alta Resolución es un espacio especializado cuya función es atender una cartera de servicios enunciada por proceso que incluye fundamentalmente actividades referidas a consultas externas, exploraciones especiales y cirugía ambulatoria, siempre sin internamiento. Sus características esenciales son: atención especializada por proceso, en acto único y con alta resolución.

Su función principal será resolver aquellos procesos sanitarios predeterminados de forma que al paciente se le realicen secuencialmente todas las pruebas y consultas necesarias para llegar al diagnóstico, o realizar el tratamiento de que se trate.

El Centro Tecnológico tiene como misión principal proveer la tecnología o servicios médica/os adecuada (pruebas diagnósticas de imagen y laboratorio, principalmente) al Centro de Procesos en Alta Resolución, para que pueda llevarse a cabo la atención en acto único y con alta resolución. Tendrá además otras funciones complementarias, que tendrán que ver con la aportación de su tecnología (por actividad) al resto de la oferta sanitaria de Navarra, para complementarla y ampliarla.

Aspectos destacables de su implantación o aplicación

Hasta el momento se han concluido o se está trabajando en los aspectos concretos reseñados en los siguientes epígrafes.

Marco Conceptual: definición y filosofía del nuevo modelo de atención.

Esta conceptualización, el que sea por procesos, *exige que la cita se realice al proceso* (sea desde AP o desde Urgencias o desde cualquier otro ámbito especializado o preventivo), *no a la agenda del especialista*. Este centro no pretende acercar la atención especializada a una población determinada, sino que su función es atender una casuística concreta de atención especializada expresada en procesos.

Plan funcional y aspectos organizativos

Se ha estado trabajando en dimensionar el Centro con especial atención a la previsión de necesidades de los pacientes en términos de procesos de salud y de atención personalizada, dentro del modelo descrito.

Para ello se ha elaborado un análisis exhaustivo de la oferta y demanda en este ámbito, en relación especialmente con la previsión de procesos a atender.

Se ha profundizado en la definición de tecnologías médicas y de diagnóstico adecuado, en función de los escenarios previstos y la modelización de la organización de áreas y recursos orientados a los objetivos del centro, tanto en lo que tiene que ver con la práctica asistencial como la complementaria no sanitaria.

El modelo organizativo del Complejo Asistencial Médico Tecnológico de Navarra define tres áreas de gestión diferenciadas: *la gestión administrativa, la gestión de procesos*, que incluye la dirección y gestión de la producción sanitaria en los centros y la dirección operativa de la misma, y *la gestión del área de innovación y calidad* cuya función es el mantenimiento actualizado de la Cartera de Servicios expresada en procesos y la redacción del Plan estratégico de Calidad.

Circuitos de atención

El modelo de trabajo por proceso, tiene además efectos importantes en la organización interna de trabajo: la recepción es única (los pacientes se dirigen siempre al mismo punto de atención), la atención personalizada (al paciente le atiende su gestor de caso, que es una persona cuya función dentro del centro, es acompañarle a lo largo de su estancia en el mismo).

Desde el punto de vista de acto único, el ciudadano es el centro del sistema aquí, y por tanto, el destinatario primero, del esfuerzo del diseño arquitectónico.

Además, de la definición se infieren dos elementos relevantes al respecto: el ciudadano/paciente, va a pasar en ocasiones unas horas en el centro, aspecto este a tener en cuenta en su diseño; y en segundo lugar la forma de atención, por proceso, implica *itinerarios* diversos dentro del Complejo asistencial.

Plan Gestión (Selección de procesos y Cartera de Servicios) y Plan de Calidad

La gestión por procesos determina una nueva visión de la organización más orientada a las expectativas que tanto clientes como profesionales esperan, una visión horizontal de la organización mediante el análisis de los flujos de trabajo que intervienen en el desarrollo de los diferentes procesos, intentando en todo momento añadir valor a esta cadena de acciones con el fin de provocar una mejora de los resultados.

La gestión orientada hacia el proceso está basada en tres pilares principales que son:

- la MBE: guías/ vías de buenas prácticas basadas en la evidencia.
- Un plan estratégico de gestión que pretende unificar la actividad.
- Un programa de calidad continua: hitos e indicadores de calidad que conformen un sistema de mejora continua

Hemos definido una serie de modelos teóricos de desarrollo de procesos y es preciso valorar en qué medida los procesos clínicos seleccionados se adaptan a ellos.

Estamos trabajando con los profesionales sanitarios actualmente en la validación y desarrollo de los procesos que conforman la Cartera de Servicios, que se está desarrollando en varias etapas o fases.

Metodología seguida para su seguimiento y evaluación. Indicadores desarrollados y/o utilizados

Lógicamente la evaluación de la consecución de objetivos tendrá que ver, en un primer momento, con el cumplimiento de las diferentes fases del proyecto, reseñados en el siguiente cronograma y programación del trabajo.

- 1.- Cronograma de aspectos arquitectónicos de acuerdo a las especificaciones constructivas: plan funcional, distribución de espacios, relaciones funcionales, circuitos de atención, modelo organizativo (recursos humanos y otros...).
- 2.- Plan de Gestión y Calidad: Cartera de Servicios: Procesos. Estructuras de procesos. Hitos e indicadores de calidad. Incentivos

Indicadores de actividad

Se tendrán en cuenta indicadores de actividad, que nos informarán sobre el número de procesos realizados en un espacio temporal. En el seguimiento de la ejecución de actividades va a tener un papel crucial la tecnología orientada a la gestión por procesos, en concreto RFID o similar. Ésta nos permite identificar, localizar y avisar a los pacientes y nos sirve para registrar la secuencia de acontecimientos y su distribución temporal. Nos será útil para delimitar y obtener información del cumplimiento del proceso (hitos y controles) y de los indicadores y objetivos de calidad propuestos.

Indicadores de resultados

Desde un punto de vista estricto *sanitario*, los indicadores valoraran el grado de concordancia de las hipótesis, sospechas u orientaciones diagnósticas planteadas por el prescriptor al proceso (valoración de la calidad de la prescripción) con el diagnóstico definitivo.

Desde un punto de vista de *actividad general*:

- Grado de cumplimiento de objetivos en acto único (>90%).
- Grado de cumplimiento en relación a la alta resolución (>85%, por ejemplo).
- Aspectos cualitativos: valoración del grado de satisfacción de pacientes y acompañantes e igualmente grado de satisfacción de los profesionales.

Es preciso contemplar aspectos de incentivos asociados a la calidad, mediante la elaboración de un plan de incentivos.

Impactos esperados tras su implantación

Incremento en este nivel la capacidad de producción de procesos diagnósticos de alta resolución y eliminar aquellas actividades que no aportan valor añadido al proceso asistencial y que suponen gasto y pérdida de tiempo para el sistema de provisión sanitaria y para el ciudadano.

Mejora de la accesibilidad: el CAMT supone la *segmentación* de determinados procesos de atención sanitaria que hoy se realizan mediante actividades sueltas, fundamentalmente en los centros de consultas externas de la red y que tienen que ver con las listas de espera más frecuentes del sistema: el abordaje por procesos y en acto único favorecerá el *acceso* no solo *geográfico*, sino también el *acceso a los recursos más adecuados* de atención.

Mejora de la eficiencia: esto se producirá de diversas maneras, sirva como ejemplo de ello, que en los procesos que se traten en el CAMT, la utilización de recursos humanos de alto nivel de especialización es más reducida que en el abordaje convencional (estimamos en al menos un 20% la utilización de los mismos) junto a que la atención se enfoca a la *alta resolución*.

Mejora de la calidad es también evidente: al paciente se le atiende por acto único siempre que sea posible, lo que supone un sinfín de menores inconvenientes para él. Además por

definición se reduce la tasa de variabilidad de la práctica médica, puesto que la estandarización de los procesos implica una práctica clínica común en relación a la utilización de recursos lo que implica -también por definición- la necesidad de que dichas guías/ vías clínicas estén basadas en la evidencia y consensuadas por los profesionales sanitarios afectados.

Diseño de un modelo flexible de atención especializada, orientado a proveer servicios innovadores y personalizados.

Aumento de la satisfacción en el factor que el ciudadano cada vez valora más: su tiempo disponible (el del paciente y sus acompañantes).

Configuración del paciente/ ciudadano como eje real del diseño de los servicios sanitarios, unidades y procesos de alta satisfacción.

Elementos de innovación: constructivos y tecnológicos

Numerosos hitos de innovación quieren incluirse en el Centro (y en todo el CMTNA): desde los constructivos y relacionados con la energía y sostenibilidad, a la utilización de nuevos modelos de organización para personalizar la atención y garantizar un nivel de calidad en todo el proceso de atención. De ahí que la utilización de tecnologías de todo orden debe ser intensiva y especialmente innovadora.

El Complejo en su conjunto, contendrá numerosos componentes de innovación, pero aquí se resalta ahora, que *la forma de atención, la organización de la atención y la atención por procesos* es lo que mejor define su núcleo innovador.

Otros aspectos van a incorporar, igualmente, una mirada innovadora: edificios integrados por entornos amables y humanos, medios tecnológicos al servicio de las personas (tecnología diagnóstica, RFID, domótica, etc.) y compromiso con la sostenibilidad y respeto medioambiental.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL

www.mspes.es