

Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2010 Navarra



Resumen

El Departamento de Salud es consciente de que la promoción, prevención y atención a los problemas de salud de la población de Navarra debe prestarse con criterios de calidad y eficiencia y al menor costo posible.

Haciendo un análisis de la evolución del gasto corriente del Sistema Sanitario de la Comunidad Foral, se constata que durante el año 2010 se ha producido un cambio en la tendencia ascendente de los últimos 3 años en los que teníamos crecimientos superiores al 8%, pasando a tener una reducción del gasto corriente de un 1.3% durante 2010, y estimando que en los próximos ejercicios habrá un aumento inferior a la inflación, estimada en el 2%.

Consideramos que este cambio de tendencia es debido a la introducción de un abanico amplio de medidas que abarcan todos los aspectos, incluyendo tanto medidas de optimización como cambios estratégicos y que tomadas en conjunto permiten reducir el gasto manteniendo la actividad y calidad asistenciales, con resultados que se estima que permanecerán en años sucesivos.

Dentro de estas medidas destacamos por su importancia la creación del Complejo Hospitalario de Navarra y , por innovadoras, la mejora de gestión de la Incapacidad Temporal y el proyecto de geotermia de la Clínica Ubarmin.

El conjunto de medidas adoptadas son las siguientes:

1. **Creación del Complejo Hospitalario de Navarra**
2. Plan de Mejora de la Calidad Asistencial en Atención Primaria
 - a. **Mejora de la gestión de la Incapacidad Temporal**
3. Creación de una Dirección propia para Salud Mental
4. Mejora en la implantación de nuevas tecnologías
5. Mejora en la gestión de compras
6. Control de gastos generales de funcionamiento
7. Control del gasto en recursos humanos
8. Mejor control del consumo de materiales
9. Mejora de la eficiencia energética
 - a. **Proyecto de geotermia de la Clínica Ubarmin**
10. Control del gasto farmacéutico

1 Creación del Complejo Hospitalario de Navarra

Mediante Decreto Foral 19/2010, de 12 de abril se creó el Complejo Hospitalario de Navarra del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y se estableció su estructura directiva para dar respuesta a la necesidad de armonizar y racionalizar la gestión asistencial y el modelo organizativo de los distintos centros sanitarios de Pamplona.

Pasaron a formar parte del nuevo Complejo Hospitalario de Navarra el Hospital de Navarra, el Hospital Virgen del Camino, la Clínica Ubarmin, el Centro de Especialidades Príncipe de Viana, el Centro Sanitario Dr. Sanmartín, el ambulatorio de Tafalla y las consultas de especialidades del Centro Sanitario Conde Oliveto.

La finalidad de la unificación es racionalizar la oferta asistencial de Asistencia Especializada dentro del Área de Pamplona, desarrollando un modelo de organización funcional que permita alcanzar la máxima eficacia y calidad en el cuidado del paciente y asegurar la máxima eficiencia en el aprovechamiento de los recursos humanos, financieros y tecnológicos.

La complejidad y trascendencia del proceso hizo aconsejable el establecimiento de diferentes etapas en su implantación.

En una primera fase se ha aprobado la estructura directiva del CHN, eliminando las duplicidades que existían en las estructuras de los centros que lo integraban.

En la segunda fase, se va concretando, de forma paulatina, la organización de la unificación de la estructura no asistencial y de los distintos servicios asistenciales, lo que requiere previamente un análisis de cada ámbito asistencial afectado.

El Complejo se está organizando en tres unidades orgánicas: Áreas, Secciones y Unidades administrativas, que se van creando, modificando y suprimiendo mediante orden foral de la Consejera de Salud y cuya creación, cuando no tienen carácter asistencial, se financia mediante la amortización de otras vacantes del Servicio Navarro de Salud.

Dentro de todo este proceso de unificación podemos destacar como medidas que pueden suponer un ahorro y por tanto mejorar la eficiencia y sostenibilidad del sistema, las siguientes:

- Disminución de la estructura directiva
- Racionalización de los recursos humanos, destacando que algunas unificaciones de servicios pueden conllevar la unificación de guardias y que se aprovecha el momento de cambio para introducir medidas de gestión como ligar la carrera profesional al cumplimiento de objetivos
- Realización de un único Plan de Inversiones que permite un análisis conjunto de las necesidades
- Uso más eficiente de la tecnología y
- Aplicación de una economía de escala a los concursos de compra que permite tener una posición más fuerte en la negociación

2 Plan de mejora de la Calidad Asistencial en Atención Primaria

Entre las medidas adoptadas en el Plan de mejora de la Dirección de Atención Primaria destacamos las siguientes:

2.1 Atención no presencial en el Centro de Salud

Bastantes demandas que tradicionalmente se canalizaban a través de una consulta médica presencial pueden resolverse por teléfono o por otros profesionales, por ejemplo consultas sobre dudas de cuidados o medicación, dudas sobre síntomas iniciales, solicitud de certificados e informes médicos, información sobre recursos sociales....

Las Citas no presenciales intentan dar una respuesta que evite desplazamientos innecesarios al paciente y actos de escaso valor añadido al profesional, consiguiendo desburocratizar las consultas y utilizar más eficientemente los recursos.

Las Citas No Presenciales (**CNP**) se asignan únicamente para los tipos de necesidades que el equipo ha considerado conveniente resolver mediante esta modalidad de servicio, valorando que son necesidades en las que resulta posible mejorar la accesibilidad, mantener la calidad técnica y aumentar la eficiencia.

La necesidad del usuario se clarifica en el área administrativa y si es susceptible de CNP se aplica el **Circuito Clínico Administrativo** ofertándole, dentro de un abanico múltiple, el modelo de atención más idóneo y por el profesional adecuado. Las CNP pueden ser de dos tipos:

1. Administrativa, cuando no es necesario que el sanitario entre en contacto directo con el paciente para resolver su demanda.

2. Telefónica, cuando es necesario que el sanitario tenga un contacto directo con el paciente, en este caso, se anotan en la agenda del profesional y serán devueltas por el propio sanitario en el momento oportuno, salvo casos de urgencia.

Estas consultas no presenciales, tienen su reflejo en la agenda de cada profesional, es decir están programadas e identificadas (CNP), entre los actos que realizan cada día.

2.2 Cita previa por Internet

Otra modalidad para optimizar los recursos de Atención Primaria es la de solicitar la cita por Internet, con el objetivo fundamental de optimizar la gestión del tiempo, evitando los colapsos telefónicos de las citas a primera hora de la mañana, y los desplazamientos innecesarios de los pacientes a los centros.

El sistema oferta todos los posibles modelos de atención tanto presenciales como no presenciales, excepto la cita médica para el día que debe ser solicitada telefónicamente. El sistema está diseñado para orientar la petición de cita del paciente a la necesidad real que tiene.

2.3 Interconsultas no presenciales

En el marco del **Pacto de Coordinación Primaria – Especializada**, desde el año 2.000 se viene trabajando en Navarra en “Organizar los circuitos de pacientes con la máxima resolución posible, favoreciendo las actuaciones con valor añadido”. En este contexto se han puesto en marcha las llamadas “**Interconsultas no Presenciales**”, como una forma ágil y accesible de consulta a los servicios de especializada, sin lista de espera ni desplazamiento del paciente, lo que mejora la utilización de los recursos.

El médico de AP tiene una plantilla en HCI que automáticamente anota determinados datos de filiación y clínicos y en la que el profesional de Primaria debe cumplimentar el motivo de la interconsulta. Previamente se han pactado con especializada los criterios mínimos que deben constar en la petición para ser respondida. Con estos datos el sistema genera un “**informe asociado**” que es remitido mediante correo electrónico a un buzón específico del servicio correspondiente de Asistencia Especializada. En el plazo de 48 horas hábiles el especialista genera con la respuesta un “**informe de comunicación entre clínicos**” que se incorpora automáticamente a la historia clínica del paciente. El informe contiene únicamente información destinada al médico emisor del caso y no se entrega al paciente.

Actualmente están funcionando en Navarra interconsultas no presenciales con los servicios de alergología, endocrinología, psiquiatría, patología de raquis, cardiología y dermatología y próximamente va a entrar en funcionamiento en Psiquiatría Infantil para el abordaje del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.

Según los datos analizados hasta ahora su contenido se ha centrado sobre todo en temas relacionados con dosis e indicaciones de fármacos, actuación en reagudizaciones, y en el control de pacientes que ya cuentan con un diagnóstico confirmado. La experiencia está resultando muy satisfactoria tanto para pacientes como para profesionales de Primaria y Especializada, habiéndose resuelto sin necesidad de derivación un 80% de las consultas planteadas.

2.4 Mejora de la gestión de la Incapacidad Temporal

En junio del año 2009 el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra impulsó un Grupo de Trabajo en el que participaron directivos y técnicos de la Dirección de Atención Primaria (DAP), del Instituto Navarro de Salud Laboral (INSL) y del Departamento de Innovación, Empresa y Empleo del Gobierno de Navarra y cuyo objetivo era el diseño de un **modelo de gestión racional de la incapacidad temporal (IT) basada en criterios clínicos**. El día 9 de febrero del 2010 se formalizó un Convenio entre la Comunidad Foral de Navarra y el Ministerio de Trabajo e Inmigración (INSS) por el que se acuerda realizar un estudio piloto para realizar este abordaje.

Los objetivos generales perseguidos son los siguientes:

- Garantizar el uso racional de la Incapacidad Temporal para que cumpla la función clínica para la que fue creada, como componente del proceso terapéutico.
- Mejorar la eficacia y eficiencia del sistema de control mediante nuevos procedimientos de control más racionales y basados en criterios clínicos y de eficiencia social.

Y como objetivos específicos se establecieron:

- Realizar los controles clínicamente necesarios y en el momento oportuno, en función del tipo de proceso y de la situación clínica del paciente.
- Desburocratizar el procedimiento, eliminando controles sin justificación clínica, costes innecesarios y actos sin valor añadido
- Aumentar la satisfacción de los ciudadanos con el sistema, disminuyendo desplazamientos innecesarios
- Incrementar la satisfacción de los profesionales médicos y su grado de implicación en unos procedimientos de control más racionales y con justificación clínica.

La DAP y el INSL han iniciado en junio del 2010 una experiencia piloto en cinco centros de Atención Primaria en el que se tramitan los partes de baja, confirmación y alta de acuerdo a un nuevo procedimiento basado en criterios clínicos y en parámetros de estandarización de tiempos de duración óptima de IT para cada patología.

La actual normativa exige un primer Parte de Confirmación a los 4 días de la baja y un nuevo Parte cada 7 días, sin tener en cuenta el proceso clínico que origina la IT. Mediante el nuevo procedimiento los pacientes en situación de IT acuden al Centro de Salud únicamente cuando realmente es necesaria una visita médica y la periodicidad de los partes de confirmación depende del proceso clínico y coincide en todos los casos con las fechas de las revisiones clínicas. Los procesos en general espacian más las revisiones del paciente cuanto mayor es la duración del mismo y no existen visitas con finalidad estrictamente burocrática.

Como información de apoyo a la gestión de las ITs, el INSL ha elaborado un estudio estadístico que recoge las duraciones medias de cada proceso en Navarra a lo largo de los últimos 10 años, definido por un código CIAP y su descriptor literal. Los datos de este estudio se han incorporado al programa de Historia Clínica Informatizada de modo que el clínico visualiza, en el mismo acto de generación de la IT, datos sobre la duración mediana del proceso, (número de días de IT necesarios para que el 50% de los pacientes que han sufrido baja en Navarra por ese proceso se encuentren de alta) que le orientan sobre la duración estimada de la baja.

También se muestra durante la generación de la IT, una recomendación estándar sobre los periodos de revisión clínica basados en dicha mediana.

El programa tiene dos pilares:

- **Duración Probable impresa en formulario:** Los pacientes, las empresas y las entidades gestoras reciben una información en relación a la duración probable impresa en los documentos a entregar al paciente y a la empresa. Esta información tiene carácter cualitativo en función de la Duración Probable numérica establecida por el Médico.
- **Garantía de Cita en el Día:** Los centros piloto garantizan la cita en el día a todo paciente que solicite atención por un proceso que pueda requerir Baja Laboral o prolongación de su período de Baja por no mejoría.

Evaluación

Los Criterios de Evaluación de la experiencia piloto son los siguientes:

- La evaluación se centrará en medir la eficacia y eficiencia del nuevo procedimiento principalmente mediante el análisis de la **evolución de la duración de las bajas**

- Los parámetros utilizados para la evaluación no deben estar influidos por factores ajenos al nuevo procedimiento, en este sentido las variaciones que pudieran observarse en la incidencia de las bajas no serán atribuidas al nuevo procedimiento, toda vez que en el mismo no se interviene en las indicaciones de las bajas laborales.
- La evaluación comparativa deberá centrarse preferentemente en el análisis pre-post en las propias zonas, ya que la comparación con otras zonas o regiones puede estar muy influida por factores ajenos al nuevo procedimiento.
- La Dirección de Atención Primaria evaluará el impacto del nuevo procedimiento en la carga de trabajo tanto asistencial como burocrática de los Centros de Salud.
- Por su parte tanto el INSS como el Instituto de Salud Laboral evaluarán el impacto del nuevo procedimiento en los sistemas de control externo.
- La evaluación final del impacto económico del nuevo procedimiento será realizada por el Departamento de Economía de la Universidad Pública.

Los primeros datos evaluados a **6 meses** son muy positivos, observándose una **disminución del número medio de días de baja por proceso** y una disminución en el número de visitas de los pacientes al centro para la realización de trámites en relación al proceso de IT.

A lo largo de este año se realizarán encuestas de satisfacción a profesionales, usuarios y empresas y un análisis coste/beneficio a través de la Universidad Pública de Navarra.

Creemos que los resultados de este trabajo pueden tener una **importante repercusión económica** y abrir vías de trabajo del INSS con el resto de las autonomías para avanzar en esta dirección.

3 Dirección de Salud Mental

El área de Salud Mental de Navarra había dependido sucesivamente de la Dirección de Atención Primaria y de la Dirección de Asistencia Especializada. En diciembre de 2010 se creó una Dirección propia para, entre otras cosas, optimizar la utilización de los recursos existentes.

Esta Dirección viene trabajando en un Plan de Salud Mental y el equipo directivo ha contemplado diversas medidas de aumento de la eficiencia para 2011 como son:

1. Disminución de la variabilidad en la práctica clínica:
 - a. Implantación de informes de derivación/alta con un mínimo de estándares de calidad exigibles en todos los centros de la red de salud mental
 - b. Implantación de protocolos y guías clínicas
2. Implantar progresivamente programas asistenciales y vías clínicas con estándares de calidad mínimos en todos los centros de la red de salud mental.
3. Gestión por procesos e implantación de pactos de gestión por objetivos en todos los centros de la red de salud mental
4. Potenciar las consultas de alta intensidad en los Centros de Salud Mental para evitar ingresos.
5. Potenciar las consultas post-hospitalización en las unidades de agudos para disminuir estancias, evitar reingresos y favorecer la continuidad de cuidados.
6. Establecer mecanismos de control de la eficiencia de los centros concertados mediante indicadores evaluables periódicamente.
7. Revisión periódica de la necesidad de ingreso en aquellos pacientes ingresados (Hospitales de Día, Unidades de Hospitalización Psiquiátrica) cuyas estancias superen las consideradas estándar.
8. Disminuir un 50% en 2011 el número de pacientes derivados a centros concertados por saturación de las unidades de psiquiatría del CHN.
9. Aumentar el número de camas de psiquiatría en el Hospital Reina Sofía de Tudela al objeto de optimizar los recursos humanos existentes y disminuir los traslados de pacientes a Pamplona.
10. Reducción de las sustituciones de aquellos profesionales cuya actividad pueda ser cubierta por otros del mismo centro, garantizando una asistencia adecuada.
11. Disminución del gasto farmacéutico:
 - a. Impulsar el uso de medicamentos genéricos
 - b. Habilitar mecanismos de control para el uso racional y de calidad de los medicamentos.
 - c. Promocionar medidas terapéuticas alternativas al uso de psicofármacos en trastornos leves.
12. Racionalización de los facultativos psiquiatras de guardia una vez que se haya creado el servicio de urgencias unificado del CHN.
13. Implementar interconsultas on line y potenciar interconsultas presenciales de acto único con Atención Primaria.
14. Implantación en las primeras consultas de los CSM de criterios explícitos de duración del tratamiento que incluya por escrito en la HCI:

- a. Plan terapéutico
 - b. Estimación de la duración del tratamiento, criterios de revisión y terminación del tratamiento y plan de alta
15. Protocolo de colaboración con AP para disminuir la duración de las bajas laborales con criterios clínicos de pacientes atendidos en Salud Mental.
 16. Integrar orgánica y funcionalmente programas con relativamente escaso volumen de actividad (Programa de Interconsulta Psiquiátrica, Unidad de Trastorno de la Conducta Alimentaria) en servicios funcionalmente relacionados, pero conservando su actividad propia al objeto de aumentar sinergias de personal y actividad.
 17. Impulsar y protocolizar la coordinación en los niveles interinstitucional, intrainstitucional y entre los distintos servicios de la red de salud mental al objeto de eliminar procedimientos redundantes, aumentar sinergias, favorecer la continuidad de cuidados y una asistencia integradora e integral.

4 Mejora en la implantación de nuevas tecnologías

Analizando la situación del gasto se vio que la introducción de nuevos productos, dispositivos o procedimientos utilizados en la atención médica era una de las principales causas del aumento del gasto sanitario, por lo que su control se consideró prioritario.

Mediante Resolución 1311/2009, de 2 de julio, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea se estableció que para introducir cualquier tipo de tecnología sanitaria en el sistema sanitario público navarro, es preciso un informe positivo de la Agencia Navarra de la Salud.

El objetivo de este informe es establecer un mecanismo de valoración sistemática de las solicitudes que permita unificar criterios de compra para todo el Sistema Navarro de Salud-Osasunbidea, evitar la presión comercial sobre los profesionales que lo solicitan, constatar que se adecua a los objetivos del centro y en definitiva, mejorar la gestión de los recursos evitando incurrir en gastos que no cuenten con suficiente evidencia científica o que superen la capacidad del sistema para asumirlos.

Se estableció un **circuito de nuevos productos** en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea que es el siguiente:

1º.- Los Centros remiten las solicitudes de nuevos productos al Servicio de Aprovisionamiento utilizando el formulario de la Intranet.

2º.- Si el producto que se solicita se encuentra dentro de los siguientes criterios es incluido en el Catálogo de Productos por el Servicio de Aprovisionamiento y puede comprarse por los Centros.

- Sustitución por otro producto a precio igual o inferior.
- Si el producto que se plantea está siendo adquirido como producto genérico, lo cual implica una regularización del catálogo
- Si se trata de un producto existente con medidas o tamaños diferentes, siempre que el precio sea igual o inferior

3º.- Si el producto no cumple criterios para ser incluido directamente en el Catálogo se remite a la Agencia Navarra de la Salud para su valoración.

4º.- La Agencia Navarra de la Salud analiza el producto, habiendo tres posibilidades:

- Que emita un informe favorable al Servicio de Aprovisionamiento. En este caso el Servicio de Aprovisionamiento lo incluirá en el Catálogo de Productos y podrá ser adquirido por los Centros.
- Que emita un informe desfavorable al Servicio de Aprovisionamiento. En este caso el Servicio de Aprovisionamiento no lo incluirá en el Catálogo de Productos y no podrá ser adquirido por los Centros.
- Que considere que supone un cambio sustancial, lo que se dará en los siguientes supuestos:
 - Nuevos equipos que conlleven la necesidad de nuevos productos para su funcionamiento
 - Cesión o préstamo de equipos que necesiten materiales fungibles
 - Productos con impacto económico elevado
 - Productos o equipos que puedan afectar a un grupo de personas importante.

5º.- Si la Agencia Navarra de la Salud considera que se trata de un cambio sustancial solicita a la Dirección del Centro un informe con información complementaria para su análisis.

6º.- La Agencia Navarra de la Salud, una vez recibida la información complementaria estudia la documentación y toma una decisión definitiva sobre la solicitud.

Desde la implantación de este nuevo método se ha constatado que el gasto en material ha disminuido.

5 Mejora en la gestión de compras

En la compra de los productos necesarios para el funcionamiento de los diferentes centros se ha agrupado el proceso de adquisiciones de bienes y servicios para todo el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, consiguiendo la simplificación de los procedimientos administrativos y el ahorro de costes al establecer la economía de escala, para lo que se ha puesto en marcha la “Comisión Asesora de Compras de Productos” con las siguientes funciones:

- Homologación de los productos y calidades necesarios para garantizar la prestación de la asistencia sanitaria de calidad, adecuada a la eficiencia económica
- Revisión y depuración del catálogo de productos
- Definición de la política de compras de productos
- Participación activa en los procesos de selección de productos
- Negociación con los proveedores
- Racionalización del consumo

5.1 Negociación con los proveedores

- Revisión de los contratos más significativos como limpieza, mantenimiento, seguridad y lavandería, con objeto de revisar los precios y minimizar el impacto de la subida del tipo del IVA, habiéndose conseguido que, en términos generales, se hayan mantenido los precios con respecto al año anterior.
- Se ha puesto en marcha un concurso para el suministro de prótesis de rodilla para la totalidad de los centros del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea
- En 2010 se creó un grupo de trabajo para analizar el suministro de productos de laboratorio, tras el trabajo de este grupo en 2011 se ha pasado de hacer un contrato por producto y centro, a sacar un concurso único por lote para todos los centros, estos contratos entrarán en vigor en 2012, esperando que con esta economía de escala se pueda ahorrar un 20% de la factura de laboratorio.
- En la red de urgencias extrahospitalarias a través de buscas se ha gestionado un nuevo contrato, similar al anterior, pero modificando algunas prestaciones del mismo, consiguiendo una reducción del coste en 23,9%.
- En lo que se refiere al mantenimiento de edificios y de electromedicina de Atención Primaria se ha realizado un nuevo concurso público para con una bajada del 3% sobre el presupuesto.
- En el apartado del mantenimiento de las zonas verdes y de los ascensores de los centros de salud, se ha negociado con los proveedores del servicio consiguiendo una disminución del precio del 5%, sin minorar las condiciones de los respectivos contratos.

6 Control de los gastos generales

Se incluyen aquí los gastos necesarios para el funcionamiento de los centros. Este tipo de gasto se encuentra muy ligado a la evolución del IPC y al tamaño de las infraestructuras. Se han tomado varias medidas al respecto:

- **Comunicaciones postales:**
 - Prioridad absoluta del uso del correo electrónico
 - Mensajería urgente sólo en casos excepcionales
 - Mensajería privada sólo en casos excepcionales
- **Suscripciones**
 - Se han reducido a un máximo de dos periódicos diarios (regionales y de interés general)
 - Se ha centralizado la suscripción de las revistas científicas en las bibliotecas de los hospitales
 - Se ha potenciado el uso de la biblioteca virtual
- **Telefonía**
 - Se ha potenciado el uso de la red corporativa
 - Se ha limitado la asignación de móviles
 - Se han limitado todas las llamadas: extranjero, nacional, local y corporativas
 - Se ha procedido a controlar rigurosamente el gasto de cada móvil
- **Reprografía**
 - Se han restringido las fotocopias al mínimo posible
 - Se ha potenciado la impresión a doble cara
 - Se ha procedido a sustituir la reproducción en papel por archivos escaneados de los documentos
 - Los documentos de interés general como la memoria del SNS-O se ponen a disposición del público a través de Internet
 - Se ha limitado la edición de folletos y carteles
- **Actos institucionales**
 - Se ha pasado a realizar todos los actos institucionales en instalaciones del Gobierno de Navarra, evitando el alquiler de locales
- **Desplazamientos**
 - Se ha potenciado el traslado en medios de transporte público colectivos.
 - Se ha potenciado el medio de transporte más barato.

7 Control del gasto en recursos humanos

El control del gasto en recursos humanos se ha planteado de forma global, con el compromiso de mantener la calidad asistencial y de respetar los derechos de los trabajadores. Además de las medidas tomadas por el Gobierno central del recorte de los salarios, en la Comunidad Foral se han llevado a cabo las siguientes actuaciones:

- No incrementar la estructura directiva del Departamento de Salud, e incluso disminuir la estructura directiva del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
- No incrementar la plantilla actual del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, garantizando la estabilidad de la contratación estructural vigente
- Contención del salario de altos cargos, con recortes que oscilan entre el 9 y el 12%
- Con la creación del Complejo Hospitalario de Navarra se pretende optimizar el uso de los recursos humanos, racionalizando la distribución del trabajo y unificando las guardias de algunas especialidades.
- **Centralización de la asistencia sanitaria prestada los sábados en centros de salud de Pamplona y su Comarca**

A lo largo del año 2010 se ha puesto en marcha la centralización de la asistencia de los sábados por la mañana, de 8 a 15:00 horas, en Pamplona y su Cuenca.

Esto supone que una población atendida en 18 Zonas Básicas se concentre en 4 puntos. Frente a 81 profesionales sanitarios y no sanitarios que trabajaban cada mañana de sábado en el año 2009, se ha pasado a un total de 39 profesionales, lo que supone un evidente ahorro en personal que se acompaña del ahorro en electricidad, gas, gasóleo y servicio de limpieza.

Esto ha supuesto un cambio en la organización asistencial, una planificación más resolutive y un ahorro estimable, pasando el gasto a ser menos de la mitad del año anterior para la cobertura de los sábados, todo ello con una garantía de asistencia sanitaria de calidad y satisfacción para el usuario, sin que se haya producido una sobrecarga de las urgencias hospitalarias.

- **Autogestión de sustituciones en los centros de salud**

En 2010 se ha trabajado con la dirección de las zonas básicas para aumentar la autogestión, pasando a ellas la gestión de una parte importante del presupuesto de capítulo I, en concreto el presupuesto para la cobertura de ausencias generadas por las vacaciones y los días personales de los trabajadores de la Zona Básica.

En primer lugar las subdirecciones de Atención Primaria analizaron las necesidades de sustitución que se generan en cada centro teniendo en cuenta variables como el número de profesionales por centro, existencia de turnos de mañana y tarde, dispersión de la Zona Básica, existencia y número de visitas semanales a consultorios, etc., Posteriormente se trasladó esta información al equipo directivo de la Zona Básica y se puso a su disposición una herramienta de control con los porcentajes de sustitución, traducidos a su

coste en horas de contratación. Esta herramienta está en páginas de acceso restringido de la Intranet Sanitaria del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, de modo que los datos para el seguimiento del presupuesto son accesibles tanto para las subdirecciones de Primaria como para el equipo directivo del centro.

La evaluación del gasto presupuestario en estos conceptos para los Centros de Salud de Atención Primaria ha sido positiva en el año 2010, cumpliendo la práctica totalidad de los equipos con el presupuesto asignado. La posibilidad de conocer mes a mes la evolución del gasto en estos conceptos, ha permitido poder rectificar los excesos y ha supuesto una experiencia positiva para un mejor conocimiento de las necesidades de cobertura de personal generadas y para la generación de presupuestos prospectivos.

- Reducción del gasto de productividad extraordinaria mediante la adopción de las siguientes medidas:
 - Revisión de los programas extraordinarios para reducir las listas de espera.
 - Revisión de los módulos por pase o visita de planta por centro y especialidad.
- Medidas de contención del gasto en la contratación de personal:
 - Centralización de toda la contratación temporal estructural y para la cobertura de vacantes, condicionándola a la previa autorización individualizada de la Dirección de Recursos Humanos, y en todo caso dentro de las correspondientes consignaciones presupuestarias
 - Potenciar la planificación previa para la cobertura de las ausencias reglamentarias programadas como vacaciones, permisos u otras licencias conocidas de antemano, de modo que permita contrataciones más estables, priorizando la sustitución que tenga incidencia directa en la actividad asistencial
 - Limitación de la sustitución de las ausencias no programables como bajas laborales o asuntos propios durante las primeras 24 horas, cuando se produzcan en unidades no asistenciales y las que se den en unidades asistenciales con más de tres personas por turno.
 - Se autoriza la formación continuada que no da lugar a sustitución de personal y se limita a un máximo de 3 días por año cuando implica reducción de actividad asistencial.
 - Los servicios de dirección y los servicios administrativos no vinculados a la actividad asistencial no dan lugar a sustitución.

8 Mejor control del consumo de materiales

Durante el año 2010 se han puesto en marcha una serie de acciones para el control del gasto en este apartado, consiguiendo una reducción del 1% del mismo en relación al año 2009 a pesar del aumento del IVA, estimándose que continuarán en años sucesivos. Las más significativas son las siguientes:

- **Revisión de material:** Se han revisado los productos de los grupos más significativos, entre los que podemos destacar hemodiálisis, apósitos curativos y material quirúrgico.
- **Aumento del control de stocks y la reducción de los mismos:** Se vio la necesidad de reducir los stocks para ajustarlos a las necesidades reales y evitar que se tuviese que desechar material por caducidad u obsolescencia.
- **Implantación de nuevos modelos de gestión de los almacenes de planta.** Durante 2010 comenzó de forma paulatina el cambio del almacenaje de planta, implantándose un sistema de doble cajetín, en el que se predefine el número de artículos en cada cajetín, habiendo en el almacén de planta uno en uso y otro en reserva. Cuando comienza a usarse el de reserva se pide uno nuevo al almacén central. Esto permite evitar que se acumule material, lo que mejora el control y evita los problemas de caducidad.
- Se hace un seguimiento del consumo y se establecen “**pactos de consumo**” con los servicios hospitalarios con mayor gasto, lo que permite una mejor planificación y control, implicando a los profesionales en el uso racional de los materiales.
- Se ha realizado **seguimiento de los consumos** de los Centros de Salud, logrando un decremento del gasto del 0,7% en material sanitario y del 4,5% en instrumental y utillaje.

9 Mejora de la eficiencia energética

El coste de la energía ha tenido un fuerte crecimiento en los últimos años, esta tendencia se estima que se mantendrá en el futuro. La puesta en marcha de las nuevas infraestructuras que se encuentran en construcción aumentarán las necesidades energéticas de los centros, por lo que este gasto tiene gran importancia y son varias las acciones que se han puesto en marcha en este apartado pudiendo señalar las siguientes:

- Revisión de la potencia contratada
- Contratación de la energía eléctrica mediante concurso público para la estabilización y control de precios, adjudicándose a una única empresa para todo el SNS-O.
- Aumento del seguimiento y control del gasto energético con la puesta en marcha de una serie de medidas que permiten el aumento de la eficiencia energética que son:
 - Utilización de bombillas de bajo coste
 - Apagado de luces cuando no está la zona en funcionamiento
 - Desconexión automática en determinadas zonas de la iluminación y de elementos informáticos cuando el usuario no los utiliza durante un tiempo
 - En Atención Primaria se ha continuado con acciones iniciadas en años anteriores de sustituir paulatinamente el sistema de calefacción de los centros de salud que utilizan gasóleo por un sistema en que se utiliza gas, o bien, biomasa, esta última fundamentalmente en los centros rurales.
 - El Complejo Hospitalario de Navarra tiene que sustituir la planta de cogeneración. Se ha planteado que en lugar de hacerla el propio SNS-O se haga una “concesión de obra pública” en la que se adjudique el suministro de la totalidad de la energía del centro durante un período de tiempo, y que sea la empresa adjudicataria la que acarree con todas las necesidades que ello conlleve, incluyendo la sustitución de la planta de cogeneración.
 - Destacamos por su especial importancia, la adjudicación del suministro de parte de la energía (calor, frío) de origen geotérmico mediante un contrato de concesión de obra pública:

9.1 Proyecto de geotermia de la Clínica Ubarmin

La Clínica Ubarmin es un hospital monográfico de Cirugía Ortopédica y Rehabilitación perteneciente al Complejo Hospitalario de Navarra situado a 17 Km del centro de la ciudad.

El edificio ocupa un amplio solar (260.000 m²) y se caracteriza, además de por “espacios amplios” por tener “muchísima luz” que se consigue por su peculiaridad arquitectónica al ser un único edificio integrado por dos componentes, una zona baja horizontal, que consta de planta baja y un sótano y una zona vertical con nueve plantas (dos sótanos, planta baja y seis alturas).

Los amplios espacios de la planta baja, con una superficie de 11.000 m² y con una exposición directa al exterior mediante un sistema de cúpulas traslúcidas, hace que sea un espacio muy luminoso pero con un consumo energético (electricidad y gasóleo) muy elevado, máxime en una zona fría como es Pamplona, habiendo sido este consumo de 502.731 €. en el año 2009, razón que hizo buscar alternativas energéticas y de consumo con tres objetivos:

- Reducir el elevado coste por consumo energético
- Utilizar la mínima inversión posible
- Realizar el cambio sin alterar la actividad funcional del Centro

y contando con tres premisas:

- Utilizar energía renovable, inagotable
- Utilizar energía limpia, no contaminante
- Utilizar energía segura

Tras analizar varias posibilidades el equipo directivo se decantó por la energía geotérmica, muy usada en Centroeuropa y poco en España y que presentaba algunas ventajas adicionales como son:

- Necesidad de mínimas obras
- Aprovechamiento de la red existente
- Al ser un circuito cerrado no se necesitan torres de refrigeración, lo que elimina la posibilidad de contaminación por legionella

La energía geotérmica es la que proviene del interior del planeta. Se basa en intercambiar el calor almacenado en el subsuelo por la radiación solar. Como fuente de energía es inagotable, disponible en cualquier lugar y puede mantener su producción de energía indefinidamente. Esta fuente de energía sirve tanto para suministrar calor como para generar electricidad.

A partir de unos metros de profundidad la temperatura de la tierra es constante a lo largo de todo el año. Esta capacidad le permite absorber o ceder gran cantidad de calor, y así es posible extraer del terreno calor en invierno o cederlo en verano para obtener frío.

El interés de esta tecnología se centra en la alta eficiencia de éstas bombas de calor respecto a los sistemas convencionales de generación de energía. Al aprovecharse la temperatura constante, templada, del terreno (16°-17°), se parte de una temperatura más cercana a la deseada en el interior del edificio, que la que hay en el ambiente, de la que parten normalmente los sistemas convencionales. En el caso geotérmico, al tener que superar un salto de temperatura mucho menor, tanto en invierno como en verano, es necesario un menor consumo de energía para salvar esa diferencia.

Por esto el rendimiento del sistema es muy alto, por cada unidad de energía eléctrica que se consume se obtienen 4 o más unidades de energía en forma de calor o frío.

Los usos que habitualmente se dan con esta fuente de energía son los siguientes: calefacción, refrigeración, agua caliente sanitaria (ACS) y climatización de piscinas. En nuestro caso el centro ha optado por cubrir mediante geotermia el precalentamiento de toda el ACS, el suministro a todos los radiadores de zonas comunes y baños y la generación de parte del agua fría para el envío a las máquinas de refrigeración.

La premisa económica era buscar el “ahorro” a corto o medio plazo y que no redundase en un mayor gasto para producir ese ahorro (es decir, inversión “0”), lo que llevó a un modelo de **Concesión Administrativa**, en este caso a 12 años, donde la inversión corre a cargo de la empresa adjudicataria del contrato-concesión cuya forma de resarcirse de la inversión es por el pago de los ahorros producidos con la incorporación

del nuevo sistema de ahorro energético o de energía alternativa que se repartirán en un 60% para la Empresa Adjudicataria y un 40% para la Clínica Ubarmin.

Una instalación de geotermia requiere una inversión inicial notablemente superior a la de una instalación convencional, debido principalmente a las perforaciones. Los ahorros que se obtienen del uso de la energía geotérmica son más significativos cuanto más intensivo es el uso de un edificio, y de ello depende el periodo de retorno de la inversión. .

En nuestro caso el adjudicatario se compromete a la realización a su cargo de las inversiones necesarias en los terrenos de la Clínica Ubarmin para el suministro, mediante la conexión a las correspondientes redes de aproximadamente 2.000.000 Kw/h. anuales de energía.

Los ahorros generados por la instalación (estimados en 161.303 € anuales) serán repartidos entre el Centro (60.514 €) y el adjudicatario (100.789 €), este reparto de los ahorros entendemos que es un elemento incentivador para la empresa adjudicataria ya que dispone de la posibilidad de generar más energía y por tanto amortizar a mayor velocidad y producir beneficios, que a nosotros también nos repercute positivamente.

Hemos tasado el precio del Kwh. Ahorrado (0,06632 €), desde el cálculo de la energía ahorrada anualmente y el coste de esa energía, y al precio de la energía eléctrica en el momento de la adjudicación, habiendo establecido un sistema de pago de la energía ahorrada como una cantidad fija por Kwh ahorrado : “El adjudicatario recibirá del SNS-O, como máximo, la cantidad de 0,06632 € por Kwh. de energía realmente ahorrado, para lo cual se deberá de disponer del correspondiente sistema de medición y control”. Esto tiene un valor muy significativo, pues además de evitar cálculos constantes en función de las fluctuaciones del precio del Kwh., entendemos que produce ahorros ya que lo previsible es la subida constante de la energía eléctrica.

Al finalizar la amortización la instalación pasará a ser propiedad de la Administración.

10 Control del gasto farmacéutico

El gasto en este epígrafe representa el 25% del gasto corriente, habiéndose producido en el ejercicio 2010 un cambio muy importante en la tendencia alcista que mantenía.

Algunas medidas que han incidido en este control han sido tomadas en el marco del Consejo Interterritorial del SNS, como son la modificación del cálculo del sistema de precios de referencia, la reducción del precio de los medicamentos genéricos, la reducción del precio de los absorbentes y la revisión del precio de determinados grupos de medicamentos.

En la Comunidad Foral se ha creado la **Comisión Asesora Técnica para el uso racional del medicamento**, formada por técnicos especialistas de cada uno de los centros y que tiene, entre otras funciones las de:

- Elaborar el catálogo farmacoterapéutico general
- Elaborar el Plan de Inspección Farmacéutica para el seguimiento y control del gasto farmacéutico
- Promover el uso racional del medicamento
- Analizar la introducción de nuevos fármacos, para lo que se ha establecido un circuito que implica, además de a la CAT para el uso racional del medicamento, a los servicios de farmacia, las direcciones de los centros y la Agencia Navarra de Salud con el objetivo de verificar la costo-eficiencia de la introducción.

En 2010 se **derogó el Decreto Foral 258/98**, que incrementaba el número de medicamentos financiados por el sistema sanitario.

El Servicio Navarro de Salud edita desde 1993 el **Boletín de Información Farmacoterapéutica** del SNS-O (BIT). El objetivo de esta publicación es ofrecer información contrastada sobre terapia farmacológica sobre todo en relación con nuevos medicamentos, y difundirla entre profesionales del sistema sanitario, con declaración expresa de ausencia de conflicto de intereses de todos los miembros del comité de redacción. Se pretende que los y las profesionales estén bien informados a la hora de la prescripción.

Durante el año 2010 se puso en marcha en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea **una estrategia para impulsar la prescripción por Denominación Oficial Española (DOE)** de determinados principios activos que tienen un alto impacto económico en la Prestación Farmacéutica y de los que se han comercializado medicamentos genéricos cuya diferencia porcentual de PVP respecto a la marca es del 30%. Además se cambió el indicador de genéricos por el indicador de prescripción DOE que se valora con más puntos en el Pacto de Gestión.

Con el fin de impulsar la prescripción DOE se realizaron tres actuaciones:

- Se envió una carta a todos los médicos del Servicio Navarro de Salud tanto de Atención Primaria como de Asistencia Especializada en la que se explicaba el impulso que el SNS-O quería dar a la prescripción por principio activo
- Se realizaron reuniones en todos los Equipos de Atención Primaria convocadas desde las Subdirecciones para explicar con más detalle la estrategia de Uso Racional del Medicamento del año 2010 y se ofreció una nueva funcionalidad en el módulo de prescripción que “facilita” la prescripción DOE.

- Las herramientas informáticas con las que se realiza la prescripción permiten facilitar el cambio a prescripción por principio activo de una forma automática desde el servicio de farmacia de Atención Primaria. Se ofertó a los Equipos de Atención Primaria el cambio automático de prescripciones de marca a prescripciones DOE para determinados principios activos con alto impacto económico (atorvastatina, clopidogrel, risendronato, irbersartan y fluvastatina prolib). Si el EAP solicitaba el cambio, el sistema informático genera automáticamente carta informativa para el paciente firmada por su médico que, voluntariamente decide o no el cambio.

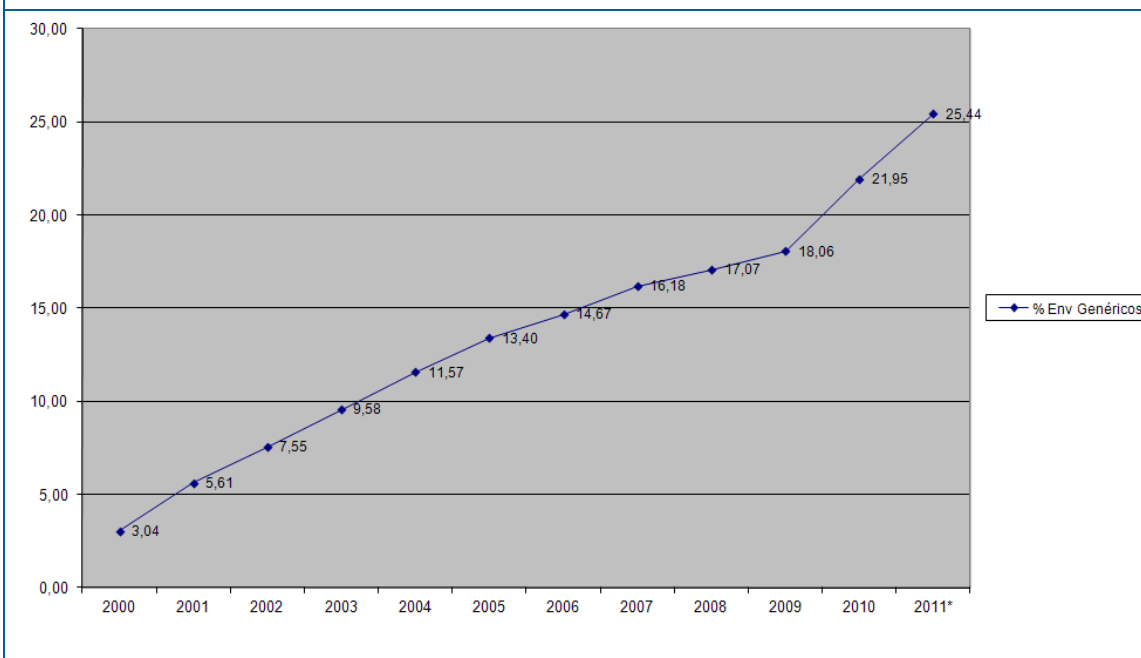
En el seguimiento del indicador de prescripción DOE se valoró con los datos de junio de 2010 la consecución del objetivo de mejora propuesto y se instaló la nueva funcionalidad del módulo de prescripción en aquellos equipos que no lo habían alcanzado.

A día de hoy, 29 de los 57 equipos de atención primaria tienen instalada la nueva funcionalidad en su módulo de prescripción para facilitar la prescripción por DOE.

Con el fin de reforzar el apoyo por parte de Asistencia Especializada a esta estrategia de prescripción por DOE se ha presentado en la Comisión de Directores de los Centros de Salud Mental y se han mantenido reuniones con varios servicios de atención especializada.

En la figura se ve la evolución del indicador de genéricos con el incremento tan importante que ha tenido en el año 2010 y que esperamos continúe durante el 2011, ya que la estrategia de prescripción por DOE continuará en 2011.

Figura 1. Evolución del indicador Genéricos 2000-2010.



Durante 2010 se puso en marcha el “Programa de revisión del tratamiento farmacológico del paciente polimedicado” en Atención Primaria.

Se decidió intervenir sobre este grupo de pacientes porque presentan un elevado riesgo de reacciones adversas, de errores de medicación y de uso inadecuado de

medicamentos. La revisión de medicación se define como el **examen crítico y estructurado** de los medicamentos de un paciente que tiene como objetivos el acordar el tratamiento con éste, optimizar la efectividad, disminuir el número de problemas relacionados con la medicación y reducir el uso innecesario de fármacos.

La primera acción del programa consiste en **identificar a los pacientes polimedcados** de cada cupo. Esta acción se llevó a cabo el primer trimestre de 2010 por parte de los farmacéuticos de Atención Primaria (AP). Estos mandan a cada médico de AP un listado de 15 pacientes que hayan retirado más de 10 principios activos diferentes de las oficinas de farmacia en los tres meses anteriores.

A continuación y durante el resto de 2010 el médico de Atención Primaria procedió a la **revisión de la medicación** de los 15 pacientes identificados. En el caso de que algún paciente hubiera fallecido o no se pudiera localizar, el médico informa al farmacéutico de AP que le remite otro paciente polimedcado. Si algún médico lo considera oportuno puede extender el programa a otros pacientes. Las actuaciones para la revisión son las siguientes:

1. Conocer todos los medicamentos que está usando el paciente y cómo lo hace
 - Se instruye al paciente para que traiga todos los medicamentos (incluidos fármacos sin receta y plantas medicinales) en la próxima visita.
 - En la consulta se le pregunta al paciente si está usando la medicación, si conoce la indicación de cada medicación, el método de administración, la dosis y el momento en que la toma, duración del tratamiento u cualquier efecto adverso experimentado.
2. Se identifica cada fármaco por el principio activo (reduce la confusión de nombres de fármacos y ayuda a identificar duplicidades de tratamiento.)
3. Se identifica la indicación clínica de cada medicación
4. Para cada medicamento que recibe el paciente, el médico se plantea una serie de preguntas sistematizadas que incluyen si todavía está presente la indicación para la que el medicamento fue originalmente prescrito, si hay evidencia de la eficacia del medicamento para la indicación, si está siendo efectivo el tratamiento para el objetivo terapéutico planteado, si hay duplicidades en la terapia farmacológica y si es posible alguna simplificación, si se están usando a dosis adecuadas a las características del paciente, si se ha producido o existe riesgo de reacción adversa que puede prevenirse, si hay adherencia al tratamiento, si el medicamento es adecuado a las características del paciente, y si se están realizando los controles requeridos para evaluar la eficacia y seguridad del medicamento.

Según la respuesta a cada ítem el médico o médica realiza las actuaciones correspondientes que también están predeterminadas y que son retirada de las medicaciones sin indicación clínica o sin beneficio terapéutico, retirada de medicaciones duplicadas, ajuste de dosis si es necesario, reconsiderar los tratamientos que el paciente no toma, simplificar los tratamientos haciendo más sencillas las pautas, realizar educación sanitaria sobre uso correcto de medicamentos, ajustar las dosis, considerar la suspensión o sustitución por un fármaco más seguro, procurar no tratar una reacción adversa a un medicamento con otro medicamento, valorar el riesgo de interacciones y programar los controles necesarios.

El responsable de la revisión de la medicación es el médico o médica de AP, pero puede delegar a enfermería las actividades de preguntar al paciente sobre el uso de medicamentos y efectos adversos y la educación sanitaria sobre el uso de medicamentos. Los farmacéuticos de AP están a disposición de médicos y enfermeras para resolver

dudas sobre indicaciones, eficacia, efectos adversos, interacciones, monitorización de tratamientos y cualquier otra relacionada con el uso de medicamentos.

Posteriormente se procede a la **documentación de la revisión** mediante la cumplimentación de un formulario que queda incluido en la historia clínica informatizada y que no se da por completado hasta que se rellena para todos los medicamentos de los que se le estén generando recetas al paciente.

El Servicio de Prestaciones Farmacéuticas **realiza la evaluación**. Los indicadores del programa son el nº de pacientes a los que se ha revisado la medicación y el nº de formularios que se han completado, considerando como objetivo que estén todos los pacientes del listado enviado desde el Servicio de Prestaciones Farmacéuticas. Los datos se desagregan por profesional para poder devolverles la información y grado de cumplimiento. También se realizan auditorias para evaluar la calidad de los informes y su plasmación en la historia clínica.

Respecto a los **Servicios de Farmacia en centros sociosanitarios** la Ley Foral de Atención Farmacéutica 12/2000, de 16 de noviembre, obliga a que los centros sociosanitarios de más de 100 plazas de asistidos tengan servicio de farmacia.

El Servicio Navarro de Salud establece un convenio de colaboración con estas residencias en el que se definen las condiciones en las que se presta la atención farmacéutica, lo que permite una mejor gestión de esta prestación y un ahorro económico, ya que el precio de los medicamentos es más bajo que en las oficinas de farmacia.

En el caso de centros sociosanitarios pertenecientes al Departamento de Asuntos Sociales se abastece la farmacia desde la misma unidad farmacéutica del SNS-O que hace el suministro para los centros de salud.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

www.mspsi.es