BOLETIN OFICIAL

DEL

PARLAMENTO DE NAVARRA

VI Legislatura | Pamplona, 22 de marzo de 2007 | NÚM. 28

S U M A R I O

SERIE A:

Proyectos de Ley Foral:

—Proyecto de Ley Foral de Cuentas Generales de Navarra de 2005 (Pág. 3).

SERIE E:

Interpelaciones, Mociones y Declaraciones Políticas:

—Moción por la que el Parlamento de Navarra se ratifica en la necesidad de cumplir la Ley Básica 44/2003, de Ordenaciones de Profesiones Sanitarias, y lamenta que Navarra sea la única Comunidad que carece de esta regulación, presentada por el Grupo Parlamentario Socialistas del Parlamento de Navarra (Pág. 4).

—Moción por la que se insta al Gobierno de Navarra a cesar en la patrimonialización excluyente de la idea de Navarra, presentada por el Grupo Parlamentario Eusko Alkartasuna (Pág. 6).

—Moción por la que se insta al Gobierno de Navarra a establecer una ronda de contactos con los grupos parlamentarios como paso previo para acudir a la conferencia de Presidentes. Retirada de la moción (Pág. 6).

—Declaración institucional por la que el Parlamento de Navarra reitera sus pronunciamientos anteriores a favor de la paz, estabilidad, la democracia, la integridad territorial y la reconstrucción de Irak. Aprobación por la Junta de Portavoces (Pág. 7).

—Moción por la que se insta al Gobierno de Navarra a realizar los estudios necesarios para la creación de una Red Rural de Hospederías u Hoteles Rurales con Encanto en edificios de gran valor patrimonial. Retirada de la moción (Pág. 7).

SERIE F:

Preguntas:

—Pregunta sobre los gastos que genera la convocatoria y organización de la manifestación promovida en Pamplona el 17 de marzo, formulada por el Parlamentario Foral Ilmo. Sr. D. José Miguel Nuin Moreno (Pág. 8).

—Pregunta sobre las medidas que ha adoptado o piensa adoptar el Departamento de Administración Local para garantizar los derechos de 13 secretarios en relación con el recurso del Ayuntamiento de Galar sobre

la sentencia número 11 del Tribunal Contencioso Administrativo, formulada por el Parlamentario Foral Ilmo. Sr. D. José Luis Izco Biarge (Pág. 9).

—Pregunta sobre qué agrupaciones de servicios administrativos se han realizado entre entidades locales, formulada por el Parlamentario Foral Ilmo. Sr. D. José Luis Izco Biarge (Pág. 9).

—Pregunta sobre qué razones han aconsejado que sea el Departamento de Administración Local el organismo encargado de financiar la adecuación de vasos al aire libre en piscinas de uso colectivo, formulada por el Parlamentario Foral Ilmo. Sr. D. José Luis Izco Biarge (Pág. 10).

—Pregunta sobre las razones por las cuales en la página web del Gobierno de Navarra se ha incluido un buscador de resoluciones del Tribunal Administrativo de Navarra que no funciona porque no hay resoluciones, formulada por el Parlamentario Foral Ilmo. Sr. D. Miguel José Izu Belloso (Pág. 10).

—Pregunta sobre la previsión y plazo que hace el Departamento de Industria y Tecnología, Comercio y Trabajo para la instalacion de empresas en el polígono industrial de Legarda. Contestación de la Diputación Foral (Pág. 11).

SERIE I:

Planes, Comunicaciones y Programas:

—Plan de Salud de Navarra 2006-2012. Aprobación por la Comisión de Sanidad (Pág. 13).

Serie A:
PROYECTOS DE LEY FORAL

Proyecto de Ley Foral de Cuentas Generales de Navarra de 2005

En sesión celebrada el día 19 de marzo de 2007, la Mesa del Parlamento de Navarra adoptó, entre otros, el siguiente Acuerdo:

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley Orgánica de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral de Navarra, el Gobierno de Navarra, por Acuerdo de 4 de septiembre de 2006, ha remitido al Parlamento de Navarra el proyecto de Ley Foral de Cuentas Generales de Navarra de 2005 y respecto al mismo la Cámara de Comptos ha emitido informe, publicado en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra n.º 27, de 19 de marzo de 2007.

En su virtud, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 154 del Reglamento de la Cámara, previa audiencia de la Junta de Portavoces, SE ACUERDA:

1.º Disponer que el proyecto de Ley Foral de Cuentas Generales de Navarra de 2005 se tramite por el procedimiento de lectura única ante el Pleno de la Cámara.

2.º Ordenar su publicación en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra.

Pamplona, 19 de marzo de 2007.

El Presidente: Rafael Gurrea Induráin

Proyecto de Ley Foral de Cuentas Generales de Navarra de 2005

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley Orgánica de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral de Navarra, corresponde a la Diputación la elaboración de los Presupuestos Generales y la formalización de las Cuentas para su presentación al Parlamento, a fin de que por éste sean debatidos, enmendados y, en su caso, aprobados, todo ello conforme a lo que determinen las leyes forales.

El artículo 110 de la Ley Foral 8/1988, de 26 de diciembre, de la Hacienda Pública de Navarra, atribuye al Departamento de Economía y Hacienda la formulación de las Cuentas Generales de Navarra, las cuales, una vez aprobadas por el Gobierno de Navarra, deberán remitirse al Parlamento de Navarra mediante el correspondiente Proyecto de Ley Foral, tal como se previene en el artículo 115 de la Ley Foral 8/1988.

Cumplimentados por el Gobierno de Navarra los trámites indicados en relación con las Cuentas Generales del ejercicio 2005, emitido por la Cámara de Comptos el preceptivo dictamen y tramitado el proyecto de Ley Foral de Cuentas Generales de Navarra de 2005 de conformidad con el procedimiento establecido en el artículo 154 del Reglamento del Parlamento de Navarra, procede la aprobación de dicha Ley Foral.

Artículo único. Se aprueban las Cuentas Generales de Navarra de 2005 formuladas por el Departamento de Economía y Hacienda y aprobadas por el Gobierno de Navarra, de acuerdo con lo establecido en los artículos 113, 114 y 115 de la Ley Foral 8/1988, de la Hacienda Pública de Navarra, y cuyo contenido figura en los documentos y soportes siguientes:

- Una publicación en papel, que contiene y resume los apartados más significativos de la información que componen las cuentas: liquidaciones presupuestarias de las instituciones que componen las Cuentas, así como los aspectos más relevantes de las cuentas de la Administración de la Comunidad Foral y sus Organismos Autónomos. Se incluye también un documento resumen de las cuentas de las sociedades públicas.

- Un soporte digital, donde se incluyen de forma extensa las cuentas de las entidades y sociedades públicas, junto con sus informes de auditorías. Se incluye en este soporte también las memorias de los programas presupuestarios.

Serie E:
INTERPELACIONES, MOCIONES Y DECLARACIONES POLÍTICAS

Moción por la que el Parlamento de Navarra se ratifica en la necesidad de cumplir la Ley Básica 44/2003, de Ordenaciones de Profesiones Sanitarias, y lamenta que Navarra sea la única Comunidad que carece de esta regulación

PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTAS DEL PARLAMENTO DE NAVARRA

La Mesa del Parlamento de Navarra, en sesión celebrada el día 19 de marzo de 2006, acordó admitir a trámite la moción presentada por el Parlamento de Navarra se ratifica en la necesidad de cumplir la Ley Básica 44/2003, de Ordenaciones de Profesiones Sanitarias, y lamenta que Navarra sea la única Comunidad que carece de esta regulación, por la que el Grupo Parlamentario Socialistas del Parlamento de Navarra, ordenar su publicación en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra y disponer que el debate y votación de la misma tenga lugar en la Comisión de Sanidad. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 193 del Reglamento, los Grupos Parlamentarios y los Parlamentarios Forales podrán presentar enmiendas antes de las doce horas del día anterior al de comienzo de la sesión en que haya de debatirse.

Pamplona, 19 de marzo de 2006

El Presidente: Rafael Gurrea Induráin

TEXTO DE LA MOCIÓN

El Grupo Parlamentario Socialistas del Parlamento de Navarra, al amparo de lo establecido en el Reglamento de la Cámara en sus artículos 192, 193 y 194, presenta para su debate y aprobación en la Comisión de Sanidad del Parlamento de Navarra la siguiente moción en relación con el incumplimiento de la regulación de la carrera profesional de enfermería.

Exposición de motivos:

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, Ley 44/2003, de 21 de noviembre, es una ley básica que contempla el desarrollo de la carrera profesional en todas las profesiones sanitarias tituladas tanto de nivel licenciado como de nivel diplomado, y menciona explícitamente la Diplomatura en Enfermería.

La finalidad es, según la propia ley, mejorar la integración de los profesionales en el servicio sanitario, en lo preventivo y en lo asistencial, mejorar la eficacia de los servicios sanitarios y garantizar que todos los profesionales sanitarios cumplan con los niveles de competencia necesarios para tratar de seguir salvaguardando el derecho a la protección de la salud de las personas y se garantice la formación básica de los profesionales.

El objetivo de esta ley es obtener una mejora cuantitativa y cualitativa de la atención sanitaria a través de instrumentos como la formación continuada como indicador de esfuerzo individual en la mejora de la calidad profesional, la apertura de cauces para una mayor y más efectiva participación de los profesionales en la dirección y gestión de los servicios sanitarios, y la introducción de mecanismos de motivación que posibiliten la adecuada orientación de esfuerzos y el reconocimiento de los resultados obtenidos en la práctica profesional.

En la introducción contempla que los principios señalados serán, en su caso, trasladados para su aplicación a otros estamentos profesionales, entre los cuales especifica y hace constar el personal Diplomado Sanitario de Enfermería.

En su Disposición Transitoria Segunda se concede un plazo de cuatro años desde su entrada en vigor para que las Administraciones sanitarias implanten el sistema de desarrollo de carrera profesional de las profesiones sanitarias (licenciados y diplomados) previstas en los artículos 6 y 7.

El 19 de abril del 2006 el Ministerio de Sanidad y Consumo y la CCAA establecieron los criterios generales de homologación de la carrera profesional del personal de los servicios de salud. La fecha que las diferentes CCAA tienen para adaptar la ley es noviembre de este año 2007.

El 27 de febrero de 2007 el Ministerio de Sanidad y Consumo publica en el BOE los criterios de homologación de carrera profesional para las distintas Comunidades Autónomas, con el fin de garantizar:

– La igualdad de oportunidades de los profesionales del Sistema Nacional de Salud.

– La no discriminación entre administraciones sanitarias y profesionales.

– La garantía de libre circulación y movilidad de profesionales.

– La participación de los profesionales en la gestión de los centros.

Pues bien, a fecha marzo del 2007, Navarra es la única de las 17 CCAA que no tiene desarrollada la carrera profesional de enfermería. Se han ido aprobando la carrera profesional para licenciados y diplomados en Madrid, Asturias, Cantabria, Aragón, Cataluña, Murcia, Andalucía, Extremadura, Valencia, Baleares, Castilla-La Mancha, Castilla y León, La Rioja y la Comunidad Autónoma Vasca.

¿Qué ha ocurrido en Navarra?:

La Ley Foral 11/92, de 20 de octubre, reguladora del régimen específico del personal del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, en su articulo 34, apartado d) contempla el establecimiento de incentivos salariales basados en la Carrera Profesional u otros elementos remitiendo, en su caso el Gobierno de Navarra al Parlamento, un proyecto de Ley Foral.

En los Presupuestos Generales de Navarra para 1999, se contempla una Disposición Adicional Vigésimo Cuarta: "El Gobierno de Navarra, en el plazo de dos meses, remitirá al Parlamento un proyecto de Ley Foral de Carrera Profesional de los facultativos y enfermería del SNS-O" .

En el año 1999, se aprobó la Ley Foral 11/1999, de 6 de abril por la que se regula el sistema de carrera profesional solamente para el personal facultativo del SNS-O.

En el último párrafo de su exposición de motivos especifica textualmente: "Los principios señalados serán, en su caso, trasladados para su aplicación a otros estamentos profesionales, como el resto de facultativos sanitarios, personal diplomado sanitario de enfermería".

Por otra parte, en la revista Pulso del Colegio de Enfermería, el propio Presidente del colegio escribía "En el mes de noviembre solicitamos y obtuvimos una nueva reunión con el Presidente Miguel Sanz, con el objetivo de conocer cómo iban las cosas. El Presidente nos comunicó que los presupuestos del 2007 iban a recoger una línea presupuestaria para la Carrera de la Enfermería sin dotación económica concreta todavía, y que por parte del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea se habían realizado los estudios económicos correspondientes, de manera que en breve se remitiría a los Sindicatos el proyecto de Carrera Profesional de Enfermería para su negociación, estando previsto la aprobación de la Ley Foral correspondiente antes de la disolución del Parlamento en abril de 2007".

Posteriormente, con fecha 10 de marzo el Presidente del Colegio de Enfermería comparecía en rueda de prensa criticaba al Gobierno de no haber movido un dedo en esta materia reprochaba a la Consejera de Salud su actitud y al Consejero de Presidencia por su oposición es esta materia.

En el pacto de Gobierno firmado por UPN-CDN para esta legislatura figuraba la presentación del proyecto de ley de carrera profesional para enfermería, proyecto que no ha tenido entrada en esta Cámara y por lo tanto no se aprobará durante esta legislatura.

Por todo ello, el Grupo Parlamentario Socialistas del Parlamento de Navarra presenta la siguiente moción:

1. El Parlamento de Navarra se ratifica en la necesidad de cumplir la Ley Básica 44/2003, de Ordenaciones de Profesiones Sanitarias, y lamenta que Navarra sea la única Comunidad que carece de esta regulación como formula de motivación a los profesionales de Enfermería y mejora en la atención de la calidad asistencial prestada al ciudadano.

2. El Parlamento de Navarra considera una tomadura de pelo y manifiesta su rechazo a la actitud del Gobierno de Navarra respecto al proyecto de Carrera Profesional de Enfermería.

Pamplona a 15 de marzo de 2007

La Parlamentaria Foral: Elena Torres Miranda

Moción por la que se insta al Gobierno de Navarra a cesar en la patrimonialización excluyente de la idea de Navarra

PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO EUSKO ALKARTASUNA

La Mesa del Parlamento de Navarra, en sesión celebrada el día 19 de marzo de 2006, acordó admitir a trámite la moción presentada por el Grupo Parlamentario Eusko Alkartasuna, por la que se insta al Gobierno de Navarra a cesar en la patrimonialización excluyente de la idea de Navarra, ordenar su publicación en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra y disponer que el debate y votación de la misma tenga lugar en el Pleno. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 193 del Reglamento, los Grupos Parlamentarios y los Parlamentarios Forales podrán presentar enmiendas antes de las doce horas del día anterior al de comienzo de la sesión en que haya de debatirse.

Pamplona, 19 de marzo de 2006

El Presidente: Rafael Gurrea Induráin

TEXTO DE LA MOCIÓN

Begoña Errazti Esnal, como Portavoz del Grupo Parlamentario Eusko Alkartasuna, como consecuencia de la interpelación debatida en Pleno el 16 de marzo de 2007, amparándose en el artículo 183 y el 192 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta para su debate y votación en Pleno la siguiente moción.

Exposición de motivos:

En el transcurso del debate en Pleno de la interpelación registrada por este Grupo Parlamentario quedaron manifiestas las diferentes concepciones de Navarra existentes en la sociedad y en su representación política.

Sin embargo, se puso en evidencia, también la patrimonialización de Navarra que está realizando el Gobierno de Navarra en torno a la ideología de los partidos que lo sustentan excluyendo de la misma la pluralidad ideológica predominante en nuestra Comunidad.

Siendo esta actitud un elemento negativo para la integración y cohesiones sociales, así como una utilización indebida de las instituciones, este Grupo Parlamentario propone la siguiente propuesta de resolución:

El Parlamento de Navarra insta al Gobierno de Navarra a cesar en la patrimonialización excluyente de la idea de Navarra conforme a su proyecto ideológico de los partidos que sustentan al Gobierno de Navarra.

Iruña, 16 de marzo de 2007

La Portavoz: Begoña Errazti Esnal

Moción por la que se insta al Gobierno de Navarra a establecer una ronda de contactos con los grupos parlamentarios como paso previo para acudir a la conferencia de Presidentes

RETIRADA DE LA MOCIÓN

En sesión celebrada el día 19 de marzo de 2007, la Mesa del Parlamento de Navarra adoptó, entre otros, el siguiente acuerdo:

1.º Darse por enterada de la retirada de la moción por la que se insta al Gobierno de Navarra a establecer una ronda de contactos con los grupos parlamentarios como paso previo para acudir a la conferencia de Presidentes, formulada por el Grupo Parlamentario Socialistas del Parlamento de Navarra y publicada en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra número 4 de 2 de febrero de 2007.

2.º Publicar el presente acuerdo en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra.

Pamplona, 19 de marzo de 2007

El Presidente: Rafael Gurrea Induráin

Declaración institucional por la que el Parlamento de Navarra reitera sus pronunciamientos anteriores a favor de la paz, la estabilidad, la democracia, la integridad territorial y la reconstrucción de Irak

APROBACIÓN POR LA JUNTA DE PORTAVOCES

En sesión celebrada el día 19 de marzo de 2007, la Junta de Portavoces aprobó la siguiente declaración:

"El Parlamento de Navarra, al cumplirse cuatro años del inicio de la Guerra de Irak,

1. Reitera sus pronunciamientos anteriores a favor de la paz, la estabilidad, la democracia, la integridad territorial y la reconstrucción de Irak.

2. Apoya las iniciativas que ofrezcan un marco de cooperación internacional y contribuyan eficazmente a que los iraquíes puedan recuperar su plena soberanía y construir su propio futuro en paz, seguridad e independencia.

3. Exhorta a todos los países, y especialmente a los miembros de la Unión Europea, a buscar nuevos caminos para la Paz y la reconciliación de los iraquíes, en el horizonte de un orden internacional más justo, basado en la defensa de los derechos humanos fundamentales.

4. Reclama a las autoridades de EEUU que entreguen a la Justicia española los tres militares estadounidenses imputados por el asesinato del camarógrafo español José Couso en el hotel Palestina de Bagdad el 8 de abril de 2003.

5. Considera que, para contribuir a una solución justa y duradera a este conflicto, el Gobierno debe seguir actuando sobre la base del respeto del Derecho Internacional, la Carta de Naciones Unidas y los Derechos Humanos; la condena de toda violencia dirigida contra la población civil; el respeto de la soberanía de los Estados y la cooperación entre los Estados de la región."

Pamplona, 19 de marzo de 2007

El Presidente: Rafael Gurrea Induráin

Moción por la que se insta al Gobierno de Navarra a realizar los estudios necesarios para la creación de una Red Rural de Hospederías u Hoteles Rurales con Encanto en edificios de gran valor patrimonial

RETIRADA DE LA MOCIÓN

En sesión celebrada el día 16 de marzo de 2007, el Pleno de la Cámara se dio por enterado de la retirada de la moción por la que se insta al Gobierno de Navarra a realizar los estudios necesarios para la creación de una Red Rural de Hospederías u Hoteles Rurales con Encanto en edificios de gran valor patrimonial, presentada por el Grupo Parlamentario Socialistas del Parlamento de Navarra y publicada en el Boletín Oficial del Parlamento núm. 4 de 2 de febrero de 2007.

Pamplona, 19 de marzo de 2007

El Presidente: Rafael Gurrea Induráin

Serie F:
PREGUNTAS

Pregunta sobre los gastos que genera la convocatoria y organización de la manifestación promovida en Pamplona el 17 de marzo

FORMULADA POR EL PARLAMENTARIO FORAL ILMO. SR. D. JOSÉ MIGUEL NUIN MORENO

La Mesa del Parlamento de Navarra, en sesión celebrada el día 19 de marzo de 2007, acordó admitir a trámite la pregunta formulada por el Parlamentario Foral Ilmo. Sr. D. José Miguel Nuin Moreno sobre los gastos que genera la convocatoria y organización de la manifestación promovida en Pamplona el 17 de marzo, para la que se solicita respuesta por escrito.

En ejecución de dicho acuerdo, se ordena su publicación en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra.

Pamplona, 19 de marzo de 2007

El Presidente: Rafael Gurrea Induráin

TEXTO DE LA PREGUNTA

José Miguel Nuin Moreno, Parlamentario del Grupo Izquierda Unida de Navarra-Nafarroako Ezker Batua, al amparo de lo establecido en el Reglamento de la Cámara, formula la siguiente pregunta para su contestación por escrito.

El Gobierno de Navarra ha convocado una manifestación en Pamplona para el próximo día 17 de marzo bajo el lema "Fueros y libertad. Navarra no es negociable". A la misma, según manifestaciones públicas del Presidente del Gobierno de Navarra, han sido invitados otros presidentes autonómicos.

Interesa que por parte del Gobierno de Navarra se dé respuesta a las siguientes cuestiones:

¿A cuánto ascienden los gastos de la convocatoria y organización de la citada manifestación? ¿Por qué conceptos? ¿A qué partidas de los Presupuestos Generales de Navarra se cargan? ¿Se sufragan también con cargo al erario público navarro los gastos que genere la asistencia de presidentes autonómicos u otras autoridades invitadas a la manifestación?

Pamplona-Iruña, a 14 de marzo de 2007

El Parlamentario Foral: José Miguel Nuin Moreno

Pregunta sobre las medidas que ha adoptado o piensa adoptar el Departamento de Administración Local para garantizar los derechos de 13 secretarios en relación con el recurso del Ayuntamiento de Galar sobre la sentencia número 11 del Tribunal Contencioso Administrativo

FORMULADA POR EL PARLAMENTARIO FORAL ILMO. SR. D. JOSÉ LUIS IZCO BIARGE

La Mesa del Parlamento de Navarra, en sesión celebrada el día 19 de marzo de 2007, acordó admitir a trámite la pregunta formulada por el Parlamentario Foral Ilmo. Sr. D. José Luis Izco Biarge sobre las medidas que ha adoptado o piensa adoptar el Departamento de Administración Local para garantizar los derechos de 13 secretarios en relación con el recurso del Ayuntamiento de Galar sobre la sentencia número 11 del Tribunal Contencioso Administrativo, para la que se solicita respuesta por escrito.

En ejecución de dicho acuerdo, se ordena su publicación en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra.

Pamplona, 19 de marzo de 2007

El Presidente: Rafael Gurrea Induráin

TEXTO DE LA PREGUNTA

José Luis Izco Biarge, Parlamentario Foral adscrito al Grupo Parlamentario Socialistas del Parlamento de Navarra, al amparo de lo establecido en el Reglamento de la Cámara, formula la siguiente pregunta para su contestación por escrito, al Consejero de Administración Local:

Con fecha veintidós de enero de 2007, se ha conocido la sentencia n° 11 del Tribunal Contencioso Administrativo que rechaza el recurso del Ayuntamiento de Galar que hace referencia a los derechos de 13 secretarios.

¿Qué medidas ha adoptado o piensa adoptar el Departamento de Administración Local para garantizar a estas personas los derechos que les han sido reconocidos?

Pamplona, 14 de marzo de 2007

El Parlamentario Foral: José Luis Izco Biarge

Pregunta sobre qué agrupaciones de servicios administrativos se han realizado entre entidades locales

FORMULADA POR EL PARLAMENTARIO FORAL ILMO. SR. D. JOSÉ LUIS IZCO BIARGE

La Mesa del Parlamento de Navarra, en sesión celebrada el día 19 de marzo de 2007, acordó admitir a trámite la pregunta formulada por el Parlamentario Foral Ilmo. Sr. D. José Luis Izco Biarge sobre qué agrupaciones de servicios administrativos se han realizado entre entidades locales, para la que se solicita respuesta por escrito.

En ejecución de dicho acuerdo, se ordena su publicación en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra.

Pamplona, 19 de marzo de 2007

El Presidente: Rafael Gurrea Induráin

TEXTO DE LA PREGUNTA

José Luis Izco Biarge, Parlamentario Foral adscrito al Grupo Parlamentario Socialistas del Parlamento de Navarra, al amparo de lo establecido en el Reglamento de la Cámara, formula la siguiente pregunta para su contestación por escrito, al Consejero de Administración Local:

¿Qué agrupaciones de servicios administrativos se han realizado entre entidades locales?

¿Qué ayudas económicas se han concedido a cada una de ellas?

¿Durante cuánto tiempo va ha seguir ayudando a cada una de las agrupaciones realizadas?

¿Qué criterio se sigue para cuantificar dichas ayudas?

Pamplona, 14 de marzo de 2007

El Parlamentario Foral: José Luis Izco Biarge

Pregunta sobre qué razones han aconsejado que sea el Departamento de Administración Local el organismo encargado de financiar la adecuación de vasos al aire libre en piscinas de uso colectivo

FORMULADA POR EL PARLAMENTARIO FORAL ILMO. SR. D. JOSÉ LUIS IZCO BIARGE

La Mesa del Parlamento de Navarra, en sesión celebrada el día 19 de marzo de 2007, acordó admitir a trámite la pregunta formulada por el Parlamentario Foral Ilmo. Sr. D. José Luis Izco Biarge sobre qué razones han aconsejado que sea el Departamento de Administración Local el organismo encargado de financiar la adecuación de vasos al aire libre en piscinas de uso colectivo, para la que se solicita respuesta por escrito.

En ejecución de dicho acuerdo, se ordena su publicación en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra.

Pamplona, 19 de marzo de 2007

El Presidente: Rafael Gurrea Induráin

TEXTO DE LA PREGUNTA

José Luis Izco Biarge, Parlamentario Foral adscrito al Grupo Parlamentario Socialistas del Parlamento de Navarra, al amparo de lo establecido en el Reglamento de la Cámara, formula la siguiente pregunta para su contestación por escrito, al Consejero de Administración Local:

¿Qué razones han aconsejado que sea el Departamento de Administración Local el organismo encargado de financiar la adecuación de vasos al aire libre en piscinas de uso colectivo?

¿Cuántas peticiones se han recibido?, detallando nombre del ayuntamiento que solicita, presupuesto total y subvención concedida en cada una de ellas.

Pamplona, 14 de marzo de 2007

El Parlamentario Foral: José Luis Izco Biarge

Pregunta sobre las razones por las cuales en la página web del Gobierno de Navarra se ha incluido un buscador de resoluciones del Tribunal Administrativo de Navarra que no funciona porque no hay resoluciones

FORMULADA POR EL PARLAMENTARIO FORAL ILMO. SR. D. MIGUEL JOSÉ IZU BELLOSO

La Mesa del Parlamento de Navarra, en sesión celebrada el día 19 de marzo de 2007, acordó admitir a trámite la pregunta formulada por el Parlamentario Foral Ilmo. Sr. D. Miguel José Izu Belloso sobre las razones por las cuales en la página web del Gobierno de Navarra se ha incluido un buscador de resoluciones del Tribunal Administrativo de Navarra que no funciona porque no hay resoluciones, para la que se solicita respuesta por escrito.

En ejecución de dicho acuerdo, se ordena su publicación en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra.

Pamplona, 19 de marzo de 2007

El Presidente: Rafael Gurrea Induráin

TEXTO DE LA PREGUNTA

Miguel José Izu Belloso, Parlamentario del Grupo Izquierda Unida de Navarra-Nafarroako Ezker Batua, al amparo de lo establecido en el Reglamento de la Cámara, formula la siguiente pregunta para su contestación por escrito.

En comparecencia ante la Comisión de Presidencia, Justicia e Interior del Parlamento de Navarra celebrada el día 18 de septiembre de 2003, el Consejero de Presidencia, Justicia e Interior del Gobierno de Navarra informó sobre las iniciativas a desarrollar en su departamento a lo largo de la presente legislatura. Entre muchos otros proyectos, y refiriéndose al Tribunal Administrativo de Navarra (TAN), aludió al de "implementación de sistemas informáticos y telemáticos que posibiliten

el conocimiento y difusión de las resoluciones del Tribunal por los distintos operadores jurídicos".

En mayo de 2005 este parlamentario presentó una pregunta escrita al respecto en la cual señalaba que, mediada ya la legislatura, todavía no era posible acceder a las resoluciones del TAN en la página web de la Comunidad Foral, a diferencia de lo que sucede con otros órganos, como el Tribunal Económico-Administrativo Foral de Navarra o el Consejo de Navarra, y solicitaba que el Gobierno aclarara qué gestiones se habían llevado a cabo para permitir el acceso público a las resoluciones del TAN y qué previsión mantenía el Gobierno sobre la realización de tal objetivo. Es respuesta de fecha 6 de junio de 2005 (BOPN núm. 121 de 21 de noviembre de 2005) el Consejero de Presidencia, Justicia e Interior señalaba que "A lo largo del presente ejercicio se sigue avanzando en los trabajos referidos, algunos de los cuales ya se están desarrollando, con la intención de que este proyecto se materialice cuanto antes, pues, efectivamente, es uno de los objetivos de legislatura de este Departamento de Presidencia, Justicia e Interior del Gobierno de Navarra".

Casi dos años después, y a punto de finalizar la presente legislatura, todavía no es posible la consulta de las resoluciones del TAN. Cierto es que en la web del Gobierno de Navarra y desde hace varios meses ha aparecido un apartado denominado "Buscador de resoluciones del Tribunal Administrativo de Navarra" que ofrece varias posibilidades de búsqueda: por materias, por disposiciones examinadas, por texto libre y otras búsquedas. No obstante, sea cualquiera la opción que se elija la respuesta que ofrece el buscador es siempre la misma: "no se han encontrado resultados", de donde no cabe deducir otra cosa que al buscador no se le ha incorporado todavía la imprescindible base de datos con las resoluciones del TAN.

Es por ello que interesa que por el Gobierno de Navarra conteste a las siguientes cuestiones: ¿Cuáles son las razones por las cuáles en la web del Gobierno de Navarra se ha incluido un buscador de resoluciones que no funciona porque no hay resoluciones? ¿Cuándo estima que será posible realmente la consulta de dichas resoluciones?

Pamplona-Iruña, a 15 de marzo de 2007

El Parlamentario Foral: Miguel José Izu Belloso

Pregunta sobre la previsión y plazo que hace el Departamento de Industria y Tecnología, Comercio y Trabajo para la instalacion de empresas en el polígono industrial de Legarda

CONTESTACIÓN DE LA DIPUTACIÓN FORAL

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 112.1 del Reglamento de la Cámara, se ordena la publicación en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra de la contestación de la Diputación Foral a la pregunta formulada por la Parlamentaria Foral Ilma. Sra. D.ª Elma Saiz Delgado sobre la previsión y plazo que hace el Departamento de Industria y Tecnología, Comercio y Trabajo para la instalacion de empresas en el polígono industrial de Legarda, publicada en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra núm. 85 de 20 de octubre de 2006.

Pamplona, 15 de noviembre de 2006

El Presidente: Rafael Gurrea Induráin

CONTESTACIÓN

El Consejero de Industria y Tecnología, Comercio y Trabajo del Gobierno de Navarra, en relación con la pregunta formulada por la Parlamentaria, Ilma. Sra D.ª Elma Saiz Delgado, adscrita al Grupo Parlamentario Socialistas del Parlamento de Navarra sobre la previsión y el plazo que hace el Departamento de Industria y Tecnología, Comercio y Trabajo para la instalación de empresas en el polígono industrial de Legarda tiene el honor de remitir la siguiente contestación.

Se entiende que la pregunta se refiere al Área de Actividades Económicas de Valdizarbe, cuyo Plan Sectorial de Incidencia Supramunicipal fue presentado formalmente a trámite en el Departamento de Medio Ambiente, Ordenación del Territo-

rio y Vivienda con fecha de entrada 20.06.06. Esta actuación afecta a los términos municipales de Legarda (71,81%), Obanos (19,39%) y Uterga (8,80%).

La planificación de la producción prevista para el desarrollo de esta actuación está actualmente condicionada, a la vista de la situación del expediente aludida anteriormente, por la tramitación del PSIS por parte del departamento competente.

Como es notorio, resulta en este momento muy prematuro avanzar una previsión sobre dicha actuación, habida cuenta de que el PSIS todavía no ha sido aprobado de manera inicial. En todo caso, y como norma general, Nasuinsa desarrolla sus actuaciones en materia de suelo con la finalidad de dar respuesta a la demanda de suelo existente. Habida cuenta de la situación geográfica de esta dotación, junto a un eje de desarrollo como es la Autovía del Camino, y de la propia zona de Valdizarbe, que a diversos efectos funcionales se comporta ya como un espacio más de la Cuenca de Pamplona, entendemos que dicha área de actividades económica será capaz de atraer y dar servicio a la demanda de suelo existente en el Área Metropolitana de Pamplona.

Lo que tiene el honor de remitir en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 184 y siguientes del Reglamento del Parlamento de Navarra.

Pamplona, 13 de noviembre de 2006

El Consejero de Industria y Tecnología, Comercio y Trabajo: José Javier Armendáriz Quel

Serie I:
PLANES, COMUNICACIONES Y PROGRAMAS

Plan de Salud de Navarra 2006-2012

APROBACIÓN POR LA COMISIÓN DE SANIDAD

La Comisión de Sanidad del Parlamento de Navarra, en sesión celebrada el día 28 de febrero de 2007, aprobó el Plan de Salud de Navarra 2006-2012.

Se ordena su publicación en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 112 del Reglamento de la Cámara.

Pamplona, 15 de marzo de 2007

El Presidente: Rafael Gurrea Induráin

Plan de Salud de Navarra 2006-2012

ÍNDICE

1. EL PLAN DE SALUD DE NAVARRA 2006-2012. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS, JUSTIFICACIÓN Y PROCESO DE PLANIFICACIÓN.
   - Antecedentes (Pág. 13).
   - Hacia un nuevo Plan de Salud (Pág. 18).
   - Criterios y orientaciones (Pág. 19).
   - Selección de prioridades (Pág. 21).
2. FORMULACIÓN DE FINES, PRIORIDADES, OBJETIVOS, ACTUACIONES Y UNIDADES RESPONSABLES EN CADA LÍNEA ESTRATÉGICA.
   - Prevención colectiva (Pág. 22).
   - Cuidados por procesos (Pág. 26).
   - Organización y gestión (Pág. 33).
   - Ciudadano y sistema sanitario (Pág. 36).
   - Medicamentos e información clínica (Pág. 39).
3. APLICACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN DE SALUD 2006-2012.
   - Estructura funcional del Plan de Salud (Pág. 42).
   - Órgano para la implantación y desarrollo (Pág. 42).
4. ANEXO
   - Componentes de los grupos de trabajo (Pág. 43).
   - Abreviaturas (Pág. 44).

1. EL PLAN DE SALUD DE NAVARRA 2006-2012. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS, JUSTIFICACIÓN Y PROCESO DE PLANIFICACIÓN.

Antecedentes

Evolución de la planificación en los sistemas sanitarios.

Los Planes de Salud de los sistemas sanitarios públicos, en los últimos 15 años, han venido acumulando una importante y variada experiencia de planificación, diferente en cada una de las Comunidades Autónomas, según hubieran asumido o no las competencias en materia de asistencia sanitaria pública. Esto ha condicionado la diversidad en el tipo de planificación, así como en sus objetivos y orientaciones, desde planes de salud dirigidos a los determinantes de salud, con objetivos e indicadores poblacionales, hasta planes de salud que han comprometido a los servicios sanitarios en la consecución de los objetivos diseñados.

Los planes de salud de las Comunidades Autónomas se encuentran influenciados, en su inicio, por las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobadas en 1978, en relación a los objetivos y estrategias del documento "Salud para todos en el año 2000". Este documento tiene una concepción y visión política poblacional y colectiva y propone el desarrollo de la atención primaria y de los servicios de salud pública, con intervenciones intersectoriales que los distintos países concretan según las estrategias y objetivos

de las oficinas regionales correspondientes, por medio de planes globales que orientan a la aprobación de normativas y desarrollos estructurales. La implantación de los centros de salud, de la medicina familiar y comunitaria y de los equipos de atención primaria puede vincularse a esta planificación política.

La Oficina Regional para Europa de la OMS, a finales de los noventa, formuló nuevas estrategias para el siglo XXI que manteniendo los objetivos generales anteriores, introduce elementos de mejor sintonía con las funciones de los servicios asistenciales de los países del ámbito de la Oficina Regional Europea, con el fin de obtener planes orientados al ciudadano y al desarrollo de actuaciones coste-efectivas.

El origen de los mandatos legales en España en relación con los Planes de Salud se sitúa en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y, más recientemente, en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, sobre Cohesión y Calidad. Por su parte, Navarra basa la acción planificadora además, en la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud.

Los primeros planes de salud (en Navarra Plan de salud 1991-2000) consistían básicamente en un catálogo de objetivos de salud, formulados de manera más o menos coherente con los análisis de situación que los acompañaban, con estadísticas sanitarias menos desarrolladas que en la actualidad y en ausencia de indicadores asistenciales. Estos enunciados de buenas intenciones, en algunos casos, se han visto acompañados de instrumentos que buscaban el desarrollo de líneas de trabajo que favorecieran la consecución de los objetivos señalados, encontrándose con la dificultad de trasladar los objetivos de salud a la propia estructura sanitaria y a la acción interdepartamental de los diferentes gobiernos, sobre todo en Comunidades Autónomas con transferencia de competencias en salud colectiva pero no en asistencia sanitaria. Ello ha condicionado, en buena medida, la utilidad de los Planes de Salud y el que hayan sido cuestionados por gestores y profesionales asistenciales.

Con la experiencia acumulada, se constatan cambios en la formulación de la mayor parte de los planes de salud de segunda generación elaborados en los últimos años (en Navarra Plan de salud 2001-2005). Los objetivos diseñados y promovidos en ellos se dirigían a problemas de salud específicos, con necesidades asistenciales constatadas, de enorme repercusión global sobre la salud colectiva, estableciendo áreas de intervención de cuidados individuales, priorizadas por procesos de mayor prevalencia como el cáncer, las enfermedades cardio y cerebrovasculares, neurodegenerativas y mentales, limitando el campo de actuación, pero intensificando y haciendo operativos los objetivos de forma notable en el conjunto de los sistemas sanitarios. Estos planes de actuación tienen la consideración de planes tácticos, por estar dirigidos a la mejora de las estructuras y procesos asistenciales que los organismos gestores de los servicios sanitarios deben ir desarrollando. En tal sentido, el Plan de Salud de Navarra 2001-2005 puede considerarse pionero al planificar por procesos, coincidiendo con las propuestas de planes integrados dirigidos a diferentes enfermedades elaborados en el Reino Unido (NHS) y más tarde por el Ministerio de Sanidad y Consumo (planes integrales de salud, artículo 64 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud).

Todas las Comunidades Autónomas iniciaron alrededor del año 1990 sus primeros planes de salud, siendo variable su duración en el tiempo, entre 2 y 10 años, dependiendo del nivel de planificación, desde una planificación política que formula la visión del Sistema Regional, hasta una planificación operativa de 2 años centrados en la gestión de servicios. (Tabla 1)

Tabla 1.- Cronología de los planes de salud elaborados por la CC.AA.

CCAA	Planes de Salud			
País Vasco	1988	1994-2000	2002-2010	
Castilla León	1991-2000	1998-2007		
Navarra	**1991-2000**	**2001-2005**	**2006-2012**	
C. Valenciana	1992-1995?	2001-2004		
Andalucía	1993	1998	2003-2008	
Murcia	1993-1996	1998-2000	2003-2007	
Cataluña	1993-1995	1996-98	1999/2001	2002-2005
Galicia	1993-97	1998-2001	2002-2005	
Asturias	1995	2004-2007		
Castilla la Mancha	1995-2000	2001-2010		
Madrid	1995-2004			
Cantabria	1996-2000			
Canarias	1997-2001	2004-2008		
Extremadura	1997-2000	2001-2004		
Islas Baleares	1998	2003-2007		
Rioja	1998			
Aragón	2003-2007			

Las materias abordadas han sido también variadas, si bien puede observarse una tendencia, desde planes orientados a la intervención sobre los determinantes de salud en el ámbito de la salud pública, hasta planes directores de servicios asistenciales.

El grado de cumplimiento de los objetivos ha diferido dependiendo del nivel planificador (estratégico o táctico), de la existencia o no de indicadores de seguimiento y de la voluntad de que los sistemas sanitarios actúen de acuerdo a la planificación.

Tabla 2.- Desarrollo de las áreas de planificación de la diferentes CC.AA.

	Castilla-León	Navarra	C Valenciana	CastillaLa Mancha	Madrid	Cataluña	Canarias	Extremadura	Murcia	Galicia	Andalucía
	1998-2007	2001-2005	2001-2005	2001-2010	1995-2004	2002-2005	2004-2008	2001-2004	2003-2007	2002-2005	2003-2008
CARDIOVASCULARES		■	■	■		■		■	■	■	■
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA							■				
CÁNCER	■	■	■	■		■	■	■	■	■	■
DIABETES MELLITUS						■	■	■	■	■	■
TRASTORNOS MENTALES	■	■	■			■	■	■	■	■	■
SEGURIDAD VIAL Y LABORAL			■			■	■				
ENVEJECIMIENTO						■	■	■	■	■	■
CONSUMO EXCESIVO ALCOHOL			■	■		■					
TABAQUISMO				■							
DETERIORO COGNITIVO Y DEMENCIA		■		■						■	
VIH-SIDA	■		■	■		■		■		■	
ACCIDENTES Y POLITRAUMATISMOS	■	■	■	■				■	■	■	
TUBERCULOSIS	■			■		■		■		■	
ALIMENTACION Y NUTRICION				■							
ENFERMEDADES INFECCIONSAS	■							■			
E. APARATO RESPIRATORIO			■					■			
OSTEOARTICULAR			■								■
E. EVITABLES POR VACUNACIÓN			■			■		■		■	
ALIMENTACION Y NUTRICION			■	■							
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA			■								
EJERCICIO FISICO			■								
MEDIO AMBIENTE			■							■	
SEGURIDAD ALIMENTARIA			■							■	
AREA SOCIOSANITARIA			■								
MUJER									■	■	
SALUD BUCODENTAL										■	

En su conjunto puede asegurarse lo siguiente:

• La introducción de los elementos planificadores en los sistemas sanitarios ha sido generalizada aunque desigual.

• Existe mayor implicación de los servicios asistenciales.

• Todos los planes van convergiendo en formular objetivos mas acordes con las necesidades reales.

• Los planes de salud empiezan a orientarse más hacia los ciudadanos de lo que hacían los planes de salud poblacionales.

• La asunción de competencias y responsabilidades en la atención asistencial en todas las comunidades, propicia el que estén orientados a planes más tácticos.

Los planes más recientes asumen, por otra parte, las nuevas orientaciones de la Oficina Regional Europea de la OMS que ha formulado en su documento "Salud para todos en el Siglo XXI", los 21 objetivos orientados para los países europeos, en los que se incorporan elementos orientados al ciudadano y hacia una gestión de los sistemas de salud basada en la evidencia de las prácticas asistenciales, en la calidad y en el coste-efectividad.

En el próximo futuro se atisba que las crisis de los sistemas sanitarios en los estados del bienestar por falta de adecuación entre la demanda creciente y los recursos limitados van a plantear a los gobiernos la preocupación de la sostenibilidad, la solidaridad, la suficiencia, y la gobernabilidad. Todo ello abre nuevas perspectivas a la planificación sanitaria en el análisis de los fines y del funcionamiento de los sistemas y lo que es más importante, la absoluta necesidad de adoptar decisiones políticas desde una posición estratégica más que desde una posición administrativa y gerencial, obliga a una planificación proyectada a medio plazo en defensa del sistema público sanitario.

Los expertos consideran que la defensa y la solución de las crisis de los sistemas sanitarios europeos han de abordarse desde el equilibrio competencial y el consenso de los actores del sistema: los políticos (financiación/sostenibilidad); los gestores (eficiencia/utilidad); los profesionales (efectividad/corresponsabilidad); los sectores económicos (evitar ganancia marginal en salud/no inducir demanda); y los ciudadanos (asumir responsabilidades/solidaridad), haciendo hincapié, además de en los objetivos de salud individual y colectiva, en las formas de gestión de los sistemas sanitarios como un determinante de salud.

Evolución de la Planificación en Navarra.

En este escenario general el Sistema Sanitario de Navarra ha venido asumiendo las tareas planificadoras de acuerdo a la evolución antedicha, orientando sus objetivos conforme a los cambios de escenario y según las nuevas responsabilidades asumidas. Todo esto es evidencia en las diferencias entre el Plan de Salud 1990-2000 y el de 2001-2005.

En el primer Plan de Salud, Navarra no había asumido las competencias plenas en materia sanitaria, por lo que la planificación tuvo que orientarse a objetivos poblacionales de salud pública e intersectoriales, en un concepto holístico de la salud, alejado de objetivos centrados en los servicios asistenciales, que no estaban en el ámbito del Gobierno de Navarra, por lo que no era posible implicar a los servicios asistenciales en la formulación y consecución de objetivos.

La evaluación de este Plan de Salud 1990-2000 permitió constatar mejoras en el estado de salud de la población y un importante desarrollo de los servicios sanitarios a lo largo del decenio (Departamento de Salud. ¿Cómo estamos de salud? Evaluación del Plan de Salud 1990-2000. ANALES del Sistema Sanitario, monografía n.º 4, 2002).

El segundo Plan de Salud planteó una innovación respecto al anterior y a lo que venían siendo los planes de salud en las distintas CCAA, como se ha señalado anteriormente. Las actuaciones se orientaron hacia los cuidados de salud del ciudadano en patologías prevalentes establecidas como prioritarias. Con ello, el Plan de Salud asumió una importante implicación con el desarrollo del sistema asistencial, tendiendo a cubrir las insuficiencias asistenciales y aplicando medidas que favorecieran los cuidados continuos del paciente y la incorporación del concepto de coste-efectividad. Los procesos priorizados fueron las enfermedades oncológicas, vasculares, neurodegenerativas, mentales y la accidentabilidad. Los objetivos de cuidados continuos planteaban como valor añadido la introducción en la práctica asistencial del trabajo por procesos, la protocolización de las atenciones en aras de la equidad, la evidencia científica y la efectividad, propiciando la coordinación entre niveles asistenciales de atención primaria y especializada, y mejorando la personalización de la asistencia.

Evaluación del Plan de Salud, Navarra 2001-2005

El Plan de Salud de Navarra ha servido de orientación a los técnicos, profesionales y administradores públicos, indicando la dirección a la que debían encaminarse las acciones instrumentales. Debe señalarse la confluencia entre los objetivos del plan y la acciones realizadas por los servicios de salud y la necesidad de consensuar los planes, máxime cuando se plantean objetivos estratégicos que de superan una legislatura.

La evaluación del Plan de Salud 2001-2005 se incorpora como documento independiente a la propuesta del nuevo Plan, debiendo aquí señalarse las siguientes conclusiones para los cinco programas de actuación planteados:

1. Los objetivos sobre los **trastornos mentales** se han cumplido en cuanto que se ha iniciado la especialización de los centros de salud mental para los trastornos graves, reduciéndose el número de los menos graves, que están siendo atendidos progresivamente por los centros de atención primaria. A ello han contribuido las acciones formativas del Departamento de Salud, tanto en el sector especializado como en el de médicos de familia y enfermeras de los centros de salud.

En el terreno organizativo la salud mental se ha traspasado al ámbito de la asistencia especializada. Se ha avanzado en la coordinación primaria especializada a través de comités de mejora para la continuidad del proceso asistencial, y se han iniciado las protocolizaciones asistenciales de la esquizofrenia.

2. En lo referente a las **enfermedades neurodegenerativas** se ha puesto de manifiesto las dificultades de avanzar en la mejora de su asistencia por la naturaleza de los procesos, y por las dificultades en la de detección efectiva. Se han llevado a cabo iniciativas para mejorar las capacidades de los enfermos.

3. En las **enfermedades cardio y cerebrovasculares**, dadas las posibilidades técnicas de mejora, se ha observado un avance inducido, en buena parte, por el Plan.

En prevención primaria se ha producido un impulso en el abandono del hábito tabáquico con acciones legales, de educación poblacional e intervenciones individuales con una progresiva reducción del número de fumadores, si bien todavía son escasos los logros en la disminución del inicio del hábito.

Se ha retomado y consolidado el registro de población de infartos de miocardio y se ha iniciado un estudio poblacional estable y de seguimiento de riesgo cardiovascular, cada cinco años, en una cohorte de 5.000 personas.

Se ha extendido a todos los centros de salud la Guía de actuación en riesgo cardiovascular que cubre a 145.000 personas y se ha incrementado el número de personas que reciben consejo de salud al respecto.

Ha aumentado el número de personas atendidas en la unidad del corazón, reduciendo los tiempos de intervención y ampliándose las técnicas reparadoras coronarias.

La atención a los enfermos de ictus ha tenido un avance cualitativo con la creación de la unidad de ictus para el tratamiento en la primera fase de la enfermedad, donde se aplican técnicas de exploración y de intervención. Se van consolidando circuitos de derivación y se han reducido los tiempos de intervención en la rehabilitación.

Estos avances han ido acompañados de programas específicos de formación continuada en soporte vital y en formación a neurólogos y médicos de familia.

4. Las **enfermedades oncológicas** han experimentado avances cualitativos en la dirección marcada en el Plan.

En el área de prevención primaria y vigilancia epidemiológica se han desarrollado estrategias de educación para supresión de factores de riesgo conocidos.

En detección precoz queda extendido y consolidado el programa de cáncer de mama con tasas de adherencia superiores al 85% con una importante reducción de la mortalidad general y específica de las personas vinculadas al programa como también un incremento considerable de la supervivencia.

Continúa la racionalización de las actuaciones en detección de cáncer de cérvix de acuerdo al consenso entre el Departamento, el Colegio de Médicos y los profesionales.

El proceso asistencial oncológico se ha visto beneficiado por el circuito de derivación ante sospecha fundada de cáncer desde atención primaria

Se ha extendido la asistencia oncológica al área de Tudela.

Se han creado equipos multidisciplinares de decisión terapéutica circunscritos a cada hospital.

Se ha iniciado la creación de los registros hospitalarios de tumores.

Se ha extendido a toda la población el Plan de cuidados paliativos.

Se han desarrollado acciones específicas de formación continuada en el proceso oncológico y se ha dedicado de forma preferente los fondos de investigación a los procesos oncológicos.

En diciembre de 2005 se iniciaron las obras para la dotación de nuevas tecnologías radioterápicas.

5. La **accidentabilidad** ha tenido su expresión en los planes de salud laboral observándose una tendencia positiva en la prevención de accidentes de trabajo con un descenso en el periodo del 9,7%. Ello es achacable al desarrollo de los servicios de prevención que alcanza al 66% de los trabajadores y a la existencia de programas específicos como el de "empresas diana" de la construcción con descensos entre el 20 y el 30% de los accidentes.

Los accidentes de tráfico han disminuido en este periodo un 21%. Ya ha sido aprobado un nuevo Plan de Estrategia Navarra de Seguridad Vial 2005-2012 de carácter interdepartamental que continuará con estas actuaciones.

En el conjunto de la accidentabilidad el sector sanitario deberá mejorar en la rehabilitación y en la reducción de los tiempos de espera y de los tiempos medios de las bajas laborales como un indicador de efectividad.

Hacia un nuevo Plan de Salud

Las preocupaciones

Después de la reflexión realizada desde el punto de vista de la responsabilidad y de las necesidades sentidas por los responsables del sistema: gestores, planificadores, directivos y profesionales, se ha efectuado una fase diagnóstica de la situación, llegando a diferentes bases de consenso sobre los criterios para la elaboración de un nuevo Plan de Salud que se resumen a continuación.

• Las oportunidades de mejora deben ser iguales para todos los ciudadanos, debiendo reforzarse la equidad.

• Los objetivos de salud deben de contemplar las dificultades existentes en el día a día de la asistencia sanitaria, (listas de espera, incremento de demanda urgente y otros).

• Las acciones tienen que comprender el proceso asistencial completo de las patologías (prevención, asistencia, recuperación) para poder ofrecer una respuesta coherente y de calidad a la demanda de los ciudadanos.

• El Plan de Salud debe vincularse a los objetivos de gestión de los servicios, teniendo en cuenta la sostenibilidad y la eficiencia y adaptando las herramientas de gestión, hacia la participación y corresponsabilidad de los profesionales.

Relacionado con ello se plantean aspectos de suficiencia financiera por un lado y de prestaciones por otro. Se deberá gestionar lo mejor posible el presupuesto asignado, ajustando la equidad de las prestaciones. Y finalmente debe frenarse la demanda innecesaria y reorientar la oferta hacia la efectividad.

Existen aspectos relevantes como el grado de especialización de los hospitales de la red pública (¿todos deben hacer de todo o deben compartir recursos?), la justificación de estructuras hospitalarias para determinados servicios con escasa demanda, la organización de las urgencias, el modelo de gestión centralizada eludiendo la corresponsabilidad gerencial y profesional. Por tanto, debe debatirse la utilidad de nuevas formas de gestión, paradigma de las reformas de los sistemas públicos europeos y de otras comunidades españolas, en las que comparten responsabilidades los gestores, los profesionales y los ciudadanos, y se identifican funciones diferenciadas en los distintos órganos del Sistema de Salud.

Los escenarios de la planificación

Ante las preocupaciones sentidas y el análisis de la situación realizado se plantearon por parte de los gestores, planificadores y directivos los tipos posibles de planificación que era necesario definir y categorizar antes de formular el nuevo Plan. En tal sentido, se definieron siguientes aspectos:

• El tipo de planificación política, decidiendo el nivel de actuación (Estratégica, táctica u operativa).

• El ámbito de planificación:

– Plan de salud con objetivos poblacionales de salud pública e intervención sobre los determinantes de salud.

– Plan de atención al ciudadano por procesos según necesidades asistenciales con atención integrada y seguimiento individual.

– Plan de desarrollo organizativo del sistema sanitario mejorando la eficiencia (coste-efectividad).

Criterios y orientaciones: la visión o la planificación política.

El Departamento de Salud responsable de las directrices políticas del nuevo plan, a la vista de las preocupaciones analizadas por los responsables del Sistema ha orientado el nuevo plan en los siguientes términos:

• El Plan de Salud ha de tener un carácter estratégico que indique los objetivos y las líneas de actuación a seguir que deberán ser desarrollados según los recursos disponibles por los responsables de la gestión y por un periodo de 7 años.

• El Plan de Salud debe priorizar las áreas y líneas estratégicas de actuación sobre los problemas reconocidos en los que se desea trabajar, sirviendo de guía para los centros asistenciales, consiguiendo la conjunción entre el plan de salud y la gestión de los servicios.

• El Plan debe dirigirse a cuidados por procesos prioritarios, en continuidad con el plan anterior de patologías prevalentes, orientados de acuerdo al consenso con los profesionales y con la medicina basada en la evidencia.

• Ha de incorporar líneas estratégicas para mejorar el rendimiento y la calidad del sistema que alcancen a la organización y a la gestión de los servicios.

• El plan contemplará la respuesta a los problemas de salud colectivos de mayor impacto en Navarra, con una fuerte orientación preventiva según los indicadores de vigilancia y respetando los programas de salud pública ya desarrollados.

• El Plan debe sustentarse en dos ejes el ciudadano, sus necesidades y expectativas, y un sistema sanitario más acorde a las necesidades actuales de organización, en el que se generen herramientas de gestión ágiles teniendo en cuenta la corresponsabilidad y la participación de sus profesionales.

• Se deberá contar activamente en la formulación del Plan con la participación de profesionales y de gestores.

En consecuencia, 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.

Este planteamiento puede esquematizarse del modo siguiente:

Representación esquemática de la Planificación política

Proceso de Planificación Estratégica

La decisión de orden político ha permitido plantear las LÍNEAS ESTRATÉGICAS que debe contener el nuevo Plan de Salud para posteriormente con la creación de grupos de trabajo para cada línea estratégica, formular las prioridades, objetivos y actuaciones en cada una de ellas.

La planificación estratégica fue definida por la Orden Foral 101/2005, de 28 de octubre, que establecen las directrices del Plan de Salud de Navarra con una duración de 7 años entre 2006-2012 y formula las siguientes líneas estratégicas:

– Prevención de salud colectiva y problemas de salud emergentes.

– Cuidados por procesos según guías de práctica clínica consensuadas y basadas en la evidencia.

– Desarrollo de la organización y la gestión orientadas a la eficiencia y a la corresponsabilidad.

– Orientación de las acciones dirigidas a la equidad y a la satisfacción del ciudadano.

– Utilización adecuada de medicamentos y de la historia clínica informatizada.

Se creó una Comisión para el desarrollo estratégico del Plan de Salud presidida por el Director General y coordinada por el Jefe de Sección de Planificación, con la finalidad de definir y establecer las prioridades de intervención y las propuestas de objetivos del nuevo Plan de Salud. El Director General constituyó para cada línea estratégica un Grupo Técnico de Trabajo (GTT) con el encargo de formular los objetivos estratégicos. En cada grupo de trabajo se nombró a un responsable de la línea estratégica (R) y a un coordinador (C).

Documentación de base y metodología

Se puso a disposición de los grupos técnicos la documentación básica de los estudios de referencia de la situación del estado de salud poblacional y del Sistema Sanitario que se reseñan:

Diagnóstico de Salud y formulación de programas para 1986; La Salud en Cifras en Navarra, 1988; Informe Técnico nº 2, 1989; ¿Cómo estamos de salud? Encuesta Salud 1990-9, Departamento de Salud, 1993; Diagnóstico de Salud de Navarra 1993; Informe Técnico 11, 1995; La opinión pública y el Sistema Sanitario, 1999, ANALES Sis. San. Navarra, Monografía de Salud Pública y Administración Sanitaria n.º 3; ¿Cómo estamos de salud? Encuesta de salud 2000 (www.cfnavarra.es/salud/docencia.investigación); Instituto de Salud Pública de Navarra, Informe 2000; Encuesta Navarra de Salud y Condiciones de Trabajo 1997. INSL, 1998. Diagnóstico de Salud de Navarra 2003, los determinantes y el estado de salud en el último decenio. ANALES Sis. San. Navarra, monografía nº 5, 2005.

Los Grupos de Trabajo, han seguidos técnicas cualitativas para la identificación de áreas problemáticas en cada una las líneas estratégicas establecidas. Seguidamente se han ordenado y delimitado los posibles ámbitos de actuación, para acotar según prioridades las propuestas que aquí presentaron.

Características de la planificación estratégica establecida y áreas de mejora propuestas

La propuesta de prioridades lleva a la reflexión de que el Plan debe recoger aquellos aspectos que están poco desarrollados en el Sistema, metas de superación y mejora de lo existente. Las omisiones en un Plan de Salud lo son porque existen planes o programas eficaces y con suficiente cobertura o porque los problemas no son mejorables por no disponer de nuevas evidencias. En tanto que lo incluido, supone una mejora en equidad, calidad y eficiencia que permite al Plan un máximo rendimiento.

De las cinco líneas estratégicas establecidas por la Consejera de Salud, una de ellas, Cuidados por proceso incide directamente en la atención que reciben los ciudadanos desde los servicios sanitarios, otra la Prevención colectiva presenta áreas de actuación en las que también se combinan actuaciones de los profesionales sanitarios y otras más generales de promoción de salud poblacional que buscan incidir en el conjunto de la sociedad. La línea dirigida a la mejora de la equidad y a la satisfacción del ciudadano centra sus actuaciones principalmente en el reconocimiento normativo y en el ejercicio de diferentes derechos. La línea de uso racional del medicamento e información clínica, prioriza para el periodo, las actuaciones para disponer de información clínico asistencial en formato electrónico y para mejorar la prestación farmacéutica en efectividad y control del gasto. Por último, la línea de mejorar la Organización y gestión, focaliza su análisis en situaciones relacionadas con los valores (equidad, eficiencia, calidad) y la sostenibilidad del Sistema implicando a los profesionales en la oferta de los servicios sanitarios y en el coste efectividad.

Selección de prioridades.

El análisis, debate y propuesta de los grupos de trabajo ha permitido alcanzar la formulación de las prioridades, que han sido seleccionadas por la Dirección General del Departamento de Salud (Resolución 846/2006, de 16 de mayo).

Prioridades seleccionadas

Prevención de salud colectiva:

1. Detección precoz de tumores con evidencia científica de efectividad.

2. Promoción de estilos de vida saludables.

3. Intervención sobre enfermedades transmisibles y sucesos inesperados.

4. Prevención de riesgo vascular.

5. Intervenciones sobre accidentes de tráfico y domésticos.

Cuidados por procesos en las siguientes patologías:

6. Enfermedades cardiovasculares.

7. Enfermedades mentales.

8. Enfermedades oncológicas.

9. Enfermedades respiratorias

10. Enfermedades crónicas poco frecuentes no prevenibles con fuerte impacto individual, familiar y social.

11. Garantizar la implantación y el seguimiento de los cuidados por procesos.

Desarrollo de la organización y gestión del Sistema Sanitario:

12. Evaluar, y en su caso, redefinir el organigrama, funciones y competencias del Organismo Autónomo Servicio Navarro de Salud, orientándolo hacia el cumplimiento de los fines establecidos en el presente Plan de Salud.

13. Desarrollar nuevos instrumentos de gestión basados en la descentralización, la participación de los profesionales y la mejora de la eficiencia.

14. Contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario de Navarra.

15. Organización de los servicios de urgencia.

Desarrollo de la equidad y participación del ciudadano:

16. Participación de pacientes y colectivos sociales en el Sistema Sanitario.

17. Garantía de las prestaciones sanitarias.

18. Tutela de la garantía de cumplimiento de tiempos máximos de demora.

Utilización adecuada del medicamento y de la historia clínica informatizada:

19. Uso racional del medicamento y control del gasto farmacéutico.

20. Desarrollo de la Historia Clínica Informatizada única para cada ciudadano.

2. FORMULACIÓN DE FINES, PRIORIDADES, OBJETIVOS, ACTUACIONES Y UNIDADES RESPONSABLES EN CADA LÍNEA ESTRATÉGICA.

LÍNEA ESTRATÉGICA: PREVENCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD COLECTIVA

Justificación

La tarea básica de la salud pública es intervenir en la prevención de los problemas de salud de los individuos, en cuanto que son parte integrante de la sociedad-población, con el fin de mejorar los niveles de salud de la colectividad. Las intervenciones de prevención comprenden las actividades dirigidas a actuaciones inespecíficas de protección de la salud, para generar un medio saludable; las de prevención de enfermedades concretas, y aquellas otras dirigidas a promover y mejorar la salud de los individuos.

La aplicación de tales programas con diferente metodología, conlleva unas estrategias de intervención bien poblacionales, cuando la presencia de los factores de riesgo están muy extendidos en la Comunidad, o cuando las patologías son muy frecuentes, o bien oportunistas y voluntarias, si las intervenciones no requieren actuaciones generalizadas debido a la dudosa efectividad, al bajo riesgo o al inadecuado coste-beneficio.

Decididas tales intervenciones, es necesario reflexionar sobre la historia natural de los procesos objeto de intervención, sobre las posibilidades tácticas de actuación y sobre la eficacia y el coste de la intervención. Tanto la protección, como la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, debe ser objeto de una evaluación de la viabilidad técnica, ética y económica. Es necesario conocer las posibilidades de intervención sobre los factores de riesgo evitables antes de actuar en la economía humana (prevención primaria) y en la detección de factores de riesgo y de patologías latentes en interrelación con el organismo (prevención secundaria), dichas intervenciones requieren la garantía de la efectividad de la prueba y de la intervención terapéutica, considerando no sólo el rendimiento poblacional sino también el individual.

Es necesario tener en cuenta siempre los determinantes de salud que son propios de una comunidad (diagnóstico de salud) y aquellos sobre los que el sistema sanitario tiene capacidad de actuar, tanto a través de medidas de protección de la salud, como de medidas de promoción de la salud, destacando entre ellas los estilos de vida fundamentalmente.

Para determinar las prioridades en un Plan de Salud en el campo de la prevención de los problemas de salud, debe tenerse en cuenta la evidencia científica de las intervenciones como guía obligada por eficiencia y por ética social, descartando el empirismo y el voluntarismo. Otro criterio es el contemplar aquellas acciones que requieran un especial impulso, que no contradice las actuaciones sistemáticas que se desarrollan habitualmente en los servicios de Salud Pública sobre programas estables y consolidados. Esta consideración es de especial relieve en este campo, por haber sido la salud pública ocupación tradicional de la administración sanitaria a lo largo de más de un siglo de la era científica, habiendo alcanzando cotas globales de actuación que solo requieren su mantenimiento.

Con estas consideraciones el grupo de trabajo ha seleccionado de acuerdo a la viabilidad y a los criterios del Departamento las siguientes intervenciones de prevención:

– De carácter poblacional

• Impulsar intervenciones en la protección de la salud actuando sobre los estilos de vida saludables, con intervenciones sobre el tabaco, sobre el consumo de drogas ilícitas y sobre el abuso del consumo de bebidas alcohólicas, accidentes domésticos y de tráfico.

• En el campo de la promoción de estilos de vida, intervenciones en dieta saludable y ejercicio físico.

– De carácter individual colectivo: intervenciones en las dos patologías de mayor frecuencia en morbimortalidad: las enfermedades oncológicas a través de la detección y tratamiento precoz del cáncer de mama, de la detección oportunista del cáncer de cérvix según riesgo y citación programada a las mujeres con alto riesgo. El cáncer colorrectal como tumor más prevalente y con evidencia de que la detección precoz es efectiva, si bien de difícil implantación colectiva, se propone el iniciar acciones en personas de alto riesgo de forma individualizada promocionando programas de captación de tales personas.

Respecto a la prevención colectiva de enfermedades cardiovasculares se considera el mantener un seguimiento continuo del proyecto “Riesgo Vascular Navarra 2004” y desarrollar adecuadamente los registros poblacionales de infarto agudo de miocardio (IAM) y accidente cerebrovascular (ACV).

Merece atención en este Plan de Salud de manera singular entre las enfermedades transmi-

sibles, la infección tuberculosa considerada como cuidados por proceso global de la enfermedad, con intervenciones asistenciales preventivas y curativas siendo el objetivo la erradicación en el periodo del Plan.

Respecto a las **intervenciones en tumores malignos** solo se plantean aquellas en las que se constata la evidencia de efectividad de la detección, el cáncer de mama en edades entre 45 y 64 años, y en personas de alto riesgo por relación hereditaria de primer grado, debiendo excluirse otras poblaciones diana. En cáncer de cérvix se mantendrá el consenso alcanzado en Navarra entre el Departamento de Salud, la Sociedad de Ginecología y Obstetricia, el Colegio de Médicos y la Sociedad de medicina de familia y comunitaria basado en los siguientes principios: no inducir la detección en mujeres sin riesgo o de bajo riesgo, ofertar de manera oportunista la detección a las mujeres sexualmente activas en riesgo; y efectuar seguimiento de las personas de alto riesgo. El cáncer colorrectal tercer y último tumor con evidencia de efectividad de la prevención secundaria, se desarrollará un programa de captación de personas en riesgo (los genéticamente expuestos y los familiares de primer grado de los enfermos de cáncer). Un grupo de expertos deberá determinar las técnicas, más coste-efectivas y de menor riesgo/beneficio. El resto de posibles ofertas de prevención deben ser excluidas por falta de evidencia de su efectividad y por inducir una falsa seguridad en las personas.

Las intervenciones sobre las **enfermedades cardiovasculares** de carácter poblacional deben disponer de fuentes de información que permitan evaluar estas enfermedades prioritarias por su alta mortalidad, lo que exige buenos registros poblacionales que sirvan para una evaluación de las tendencias y de la eficacia de los programas asistenciales. En este sentido, los registros referentes al IAM y al ACV en colaboración con los análisis asistenciales de los registros hospitalarios, permitirán orientar las políticas respectivas. Por otro lado, la singularidad de la población navarra de presentar factores de riesgo equivalentes a otras poblaciones caucásicas y, a la vez, tener tasas de mortalidad bajas, inducen a mantener una constante línea abierta de investigación a través del proyecto Riesgo Vascular Navarra 2004, que permite orientar las intervenciones individuales asistenciales acomodadas a nuestra realidad.

Las intervenciones individuales de detección de factores de riesgo se realizarán en el área de atención primaria y la evaluación de las actividades de prevención corresponderá a la administración sanitaria.

Las intervenciones en **estilos de vida de carácter poblacional** constituyen la actividad fundamental de las intervenciones de prevención primaria y de promoción de la salud reforzando hábitos saludables. Deben ser actuaciones estrella las de detección colectiva y medidas poblacionales del consumo de tabaco, drogas ilícitas, y bebidas alcohólicas, por presentar un fuerte impacto en la población joven de Navarra. También merecen atención los cambios poco saludables que se están produciendo en los hábitos dietéticos de las generaciones jóvenes.

Las **enfermedades transmisibles** están atendidas suficientemente, tanto en las actuaciones medioambientales, como en la prevención primaria y en la asistencia a las mismas, por lo que no son objeto de impulso especial en el presente Plan. Sin embargo, de entre las enfermedades infecciosas heredadas del siglo XX, la tuberculosis por sus posibilidades de intervención y por la limitación del número de casos puede ser objeto de erradicación en población autóctona una vez controlada su incidencia en el SIDA.

Los **accidentes** laborales tienen una línea específica de actuación a través de los planes de salud laboral y del seguimiento por parte del Instituto Navarro de Salud Laboral, por lo que el presente Plan no desarrolla actividades al respecto. Sin embargo tienen interés y repercusión poblacional los accidentes no laborales y entre ellos los accidentes domésticos hasta el momento desconocidos que pueden esconder incidentes de violencia. Es por ello que se inicia un estudio de conocimiento de la situación. La prevención colectiva y poblacional de los accidentes de tráfico viene desarrollándose por otras instancias gubernamentales en las que participa el Departamento de Salud y en tal sentido se tratan en el Plan, si bien la repercusión en el sistema asistencial da protagonismo a nuestro sector.

Formulación de Prioridades, objetivos e intervenciones.

Fines:

El conjunto de objetivos y actuaciones planteadas en esta línea estratégica buscan la disminución de la mortalidad y la morbilidad general mediante las siguientes intervenciones preventivas y de promoción de salud:

• Intervenciones directas sobre los individuos

• Intervenciones poblacionales

• Acciones intersectoriales e intervenciones legales

1. Prioridad: Detección precoz de tumores con evidencia científica de efectividad.

Objetivo:

1.1. Continuar con el programa actual de cáncer de mama de citación activa a mujeres pertenecientes a los grupos de riesgo).

Actuaciones:

• Realizar evaluación periódica de su impacto en términos de disminución de la mortalidad por esta causa, aumento de la supervivencia y de la calidad de vida de las mujeres diagnosticadas.

• Integrar en el programa a otras mujeres de alto riesgo para su control y seguimiento.

Unidad responsable: Instituto de Salud Pública.

Objetivo:

1.2. Continuar con las actividades de detección de cáncer de cérvix, mediante actividades programadas en mujeres pertenecientes a grupos de alto riesgo, según documento de consenso elaborado entre administración, profesionales implicados y colegio de médicos.

Actuaciones:

• Evaluar las prácticas de detección precoz que se vienen realizando y el impacto en términos de incidencia y de mortalidad.

• Proporcionar a las mujeres objeto de este programa información sobre la periodicidad de las revisiones en función de los riesgos.

Unidad responsable: Instituto de Salud Pública y Dirección de Atención Especializada.

Objetivo:

1.3. Puesta en marcha de un programa de detección precoz de cáncer colorrectal en grupos de alto riesgo.

Actuaciones:

• Estudiar, en base a la evidencia científica, las características del programa que se debe ofertar: población diana, prueba de cribado, periodicidad y puesta en marcha del mismo.

Unidad responsable: Instituto de Salud Pública.

Objetivo:

1.4. Evaluar las ofertas voluntaristas de detección de tumores no incluidas en programas y sin evidencia científica de su efectividad.

Actuaciones:

• Promover la revisión de las actividades de prevención de cáncer que se realizan en la consulta de algunas especialidades médicas. Elaborar las recomendaciones adecuadas en base a la evidencia científica al respecto.

Unidad responsable: Dirección de Asistencia Especializada.

2. Prioridad: Promoción de estilos de vida saludables.

Objetivo:

2.1. Desarrollar el Plan Foral de acción sobre el tabaco en sus tres áreas de intervención: prevención de inicio, ayuda a dejar de fumar y espacios sin humo; en conformidad con la Ley Foral de prevención de consumo de tabaco, protección del aire respirable y de promoción de la salud y la Ley estatal de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

Actuaciones:

• Realizar intervenciones educativas en los centros de enseñanza y en la población, con un enfoque global, dirigidas a evitar el inicio en el consumo y a retrasar la edad de inicio.

• Apoyo a la cesación de hábito tabáquico, consejo e intervención farmacológica a las personas que lo requieran según indicación médica.

• Fomento de la búsqueda activa en atención primaria de las personas adultas fumadoras habituales fumadoras habituales adultas e intervención para su cese.

• Implantación de la legislación vigente incrementando la inspección, y la implicación de las autoridades sanitarias y de todas las instituciones públicas.

Unidad responsable: Instituto de Salud Pública y la Dirección de Atención Primaria.

Objetivo:

2.2. Disminuir la prevalencia del consumo de alcohol y de las drogas ilícitas y de sus efectos adversos, entendiendo su consumo como un fenómeno integrado en el modelo de sociedad.

Actuaciones:

• Integrar programas de prevención selectiva en los recursos educativos y comunitarios. Desarrollar en el medio escolar actividades dirigidas a evitar el inicio en el consumo y retrasar la edad de inicio, potenciando los factores de protección y tratando de aminorar la influencia de los factores de riesgo.

• Fomentar el apoyo a las familias y facilitar las herramientas y habilidades para que puedan llevar a cabo su tarea como educadores.

• Mantener actividades de diagnóstico de situación del consumo de drogas. Hacer análisis permanente de la información, teniendo como referencia el modelo de sociedad y los valores sociales dominantes.

Unidad responsable: Plan Foral de Drogodependencias y la Dirección de Atención Primaria.

Objetivo:

2.3. Detectar el abuso del consumo de bebidas alcohólicas y reducir los problemas derivados del mismo.

Actuaciones:

• Fomentar la búsqueda activa en atención primaria de las personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas: indagar sobre el hábito de consumo de alcohol en adultos por el personal de los servicios de atención primaria de Salud y dar consejo para reducir este consumo.

Unidad responsable: Dirección de Atención Primaria.

Objetivo:

2.4. Fomentar el consumo de una alimentación saludable y la práctica del ejercicio físico en la población.

Actuaciones:

• Desarrollo de una estrategia poblacional permanente sobre alimentación sana y equilibrada y sobre ejercicio físico.

• Impulso de una línea de trabajo para el estudio, análisis, promoción e intervenciones sobre los establecimientos colectivos de alimentación, para adecuarlos a los principios de una alimentación sana y equlibrada.

• Impulsar programas de educación sanitaria sobre hábitos alimenticios en la etapa escolar.

• Impulsar programas de prevención de la anorexia y bulimia.

Unidad responsable: Instituto de Salud Pública y la Dirección de Atención Primaria.

Objetivo:

2.5. Promocionar acciones individualizadas sobre alimentación y sobre el ejercicio físico adecuado.

Actuaciones:

• Fomento del consejo sistematizado sobre dieta y ejercicio físico en las consultas de atención primaria, dirigido a personas con factores de riesgo o enfermedad vascular.

Unidad responsable: Dirección de Atención Primaria.

3. Prioridad: Intervención sobre enfermedades transmisibles y sucesos inesperados.

Objetivo:

3.1. Consolidar una red de vigilancia epidemiológica permanente para sucesos inesperados, adecuando los sistemas de información para posibilitar una respuesta rápida y eficaz.

Actuaciones:

• Integrar informaciones provenientes de sistemas de información ya existentes y cuya conjunción pueda ser indicador de la existencia de un problema de salud.

• Establecer sistemas de información específicos para la detección de situaciones de riesgo de la que se pueden derivar problemas de salud y para el conocimiento de la prevalencia de los problemas que se determine.

Unidad responsable: Instituto de Salud Pública.

Objetivo:

3.2. Establecer procedimientos para el conocimiento periódico del estado de salud de la población, a través de encuestas propias en Navarra, o integradas en la Encuesta Nacional de Salud, prestando atención especial a la salud percibida y al grado de capacidad, como indicador de salud individual.

Actuaciones:

• Garantizar la difusión de los resultados del nivel de salud de los ciudadanos en la página web del Departamento de Salud.

• Elaborar y difundir periódicamente el indicador esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD).

Unidad responsable: Dirección General de Salud.

Objetivo:

3.3. Intensificar el programa de control de tuberculosis para reducir su incidencia y mejorar las tasas de curación.

Actuaciones:

• Revisar el protocolo de actuación recientemente actualizado, y su implicación a todos los niveles del sistema sanitario, prestando especial atención a los grupos más susceptibles realizando intervenciones a lo largo del proceso de enfermedad.

• Intensificar y normalizar el tratamiento y seguimiento de los enfermos.

Unidad responsable: Instituto de Salud Pública y Dirección de Atención Especializada.

4. Prioridad: Prevención de riesgo vascular

Objetivo:

4.1. Consolidar registros permanentes de infarto agudo de miocardio y de accidente cerebrovascular.

Actuaciones:

• Estabilización del registro poblacional de infarto agudo de miocardio.

• Creación de un registro poblacional de Ictus.

Unidad responsable: Instituto de Salud Pública.

Objetivo:

4.2. Seguimiento y evaluación poblacional del impacto de los factores de riesgo vascular y de la actividad de detección y prevención de factores de riesgo vascular en atención primaria.

Actuaciones:

• Evaluar el impacto de los factores de riesgo en la población general y su asociación con lesiones latentes (proyecto Riesgo Vascular Navarra 2003).

• Evaluar las actividades de prevención desarrolladas en los servicios sanitarios.

• Realizar campañas dirigidas a la población para la prevención de enfermedades cardiovasculares.

• Incorporar la técnica de medición de la cintura abdominal como medida preventiva para evitar las enfermedades cardiovasculares.

Unidad responsable: Dirección General de Salud.

5. Prioridad: Intervenciones sobre accidentes de tráfico y domésticos

Objetivo:

5.1. Desarrollar estudios para analizar la incidencia y el impacto de los accidentes domésticos.

Actuaciones:

• Hacer un estudio para conocer la incidencia de accidentes domésticos en población general con representatividad de los grupos más vulnerables: niños y personas mayores.

Unidad responsable: Dirección General de Salud.

Objetivo:

5.2. Impulsar y participar en acciones intersectoriales para la intervención sobre accidentes de tráfico.

Actuaciones:

• Establecer relaciones de cooperación con las instituciones implicadas.

Unidad responsable: Instituto de Salud Pública.

LÍNEA ESTRATÉGICA: CUIDADOS POR PROCESOS.

Justificación:

Se entiende por proceso un conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada, para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos de los pacientes al que va dirigido. Los cuidados o la gestión por procesos pretenden, por tanto, articular las actuaciones de cuantos intervienen a lo largo de la cadena asistencial para reducir su variabilidad e incorporar las mejores evidencias disponibles para alcanzar la máxima calidad y eficiencia.

El punto de partida de los cuidados por proceso son las necesidades de los pacientes, entendidas éstas desde la prevención primaria, pasando por las actuaciones diagnósticas y terapéuticas hasta los cuidados en las etapas finales de la vida. En cualquier institución sanitaria, los procesos clínicos son los procesos claves porque son los que justifican su existencia.

La gestión tradicional ha centrado su interés en lograr sus objetivos maximizando las actuaciones en los contactos que se generan entre los pacientes y los profesionales que los atienden. La productividad de los recursos ha sido la máxima principal en la gestión. Pero en los últimos 20 años diferentes realidades han modificado el panorama, entre ellas podemos destacar:

– El desarrollo de herramientas de información que permiten acercarnos a la medición de resultados inmediatos (output) más allá de los esfuerzos desarrollados (intervenciones quirúrgicas, estancias, consultas). Los sistemas de clasificación de pacientes, entre los que destacan los GRD, ofrecen posibilidades de evaluación de la eficiencia y de la calidad para procesos de hospitalización.

– El desarrollo de la gestión clínica, entendida como la implicación de los profesionales sanitarios en los sistemas de dirección de las organizaciones sanitarias, considera a éstas como organizaciones basadas en el conocimiento. Son aspectos funda-

mentales de la gestión clínica la delegación de responsabilidades y la transferencia de riesgos a los profesionales, desarrollando una reingeniería del hospital para trabajar centrados en el paciente y ensayar modelos de gestión por procesos, en los que se obtienen ventajas en calidad y costes a través de la estandarización, por ejemplo, en guías, protocolos y vías clínicas.

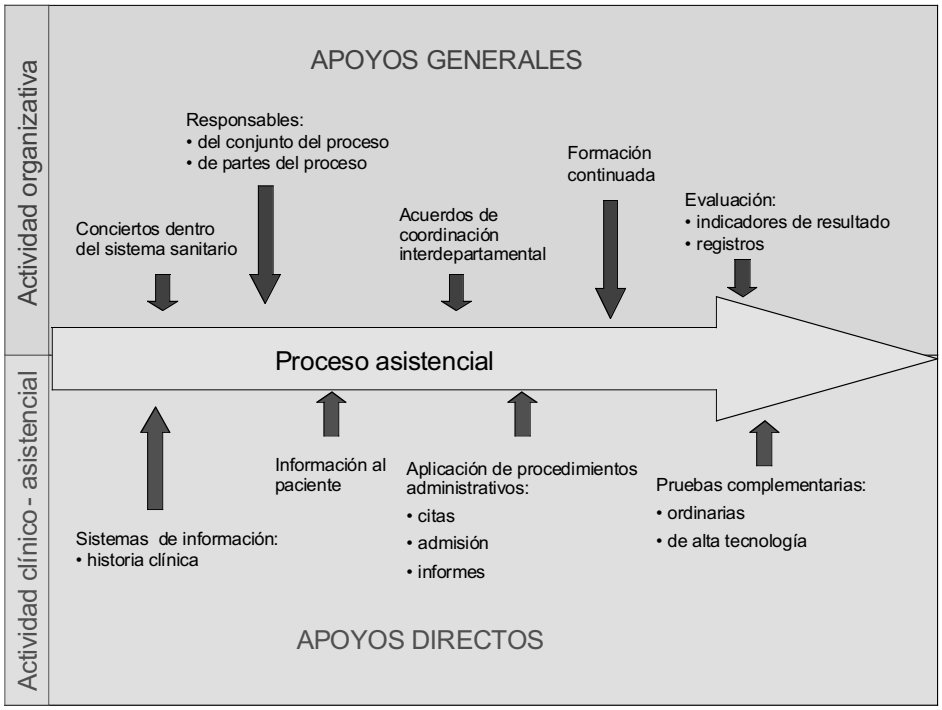
En Navarra, desde el año 2000 diferentes experiencias muestran el interés por ir materializando los cuidados por proceso. Así, el anterior Plan de Salud 2001-2005 centraba sus propuestas en actuaciones sobre patologías consideradas como prioritarias, ejemplo de estas experiencias han sido la creación del Área Clínica del Corazón en el año 2001, la constitución hasta la fecha de 20 comités de mejora entre profesionales de primaria y especializada y la puesta en marcha de grupos de trabajo en 11 procesos clínicos priorizados dentro de la estrategia MAPPA horizonte con la finalidad de mejorar los resultados de salud.

Todas estas actuaciones han coincidido con las iniciadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo que ha promovido la elaboración de Planes integrales de salud, entendidos estos como procesos asistenciales. En estos Planes se establecen criterios sobre la forma de organizar los servicios para atender las patologías de manera integral y se determinan los estándares mínimos y los modelos básicos de atención para la prevención, detección precoz, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de grupos de enfermedades.

Las evaluaciones practicadas señalan que cuando se incide en los diferentes componentes de la cadena asistencial, tales como las mejoras en la etapa diagnóstica, en la elección de los tratamientos, o en la aplicación de los controles, los resultados en términos de supervivencia libre de enfermedad y en calidad de vida mejoran. La reducción de la variabilidad clínica innecesaria conlleva beneficios directos a los enfermos.

Los cuidados por proceso son una novedad en la forma de trabajo de los profesionales sanitarios por lo que supone de trabajo multidisciplinar en la toma de decisiones y en la aplicación de criterios. Hasta ahora cada especialista trabajaba, casi de forma exclusiva, en el contexto de la unidad asistencial o servicio al que está adscrito. Esta nueva forma de trabajo permite compartir un lenguaje común entre pacientes, profesionales y gestores.

Para hacer efectivos los cuidados por proceso se necesitan apoyos variados, unos de naturaleza organizativa, que creen las condiciones para el trabajo por proceso, y otros que resuelvan los problemas operativos vinculados a la atención directa de los enfermos. El esquema que sigue pretende reflejar los principales apoyos.



Procesos / Patologías priorizadas en el Plan de Salud.

Enfermedades cardiovasculares.

La cardiopatía isquémica, el ictus y la insuficiencia cardiaca son las principales patologías, las dos primeras con una importante mortalidad y con un importante potencial de intervención para reducir las consecuencias fatales y mejorar las capacidades funcionales de los afectados.

A pesar del importante descenso registrado en Navarra en las tasas de mortalidad por estas enfermedades a lo largo de los últimos dos decenios y de la buena situación en relación con los países de la Unión Europea, las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la primera causa de muerte en la población de Navarra, 30,6% de las defunciones en hombres y el 38,2% en las mujeres.

La carga de enfermedad que generan en la población y en los servicios sanitarios es, así mismo, muy importante. El 12% de las hospitalizaciones son generadas por estas enfermedades y, en atención primaria, el control de la hipertensión y de las dislipemias son los dos motivos principales de consulta entre los pacientes crónicos.

Trastornos mentales.

Cada año son atendidas, en la red de salud mental de Navarra, unas 17.000 personas, de las cuales, unas 5.000 lo hacen por primera vez. Más de la cuarta parte de los pacientes vistos cada año está diagnosticado de una enfermedad psicótica (2.800 por psicosis afectiva y 1.500 por esquizofrenia), con un promedio de 6,5 consultas por año.

En las unidades de agudos de los hospitales de Pamplona se producen, cada año, unas 1.100 hospitalizaciones de personas con un promedio de 45 años de edad, con una estancia media de 18,5 días. Los principales diagnósticos son esquizofrenia, psicosis afectiva y síndrome de dependencia del alcohol. A lo largo de los últimos 5 años, el 25% de los pacientes hospitalizados por causa psiquiátrica ha generado más de la mitad de las hospitalizaciones registradas en las unidades de hospitalización de agudos.

Los profesionales de los centros de salud mental atienden más pacientes con problemas catalogados como menos graves que como graves, 6.736 frente a 6.206 en 2004, cuando la prioridad de atención debe ser los pacientes con enfermedad mental grave.

En enero de 2005 el Departamento de Bienestar Social, con la colaboración del Departamento de Salud, ha iniciado un programa de atención a personas con enfermedad mental grave con el objetivo de crear de forma descentralizada una red básica de servicios para la atención de estos enfermos en su entorno.

Uno de los aspectos prioritarios para mejorar en la red de atención de salud mental es la optimización de los flujos entre los diferentes dispositivos involucrados para adecuar el servicio a cada necesidad asistencial.

Enfermedades oncológicas.

En el último quinquenio estudiado (1997-2001) la tasa de mortalidad por cáncer en los hombres se ha reducido en un 4,9% y un 5,2% en las mujeres. La incidencia ha seguido incrementándose un 4,2% en hombres y un 7,4% en mujeres. Este descenso de la mortalidad, a pesar del incremento de la incidencia (nuevos casos), viene a poner de manifiesto la efectividad de la aplicación de la detección precoz y de la asistencia clínica prestada. De esta consideración debe exceptuarse al cáncer de pulmón ya que la mortalidad se ha incrementado en el último quinquenio analizado (un 2,6% en hombres y un 43% en mujeres).

Cada año en los hospitales públicos de Navarra se producen 3.600 hospitalizaciones directamente motivadas por el cáncer y otras tantas por sus complicaciones. La mejora de la supervivencia a los 5 años del diagnóstico alcanza el 43,9% en hombres y al 61,2% en las mujeres, lo que conlleva un aumento de la prevalencia de enfermos atendidos en el sistema sanitario.

En los últimos años se han puesto en marcha diferentes iniciativas que requieren un impulso integrado y armónico para favorecer la excelencia en el conjunto del territorio: nuevas infraestructuras (hospital de día, radioterapia, hospitalización) y tecnologías, nuevas estructuras asistenciales (Oncología Médica y Unidad de Tudela), circuitos rápidos de sospecha fundada de cáncer, comités de tumores para las localizaciones más frecuentes en cada hospital, dinámica de trabajo en procesos clínicos priorizados.

Enfermedades respiratorias.

En los últimos años, el conjunto de las enfermedades respiratorias fueron la causa de 579 fallecimientos anuales en Navarra (11,9% del total). El 37% de estos fallecimientos fueron debidos a enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, aunque en el caso de los hombres ese porcentaje ha representado el 50% de las muertes por enfermedad respiratoria.

Las tasas de mortalidad por patología respiratoria observadas en Navarra son parecidas a las de España y Unión Europea. Las tasas de Navarra permanecen estables, lo que determina que la patología respiratoria siga ocupando el tercer lugar entre las principales causas de muerte. La EPOC representa unas 1.000 hospitalizaciones al año.

Las enfermedades crónicas poco frecuentes o enfermedades raras

Las enfermedades crónicas poco frecuentes o enfermedades raras, según la definición de la Unión Europea, son aquellas enfermedades con peligro de muerte o de invalidez crónica, que tienen una prevalencia baja, menor de 5 casos por cada 10.000 habitantes en la Comunidad.

Son un conjunto de enfermedades que tienen ciertas características comunes:

– Presentan dificultades diagnósticas y de seguimiento; tienen un origen desconocido en la mayoría de los casos.

– Conllevan múltiples problemas sociales.

– Existen pocos datos epidemiológicos y plantean dificultades en la investigación debido a los pocos casos.

– Carecen en su mayoría de tratamientos efectivos.

Bajo esta denominación se incluyen miles de enfermedades, sin embargo individualmente presentan características muy dispares. El principal interés de agruparlas es conseguir aunar esfuerzos para fomentar la investigación y el interés de la sociedad por todas ellas en su conjunto. El propósito principal a la hora de incluir estas enfermedades en el Plan de salud es el de iniciar una línea de trabajo de apoyo a los enfermos y de colaboración dentro del sistema nacional de salud para ir estableciendo referentes de atención específicos especializados en estas enfermedades.

El Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, en el plazo de un año, se compromete a articular el procedimiento oportuno de manera que cuando se produzcan situaciones de enfermedad rara los hospitales de la red pública deben dar satisfacción al paciente en cuanto a pruebas y resultados de análisis.

Los pacientes que sufren enfermedades raras deben tener reconocido el derecho de atención por parte de especialistas, sin necesidad de recurrir al buen criterio, a título personal, de un médico o de cualquier otro medio que no esté regulado, establecido y de norma generalizada.

Enfermedades neurodegenerativas.

Las enfermedades neurodegenerativas afectan a una gran cantidad de navarros y navarras (alrededor de 120.000 personas en Navarra), y constituyen un problema social de primera magnitud para sus familiares. Son enfermedades cuya incidencia va en aumento debido al mayor crecimiento de la población y a la esperanza de vida.

Formulación de Prioridades, objetivos e intervenciones.

Fines:

El conjunto de objetivos y actuaciones planteadas en esta línea estratégica se formulan para la consecución de los siguientes fines:

• Reducir la mortalidad y aumentar la calidad de vida de las personas afectadas por estas enfermedades.

• Establecer una forma de trabajo que garantice la equidad terapéutica en Navarra.

6. Prioridad: Enfermedades cardiovasculares.

Objetivo:

6.1. Desarrollar la detección oportunista de factores de riesgo vascular (consumo de tabaco, hipertensión arterial, obesidad, dislipemia, hiperglucemia, antecedentes, síndrome metabólico) con intervención en personas de alto riesgo.

Actuaciones:

• Calcular el riesgo cardiovascular global para aplicar un control más riguroso a los de mayor riesgo.

• Centrar las revisiones periódicas en personas con factores de riesgo o con enfermedad vascular arteriosclerótica declarada, haciendo énfasis en revisiones según sinergias.

• Fomentar el consejo individualizado para el cese del hábito tabáquico y el consejo dietético a las personas detectadas según indicación de los médicos de atención primaria y especializada.

Unidad responsable: Dirección de Atención Primaria.

Objetivo:

6.2. Establecer criterios de actuación en el proceso del enfermo diabético como factor de riesgo determinante de las enfermedades vasculares.

Actuaciones:

• Impulsar la aplicación en los centros de salud de los protocolos actualizados en base a las eva-

luaciones de resultados practicadas y a los conocimientos existentes.

• Promover nuevas modalidades asistenciales alternativas a la hospitalización, como la consulta de alta resolución por parte de los especialistas de endocrinología para la atención de enfermos con alto riesgo de desarrollar complicaciones.

Unidad responsable: Dirección del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea.

Objetivo:

6.3. Normalizar el proceso asistencial de las enfermedades vasculares agudas o crónicas y enfermedades cardiacas en los centros de atención primaria y especializada en todas las áreas de salud.

Actuaciones:

• Unificar criterios y circuitos para la cardiopatía isquémica.

• Establecer criterios y circuitos para la enfermedad cerebro-vascular que permitan una atención integrada del ictus en todo el territorio.

• Desarrollar un programa asistencial frente a la insuficiencia cardiaca.

Unidad responsable: Dirección del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea.

Objetivo:

6.4 Mejorar los medios de rehabilitación clínica y funcional de las personas afectadas por cardiopatía isquémica coronaria favoreciendo la incorporación a su actividad habitual.

Actuaciones:

Se pondrá en marcha la Unidad de Rehabilitación clínica temprana para los enfermos con infarto de corazón.

7. Prioridad: Trastornos mentales.

Objetivo:

7.1. Proseguir en la especialización de los centros de salud mental en el tratamiento de los trastornos mentales graves y progresiva asunción de trastornos mentales menos graves en atención primaria.

Actuaciones:

• Adecuar la misión, la cartera de servicios y la atención en salud mental en función del tipo de dispositivo y de la patología de los pacientes a tratar.

• Regular las funciones básicas de los profesionales presentes en los servicios de salud mental y las relaciones funcionales entre los diferentes dispositivos.

• Establecer un programa por procesos para los trastornos mentales graves (esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar).

• Acortar el tiempo diagnóstico para los enfermos con trastorno mental grave, favoreciendo el diagnóstico precoz y los circuitos específicos.

Unidad responsable: Dirección de Asistencia Especializada y la Dirección de Atención Primaria.

Objetivo:

7.2. Garantizar la asistencia hospitalaria de media estancia de los enfermos con trastornos mentales graves que lo requieran, una vez superada la fase aguda.

Actuaciones:

• Asegurar una mayor relación entre los psiquiatras en la continuidad de la atención y sobre todo en el seguimiento de los planes terapéuticos.

• Garantizar, con medios propios o ajenos, la suficiencia del recurso de camas para la atención de las necesidades.

• Elaborar un protocolo de actuación en situaciones de crisis, en colaboración con jueces y policías y servicios sociales y sanitarios.

Unidad responsable: Dirección de Asistencia Especializada.

Objetivo:

7.3. Promover la continuidad de cuidados de los enfermos mentales en centros de apoyo laboral y social.

Actuaciones:

• Valorar y adecuar en su caso los mecanismos de coordinación de la red de salud mental con los servicios sociales y demás organismos implicados en la atención del enfermo mental grave en la comunidad para llegar una correcta gestión de casos.

Unidad responsable: Dirección de Asistencia Especializada.

8. Prioridad: Enfermedades oncológicas.

Objetivo:

8.1. Desarrollar la atención por procesos en las siguientes localizaciones tumorales: pulmón, mama, colon, recto, próstata, vía biliar y páncreas, boca-laringe, tumores germinales, ovario, estómago y vejiga.

Actuaciones:

• Elaborar un Plan estratégico de oncología que establezca los niveles asistenciales en la atención oncológica y las responsabilidades de los servicios a lo largo de las diferentes etapas en cada proceso oncológico concreto, en el ámbito de toda la Comunidad.

• Establecer tiempos máximos de inicio de tratamiento a partir de la detección precoz y del primer diagnóstico.

Unidad responsable: Dirección del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Objetivo:

8.2. Mejorar la supervivencia y reducir la mortalidad general en el conjunto de los procesos indicados en el objetivo anterior.

Actuaciones:

• Favorecer el diagnóstico temprano mediante circuitos resolutivos ante la sospecha fundada de cáncer.

• Articular la relación entre los servicios clínicos, diagnósticos y terapéuticos para agilizar las actuaciones.

• Fomentar el trabajo de grupos multidisciplinares para la toma de decisiones en relación con el plan terapéutico.

• Organizar la cirugía oncológica con el objetivo de centralizar aquellas técnicas complejas cuyos resultados se vinculan a volúmenes de actividad.

• Buscar alianzas en el Sistema Nacional de Salud para identificar centros de referencia para determinados tumores poco frecuentes o complejos y para trabajar coordinados con grupos ya constituidos de tumores.

• Implicar de forma progresiva toda la estructura asistencial de oncología en proyectos de investigación.

Unidad responsable: Dirección del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea.

Objetivo:

8.3. Establecer un sistema de evaluación permanente de resultados clínicos a través de registro poblacional y hospitalario.

Actuaciones:

• Crear y validar registros hospitalarios de tumores.

• Crear comités regionales de determinados tumores que, por su especial relevancia, requieran de una coordinación a nivel de todas las áreas para el establecimiento de protocolos, circuitos y evaluación de resultados que garantice la equidad de diagnóstico y tratamiento en toda la Comunidad.

• Extender los comités de tumores a cada centro hospitalario y orientarlos a la evaluación de los resultados.

Unidad responsable: Dirección de Asistencia Especializada.

9. Prioridad: Enfermedades respiratorias.

Objetivo:

9.1. Establecer los mecanismos de detección y de atención para las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas e incorporar nuevas técnicas y modalidades de asistencia y de rehabilitación respiratoria.

Actuaciones:

• Elaborar y aplicar un plan de cuidados para cada enfermo diagnosticado de EPOC que incluya indicaciones de actividad física y controles según gravedad.

• Aplicar un protocolo y circuito de alta resolución para las situaciones de reagudización, incorporando el uso de la ventilación no invasiva en todos los hospitales.

• Aplicar de forma progresiva la rehabilitación respiratoria, preferentemente a pacientes con EPOC moderada o severa.

• Colaborar en los programas dirigidos a la prevención de estas enfermedades.

Unidad responsable: Dirección del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea.

Objetivo:

9.2. Conocer el impacto de las neumonías nosocomiales y comunitarias y establecer programa de prevención y de vigilancia en centros hospitalarios.

Actuaciones:

• Crear un registro de enfermedades nosocomiales.

• Estudiar la extensión y características de las neumonías nosocomiales y comunitarias.

• Protocolizar los cuidados para la prevención de neumonías en pacientes de alto riesgo, tanto en hospitalización como en el hogar.

• Fomentar el diagnóstico y el tratamiento precoz y protocolizado de las neumonías.

Unidad responsable: Dirección de Asistencia Especializada e Instituto de Salud Pública y Dirección de Atención Primaria.

10 Prioridad: Enfermedades Neurodegenerativas.

11. Prioridad: Enfermedades crónicas poco frecuentes no prevenibles con fuerte impacto individual, familiar y social.

Objetivo:

11.1. Establecer un Registro de patologías de enfermedades poco frecuentes con fuerte impacto en sufrimiento personal, familiar y social.

Actuaciones:

• Establecer un marco de colaboración con el Instituto de Investigación de enfermedades Raras del Instituto de Salud Carlos III.

• Establecer especialistas de referencia para las enfermedades raras más prevalentes con funciones de asesoría y apoyo a las personas y familiares afectados y de colaboración con la administración para el desarrollo de esta línea de trabajo.

• Establecer procedimientos de coordinación con los Departamentos de Bienestar Social, Deporte y Juventud y de Educación.

• Elaborar un sistema de información sobre estas enfermedades.

Unidad responsable: Dirección General de Salud.

Objetivo:

11.2. Establecer alianzas con servicios especializados de las patologías seleccionadas de otros Servicios de Salud de las CCAA para aumentar la masa crítica y la efectividad del tratamiento.

Actuaciones:

• De forma progresiva, acordar con servicios clínicos, de Navarra o de fuera de la Comunidad Foral, los servicios de referencia idóneos para cada enfermedad.

Unidad responsable: Dirección de Asistencia Especializada.

Objetivo:

11.3. Establecer convenios intersectoriales para el apoyo a estas patologías.

Actuaciones:

• Coordinar con el Departamento de Bienestar Social y con las asociaciones de enfermos las actuaciones técnicas, asistenciales y las ayudas para el apoyo y atención de los afectados.

• Formación de los profesionales de la salud para identificar y diagnosticar precozmente estas enfermedades.

• Promover líneas de investigación sobre enfermedades raras.

Unidad responsable: Dirección General de Salud.

12. Prioridad: Garantizar la implantación y el seguimiento de los cuidados por procesos

Objetivo:

12.1. Garantizar en los cuidados por los procesos seleccionados, instrumentos generales de apoyo.

Actuaciones:

• Designar, en cada uno de los procesos, un responsable para la coordinación y dirección de todas las áreas de salud, para:

– Colaborar en el desarrollo de los objetivos señalados en el presente Plan.

– Establecer mecanismos de coordinación que permitan la vinculación entre los diferentes centros y servicios.

– Asesorar a los órganos administrativos y de gestión.

– Realizar interlocución entre los profesionales de diferentes centros y especialidades implicados en los procesos clínicos.

– Promover la política de calidad en el conjunto de actuaciones incluidas en los procesos o patologías, bajo su responsabilidad.

• Impulsar la creación de grupos de consenso y protocolización, así como para el desarrollo de la formación continuada requerida.

• Garantizar el seguimiento en áreas distintas a las sanitarias (sociales, educacionales, ocupacionales, etc.).

• Establecer sistemas de información para medir los resultados en Salud.

Unidad responsable: Dirección del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea.

Objetivo:

12.2. Garantizar el apoyo eficaz a la asistencia de los enfermos de los procesos indicados priorizados.

Actuaciones:

• Asignación de médico interlocutor para cada paciente en la asistencia hospitalaria.

• Informar adecuadamente a lo largo del proceso asistencial:

– Identificando tiempos y espacios para la comunicación

– Buscando mecanismos innovadores que permitan una más fácil comunicación entre paciente/familiar y profesional sanitario.

– Impartiendo formación en habilidades de comunicación.

• Favorecer el acceso a las pruebas complementarias tanto de enfermos en seguimiento, como en detección precoz:

– Implantación de forma progresiva de un sistema de garantías de tiempos máximos para pruebas complementarias de especial relevancia.

– Identificación e implantación, en su caso, de modelos de gestión de la tecnología que persigan la optimización en el uso de los medios diagnósticos.

• Agilizar las actuaciones administrativas y la información en la Historia Clínica.

Unidad responsable: Dirección del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea.

LÍNEA ESTRATÉGICA: ORGANIZACIÓN Y GESTION DEL SISTEMA SANITARIO. DESARROLLO.

Justificación:

El mundo de la salud y en concreto la asistencia sanitaria, se encuentran sometidos a profundos, rápidos y constantes cambios debidos a múltiples causas: modificación de estilos de vida, desarrollo tecnológico, aparición de novedosos métodos diagnóstico-terapéuticos, impacto de las nuevas tecnologías de la imagen y de la comunicación e información, medicalización creciente de la vida cotidiana, etc.

Por otra parte, el impacto que tiene la mayor esperanza de vida, con el consiguiente envejecimiento de la población y el aumento de la comorbilidad general, asociados a fenómenos de inmigración y a la creciente demanda de prestaciones sanitarias, han provocado un notable incremento de la presión asistencial y del consumo de recursos. Todo ello hace que los sistemas sanitarios occidentales se vean obligados a cuestionar la funcionalidad del modelo actual y su sostenibilidad futura.

Los problemas de financiación y priorización en la asignación de recursos, se ven agravados por la dificultad de gestionar centros y servicios sometidos a una normativa rígida y difícil de adaptar a las nuevas necesidades. El modelo organizativo actual debe ser capaza de adaptarse y de adoptar herramientas que afrontar los constantes cambios y demandas sociales.

La verdadera clave en el correcto funcionamiento de los sistemas sanitarios y de su futuro radica en los profesionales sanitarios como detentadores de la capacidad de resolución de los problemas clínicos. Su implicación en los objetivos del sistema resulta por tanto esencial en la supervivencia del mismo. Dicho colectivo esta sufriendo un déficit progresivo en el número de profesionales. Por otra parte las condiciones de trabajo se están viendo influenciadas en buena medida por directrices de ámbito europeo.

Por último, a pesar de la innegable responsabilidad de la Administración Sanitaria en garantizar el cuidado del ciudadano en condiciones de universalidad y equidad, es imprescindible reconocer el papel y grado de responsabilidad que los propios ciudadanos tienen en el sostenimiento del sistema. Afortunadamente dicha cuota de responsabilidad es percibida y asumida por buena parte de los ciudadanos: en la última encuesta de opinión de los ciudadanos navarros, a la pregunta "Su estado de salud debe ser responsabilidad del Departamento de salud o de uno mismo", la respuesta fue "uno mismo" en 66,5% de los hombres y 62,9% de las mujeres.

De toda la exposición anterior se desprende la necesidad de afrontar y dar respuesta a los problemas y retos planteados, objetivo último del presente Plan de Salud:

Conviene reflexionar sobre el modelo organizativo actual del sistema sanitario público de modo que quede claramente perfilado el papel que cada una de las estructuras que lo componen: Departamento, Servicio Navarro de Salud, Agencia Navarra, etc., deben desempeñar en los distintos aspectos tales como la financiación, regulación, provisión de servicios; evaluación, tutela y garantía de prestación, etc. Asimismo resulta necesario revisar el funcionamiento de los diferentes órganos de gobierno de las unidades asistenciales –Juntas de Gobierno, Juntas técnico-asistenciales, Consejos de salud, etc.– y el grado de participación de los profesionales a través de los canales establecidos.

Se considera inaplazable la implantación de nuevas fórmulas organizativas que permitan flexibilizar la organización, descentralizar la gestión, y

conseguir un sistema más eficiente que aporte mayor autonomía, mejor utilización de los recursos y mayor calidad asistencial. Ello incluye la potenciación de la Asistencia Primaria, la reordenación e integración de la atención urgente y la racionalización de la oferta asistencial adaptándola en función de los distintos niveles de prioridad, accesibilidad y demanda. En este apartado conviene subrayar la necesidad de adaptar la oferta del sistema en materia de formación, así como el destacado papel que las distintas iniciativas y proyectos relacionados con la Investigación, Desarrollo e Innovación deben jugar en la consolidación y el futuro de la Sanidad Navarra.

El tercer aspecto que justifica esta línea estratégica es la búsqueda de una mayor implicación de los profesionales a través del reconocimiento y estímulo a su labor.

Finalmente es necesario que los ciudadanos conozcan tanto sus derechos como sus obligaciones, limitaciones y responsabilidad, frente a un consumo de recursos sanitarios, siempre limitados, en un intento de definir el espacio educacional que permita al ciudadano, y también a los profesionales, entender y asumir sus responsabilidades frente a su propia salud y, de forma solidaria, frente a la salud de los demás.

Formulación de prioridades, objetivos e intervenciones.

Fines:

Adaptar el modelo organizativo del Sistema Sanitario de Navarra, con el fin de mejorar la coordinación entre las distintas áreas del Departamento y del Servicio Navarro de Salud, facilitando la integración de las diversas líneas de actuación y la necesaria flexibilidad ante los nuevos retos sanitarios.

Reorientar las políticas de personal en el sentido de afrontar la gestión de la sanidad de acuerdo a criterios de eficiencia y equidad, estableciendo sistemas retributivos sensibles al grado de responsabilidad, calidad y dedicación de los profesionales.

Explorar nuevas formas de contratación y regulación profesional con el propósito de incrementar la implicación e identificación del personal sanitario con los objetivos del propio sistema sanitario.

Impulsar la descentralización y autonomía de gestión de los centros sanitarios, así como la implantación de modelos organizativos basados en criterios de gestión clínica orientada al paciente y su proceso asistencial. Desarrollar sistemas de información y evaluación centrados en los procesos asistenciales, como garantía de una práctica clínica apropiada.

Proceder a una reordenación específica de la Asistencia Urgente basada en la cohesión e integración de los distintos niveles y recursos destinados a urgencias, con el objetivo de mejorar la calidad y eficiencia de las actuaciones en dicha área, reducir la inadecuación en la utilización de los servicios de urgencias, y racionalizar la cartera de servicios adaptándola a cada nivel asistencial.

13 Prioridad: Evaluar, y en su caso, redefinir el organigrama, funciones y competencias del Organismo Autónomo Servicio Navarro de Salud, orientándolo hacia el cumplimiento de los fines establecidos en el presente Plan de Salud.

Objetivo:

13.1. Evaluar y replantear las funciones y estructura del Servicio Navarro de Salud como organismo autónomo responsable de la prestación de los servicios y su financiación, gestión de la calidad, y liderazgo en el desarrollo de nuevas estructuras y tecnologías.

Actuaciones:

• Establecer el papel del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea en la compra de servicios y financiación a los proveedores.

• Analizar las competencias del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea en materia de financiación y gestión central de recursos humanos y potenciar las relaciones con la Dirección General de Función Pública y con el Departamento de Hacienda.

• Revisión de los procedimientos de compra y provisión de servicios por parte del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea mediante los contratos-programa. Requisitos e implicaciones.

• Desarrollar políticas de gestión orientadas al paciente por parte del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Objetivo:

13.2. Garantizar la necesaria coordinación y racionalización de la oferta asistencial correspondiente al área hospitalaria de Pamplona con el fin de asegurar la máxima eficiencia en el aprovechamiento de los recursos humanos, financieros y tecnológicos.

Actuaciones:

• Efectuar un estudio sobre los posibles niveles de integración organizativa de los hospitales de

Pamplona y su idoneidad, en orden a mejorar la eficacia y la calidad del cuidado de los pacientes.

• Establecer por parte de Asistencia Especializada, una relación de unidades multidisciplinares susceptibles de ser configuradas como área de gestión clínica o como departamento clínico.

Unidad responsable de los objetivos incluidos en la prioridad: Departamento de Salud.

14. Prioridad: Desarrollar nuevos instrumentos de gestión basados en la descentralización, la participación de los profesionales y la mejora de la eficiencia.

Objetivo:

14.1. Implantar progresivamente nuevos modelos de gestión en los equipos de Atención Primaria, que posibiliten la plena autonomía de gestión de los centros y un incremento de su capacidad resolutiva.

Actuaciones:

• Desarrollar un nuevo modelo de relación entre los centros de Atención Primaria y la Dirección del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, orientados a incrementar la autonomía de gestión.

• Establecer las modificaciones normativas necesarias, considerando cada centro de salud como una unidad de gestión.

• Identificar, priorizar y protocolizar las actuaciones en las que se deba aumentar la capacidad resolutiva de los profesionales de Asistencia Primaria.

• Fortalecer las relaciones entre niveles y potenciar la coordinación entre Atención Primaria y Especializada.

Unidad responsable de los objetivos incluidos en la prioridad: Departamento de Salud.

Objetivo:

14.2. Desarrollar, en el ámbito de Asistencia Especializada, modelos organizativos basados en criterios de Gestión Clínica adaptados a cada área, servicio o unidad asistencial, en función de su actividad clínica y características específicas.

Actuaciones:

• Analizar y proponer para cada una de las unidades asistenciales, el esquema organizativo que mejor se adapte a los objetivos de mejora de la calidad asistencial y de la eficiencia de la unidad. La valoración organizativa contemplará la totalidad de las actuaciones del servicio/unidad, incluyendo la asistencia continuada y urgente.

• Proporcionar los elementos formativos y técnicos necesarios para la divulgación e implantación de modelos basados en criterios de gestión clínica. Desarrollar e implantar los sistemas de información y registros necesarios.

• Facilitar el establecimiento de mecanismos de coordinación eficaces en el caso de las unidades multidisciplinares. Impulsar alianzas estratégicas entre niveles y centros en función de criterios de racionalidad, calidad y demanda.

• Adecuar los horarios orientándolos a las necesidades de los ciudadanos y a un aprovechamiento racional de las instalaciones.

Objetivo:

14.3. Estudiar y proponer, en su caso, las reformas normativas que permitan adaptar el sistema sanitario a las necesidades actuales mejorando la eficiencia y la calidad asistencial del sistema.

Actuaciones:

• Revisión de las Leyes Forales 11/92 y 11/99 y normas complementarias. Adaptación a la normativa comunitaria.

• Estudio de aplicación de incentivos vinculados a buenas prácticas profesionales y de gestión.

• Reconocimiento de la labor docente e investigadora de los profesionales.

Unidad responsable de los objetivos incluidos en la prioridad: Departamento de Salud.

15. Prioridad: Contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario de Navarra.

Objetivo:

15.1. Posibilitar que los instrumentos de gestión sanitaria contribuyan a la sostenibilidad del sistema sanitario.

Actuaciones:

• Orientar las actuaciones clínicas de modo que además de considerar al paciente como protagonista, interioricen el coste social que representan: desarrollo de protocolos y vías clínicas normalizadas, medicina basada en la evidencia…

• Asegurar la suficiencia presupuestaria de los centros sanitarios de acuerdo a los rendimientos asistenciales.

• Inclusión de nuevas prestaciones en función de la necesidad, la evidencia científica y la existencia de financiación adicional.

• Analizar permanentemente la información de los procesos clínicos considerando los resultados de actividad, calidad y consumo de recursos.

Objetivo:

15.2. Impulsar la corresponsabilidad de los profesionales y de los ciudadanos en la sostenibilidad del Sistema Sanitario.

Actuaciones:

• Desarrollar campañas de información a los ciudadanos residentes en Navarra para despertar una conciencia ciudadana de buen uso del sistema sanitario.

• Informar a los profesionales sanitarios sobre el resultado económico directo e indirecto de las actuaciones asistenciales, así como sobre su impacto ambiental y social.

Unidad responsable de los objetivos incluidos en la prioridad: Dirección General de Salud.

16. Prioridad: Organización de los servicios de urgencia

Objetivo:

16.1. Organizar los servicios de urgencia como una red homogénea, coordinada y dependiente de la dirección del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Actuaciones:

• Creación de una unidad de coordinación de la atención a la asistencia urgente, con dependencia orgánica de los servicios centrales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

• Establecer una coordinación efectiva con el centro de atención a la emergencia del Gobierno de Navarra (112).

Estudiar y definir la dependencia de la red de transporte sanitario urgente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Promover iniciativas de mejora en las fases de recepción, valoración, manejo inicial y derivación, desarrollando protocolos de actuación, derivación y coordinación con el resto de los servicios implicados en la atención urgente.

Unidad responsable de los objetivos incluidos en la prioridad: Departamento de Salud.

LÍNEA ESTRATÉGICA: SATISFACCIÓN DEL CIUDADANO

Justificación:

En esta línea estratégica se han priorizado tres grandes áreas: participación de pacientes en el sistema sanitario, las prestaciones sanitarias, y las garantías de cumplimiento de tiempos máximos de demora.

Participación de pacientes.

1. La Participación informal: Los grupos de afectados, y los grupos de ayuda mutua.

La actividad relacionada con la salud se produce en un continuo que va desde los cuidados diarios: higiene, alimentación y autocuidados, a la actividad más organizada y estructurada que se desarrolla dentro del sistema sanitario, y en la que los profesionales tienen un papel central. Esta capacidad de los ciudadanos para hacer frente a sus problemas se denomina participación informal en el sistema de salud, entendiéndolo como mucho más amplio que el propio sistema sanitario. A lo largo de este continuo se articulan las asociaciones de afectados, así como de los grupos de ayuda mutua, que desarrollan actividades de promoción y mantenimiento de la salud complementarias con el sistema sanitario.

Para promocionar esta área informal el Departamento de Salud realiza desde 1995 una convocatoria anual de concesión de subvenciones para la realización de acciones y programas que tengan como objetivo el desarrollo de asociaciones de autoayuda y la puesta en marcha de programas de salud, que complementen las actividades del Departamento de Salud y sus organismos autónomos.

Según la finalidad de la actividad a desarrollar por la entidad local, institución, fundación o asociación, los ámbitos de actuación que considera la convocatoria son los siguientes:

– Desarrollo de programas de promoción de la salud y/o relaciones de auto ayuda.

– Desarrollo de programas de prevención comunitaria y planes municipales de drogodependencias.

– Desarrollo comunitario y programas de trabajo en relación con la infección por VIH-SIDA.

– Desarrollo de programas de prevención de otras conductas de riesgo.

Las ayudas del Departamento de Salud a programas de salud han crecido constantemente y en el decenio 1994-2003 se han cuadruplicado. El conjunto de las subvenciones vienen a representar el 68% de los recursos financieros utilizados por las asociaciones beneficiarias. Es necesario revisar la convocatoria para adecuarla a los cambios que se han producido en esta última década.

Si el sistema sanitario quiere orientarse hacía las necesidades de los pacientes ha de escuchar su voz. La voz de los pacientes en el sistema sanitario se entiende desde dos perspectivas diferen-

tes, activa y pasiva. Se habla de voz pasiva si la iniciativa se toma desde el sistema sanitario, y se pregunta por su experiencia en el sistema sanitario hablamos de las encuestas de satisfacción. Por otro lado está la voz activa, cuando los pacientes se quejan o reclaman sin esperar a que se les pregunte por su experiencia. Ambas son las dos caras de una misma moneda que intentan dar la medida en la que el sistema responde a los usuarios.

2. La voz activa de los pacientes en el sistema sanitario: La satisfacción de los usuarios con el sistema sanitario público.

La satisfacción de los usuarios se analiza de manera sistemática en Atención especializada, y como característica única se centra en cada "Unidad Clínica de Asistencia Especializada". La encuesta se realiza a través del teléfono y es representativa de cada una de las unidades clínicas; se diferencian dos modalidades de atención: los ingresos y las consultas. En la encuesta del año 2000 se incorporó la modalidad de urgencias.

Hasta la fecha se han realizado encuestas en las siguientes fechas: 1998, 1999, 2000 y 2005. En el futuro y asociado a los cambios que se están produciendo en el sistema sanitario habrá que compaginar el sistema “antiguo” por unidades clínicas junto con el de procesos ya que si no, habría servicios que nunca se podrían evaluar. Además, se considera necesario introducir la evaluación de la satisfacción con la atención recibida también en Atención Primaria.

3. La voz pasiva de los pacientes en el sistema sanitario. Quejas y Reclamaciones

Son los escritos y comunicaciones a través de los cuales la ciudadanía pone en conocimiento de la Administración su disconformidad o desacuerdo con respecto al sistema sanitario en su globalidad o el funcionamiento de los servicios y aspectos relacionados con el cuidado y atención a los/as pacientes. La Ley 14/1986, General de Sanidad, establece en su artículo 10.12 el derecho a utilizar las vías de reclamaciones y sugerencias por los usuarios del Sistema Nacional de Salud. Por otro lado, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece en su artículo 12 que los diferentes servicios de salud dispondrán en los centros y servicios sanitarios de una guía o carta de los servicios en la que se especifiquen los derechos y obligaciones de los usuarios, las prestaciones disponibles, las características asistenciales del centro o servicio, y sus dotaciones de personal, instalaciones y medios técnicos y que se facilitará a todos los usuarios información sobre las guías de participación y sobre sugerencias y reclamaciones. Asimismo dispone que cada servicio de salud regulará los procedimientos y sistemas para garantizar su efectivo cumplimiento.

Las prestaciones sanitarias

Las prestaciones sanitarias que oferta el SNS-O han de considerarse con un doble enfoque, por un lado, las prestaciones básicas obligatorias en el Sistema Nacional de Salud y por otro, aquellas otras propias de Navarra introducidas como mejoras en la atención sanitaria de la Comunidad.

Todas ellas tienen sus respectivas normativas de regulación, que en el primer caso quedaron recogidas en el R.D. 63/95, de ordenación de las prestaciones sanitarias del SNS, que representó la base de los derechos asistenciales exigibles y se reconocieron los derechos de los usuarios a la protección de la salud, al regular de forma genérica las prestaciones del sistema sanitario público.

En el ámbito de la Comunidad Foral diversas normativas han reconocido prestaciones complementarias propias que en su mayoría son actividades preventivas programadas:

– Prevención del cáncer de mama

– Detección del cáncer de cuello de útero

– Detección precoz de hipoacusias congénitas

– Plan de atención dental infantil y juvenil

– Programa de atención dental a minusválidos

– Programa de detección de metabolopatías

– Calendario infantil de vacunación

– Plan de atención al diabético

– Plan de lucha contra el tabaquismo Programa de cesación del hábito tabáquico

– Prestación complementaria de medicamentos no financiados en el SNS.

– Prestación de asistencia sanitaria a escolares participantes en actividades deportivas.

Posteriormente y ante esta situación de diferente reconocimiento de prestaciones sanitarias en función de la aprobación de cada CCAA surge la Ley de Cohesión y Calidad del SNS que introduce algunos cambios en las prestaciones reconocidas como básicas en todo el estado. El Catálogo de Prestaciones que se hace efectivo a través de la Cartera de servicios puede complementarse con los servicios que las CCAA reconozcan en su ámbito pero garantiza unas prestaciones comunes a todas.

Entre otras modificaciones incorpora el concepto de salud pública como prestación, introduce la atención sociosanitaria, la rehabilitación básica en atención primaria y garantiza el acceso a los servicios de los discapacitados.

Este Plan aborda la necesidad de revisar y actualizar las prestaciones sanitarias y recoger en un documento conjunto, tanto las prestaciones sanitarias básicas obligatorias del Sistema Nacional de Salud, como aquellas otras complementarias de Navarra. Teniendo en cuenta que la incorporación de nuevas prestaciones en el sistema ha de cumplir las siguientes características: que exista suficiente evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínicas; y que esté suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, autovalimiento y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento.

Garantía de cumplimientos de tiempos máximos de demora

La demora en conseguir atención sanitaria es uno de los aspectos más negativos y peor valorados por los ciudadanos en todas las comunidades y también en la Comunidad Foral de Navarra.

Las fuentes que se identifican para hacer frente al fenómeno de las listas de espera, incluyen medidas que suponen incrementos de oferta de recursos y de la capacidad del sistema de cara a regular el equilibrio o el desequilibrio oferta-demanda. Es decir, actuaciones en la línea de aumentar la capacidad resolutiva de los diversos niveles asistenciales intentando reducir la demanda innecesaria y, por otro lado, aumentando la oferta de recursos al aumentar la capacidad de absorción de la misma, y medidas tipo administrativo encaminadas a mejorar la asistencia y equidad del uso de los recursos disponibles.

Es lógico que ambas estrategias se combinen y se desarrollen simultáneamente. Así se está haciendo en el SNS-O y de esas actividades destacan en las de tipo organizativo las que a partir del año 2000, se desarrollan en el plan de coordinación de Atención Primaria-Especializada que puede considerarse como el inicio de un sistema de regulación de esperas en consulta de atención especializada.

Esta iniciativa de coordinación entre ambos niveles ya establece un sistema de coordinación de la atención y elabora propuestas que van en la línea de priorización de procesos asistenciales. Estas iniciativas son otra línea estratégica de este plan de salud y pueden completarse con el establecimiento de tiempos máximos de demora en la asistencia como una garantía de atención a los ciudadanos.

Formulación de Prioridades, objetivos e intervenciones.

Fines:

El conjunto de objetivos y actuaciones planteadas en esta línea estratégica pretenden alcanzar el siguiente fin:

• Orientar las actuaciones sanitarias para conseguir que los ciudadanos sean el eje del sistema.

17. Prioridad: Participación de pacientes y colectivos sociales en el sistema sanitario

Objetivo:

17.1. Potenciar la participación de los pacientes y de los colectivos que los agrupan en actividades de ayuda mutua, así como las actividades complementarias al sistema sanitario.

Actuaciones:

• Orientar la convocatoria anual de concesión de subvenciones hacia organizaciones de ayuda mutua y voluntariado que realicen acciones y programas que complementen las actividades del Departamento de Salud y sus organismos autónomos.

• Definir actividades de promoción de la salud desarrolladas por instituciones, que sean susceptibles de ser financiadas a través de convenios de colaboración con el Departamento de Salud.

Unidad responsable: Dirección General de Salud.

Objetivo:

17.2. Estudiar la satisfacción de los pacientes orientado a la asistencia por procesos e incorporar estos estudios en el área de atención primaria.

Actuaciones:

• Realizar estudios periódicos de satisfacción de usuarios centrados en los procesos clínicos.

• Realizar estudios periódicos de satisfacción de usuarios en el ámbito de atención primaria.

Unidad responsable: Dirección de Atención Primaria y Dirección de Asistencia Especializada.

Objetivo:

17.3. Analizar y resolver las quejas y reclamaciones presentadas por los pacientes, desde una unidad desvinculada de los centros asistenciales en el ejercicio de la garantía de los derechos de los ciudadanos y de las prestaciones.

Actuaciones:

• Revisión del proceso de comunicación y gestión del sistema de información de quejas, reclamaciones y agradecimientos centralizando su evaluación en una unidad independiente de los centros asistenciales que garantice la tutela de los derechos de los pacientes.

• Evaluación y difusión de los motivos de las quejas reclamaciones y agradecimientos, como elemento de mejora de la calidad del sistema sanitario.

Unidad responsable: Dirección del Servicio Navarro de Salud.

18. Prioridad: Garantía de las prestaciones sanitarias

Objetivo:

18.1. Desarrollar las prestaciones sanitarias en el Sistema Sanitario de Navarra de acuerdo con las reconocidas en el Sistema Nacional de Salud, incluyendo los compromisos de programas preventivos específicos ya incorporados por el Gobierno de Navarra.

Actuaciones:

• Elaboración del catálogo de prestaciones sanitarias de Navarra, agrupando, revisando y actualizado las diversas prestaciones y sus respectivas normativas.

• Definición de la cartera de servicios de acuerdo a las prestaciones legalmente reconocidas.

Unidad responsable: Dirección General de Salud.

Objetivo:

18.2. Las prestaciones sanitarias reglamentarias deberán reconocerse a través de una Tarjeta de Identificación Sanitaria –TIS– única que debe ser reconocida como válida en el Sistema Nacional de Salud, identificando el régimen financiador de las prestaciones farmacéuticas.

Actuaciones:

• Establecimiento de convenios en el Sistema Nacional de Salud para el reconocimiento mutuo de estos derechos.

Unidad responsable: Dirección General de Salud.

19. Prioridad: Tutela de la garantía de cumplimientos de tiempos máximos de demora

Objetivo:

19.1. Establecer garantías de tiempos máximos de demora en asistencia y pruebas diagnósticas.

Actuaciones:

• Definición de procesos asistenciales prioritarios susceptibles de circuitos específicos que serán objeto de determinación de garantías de espera máxima para los mismos.

• Desarrollo de instrumentos de priorización explícitos de pacientes que contemplen sus necesidades de atención y su permanencia en listas de esperas.

• Desarrollo de normativa que incluya los tiempos máximos de demora en consultas externas y pruebas complementarias.

• Garantizar la accesibilidad a los centros sanitarios ampliando el horario de atención sanitaria.

Unidad responsable: Dirección del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Objetivo:

19.2. Establecer mecanismos para la evaluación continua de las listas de espera con criterio de equidad y eficiencia.

Actuaciones:

• Asignar responsabilidades en la evaluación de las listas de espera.

• Mejorar la comunicación entre atención primaria y especializada potenciando el Plan de coordinación entre atención primaria y especializada.

Unidad responsable: Dirección del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

LÍNEA ESTRATÉGICA: UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS E INFORMACIÓN CLÍNICA.

Justificación:

Tanto el uso racional del medicamento y el control del gasto farmacéutico, como el desarrollo de la Historia Clínica Informatizada única y exclusiva por ciudadano, se consideran áreas prioritarias de actuación en el marco de la línea estratégica que nos ocupa.

El **Uso Racional del Medicamento** implica que los pacientes reciben los medicamentos adecuados a sus necesidades clínicas, con las dosis precisas según sus características, y durante el período de tiempo apropiado. Todo ello con el menor coste posible para ellos y para la comunidad. Es un concepto acuñado por la OMS que lo apoya como una estrategia de primer orden en materia sanitaria. El uso racional del medicamento consigue además una contención del gasto farmacéutico.

La relevancia económica del **gasto farmacéutico** frente a otros componentes de gasto sanitario, así como las tasas de crecimiento interanual justifica claramente la priorización de políticas de racionalización encaminadas a contenerlo. Es de gran trascendencia por tanto mejorar el control sobre las tasas de crecimiento de este gasto, ya que actualmente se cuestiona la viabilidad del sistema de protección sanitaria en su conjunto, debido a que el crecimiento del gasto farmacéutico supone un coste de oportunidad muy elevado para el Servicio Navarro de Salud, ya que detrae recursos del sistema sanitario que pueden destinarse a otras actuaciones de mejor relación coste-efectividad, y con mayor impacto en los resultados en salud. Si se analiza la evolución funcional del gasto sanitario público en Navarra en el período 1995-2003, se observa que el concepto de gasto que más incrementa su participación es el de la prestación farmacéutica, bajando su participación tanto el gasto en atención especializada como en atención primaria. Desde 1995 el promedio de las variaciones anuales del gasto farmacéutico ha sido del 10,6%, muy superior al del capítulo I de personal (6,5%), y al capítulo II de compra de bienes y servicios (7,6%).

Además hay que tener en cuenta que la proporción del incremento del gasto farmacéutico atribuible a un mal uso o a una sobreutilización de medicamentos, puede dar lugar a su vez a un aumento del gasto sanitario derivado de la patología iatrogénica causada por los propios fármacos.

Por otro lado, la existencia de una **Historia Clínica Informatizada**, única y exclusiva por ciudadano está sin duda entre las aspiraciones u objetivos más relevantes en la actualidad, en el ámbito de la información sanitaria de carácter personal, para los gestores sanitarios de todas las Comunidades Españolas. Bajo diversas denominaciones: Historia Clínica Electrónica o Informática, Historia de Salud, etc., se encuentra siempre la aspiración principal, de poder ayudar a los profesionales sanitarios a atender al paciente, suministrándoles en el lugar y momento necesario, la mejor y más completa información existente del mismo, con las mayores garantías –legales y sanitarias– y eficacia posibles.

En Navarra, la Historia Clínica Informatizada única, posibilitará –lo está haciendo ya–, cambios muy eficaces tanto en los modelos organizativos como en orden a la mejora de la atención, a su personalización, acercamiento al ciudadano que lo necesite de manera rápida y eficiente, y favoreciendo de manera notable la mejora de la equidad de acceso al sistema sanitario, por parte de los ciudadanos.

La Historia Clínica Informatizada única representa la condición “sine qua non” para una mejora en la organización de la atención al ciudadano, a través del acercamiento y puesta a disposición del profesional sanitario, de la información sanitaria completa, donde y cuando sea necesario. Se trata de conseguir una mejora evidente en las decisiones de la práctica clínica y médica, en un sentido amplio.

En definitiva la Historia Clínica Informatizada única, posibilita no solo una mejora evidente en el conocimiento de la situación de salud de una persona determinada, de sus antecedentes de salud, de los resultados de las pruebas o de los tratamientos o intervenciones quirúrgicas a que ha sido sometido, etc., sino también la mejora en la garantías de acceso rápido a sus datos de salud por parte del ciudadano; en la garantía de la seguridad y el control de su información sanitaria y de la mejor protección de los datos de carácter personal de acuerdo con la legislación vigente; en la posibilidad de acceder a la Historia Clínica Informatizada desde otros lugares geográficos por otros profesionales sanitarios con su autorización, entre otras.

La Historia Clínica Informatizada única, se configura, por todo ello, como una de las palancas más importantes para posibilitar mejoras sustanciales en la organización de la atención sanitaria a los ciudadanos en un futuro próximo.

Formulación de Prioridades, objetivos e intervenciones.

Fines:

El conjunto de objetivos y actuaciones planteadas en esta línea estratégica buscan la consecución de los siguientes fines:

• Fomentar el uso racional del medicamento tanto por parte de los pacientes como de los profesionales sanitarios en todo el ámbito asistencial, y establecer políticas de contención del gasto farmacéutico.

• Mejorar la atención al paciente, la accesibilidad a los datos referentes a su salud desde cualquier lugar que lo precise el profesional sanitario, y la explotación de los mismos, mediante la implantación de la Historia Clínica Informatizada única y exclusiva para cada ciudadano.

20. Prioridad: Uso racional del medicamento y control del gasto farmacéutico

Objetivo:

20.1. Implantar una estrategia común de uso racional del medicamento en los dos niveles asis-

tenciales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea para mejorar la utilización de los medicamentos y favorecer la contención del crecimiento del gasto farmacéutico.

Actuaciones:

• Implantar en asistencia especializada un Sistema de Información de la prescripción farmacéutica.

• Desarrollar Programas encaminados a mejorar la utilización de los medicamentos, priorizando patologías prevalentes y con gran consumo de recursos farmacéuticos.

• Introducir en los cuidados por procesos la protocolización terapéutica y adecuar los tratamientos a las evidencias disponibles de forma coordinada entre atención primaria y atención especializada.

• Extender la actividad de los farmacéuticos de atención primaria a las prescripciones ambulatorias de los especialistas, en coordinación con los servicios farmacéuticos del hospital, desarrollando la estructura prevista en la Ley de Atención Farmacéutica.

• Favorecer la prescripción de medicamentos del mismo efecto a menor coste, prescindiendo de los medicamentos de baja utilidad terapéutica con cargo al gasto farmacéutico público.

• Desarrollar incentivos en la actividad asistencial, ligados al cumplimiento de objetivos en la prescripción farmacéutica.

Unidad responsable: Dirección del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Objetivo:

20.2. Controlar el ciclo de prescripción-dispensación-facturación del medicamento, con el fin de favorecer la adecuación de la prescripción al diagnóstico, mejorar la seguridad de la prescripción, la gestión de la prestación y el control del gasto.

Actuaciones:

• Implantar el uso de la receta electrónica en la prescripción ambulatoria.

• Evaluar la adecuación de la prescripción farmacéutica respecto a las patologías clínicas tanto en atención primaria como en especializada.

• Extender una herramienta para la explotación de los datos clínicos terapéuticos en el conjunto de los centros de atención primaria y de asistencia especializada.

Unidad responsable: Dirección del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Objetivo:

20.3. Implicar a la ciudadanía en el uso racional del medicamento, en lo referente al uso adecuado, efectos adversos, y al coste de oportunidad de la utilización de los medicamentos, favoreciendo la corresponsabilidad del propio paciente.

Actuación:

• Poner en marcha actividades y proyectos de educación para la salud, orientados al uso racional de los medicamentos dirigidas a población general, y a grupos específicos.

Unidad responsable: Dirección General de Salud.

21. Prioridad: Desarrollo de la Historia Clínica Informatizada única para cada ciudadano.

Objetivo:

21.1. Definir el modelo y contenido de la Historia Clínica Informatizada única y exclusiva para su uso en el SNS-O.

Actuaciones:

• Incluir en la Historia Clínica Informatizada todas las anotaciones sanitarias, los informes médicos y pruebas complementarias realizadas sobre pacientes en centros sanitarios públicos.

• Incluir en la Historia Clínica Informatizada las anotaciones sanitarias relevantes referidas a los pacientes, realizadas en centros concertados del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

• Posibilitar la utilización por parte de los profesionales sanitarios de la Historia Clínica Informatizada, así como de los registros y bases de datos sanitarias, con fines epidemiológicos, de investigación o de docencia.

• Evaluar y promover actuaciones dirigidas al mantenimiento de la confidencialidad y protección de la información recogida en la Historia Clínica Informatizada tal y como establece la legislación vigente.

Unidad responsable: Dirección del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Objetivo:

21.2. Mejorar la accesibilidad a la Historia Clínica Informatizada por parte de los profesionales sanitarios desde donde lo precisen.

Actuaciones:

• Establecer sistemas que permitan acceder a la Historia Clínica Informatizada desde donde sea requerida para dar la asistencia.

• Favorecer el acceso a la Historia Clínica Informatizada del paciente desde centros sanitarios del resto de España.

Unidad responsable: Dirección del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

3. APLICACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN DE SALUD 2006-2012.

Estructura funcional del Plan de Salud.

• La máxima responsabilidad del desarrollo y seguimiento del Plan de Salud recae sobre la Consejera del Departamento de Salud.

• En cada una de las líneas estratégicas habrá una persona responsable de promover las actuaciones.

• En cada una de las unidades administrativas a las que se les ha asignado la responsabilidad de desarrollar cada objetivo del Plan se establecerá la persona responsable de promoverlo. A los efectos la asignación propuesta de objetivos en cada unidad responsable se resume en la siguiente tabla.

	Prevención colectiva	Cuidados por procesos	Organización y gestión	Ciudadano y Sistema sanitario	Medicamento e Información clínica
Departamento de Salud			12.1;12.2; 15.1		
Dirección General de Salud	3.2; 4.2; 5.1	10.1; 10.3;	13.1; 13.3; 14.1-14.2	16.1; 17.1; 17.2	19.3
Dirección del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea		6.2; 6.3; 8.1; 8.2; 9.1; 11.1; 11.2		16.3; 18.1; 18.2	19.1; 19.2; 20.1; 20.2
Dirección de Asistencia Especializada	1.4	6.4; 7.1; 7.2; 7.3; 8.3; 9.2; 10.2		16.2	
Dirección de Atención Primaria	2.1; 2.2; 2.3; 2.4; 2.5	6.1; 7.1; 9.2		16.2	
Programa de Drogodependencias	2.2; 2.3				
Instituto de Salud Pública	1.1; 1.2; 1.3; 2.1; 2.4; 2.5; 3.1; 3.3; 4.1; 5.2	9.2			

Órgano para la implantación y desarrollo.

Se constituirá una comisión para el desarrollo, seguimiento y evaluación del Plan de Salud presidida por el Director General del Departamento de Salud de la que formarán parte, al menos, el Director del Plan de Salud y los 5 directivos a los que se les encomiende la responsabilidad de promover las actuaciones en cada una de las líneas estratégicas. Las funciones de esta Comisión incluirán:

• Elaborar propuestas de implantación.

• Formular cada 2 años un programa con las prioridades de implantación y las estrategias para su operativización, vinculando a los mismos los recursos presupuestarios necesarios.

• Evaluar las necesidades, la implantación y los resultados alcanzados.

Dotación económica

El Plan de Salud de Navarra 2006-2012 no implica programa presupuestario alguno. Los gastos que vayan a generarse como consecuencia de su aplicación se acometerán desde las partidas establecidas en los presupuestos generales anuales establecidas por el Parlamento para el conjunto del Departamento de Salud.

4. ANEXO

COMPONENTES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO ESTABLECIDOS EN CADA LÍNEA ESTRATÉGICA

Grupo de trabajo: LINEA ESTRATÉGICA: PREVENCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD COLECTIVA	
Pablo Aldaz (R)	Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Director del Instituto de Salud Pública.
Isabel Sobejano (C)	Médica especialista en medicina preventiva y salud pública. Servicio de Docencia Investigación y Desarrollo Sanitarios.
Begoña Ganuza	Médica especialista en medicina familiar y comunitaria. Directora del Área de Salud de Estella.
Javier Gost	Médico especialista en medicina preventiva y salud pública. Jefe del Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad Hospitalaria del Hospital de Navarra.
María Ángeles Nuin	Médica especialista en medicina preventiva y salud pública. Jefa de la Sección de Evaluación y Calidad Asistencial de la Dirección de Atención Primaria.
Grupo de trabajo: LINEA ESTRATÉGICA: CUIDADOS POR PROCESOS.	
Luis Otermin (R)	Técnico de gestión sanitaria. Director de Asistencia Especializada.
Ander Arrazola (C)	Médico especialista en medicina preventiva y salud pública. Jefe de Sección de Planificación y Evaluación.
Ruth Vera.	Médica especialista en oncología. Jefa del Servicio de Oncología Médica. Hospital de Navarra.
Ramiro González	Médico especialista en ginecología y obstetricia. Director del Hospital Virgen del Camino.
Isabel Rodrigo	Especialista en medicina preventiva y salud pública. Jefa del Servicio de Análisis y Control Asistencial.
Oscar Olmedo	Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Subdirector de atención primaria.
Grupo de Trabajo: LÍNEA ESTRATÉGICA: DESARROLLO DE LA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL SISTEMA SANITARIO	
José Javier Viñes (R)	Médico especialista en medicina preventiva y salud pública. Director del Servicio de Docencia Investigación y Desarrollo Sanitarios.
Mariano Lacarra (C)	Técnico de gestión. Jefe del Servicio de Prestaciones y Conciertos.
Jesús Arteaga	Médico especialista en nefrología. Jefe del Servicio de Nefrología. Hospital de Navarra.
Alberto Margallo	Licenciado en Empresariales. Director de Recursos Humanos SNS-O.
Alfonso Manrique	Médico especialista en medicina interna. Jefe de la Unidad de Cuidados intensivos del Hospital Virgen del Camino.
Isabel Martín	Médica especialista en pediatría. Directora de Atención Primaria.
Manuel Martínez	Médico especialista en cirugía ortopédica y traumatología. Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica del la Clínica Ubarmin.
Antonio Merino	Inspector médico. Director del Hospital de Navarra.
Grupo de Trabajo: LINEA ESTRATEGICA: SATISFACCIÓN DEL CIUDADANO	
Isabel Ansa (R)	Inspectora de farmacia. Directora del Servicio de Asistencia Sanitaria.
Idoia de Gaminde (C)	Socióloga de la salud. Servicio de Docencia Investigación y Desarrollo Sanitarios.
Mª Fe Idoate	Médica, especialista en medicina del trabajo. Jefa de la Sección de Ordenación e Inspección de centros, actividades y prestaciones sanitarias.
Javier Apeztegía	Técnico de gestión. Jefe del Servicio de Gestión Clínica y Sistemas de Información.
Enrique Martín	Médico especialista en ginecología y obstetricia . Director del Área de Salud de Tudela
Ignacio Yurss	Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Subdirector de Asistencia Ambulatoria.
Grupo de trabajo: LÍNEA ESTRATÉGICA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS E INFORMACIÓN CLÍNICA.	
Rosa López (R)	Técnica de gestión. Directora de la Agencia Navarra de la Salud.
Itxaso Mugarra (C)	Economista de la salud. Servicio de Docencia Investigación y Desarrollo Sanitarios.
Cristina Agudo	Farmacéutica especialista en farmacia hospitalaria. Jefa del Servicio de Prestaciones farmacéuticas.
Luis Larraya	Economista. Subdirector de Gestión Económica y Desarrollo Organizativo

ABREVIATURAS UTILIZADAS	
112	Nº telefónico para las emergencias.
ACV	Accidente Cerebro Vascular
ANEP	Agencia Nacional de Evaluación y Prospectiva
AP	Atención Primaria
APICS	Ayudas para la Promoción de Investigadores en Ciencias de la Salud
CCAA	Comunidades Autónomas
CEIC	Comité Ético de Investigación Clínica
DTO	Departamento
EDDES	Encuesta de Discapacidades, Deficiencia y Estado de Salud
EEUU	Estados Unidos de América
EMBASE	Base de datos de literatura médica y farmacológica europea
EPA	Encuesta de Población Activa
EPINE	Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EUSTAT	Sistema estadístico vasco
EVLD	Esperanza de Vida Libre de Discapacidad
GRD	Grupos Relacionados por el Diagnóstico
GTT	Grupo Técnico de Trabajo
IAM	Infarto Agudo de Miocardio
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IEN	Instituto de Estadística de Navarra
IME	Índice Médico Español
INE	Instituto Nacional de Estadística
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
ISF	Índice Sintético de Fecundidad
MAPPA	Mapa de atributos y procesos clínicos sobre los que actuar
MEDLINE	Base de datos de bibliografía médica producida por la National Library of Medicine de los Estados Unidos
NHS	National Health Service
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
PADI	Programa de Asistencia Dental Infantil
PIB	Producto Interior Bruto
RD	Real Decreto
RMN	Resonancia Magnética Nuclear
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SNS	Sistema Nacional de Salud
SNS-O	Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea
TAC	Tomografía Axial Computarizada
TIS	Tarjeta Individual Sanitaria
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Imprime: Gráficas Lizarra, SL (Estella). Depósito Legal: NA – 180-1980
Papel Ecológico Reciclado