



Nafarroa Bai

**ENCUENTROS  
SOCIALES  
PARA EL CAMBIO**

**GIZARTE  
TOPAKETAK  
ALDAKETARAKO**

**SALUD Y ATENCIÓN  
SANITARIA  
OSASUNGINTZA ETA  
OSASUN ARRETA**

**Marzo de 2007ko Martxoan**

## ENCUENTROS SOCIALES PARA EL CAMBIO

**10 de marzo de 2007**  
**Cines GOLEM Iruña**

**9.45h.-Inauguración Encuentros**  
**10.00-11.30h.- Sesiones**  
**simultáneas**

1. Acción Social con Personas Mayores, Diversidad funcional e Inclusión social
2. Violencia de género
3. Infancia y Adolescencia,
4. Vivienda social y de integración
5. Salud y Atención Sanitaria
6. Precariedad y sectores sociales desfavorecidos, que incluye Precariedad Laboral juvenil, Empleadas de Hogar y cuidadoras y Medidas Presupuestarias para sectores más desfavorecidos
7. Inmigración
8. Cooperación al Desarrollo

**11.30-11.45.- Descanso, café**

**11.45-12.30.- Plenario**

**Conclusiones de las sesiones**  
**simultáneas**

**12.30-14.00.- Mesa redonda:**

**Luis Sanzo**, miembro de la Red Renta Básica

**Antonio Antón**, profesor sociología Universidad Autónoma de Madrid

## GIZARTE TOPAKETAK ALDAKETARAKO

**2007ko Martxoaren 10a**  
**GOLEM ZINEMAK Iruña**

**9.45h.- Hasiera-ekitaldia**  
**10.00-11.30h.- Gaikako saioak**  
**aldi berean**

1. Gizarte Ekintza Adinekoekin, Aniztasun funtzionala eta Gizarte barneratzea
2. Genero bortizkeria
3. Haurtzaroa eta Nerabezaroa
4. Etxebizitza soziala eta integratzaileak
5. Osasungintza eta Osasun Arreta
6. Prekarietatea eta gizarteko atal baztertuak; honen barnean dira Gazteen Lan Prekarietatea, Etxeko langileak eta zainzaileak eta atalik baztertuenen aldeko Aurrekontu alorreko Neurriak
7. Inmigrazioa
8. Garapenerako Lankidetzak

**11.30-11.45.- Atsedena, kafea**

**11.45-12.30.- osoko batzarra.**

**Aldi bereko saioen ondorioak**

**12.30-14.00.- Mahai-ingurua:**

**Luis Sanzo**, Oinarrizko Errenta Sareko kidea

**Antonio Antón**, Soziologia irakaslea Madrilgo Unibertsitate Autonomoan

## PRESENTACIÓN

Este documento, que tienes en tus manos es, junto con otros, fruto del trabajo de varios grupos de personas pertenecientes a Nafarroa Bai y de otras personas independientes de izquierdas. Desde Na-Bai -y creemos, igualmente, desde las otras izquierdas de Navarra- la *cuestión social* será uno de los ejes centrales del cambio alternativo a la derecha. A ello pretenden contribuir estos "Encuentros sociales para el cambio".

Uno de los objetivos fundamentales de Nafarroa Bai es trabajar, desde el Gobierno o desde la oposición, por fortalecer las políticas sociales públicas a favor de las mayorías y por reducir drásticamente las desigualdades sociales mediante la decidida atención a los sectores más desfavorecidos. Y esto pasa, a nuestro juicio, por reforzar y repensar el Estado del Bienestar.

El temario es parcial y quedan fuera capítulos fundamentales como educación. Se abordan los siguientes temas:

1. Acción Social
2. Personas Mayores
3. Diversidad funcional
4. Inclusión social
5. Violencia de género
6. Infancia y Adolescencia,
7. Vivienda social y de integración
8. Salud y Atención Sanitaria
9. Precariedad y sectores sociales desfavorecidos, que incluye Precariedad Laboral juvenil, Empleadas de Hogar y cuidadoras y Medidas Presupuestarias para sectores más desfavorecidos
10. Inmigración
11. Cooperación al Desarrollo

Con estos Encuentros pretendemos iniciar un diálogo permanente con organizaciones sociales y con personas que trabajan en los diferentes ámbitos sociales. Te invitamos a tomar parte en ellos y agradeceremos tus análisis, propuestas, críticas, aportaciones y sugerencias. Perseguimos, asimismo, un objetivo común a las izquierdas de Navarra: el anhelado cambio social.

## AURKEZPENA

Eskuartean duzun dokumentu hau, beste zenbaitekin batera, Nafarroa Bai kide batzuek osatutako talde zenbaiten eta ezkerreko independenteak diren beste hainbat en lanaren emaitza da. Na-Baitik-eta, uste dugunez, Nafarroako gainerako ezkerretatik ere- *gizarte-azua* izanen da ardatz nagusietako bat eskuinaren alternatiba osatzerakoan. Auzi horretan ekarpena egitea da, hain zuzen, "Aldaketarako gizarte-topaketa" hauen helburua.

Nafarroa Bairen helburu nagusietako bat, hain zuzen, Gobernutik nahiz oposiziotik arituta ere, gehiengoan aldeko gizarte-politika publikoak indartzeko eta gizarte-desberdintasunak nabarmen murrizteko lan egitea da, hori lortzeko baztertuenen gaineko arreta indartuz. Gure ustez, horretarako bidea Ongizatearen Estatua indartzea eta horren gaineko gogoeta berriz egitea da.

Gai-sorta hau osatu gabea da, eta hainbat atal, hezkuntza, besteak beste, kanpoan geratu dira. Hona hemen landuko diren gaiak:

1. Gizarte Ekintza; 2. Adinekoak;
3. Aniztasun funtzionala; 4. Gizarte barneratzea; 5. Genero bortizkeria
6. Haurtzaroa eta nerabezaroa.
7. Etxebizitza soziala eta integratzailea.
8. Osasungintza eta Osasun Arreta.
9. Prekarietatea eta gizarteko atal baztertuenak; honen barnean dira Gazteen Lan Prekarietatea, Etxeko langileak eta zaintzaileak eta atalik baztertuenen aldeko Aurrekontu alorreko Neurriak
10. Inmigratzailea; 11. Garapenerako Lankidetzak.

Topaketa hauek antolatzerakoan, gizarteko alor desberdinetan lanean ari diren pertsona eta erakundeekin etengabeko elkarrizketa hasteko asmoa dugu. Horrenbestez, bertan parte hartzeko gonbitea luzatzen dizugu, zeure analisiak, proposamenak, kritikak, ekarpenak zein iradokizunak estimatuko baititugu. Aldi berean, Nafarroako ezkerren helburu komuna dugu gogoan: gizarte aldaketa.

# SALUD

## Índice:

Líneas Generales.....	5
Salud Pública .....	18
Atención Primaria.....	22
Atención Especializada.....	30
Centro de Transfusiones.....	37
Salud y Mujer.....	44
Sistemas de información sanitarios.....	50

**Nota:** Aunque consideramos imprescindible un capítulo dedicado a la Salud Mental, nos ha sido posible incluirlo en este texto. Esperamos poder tenerlo disponible para el día de los Encuentros Sociales para el Cambio.

## LINEAS GENERALES

### EL SECTOR SANITARIO

Las bases políticas de la coalición Nabai formuladas con fecha 21 de Junio pasado recogen en el apartado de análisis de la situación política las siguientes consideraciones:

Punto 2.2 ... la consecución de un modelo social más justo y solidario donde los servicios públicos sean la prioridad de todas las administraciones públicas. Punto 2.6...Los servicios públicos como elementos fundamentales del sistema de bienestar ciudadano. Punto 2.10 La defensa de los sectores más desfavorecidos (tercera edad, inmigración, exclusión social, discapacidad, sectores precarios, mujeres con problemas económicos... Punto 2.11 ...ensanchamiento democrático en las relaciones entre las instituciones y la sociedad. Del mismo modo entre los objetivos planteados para la coalición Nabai para 2007 destacan:

6)- Fortalecer el sistema de servicios públicos de forma que ofrezca unos bienes públicos dignos para el conjunto de la población. Avanzar en la consecución de una justicia social que corrija las desigualdades sociales más lacerantes sufridas por jóvenes precarios, inmigrantes, ancianos y ancianas, mujeres discriminadas, personas socialmente excluidas o discapacitadas.

7)- Impulsar políticas de desarrollo socio-económico, infraestructuras y servicios públicos que corrijan los desequilibrio territoriales, garanticen la igualdad de oportunidades para todos los ciudadanos y ciudadanas independientemente de la zona geográfica en la que vivan, basando dichas actuaciones en un necesario desarrollo sostenible.

Los valores así expresados y la formulación de objetivos contextualizan los servicios sanitarios como parte del sistema social, como instrumento para reducir las desigualdades que el propio sistema social genera.

El desarrollo desde finales del siglo XIX de las diferentes modalidades de protección social en los países occidentales va a transformar de forma radical la forma de entender la sanidad, ya que la atención sanitaria deja de ser considerada un bien privado, que incumbe a la persona necesitada y al profesional o cuidador, y pasa a ser un bien social, esto es, un derecho. Los actuales 'Estados del Bienestar' materializados en la mayor parte de Europa en el periodo entre guerras, surgen de los seguros sociales voluntarios que diferentes grupos sociales de trabajadores asalariados y gremios constituyen en los años anteriores. La protección brindada por estos seguros originariamente era de carácter económico, para compensar la incapacidad temporal o definitiva sufrida por los trabajadores. Con el tiempo la protección va cubriendo diferentes situaciones de riesgo más allá del accidente o la muerte, tales como la maternidad o la asistencia en la enfermedad. La Seguridad

Social se conforma así en un organismo que integra un conjunto variado de seguros sociales con voluntad de brindar prestaciones sobre todo económicas a los asegurados que con el tiempo va incorporando a todo tipo de trabajador.

La sanidad forma así parte del Estado del Bienestar del mismo que los otros componentes que lo conforman: la educación, el empleo, las pensiones, los servicios sociales y la vivienda. Pero no todos los países han desarrollado un Estado de Bienestar incluyendo todos esos componentes; las pensiones son el componente más común y la vivienda el menos habitual. Se pueden considerar 3 tipologías de modelos:

Estado del Bienestar basado en la asistencia social, donde el derecho existe si se demuestra necesidad. En estos casos los pobres, por su condición adquieren un derecho que los poderes públicos garantizan y el resto de la sociedad accede con sus propios medios a los servicios y prestaciones que se ofertan en la sociedad, como bienes privados. Este modelo originalmente implantado en buena parte de los países anglosajones: EEUU, Canada, o Australia. En la actualidad y en lo referente a la sanidad se mantiene sólo en los Estados Unidos de América.

Los sistemas nacionales de seguro o modelo de Seguridad Social. El derecho a los diferentes componentes que conforman el Estado del Bienestar, deriva del trabajo, de la relación laboral, pudiendo llegar a generar derechos diferentes en función de la actividad desarrollada. Está presente en muchos países del centro de Europa como Alemania o Francia. En estos casos el modelo ha ido evolucionando con el tiempo en el sentido de ir garantizándose la universalidad de las prestaciones así como un mayor protagonismo de los Estados en su función reguladora y dar acceso a los grupos sociales que no tienen relación laboral o la hayan perdido.

Los sistemas universales, donde el derecho se asocia a la condición de ciudadanía. En estos casos, el mero hecho de ser ciudadano/a genera todos los derechos derivados de los componentes definidos como propios en cada Estado. Este es el modelo presente en la mayor parte de los países del norte europeo y en lo referente a la asistencia sanitaria también en el Reino Unido.

**El gasto social.** Este incluye habitualmente los conceptos anteriormente señalados con excepción del gasto en educación. Tal como muestra la tabla adjunta, el conjunto de la función social en Navarra apenas supera el 17% de su PIB, fracción del PIB menor a la que se dedica en España (3 puntos mayor) y lejos del 27,5% de los países de la Unión Europea, los cuales llevan 50 años con parecidos niveles de gasto.

#### Gasto en prestaciones sociales

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Navarra	17.2	17.1	16.7	16.6	17.0	17.1
España	21.9	21.2	20.6	20.3	20.2	20.1
Unión Europea 12	28.2	27.8	27.4	27.4	27.2	27.4

Fuente: Cuentas de protección social en Navarra 1996-2001. Dep. BSDyJ. Gob. Nav.

De ese gasto en Navarra, el 43% es para atender las necesidades de la vejez y el 31% es función sanitaria. Hay que señalar que la función sanitaria es la única función en donde no se condiciona el acceso a la disponibilidad de recursos del usuario. Entre 1996 y 2001 el crecimiento medio anual del gasto por habitante en euros constantes ha sido del 1,4%, muy por debajo del crecimiento del PIB.

**EVOLUCIÓN** del sistema sanitario público en los últimos años.

Nuestra situación, con 50 años de retraso respecto a esos países, se corresponde, sobre todo en lo referente a la sanidad, con este modelo de sistema universal (muy imperfecto, todavía). Formalmente, **el derecho a la asistencia sanitaria** universal es un derecho enunciado desde la Ley General de Sanidad del año 1986 y desde la Ley Foral de Salud del año 1991. El 95% del gasto sanitario público proviene de los presupuestos generales, de la recaudación de impuestos del gobierno. La Seguridad Social apenas financia prestaciones económicas como la Incapacidad laboral. Pero a pesar de ello, el reconocimiento de ese derecho a la asistencia sanitaria pública por medio de la tarjeta sanitaria se condiciona a que el o la ciudadana justifique la condición por la que ejerce su derecho, esto es, documentar su situación laboral, acreditar la falta de recursos o plantear cualquiera de las otras y múltiples puertas previstas para acceder a la asistencia sanitaria pública (funcionario foral con deseo de asistencia pública, religiosos de clausura...). Nuestro sistema sanitario público está accesible y da cobertura de hecho a casi toda la población residente en Navarra. Esto incluye al importante colectivo de inmigrantes asentados en esta tierra gracias a una ley que garantizaba la asistencia a todos los residentes con independencia de su situación legal o administrativa Ley Foral 2/2000.

**Población atendida** por servicio sanitario público: A final del año 2005 el SNS-O atendía a 589.000 beneficiarios. Entre 2000 y 2005 la población atendida ha crecido en 65.000 personas más (13%). Una buena parte de ese crecimiento lo ha sido merced a la población inmigrante que en ese periodo ha pasado de 11.200 a 49.400, multiplicando por 4,5 su presencia.

**Las prestaciones sanitarias** son conjuntos de actuaciones que el sistema sanitario ofrece por medio de los servicios sanitarios a la población para mejorar, aliviar o prevenir una situación de malestar o enfermedad. Son los servicios que se garantizan. Esta oferta debe concretarse en cada centro asistencial por medio de una cartera de servicios, lo que implica una toma de decisiones para establecer una ordenación de la capacidad de resolver problemas entre los diferentes tipos de servicios sanitarios existentes y definir el grado de centralización o descentralización de las prestaciones ofertadas en función de las características

del territorio - población y de la complejidad de las técnicas vinculadas a cada prestación. Un reciente real decreto (1030/2006), establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. En el mismo se definen el tipo de prestaciones al que se tiene formalmente derecho. Como aspecto positivo se señalan prestaciones del ámbito de la salud pública, de la atención sociosanitaria y como negativo la falta de especificidad o de contenido de algunas de las prestaciones enunciadas. El reto a afrontar en el futuro pasa por establecer las condiciones en las que cada ciudadano/a puede reclamar el acceso a una de las prestaciones aprobadas: quien, cuando, en que situaciones, en que periodo de tiempo, etc. En Navarra, además de la cartera de servicios común del Sistema Nacional de Salud se cuenta con más prestaciones, decididas y financiadas aquí, dirigidas la mayor parte a la detección precoz y prevención de enfermedades.

Navarra, siendo una Comunidad pequeña en población, 600.000 habitantes, es a los efectos autosuficiente para proveer la mayor parte de las prestaciones en su territorio a excepción de la vergonzosa situación del aborto y de otras prestaciones muy especializadas que se atienden en centros de referencia del Estado tales como los grandes quemados e intervenciones quirúrgicas especiales.

**Gasto sanitario público.** El gasto sanitario en la mayor parte de los países europeos desarrollados está directamente relacionado con la riqueza de esos países. De la misma manera que con el gasto social la fracción del PIB dedicado a la sanidad por el gobierno de Navarra permanece atascada desde hace 10 años en el 4,8% mientras que el gasto sanitario público en España supone el 5,4% y en la Unión Europea el 6,9%. La parte del presupuesto del gobierno de Navarra dedicado a la sanidad ha pasado de suponer el 24,9% en 1994, a 22,3% en 2001 y 20,7% en los previstos para el 2007

Expresando el gasto en euros, Navarra que hace años presentaba un gasto per cápita un 25% por encima del promedio del Estado, en los últimos años ha seguido de hecho un proceso de convergencia con el resto de CCAA de forma que en la actualidad apenas es un 12% superior a la media, siendo una Comunidad más del grupo de Comunidades que gastan 1.150 euros por habitante. Según un informe del Ministerio de Sanidad, en los últimos 4 años Navarra es la Comunidad que menos ha incrementado el gasto en materia sanitaria. El gasto en atención primaria y salud mental en los últimos años ha ido paulatinamente bajando en el conjunto del SNS-O, representando en la actualidad valores próximos al 14%, ya que en cada año va creciendo por debajo de los que crece el conjunto del gasto sanitario.

Participación en % del gasto en Atención Primaria y Salud Mental sobre los gastos del SNS-O en personal, compra de bienes y servicios y sobre el Total. (sin contar la Farmacia en AP y SM)

	1995	2000	2005
%Gastos de Personal en APy SM / Total Personal en SNS-O	28,3	26,9	23,0
%Gasto en Compras en AP y SM / Total compras en SNS-O	10,9	11,4	9,2
<b>% Total AP y SM / Total de SNS-O</b>	<b>19,0</b>	<b>17,6</b>	<b>14,5</b>

Fuente: Memorias anuales del SNS-O

Y esta menor financiación sector sanitario público tiene efectos a muchos niveles:

- Las cuentas del organismo gestor, Osasunbidea, reflejan una crónica insuficiencia de medios para cerrar cada ejercicio. Los presupuestos dedicados a la compra de bienes y servicios al igual que los destinados al pago de la factura farmacéutica presentan importantes déficits, de forma que pasado el verano no hay fondos para realizar los pagos, las facturas se acumulan y pasan al siguiente ejercicio y la gestión del presupuesto deja de tener sentido. El gasto real en el capítulo II del año 2005 fue un 13% superior al presupuesto aprobado en el parlamento.
- El gasto de personal, que supone el 52% de todo el gasto, cerro el ejercicio de 2005 superando el presupuesto en un 3,2% y como viene siendo habitual en los últimos años es el capítulo económico que menos crece en el gasto sanitario.
- El gasto en Farmacia representa 1 de cada 4 euros del gasto sanitario público de Navarra, siendo el capítulo que más crece cada año, más del 10%. En los últimos 8 años ha aumentado 6 puntos su participación en el gasto sanitario público menguando la disponibilidad para otros fines.

Las consecuencias asistenciales de esta cicatera política de financiación del sistema sanitario público se expresan en aumento de presión asistencial en los servicios, incrementos de las listas de espera, un atasco general en el funcionamiento de los dispositivos asistenciales de forma que cada cual (ciudadano/a y profesional) busca soluciones a sus problemas; falta de renovación de bienes y equipos, retrasos en la puesta en marcha de centros ya construidos, imposibilidad de acometer nuevos proyectos, entre otros.

**Estado de salud de la Comunidad:** A la vista de los resultados de los indicadores de salud se puede afirmar que el estado de salud de la población de Navarra es buena. Así lo manifiestan los análisis de la mortalidad cuando se compara nuestra situación con la de otras comunidades y países del entorno. De la misma manera la percepción que tiene la gente de su propio estado de salud es positiva aunque en todas las edades las mujeres manifiestan peor valoración que los hombres. Nuestros principales problemas se dan, al igual que en las sociedades del entorno,

en los problemas de salud crónicos vinculados sobre todo a los estilos de vida que generan enfermedades sobre todo del aparato circulatorio y cáncer. Al parecer somos una sociedad con bastante información sanitaria pero nuestros hábitos de vida, por exceso en unos casos y por defecto en otros, tienen bastante margen de mejora. La prevención de los problemas y la asistencia de la población incapacitada, se calcula que en Navarra hay unas 40.000 personas con discapacidad, 3 de cada 4 de carácter grave, y que la mitad de ellos necesita ayuda o apoyos para realizar las actividades de la vida ordinaria. Los problemas de la salud mental siguen afectando a importantes poblaciones. Los accidentes siguen siendo una importante causa de muerte e incapacidad. Las muertes por SIDA a pesar de haberse reducido a la tercera parte el número de fallecidos cada año.

Existen en nuestra sociedad grupos sociales con mayores necesidades de atención, derivadas de unas peores condiciones de vida; destaca entre otros, la situación sanitaria de la población en instituciones penitenciarias, la cual requiere el desarrollo de programas preventivos y asistenciales acordes con sus específicas situaciones y riesgos en salud, más allá de una asistencia meramente reparadora y a demanda. De igual manera, debemos de saber adecuar la respuesta a los requerimientos sanitarios planteados por el importante colectivo inmigrante, facilitando el acceso normalizado a los servicios por un lado y actuando sobre aquellas necesidades específicas que supongan riesgo para su estado de salud, tales como la atención a enfermedades exóticas, costumbres o estilos de vida de riesgo, necesidades educativas especiales: sexual, alimentaria ...

Debemos mencionar también que el ámbito sanitario es con toda probabilidad el ámbito de las instituciones públicas al que acuden un mayor número de víctimas de violencia de género. A pesar de la entrada en vigor de la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género en enero de 2005 y la inclusión de la respuesta ante la violencia de género en la cartera de servicios de Atención Primaria y Urgencias del Sistema Nacional de Salud (Real Decreto 1030/2006), falta mucho por hacer en este tema, en el que existen además inequidades territoriales entre Comunidades Autónomas.

En el reciente Plan de Salud de Navarra no se menciona como problema de Salud Pública. Sí dispone de un Protocolo de Actuación y un Plan de Formación para el personal sanitario, éste no llega a cubrir a todo el personal de Atención Primaria y sólo se aborda parcialmente en Urgencias y en Salud Mental.

Pero además de las situaciones reconocidas o diagnosticadas como enfermedades o causas de muerte es importante llamar la atención sobre la progresiva pérdida de autonomía de las personas en la sociedad actual. Es notable el grado de dependencia existente respecto a los servicios asistenciales y a la medicación. El consumismo sanitario lleva a una mala utilización de la atención sanitaria y dificulta la asistencia de las personas necesitadas. Una quinta parte de la población refiere

dolor o malestar, situación que aumenta con la edad y que se da más en la mujer que en el hombre. El manejo de buena parte de esas situaciones pasa por favorecer los autocuidados, de buscar solución o alivio recurriendo al apoyo interpersonal y al reforzamiento de las capacidades de las personas.

**La opinión** de los ciudadanos recogida mediante las encuestas anuales que realiza el Ministerio de Sanidad refleja un notable empeoramiento en las valoraciones realizadas en los últimos años por la población de Navarra. Existe una marcada opinión de que los servicios sanitarios públicos no mejoran, de que los problemas de acceso a las prestaciones aumentan. Sobre todo en la atención especializada extrahospitalaria. Se mantiene, no obstante, una opinión muy generalizada de que los servicios ofertados en Navarra son mucho mejores que los de otras CCAA. Este celo, muchas veces excesivo, de que lo nuestro es mejor, expresa una fuerte expectativa de la ciudadanía de contar con servicios de calidad que se convierte en exigencia al ser atendidos. Es un aspecto positivo que a la vez obliga a los profesionales y servicios en general a dar una respuesta acorde con esa expectativa. De las encuestas de satisfacción realizadas a los utilizadores de los servicios destaca la buena valoración de la amabilidad del trato y la competencia de los profesionales mientras que las listas de espera y los déficits de información se muestran como los peor valorados.

**Utilización de servicios:** Se constata una utilización de medicina general de 5 visitas al año, no diferente al de la mayoría de CCAA y relativamente estable en el tiempo, pero con fuerte cambio en los problemas atendidos en los actos asistenciales actuales respecto a los de hace 10 años: menos carga administrativa, más problemas de salud, más protocolos y guías...

En atención especializada las actuaciones realizadas en los hospitales han tenido un incremento importante en los últimos años, sobre todo las intervenciones quirúrgicas, seguidas de las urgencias. Los ingresos en el hospital son un 5% más frecuente que en el conjunto del Estado y las consultas en especializada resultan parecidas en frecuencia a las del conjunto del extinto Insalud.

La atención de las necesidades entendidas como sociosanitarias y la coordinación de recursos sanitarios y sociales que llevarían a su satisfacción todavía deja mucho que desear. La hospitalización domiciliaria, por fin, comienza en 2006 con una experiencia en el Area de Tudela.

Por último y por su importancia hay que señalar la recién promulgada Ley de la Dependencia que pretende un sistema público y universal para las personas dependientes. La ley que viene a suplir uno de las principales déficits del estado social está a falta de establecer los instrumentos que van a permitir su aplicación, lo cual, en el contexto competencial vigente corresponde a las comunidades autónomas. Por tanto, aspectos problemáticos tales como la financiación y la provisión de cuidados a las personas están por fijar y es ahí donde se definirá el

grado de participación de agentes del mercado (empresas privadas y ONGDs) y la aportación económica de las personas dependientes por los servicios recibidos. Todo ello, llevará consigo la necesidad de definir y coordinar las prestaciones dentro del sistema sanitario, véase atención domiciliaria y cuidados informales, y de éstas con las atenciones ofrecidas por el sistema de servicios sociales (institucionalización, etc).

## A MODO DE DIAGNÓSTICO

Los temas que se han tratado en el análisis anterior están plenamente interrelacionados ya que no puede actuarse sobre uno de ellos sin que se generen problemas en los otros. Así, el aumento de la población a atender (cobertura) lleva consigo un aumento de medios a utilizar (gasto) para que no se vean mermadas el número o calidad las prestaciones ofertadas a la población. Partimos de una situación que podemos caracterizar de:

- Dentro y fuera del sistema sanitario se desconocen los objetivos pretendidos. Las decisiones se toman desde...el silencio, sin debate.
- El ejercicio del derecho a la protección de la salud no es de recibo que a los 20 años de la Ley General de la Sanidad siga dependiendo de la relación laboral de los sujetos y no sea por consecuencia de la ciudadanía.
- Suficiente definición de las prestaciones a garantizar por parte del sistema sanitario público, siempre podrá discutirse la incorporación de otras nuevas. Pero poca compromiso de las condiciones en las que se dan esas prestaciones.
- El nivel de gasto público en sanidad respecto al PIB es 2,5 puntos más bajo que el promedio en los países de la UE y es así desde hace 10 años y a pesar de la bonanza macroeconómica de Navarra en ese periodo.
- El gasto corriente y los presupuestos resultan insuficientes para el funcionamiento ordinario de los servicios. El presupuesto no cumple su propósito principal.
- El funcionamiento del sistema sanitario puede afirmarse que está anquilosado. Desde el año de transferencia, 1991, los órganos de dirección y la propia organización de los servicios permanecen casi inalteradas.
- No se cuestiona la oportunidad de afrontar reformas que mejoren la oferta de servicios o que los hagan más eficientes. No se ordenan las estructuras hospitalarias de Pamplona, no se afronta el desarrollo de las áreas clínicas.
- La toma de decisiones en los órganos centrales o en la alta dirección de los centros en aras a un control más eficaz lleva a la dependencia y a la desresponsabilización de todos los órganos de inferiores.

## PLANTEAMIENTO DE LÍNEAS DE ACTUACIÓN

Cualquier planteamiento de cambio lleva implícito un programa de gobierno y unas personas que intenten aplicarlo en el respectivo sector. Pensar que una mayoría parlamentaria da luz verde a los cambios y que estos se aplican mecánicamente es desconocer lo que es el sector sanitario y sobrevalorar y mucho las capacidades de unos hipotéticos nuevos gestores.

Los problemas a afrontar son de un calado tal que requieren la implicación de todos los sectores afectados, internos y externos al sistema sanitario. Además si se pretende que los cambios a promover perduren hay que pensar en plazos de tiempo que superan ampliamente los de una legislatura.

Para empezar es importante que el parlamento y en su nombre la comisión de sanidad se convierta en el órgano de discusión de las grandes temas de la sanidad y no sea exclusivamente el órgano de interpelación de la acción de gobierno. Arrastramos una mala experiencia en cuanto a ejercicio de confrontación democrática de proyectos, que busquen la legitimación de los mismos y que pretendan sumar más votos que la mayoría que sostiene al gobierno.

En ese foro deberían darse, o buscarse al menos, unos pactos básicos en las siguientes materias:

- Igualar el gasto social y sanitario públicos de Navarra con el promedio de la Unión Europea en el plazo de 10 años y alcanzar el 6,8% del PIB en sanidad.
- Establecer un plan económico y funcional de desarrollo del punto anterior que especifique el tipo de recurso y programas a promover.
- Poner en marcha una comisión específica que planifique el escenario de futuro de la atención especializada de Pamplona: ordenación hospitalaria. Con el objetivo de definir para el final de la legislatura el hospital del futuro y las etapas que llevarían a su materialización.
- Acordar un Plan de desarrollo de la atención primaria
- Pactos básicos de la política de recursos humanos y de los modos de gestión de los servicios sanitarios.

Unos acuerdos de este tipo suponen además de claridad de ideas y de cintura política la implicación de todo el aparato gubernamental (economía y función pública) y por la experiencia habida, no suele ser plato del gusto de los gobiernos acometer transformaciones de esta naturaleza y de este modo.

Con este planteamiento de acuerdos se quiere dejar claro que difícilmente veremos luz cambiando únicamente la cadena de mando en los centros, "poniendo los nuestros" y que visto el peso político y social de la derecha en Navarra, debe buscarse un acuerdo lo más progresista posible para lo cual hay que tener claro por

donde se quiere ir y lo importante que es acordar. Existen suficientes dificultades con los poderes fácticos en los centros como para sumar además los de naturaleza política que no harían si no reforzar las posturas de quienes no quieren cambiar nada.

Tanto para el caso que se opte por esta vía (pacto) o si se opta por cualquier otra hay que visualizar las transformaciones a promover en el campo normativo, así como en el estratégico y táctico.

### **ALGUNAS PROPUESTAS**

-En el plazo de 6 meses desde que se asuman responsabilidades, se deberá elaborar un diagnóstico participado del funcionamiento del sistema sanitario público.

-Incrementar el presupuesto sanitario y dirigir la parte principal de ese incremento a la financiación de las prioridades establecidas en el programa de gobierno, evitando que las presiones internas, esto es, la demanda de más recursos desde todos los centros, consuman esa nueva financiación, diluyendo el potencial efecto.

-Establecer nuevas responsabilidades en el ámbito de los grandes centros o direcciones como órganos de gobierno para descentralizar en ellos las funciones de gestión con autonomía, con participación de los trabajadores, asumiendo los riesgos y beneficios de su gestión.

-Establecer objetivos explícitos en cada ámbito de responsabilidad en base a los cuales pueda evaluarse la aptitud de los gestores encargados de promoverlos.

-Favorecer la participación de las personas afectadas, promoviendo la difusión de los proyectos y su discusión. Diferenciar la etapa de la discusión de las responsabilidades de la toma de decisiones.

-Hacer de la formación continua de todos los trabajadores una de las prioridades.

-Elaborar una estrategia a medio plazo para aumentar la masa de investigadores en la sanidad pública y promover la investigación aplicada.

-Estimular la participación ciudadana formal mediante:

La recuperación de las funciones del Consejo Navarro de Salud como foro de discusión de la política sanitaria de Navarra.

Valoración y reconducción, en su caso, de las modalidades de participación ciudadana a nivel de Zona Básica y de Área de Salud.

-Avanzar en la definición más pormenorizada de la cartera de servicios tanto en el ámbito del conjunto del sistema de salud como en el de los centros con el objetivo de establecer garantías a los/as ciudadanos/as en el ejercicio de sus derechos.

-Mantener el principio de que la necesidad asistencial y no la capacidad de pago deben guiar el acceso a los servicios sanitarios y a las prestaciones, por lo que se rechaza cualquier forma de copago previa a la valoración de las necesidades que pudiera afectar la accesibilidad a servicios sanitarios.

-En el ámbito de la Salud Pública: Articular canales estables de trabajo con los principales departamentos del gobierno de Navarra implicados en la prevención y control de enfermedades, buscar mayor efectividad en la acción conjunta y estudiar las posibilidades de mejorar la utilización de medios.

-Establecer un plan ambicioso a medio plazo para controlar el gasto farmacéutico que incluya actuaciones para el uso racional de medicamentos, de control de la prescripción (de primaria y de especialistas) de concienciación ciudadana y de gestión económica de la prestación. (Las posibilidades de mejorar los resultados en la prestación farmacéutica pasan entre otras por aumentar el uso de genéricos. En Navarra el indicador de genéricos ha pasado de 12,50% a 14,06% durante el año 2005. En el Estado 5,8% En el RU el 40% y el USA el 51%. Según las encuestas la población sabe qué son los genéricos y los acepta muy mayoritariamente por lo que el problema parece estar del lado de quienes recetan).

-Ordenar los servicios de urgencia de la comarca de Pamplona.

-Adecuación del funcionamiento de los centros a las necesidades asistenciales:

Ofertar atención ordinaria en los Centros de Salud desde las 8,00 a las 20,00 horas.

Promover e incentivar nuevas modalidades organizativas, sobre las actualmente existentes en los hospitales para aumentar la actividad desarrollada en los mismos: quirófanos, exploraciones y en general donde se presenten cuellos de botella esporádicos (no habituales).

Cuadros obtenidos de la memoria del SNS-O 2005 disponible en <http://www.cfnavarra.es/SALUD/publicaciones/SNSO/Memoria2005/memoria2005.htm>

**TABLA 2.2. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA PÚBLICA POR COLECTIVOS DE DERECHO 2005**

COLECTIVOS DE DERECHO	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Activos S.S.	371.430	380.406	390.207	409.813	416.339	424.528
Farmacia Gratuita	133.895	134.204	133.755	135.304	136.582	138.152
Entidades Colaboradoras de la SS.	6.676	6.800	6.462	5.377	5.477	5.609
Mutuas de Funcionarios: MUFACE, MUGEJU, ISFAS	6.864	7.090	7.197	7.381	7.386	7.565
Funcionarios G. de Navarra: Uso especial con atención primaria pública	4.047	4.361	4.528	4.216	4.198	4.289
Funcionarios G. de Navarra: Uso especial sin atención primaria pública *					5.093	4.799
Socios de LAGUN-ARO	2.013	2.179	2.246	np	np	np
Religiosas de Clausura	181	171	155	147	139	132
D.F. 640/96-Universalización	210	248	301	417	532	465
IMQ Concertado			3.661	3.452	3.405	3.077
Mapfre Caja Salud Concertado					33	82
<b>TOTAL</b>	<b>525.316</b>	<b>535.459</b>	<b>548.512</b>	<b>566.107</b>	<b>579.184</b>	<b>588.698</b>
Incluidos los Inmigrantes cuya evolución es la siguiente:	11.211	20.144	29.507	38.159	44.234	49.396

Población con derecho a la asistencia sanitaria pública, tanto si tienen asignado facultativo como si se está tramitando

Fuente: Base de Datos Sanitaria del S.N.S.-O.

2005\* Existen 4.799 funcionarios del Gobierno de Navarra (con uso especial SIN atención primaria pública), y 2.952 usuarios que no han realizado la libre elección de médico (pendientes elección/asignación).

**TABLA 8.1. LIQUIDACIÓN PRESUPUESTARIA Y GASTOS REALES POR PROGRAMAS 2005**

CENTRO	Pi 05	PESO GR 05	LP 05	GR 05	LP 05/Pi 05	GR 05/Pi 05
SERVICIOS CENTRALES	8.335.977	1,61%	10.509.545	10.985.597	26,07%	31,79%
ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA	88.672.521	13,34%	90.148.406	91.253.802	1,66%	2,91%
HOSPITAL DE NAVARRA	116.637.323	18,23%	124.868.216	124.688.223	7,06%	6,90%
HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO	117.926.689	17,86%	122.578.153	122.159.127	3,94%	3,59%
CLÍNICA UBARMIN	19.281.307	2,94%	19.647.629	20.078.635	1,90%	4,14%
ÁREA DE SALUD TUDELA	46.664.567	7,65%	52.662.594	52.346.119	12,85%	12,18%
ÁREA DE SALUD ESTELLA	33.555.719	5,16%	34.929.920	35.302.673	4,10%	5,21%
ATENCIÓN PRIMARIA	217.837.735	31,61%	216.638.484	216.248.289	-0,55%	-0,73%
SALUD PÚBLICA	10.928.740	1,61%	11.088.380	11.029.909	1,46%	0,93%
<b>TOTAL</b>	<b>659.840.578</b>	<b>100%</b>	<b>683.071.327</b>	<b>684.092.372</b>	<b>3,52%</b>	<b>3,68%</b>

Pi: Presupuesto inicial PESO: Peso específico LP: Liquidación Presupuestaria GR: Gasto Real.

TABLA 4.1. ACTIVIDAD CONCERTADA CON LA CLÍNICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA 2000-2005

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	05/04%
ALTAS	2.018	1.941	1.875	1.731	1.579	1.587	0,5%
ESTANCIAS FACTURADAS	15.435	15.081	13.527	11.911	10.179	9.613	-5,6%
FORFAITS QUIRÚRGICOS	470	577	446	411	430	388	-9,8%
ESTANCIAS TOTALES	21.183	19.314	17.954	15.548	14.016	13.215	-5,7%
ESTANCIA MEDIA	10,50	9,95	9,58	8,98	8,88	8,33	-6,2%
URGENCIAS	177	177	159	135	91	103	13,2%
PRIMERAS VISITAS	214	238	221	159	186	167	-10,2%
VISITAS SUCESIVAS	6.738	7.075	7.168	6.721	6.384	3.686	-42,3%
ONCOLÓGICAS	51	48	31	30	23	32	39,1%
SESIONES HEMODIÁLISIS	3.616	4.045	4.496	5.481	6.320	6.626	4,8%
SESIONES DE REHABILITACIÓN	2.611	2.862	3.379	2.328	2.531	2.057	-18,7%
TAC	396	549	403	372	364	429	17,9%
RNM	388	539	344	248	370	237	-35,9%
DENSITOMETRÍA ÓSEA	986	1.009	1.226	1.161	1.399	1.430	2,2%
BRAQUITERAPIA	11	46	46	46	55	111	101,8%
TERAPIA FOTODINÁMICA	1	80	70	4	3	1	-66,7%
CORONARIOGRAFÍA	29	19	22	23	15	16	6,7%
HOSPITAL DE DÍA	301	336	240	179	398	393	-1,3%
RADIOTERAPIA	438	1.061	1.053	336	1.216	1.790	47,2%
TRASPLANTES	44	52	48	31	52	41	-21,2%

TABLA 4.2. ACTIVIDAD CONCERTADA CON EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. 2000-2005

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	05/04%
ALTAS	2.981	2.567	2.473	2.434	2.106	2.199	4,4%
ESTANCIAS FACTURADAS	31.184	32.324	31.581	31.302	31.593	31.575	-0,1%
FORFAITS QUIRÚRGICOS	1.698	1.466	2.020	1.365	1.139	1.168	2,5%
FORFAITS AMBULATORIOS	1.806	2.295	3.014	3.470	3.585	4.305	20,1%
ESTANCIAS TOTALES	34.228	30.352	35.473	31.911	30.997	31.696	2,3%
ESTANCIA MEDIA	11,48	11,82	14,34	13,11	14,72	14,41	-0,3
SESIONES HEMODIÁLISIS*	2.650	6.350	477				
PRÓTESIS	554	631	531	635	630	755	19,8%
INTERVENCIONES AMBULATORIAS	3.002	2.982	3.016	2.637	2.749	3.039	10,5%
CONSULTAS MÉDICOS SNS-O	3.866	3.774	4.233	4.164	4.454	3.926	-11,9%

\* En febrero 2002 se procedió al cierre del servicio de hemodiálisis.

TABLA 8.2. LIQUIDACIÓN PRESUPUESTARIA Y GASTO REAL POR CAPÍTULO ECONÓMICOS 2005

CAPITULO	Pi 05	PESO GR 05	LP 05	GR 05	LP 05/Pi 05	GR 05/Pi 05
CAPITULO I	346.813.855	52,32%	357.987.144	357.933.755	3,22%	3,21%
CAPITULO II	145.407.758	24,02%	162.650.005	164.314.484	11,86%	13,00%
CAPITULO IV	152.596.858	21,52%	147.803.015	147.212.970	-3,14%	-3,53%
<b>Gastos Corrientes</b>	<b>644.818.471</b>	<b>97,86%</b>	<b>668.440.164</b>	<b>669.461.209</b>	<b>3,66%</b>	<b>3,82%</b>
CAPITULO VI	14.202.107	2,02%	13.816.490	13.816.490	-2,72%	-2,72%
CAPITULO VII	820.000	0,12%	814.673	814.673	-0,65%	-0,65%
<b>Gastos Capital</b>	<b>15.022.107</b>	<b>2,14%</b>	<b>14.631.163</b>	<b>14.631.163</b>	<b>-2,60%</b>	<b>-2,60%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>659.840.578</b>	<b>100,00%</b>	<b>683.071.327</b>	<b>684.092.372</b>	<b>3,52%</b>	<b>3,68%</b>

Pi: Presupuesto inicial / PESO: Peso específico / LP: Liquidación Presupuestaria / GR: Gasto Real

# SALUD PÚBLICA

## A MODO DE DIAGNÓSTICO

### **Viejas respuestas a nuevas necesidades.**

La Salud Pública tiene como cometido abordar las necesidades en salud de la población en su conjunto de manera racional y equilibrada. Las necesidades en salud de la población navarra están cambiando en los últimos decenios. En los últimos años las políticas de salud en Navarra no están afrontando la actual situación de salud ni los retos del futuro.

Se siguen dando respuestas exclusivamente en términos de asistencia médica individual a la enfermedad, atendiendo sólo a su aspecto biológico, desde planteamientos relacionados casi únicamente con la tecnología y los medicamentos, y en cualquier caso de manera insuficiente.

No se enfatiza en la salud, no se plantea ganar salud y se trabaja muy escasamente la prevención de la enfermedad, no se afrontan las causas de los problemas de salud ni la salud psicológica o la participación social. La atención no se basa en atender a las personas globalmente desde la perspectiva que supone la comunicación, la humanización de la asistencia o la medicalización en su justo término.

Hay respuestas simples para situaciones complejas: café con leche para todos en lugar de respuestas diversificadas para atender mejor las necesidades de diversos grupos de población. En esta situación quienes más pierden son los grupos más desfavorecidos y por tanto más vulnerables y con riesgos más diferenciados.

Los árboles no nos dejan ver el bosque. No se analizan e investigan suficientemente las necesidades de la ciudadanía, (aunque el CIMA investiga mucho) y tampoco se planifican respuestas articuladas y coherentes a la situación. Los Servicios de salud en Navarra no son de salud, son de enfermedad, y a esta la atienden de forma deficiente e ineficiente.

### **La situación de salud actual. Los retos y desafíos del futuro**

Las necesidades en salud que debe tener en cuenta la salud pública en la actualidad y que se prevén para los próximos decenios tienen que ver principalmente con tres Áreas:

#### **Problemas de salud:**

Se mantiene la necesidad de afrontar algunas enfermedades transmisibles, como la tuberculosis, el SIDA y las infecciones de transmisión sexual, así como la de erradicación o control de otras .

Se mantiene también la necesidad de seguir abordando enfermedades no transmisibles como las cardiovasculares, los cánceres, la diabetes o la obesidad y son problemas de salud emergentes de gran magnitud los problemas de salud

mental, (la Organización Mundial de la Salud las llama la "epidemia del siglo XXI"), los osteomusculares como las lumbalgias y problemas del cuello, hombro o rodilla, así como las enfermedades degenerativas: Alzheimer, demencias, Parkinson...

Van e irán apareciendo nuevas enfermedades como la enfermedad de Creutzfeldt Jacob (enfermedad de las vacas locas), la gripe aviar o los disruptores endocrinos (en relación con el medio ambiente)...

**Estilos de vida:** Se mantiene la necesidad de abordar algunos de ellos relacionados con las principales causas de muerte y enfermedad actuales, como el ejercicio físico, la alimentación, el estrés (que cobra importancia creciente), o el tabaco y otras drogas.

El afrontamiento de algunos otros estilos de vida emerge con fuerza por su relación con nuevos problemas de salud: los relacionados con la salud postural y la ergonomía, con el sueño y el equilibrio actividad/descanso, con el mantenimiento y refuerzo de las capacidades cognitivas y la memoria y con las habilidades de afrontamiento de la vida.

- **Transiciones vitales:** Se mantiene la necesidad de abordar la infancia / adolescencia y parentalidad con ella relacionada (cuya evidencia resulta hoy ya incuestionable), la juventud, especialmente la juventud desescolarizada y "descolocada", la madurez /menopausia en las mujeres, el envejecimiento, el afrontamiento del diagnóstico de enfermedades crónicas o graves, el duelo y la propia muerte. Las emergentes que destacan especialmente son la dependencia, cuidar y migrar.

### Las causas de la situación

En un contexto social caracterizado por cambios muy rápidos y significativos en todos los ámbitos, los factores causales relacionados con esta situación de salud son de tipo demográfico (como la disminución de la natalidad y el envejecimiento de la población así como el aumento de la esperanza de vida), de tipo medioambiental (como la contaminación ambiental, el aumento de fitofármacos), de tipo socioeconómico, entre los que destacan las desigualdades en salud, cada vez más profundas y relacionadas básicamente con 6 factores: educación, empleo, vivienda, género, migración y discapacidad, y por fin de tipo sociocultural, como los grandes cambios en el tipo de apoyo social (cambios en los grupos familiares y en las redes sociales de apoyo) y los modelos, roles y valores socioculturales, por ejemplo los relacionados con el género (con todas sus consecuencias en términos de estrés, violencia contra las mujeres...)

### ***ALGUNAS PROPUESTAS***

Evidentemente, afrontar las necesidades en salud y sus causas compete a todo el Sistema de salud. El Instituto de Salud Pública en esta situación debe actuar como sensor de los cambios en los patrones de enfermar y morir, así como de los factores que condicionan estos patrones, y proponer las directrices de orientación de los servicios y de las cooperaciones intersectoriales y participación social necesarias para hacerles frente en pos de una mejor y más equitativa situación de salud. Desde estos planteamientos, algunas propuestas para mejorar la situación actual son las siguientes:

- Desarrollar desde el Departamento de Salud políticas intersectoriales orientadas a fortalecer la salud del conjunto de ciudadan@s, estableciendo articulaciones de trabajo intersectorial y multidisciplinario, superando la actual división en compartimentos estancos de cada departamento o Administración.

- Dotar de recursos humanos, materiales y económicos suficientes a la Salud Pública, buscando mejoras de eficiencia de los recursos actuales, para establecer políticas que los dediquen a afrontar la actual situación de salud y sus causas así como a prever y preparar el afrontamiento de la situación futura.

- Aumentar especialmente los recursos dedicados a la promoción de salud y prevención de enfermedad.

- Incluir la perspectiva de salud pública en las propuestas de todos los programas, comisiones, y grupos de trabajo entre atención primaria y asistencia especializada para reorientar los servicios de salud hacia la prevención y promoción de salud.

- Establecer programas y recursos para la formación de los profesionales de salud en promoción de salud, prevención, información y comunicación en consulta, educación para la salud

- Trabajar desde enfoques que incluyan e impliquen en el afrontamiento de las necesidades de salud a la sociedad civil, con sus diferentes organizaciones, grupos, organismos y entidades sociales.

- Velar por la participación de la comunidad en la salud y en la gestión de los Servicios de salud

- Profundizar en estudios de investigación relacionados con las necesidades de salud emergentes y traducirlos en programas de actuación.
- Aumentar el trabajo en programas de vigilancia y actuación en seguridad alimentaria y del medio ambiente relacionado con la salud
- Medicalizar lo menos posible la salud y la vida, introduciendo este enfoque en todos los programas y protocolos de actuación del Servicio navarro de salud.
- Incorporar medidas poblacionales como vacunas sólo cuando existan suficientes estudios sobre su efectividad y seguridad
- Profundizar en investigaciones y actuaciones sobre transiciones vitales y otros determinantes de la salud mental así como en estilos de vida emergentes.
- Trabajar con enfoques y planteamientos epidemiológicos de epidemiología social y de investigación cualitativa además de cuantitativa.
- Establecer una línea de trabajo prioritaria dedicada a la equidad y a las desigualdades en salud.
- Detección precoz de enfermedades: Crear articulaciones funcionales del Programa de detección Precoz de cáncer de mama con los servicios asistenciales de manera que se minimicen las repercusiones en demora de asistencia a personas detectadas, y se coordinen eficazmente las actuaciones de prevención y asistencia.
- Laboratorio de salud pública: Articular funcionalmente el Laboratorio de Salud Pública, buscando sinergias de funcionamiento con los de Medio Ambiente, y Servicio navarro de Salud en infraestructuras y personal.
- Integrar al conjunto de profesionales de Salud Pública y Medicina Preventiva en un cuerpo que tenga como función, entre otras, la incorporación de criterios de salud pública en los grupos de trabajo sectoriales e intersectoriales, incorporando la perspectiva de promoción de salud.
- Impulsar como base de trabajo para los grupos como criterios comunes la base en la evidencia científica, y el consenso en la unificación de criterios en los ámbitos interautonómico y estatal para programas como vacunaciones, cartera de servicios, o programas intersectoriales.

# ATENCIÓN PRIMARIA

## A MODO DE DIAGNÓSTICO

La OMS propuso en 1978, como fórmula para resolver la crisis de salud, una reforma basada en la estrategia "Salud para todos en el año 2000", en la que la Atención Primaria (A.P.) pasaba a ser el eje de los sistemas sanitarios. Esta propuesta se tradujo en una serie de cambios legislativos que colocaban a la A.P. como eje y puerta de entrada al sistema orientada a la promoción de salud y a la participación comunitaria. Los centros de salud deberían orientar su actividad a solucionar los problemas de salud prioritarios mediante programas integrales, puestos en práctica por equipos multidisciplinares (médicos, enfermeras, personal administrativo, trabajadores sociales) en el marco de las áreas sanitarias.

En resumen, la A.P. debería integrar, coordinar y gestionar, la atención del paciente, tanto en los centros de salud como en otros niveles, la promoción y la prevención, en coordinación con los servicios de salud pública y con el resto de recursos e instituciones con responsabilidades relacionadas con la salud, contando siempre con la participación social. Para ello se mejoró su equipamiento y recursos, se modificó su estructura organizativa y funcional y se distribuyó el tiempo de trabajo entre actividades asistenciales, formativas, investigadoras, administrativas y de trabajo en la comunidad. Un real Decreto en 1984 sobre estructuras básicas de Salud, definió la zona de salud y las estructuras organizativas y funcionales de los centros de salud, la composición de los equipos, el papel del Coordinador, las funciones del equipo, la jornada de trabajo y la coordinación entre niveles. La Ley General de Sanidad de 1986 consolidó definitivamente este modelo.

La reforma ha tenido gran aceptación social como lo demuestra el que entre 1985 y 1995 (en que empieza a haber signos de retroceso) creciera la población satisfecha con la nueva A.P. Los aspectos más valorados eran la duración de las consultas, la mayor información y las mejoras de instalaciones y equipamientos de los centros de salud. La reforma ha incrementado la racionalidad del sistema y ha implantado la historia clínica, los sistemas de registro, el trabajo por programas, el desarrollo de la enfermería comunitaria, con un papel fundamental educativo de dicha profesión y también ha desarrollado actuaciones integrales de promoción y prevención de salud y algunas experiencias interesantes de participación comunitaria.

Sin embargo, la A.P. sigue siendo la "Cenicienta" del sistema, dedicándole mucho menos presupuesto del necesario para que los centros de salud puedan realizar su cometido. Los presupuestos están prácticamente congelados desde hace años, en torno al 15% del total. Además, a pesar de que en Primaria se resuelven el 90% de los temas, su presupuesto se queda en el 14% del gasto de Sanidad, frente al 53% de la asistencia hospitalaria o el 23% de la farmacia. Los gestores no responden a la demanda realizada desde hace años a nivel de todo el estado de tener 10 minutos por consulta y que supondría una adecuación de plantillas para atender a un máximo de 1500 personas tal y como están haciendo en otras comunidades como Asturias, Andalucía, Cantabria, Galicia o Cataluña.

En consonancia con la filosofía en la que se basa la A.P., se han incrementado los servicios prestados con respecto a hace unos años (cursos para la población de Educación para la Salud para diferentes patologías, un programa con pacientes terminales, de circuito rápido ante sospecha de cáncer, el programa anticoagulación, petición de gastroscopias, de TAC lumbar, de RNM de rodilla, , atención a trastornos mentales menos graves...). Sin embargo, dicho aumento de actividades, se ha dado sin el consiguiente aumento de plantillas, lo que repercute en un gran malestar entre los trabajadores y trabajadoras, desmotivación y, a veces, disminución de la calidad del servicio. La proporción de enfermeras, médicos/as y administrativas por habitante es muy inferior a la media europea. La proporción de médicos es un 20% inferior a la media europea.

Se da por transcendido el modelo de la Reforma de Atención Primaria sin haber sido desarrollado en su plenitud. El nuevo modelo no llega a toda la población, ni incluye a todos los profesionales de A.P. Se mantienen dos modelos con filosofías, objetivos, formas de organización, recursos y gestión diferentes, lo que crea confusión, genera interferencias y dificulta la coordinación y la actividad integral e integrada de los niveles asistenciales. Existe un escaso desarrollo de las áreas de salud y se han abandonado los Planes de Salud. Gran parte del incremento de la oferta de servicios está orientada a conseguir una mayor tecnificación de la AP (anticoagulación, espirometrías, cirugía menor, Holter o Doppler, etc) que si bien es verdad que debe entenderse como un logro positivo, no es menos cierto que ante la falta de recursos ya señalada comporta, de hecho, un abandono de otras actividades propias de la filosofía que amparaba la reforma y que son todas las relacionadas con la

prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Se prima así un modelo asistencialista frente a intervenciones integradoras desde una perspectiva biopsicosocial. Una muestra de esta realidad es que todas las actividades vinculadas a la educación para la salud y/o de tipo comunitario responden en definitiva a objetivos que no se contemplan como de obligado cumplimiento en la cartera de servicios y consecuentemente no hay partidas presupuestarias que permitan su ejecución. Los programas de atención domiciliaria, de cuidados paliativos o las actividades relacionadas con la comunidad (centros escolares, asociaciones vecinales, servicios sociales) que son las que dan sentido y son propias de la A.P. quedan relegados a un segundo lugar, tanto por la escasez de recursos, como de liderazgo por parte de la administración sanitaria, para implementar los objetivos planteados.

Pero la escasez de recursos humanos, de tiempo, por parte de enfermería y medicina tiene otra serie de efectos negativos: la enfermería no puede realizar sus tareas comunitarias y en medicina se recurre en muchas ocasiones a la medicalización de los procesos, con las consecuencias consabidas en la población y en el gasto sanitario. En este último sentido, por parte de los gestores, se vienen introduciendo medidas que tratan de contener el gasto y que se dirigen fundamentalmente a tratar de que el colectivo médico gaste menos en medicamentos, ligando un mayor gasto a una disminución de los incentivos que se distribuyen en los equipos. Estas medidas, además de ineficaces, generan fuerte malestar ya que consideran el gasto independientemente de otros factores, que, además, en ocasiones, están ligados a una mayor calidad de trabajo (gastan más los Centros de Salud que tienen más personas diagnosticadas de patologías que precisan medicación crónica). En cualquier caso, parece que aumentando los recursos humanos, sería más eficaz la contención del gasto.

La escasez de personal facultativo, y el tener las agendas tan apretadas, está provocando que cuando una persona pide cita se encuentra con que se la dan para dentro de 3-5 días y si cree que debe ser atendida en el día se le ofrece una consulta con un médico de cabecera o pediatra, . Como esto no es un hecho puntual en una epidemia de gripe, sino el funcionamiento habitual en la mayoría de centros, conlleva el que haya personas que son atendidas varias veces por médicos diferentes con el consiguiente malestar en la población como se puede apreciar en cartas en los periódicos.

Esta demora habitual en las citas también conlleva que haya personas que prefieren esperar a una cita con su médico/pediatra de cabecera y antes de que llegue el día empeoran y terminan acudiendo a urgencias con la consiguiente sobrecarga del servicio de urgencias por motivos que hubieran podido solucionarse con menos demoras en la citación de primaria.

Otro problema con el que se encuentra la población, debido a la demora en las citaciones, es que como mucha gente ya lo sabe intentan conseguir cita desde principio de la mañana, con la consiguiente sobrecarga de líneas telefónicas. Esto conlleva que haya muchos usuarios que, cuando se hartan de intentar que les atiendan la llamada, acaban acudiendo al centro a conseguir la cita. De esta forma la vía telefónica para acceder a la citación pierde utilidad.

Aunque se han creado bastantes cupos en horario de tarde, la realidad con que se encuentran los usuarios es que hay mucho cambio en esos puestos ya que la gran mayoría de sanitarios que trabajan de tarde en cuanto pueden se trasladan a horario de mañanas. Esto crea malestar en los pacientes y cuando llega un sanitario nuevo al cupo, el pensamiento es " ¡a ver cuánto dura éste!".

La realidad de la atención a personas terminales, hasta el final de sus días, en domicilio, no es equitativa puesto que depende del lugar de residencia de la persona y de la voluntad de los sanitarios. La sobrecarga laboral que implica el atender en su casa a una persona que desea morir en ella, dignamente y con calidad suficiente, hace que haya médicos poco motivados a ofrecer y realizar esta atención. Actualmente las personas que viven en Pamplona y su comarca pueden ser atendidas por un equipo de paliativos que dispone de muy poco personal para acudir a domicilios. Está ocurriendo, pues, que sólo las personas del centro de Navarra y las que cuentan con médicos de familias dispuestos y humanitarios pueden morir dignamente en sus domicilios.

Hay un alto porcentaje de contratación eventual en pésimas condiciones, por días y por horas, lo cual, además, influye en la calidad del servicio. Las personas que trabajan fijas sólo son sustituidas en un 50%. Ante la precariedad de los contratos, a veces no hay personas sustitutas para realizar los contratos y muchas veces, la atención continuada (guardia) se realiza por el mismo personal que realiza la atención normal, lo que supone un gran aumento de horas de dedicación.

Este tema es más grave en las zonas rurales, muy distantes de Pamplona, donde está ocurriendo que las personas que trabajan a la mañana tienen que realizar las guardias de tarde y noche, aunque no quieran. Esto supone una sobrecarga que dificulta la buena atención del día siguiente y que haya profesionales que prefieran trasladarse a centros urbanos para no tener esa amenaza de empeoramiento de su calidad de trabajo y de vida. Las condiciones laborales de los contratos de refuerzo son indignas y además se les obliga, prácticamente, a realizar todas las jornadas matutinas que se generan en el equipo con el consiguiente exceso de trabajo en fechas de vacaciones habituales.

El personal administrativo es escaso respecto a las necesidades ya que sus tareas actuales sobrepasan en mucho lo exigido hace unos años y no se han adecuado las plantillas a ello. Esto conlleva que haya mucha interinidad, ya que bastante gente prefiere otros trabajos administrativos de menos sobrecarga laboral y se trasladan a otros departamentos. Consiguientemente, la puerta de entrada del ciudadano al Centro de Salud y, por tanto al Sistema Sanitario, no está bien atendida y repercute en el resto de los estamentos al no saber adecuadamente el funcionamiento ni las normas de actuación.

Las estructuras creadas para la participación ciudadana (Consejos de Salud, regulados mediante Decreto en 1987) funcionan sólo en algunas zonas básicas. Sus funciones son meramente consultivas. Se trata más de órganos de tipo burocrático y administrativo que órganos de participación. Es imprescindible, por tanto, fomentar una mayor participación ciudadana en la toma de decisiones y asimismo es necesaria la implicación en la gestión, de los propios profesionales. Actualmente existen demasiados gestores de carácter político.

Se obvia que fenómenos de gran impacto social como la inmigración, el envejecimiento de la población, la mayor tasa de enfermedades ligadas a éste, los nuevos asentamientos poblacionales en torno a nuevas construcciones (Barañain, Buztintxuri, Ezcaba) etc. producen también cambios cuantitativos y cualitativos en la demanda asistencial de un centro y que por consiguiente debe existir una previsión en la respuesta que éste proporcione: ajustes de plantilla, de horarios, flexibilidad de agendas, formación del personal, adecuación física del mismo etc. Se planifican aumentos de plantilla y de espacio físico sólo cuando las personas se adscriben al Centro de Salud, aunque lleven tiempo viviendo en la zona.

Un tema muy preocupante es el relacionado con el creciente poder de las Mutuas para controlar los procesos de Baja por enfermedad. El 23 de Junio de 2003, el gobierno del PP decide facultar a los médicos de las Mutuas a dar las Altas por incapacidad transitoria o enfermedad común. Ello supone un grave ataque a la gente trabajadora, a los profesionales de la salud y al sistema sanitario público.

Gran parte de las demandas expuestas por la población comprometen por igual al sistema sanitario y al de servicios sociales. Sin embargo, tras contar en nuestra comunidad con un Plan Socio-sanitario elaborado hace años, éste carece de dotación presupuestaria por lo que su ejecución ha quedado reducida a la mínima expresión.

Es preciso facilitar al máximo a los profesionales la formación. Esta deberá ser en horario laboral y con la mínima carga económica y ser tenida en cuenta y valorada según objetivos. Es la única garantía de una atención de calidad. El que los y las profesionales se vean abocados a realizar la formación fuera del horario laboral, cuando trabajan a ritmos tan forzados, es dejarlo todo a la motivación personal de mejora y no facilitar la necesaria adecuación de los conocimientos a los nuevos avances.

Hoy por hoy y tras resaltar, de nuevo, la falta de recursos y previsión de servicios, es preciso señalar otra gran laguna de la AP como es la falta de medios para la investigación de lo que acontece en la comunidad atendida por cada centro. Tampoco se contempla en las carteras de servicios de éstos. Y como en el punto anterior, si tiene que ser realizada siempre fuera del horario laboral, es bastante difícil que la gente se anime a más trabajo extra.

Al igual que en el ámbito hospitalario, en la A.P. tienen lugar actuaciones que bien pueden cuestionar algunos principios éticos tanto de la población como de los profesionales. Sin embargo en este medio no existen comités de bioética.

El sistema sanitario público corre el riesgo de ir perdiendo la legitimidad social que como bien común que es, le corresponde; especialmente en el ámbito de la primaria. La administración debe diseñar campañas que fomenten un uso responsable de los servicios y que "venda" sus excelencias (la Universitaria sale mucho en los periódicos).

## ALGUNAS PROPUESTAS

1. Aumento del presupuesto destinado en Navarra a Sanidad al 7% del PIB.
2. Aumento de los presupuestos destinados a Atención Primaria 25% del total.
3. Adecuación de las cartillas de las unidades básicas de familia (médico/a y enfermera) hasta un máximo de 1500 personas para adultos y 800 en pediatría.
4. Ampliación del personal administrativo en los Centros de Salud que lo requieran, disminuyendo el número de población exigido para cada una de las plazas existentes.
5. Extensión de la reforma de A.P. a todo el territorio navarro.
6. Promoción de la filosofía y práctica de la A.P. entre todos los profesionales, siendo velada por la administración sanitaria.
7. Introducir medidas de contención del gasto que tengan que ver con la industria farmacéutica.
8. Sustitución al 100% del personal que está en vacaciones o de docencia. A medio plazo, incremento de las plantillas para que se cubran las sustituciones con personal fijo.
9. Incentivación del trabajo en turnos de tarde y en zonas rurales, de manera que se vaya reduciendo de manera paulatina el alto nivel de rotación laboral en estos horarios y zonas.
10. Fomento de la participación ciudadana, ampliando las funciones de los Consejos de Salud, para que dejen de ser órganos meramente consultivos. Generación de formas de participación con los órganos de la comunidad ya existentes.
11. Planificación previa a los nuevos asentamientos y adecuación de las plantillas a las nuevas situaciones emergentes (envejecimiento, inmigración, nuevos barrios et.c).

12.Limitación inmediata de las competencias dadas a las Mutuas patronales para el control de las bajas de las personas trabajadoras.

13.Dotación presupuestaria para los planes sociosanitarios que se aprueben.

14.Facilitación de un plan de formación para todo el personal que lo desee, con seis-diez días al año para poder realizarlo.

15.Facilitación de planes de investigación en la Atención Primaria.

16.Implantación de Comités de Bioética en Atención Primaria.

17.Diseño de campañas sanitarias por parte de la Administración sanitaria para la difusión y correcta utilización de los recursos existentes por parte de la ciudadanía.

## ATENCIÓN ESPECIALIZADA

### A MODO DE DIAGNÓSTICO

A la atención especializada se dedica el 60% del presupuesto de salud en Navarra y trabajan en la misma casi  $\frac{3}{4}$  partes de todo el personal.

En ella se adscriben los 5 hospitales públicos de Navarra, centros de consultas y ambulatorios de especialidades y también la actividad que se ha realizado en otros centros privados mediante conciertos.

La plantilla de atención especializada es fija en un 60%, lo que supone un índice muy alto de precariedad laboral al que hay que sumar condiciones laborales cada vez peores, con contratos por horas etc. Además la plantilla fija presenta una edad media progresivamente más alta y que sugiere la necesidad de realizar un plan serio de necesidades de personal de todos los estamentos a medio plazo.

El gasto dedicado a la atención especializada, al igual que en otras áreas, también se ha estancado en los últimos años. Proyectos de fuerte inversión previstos desde hace años, como la construcción y dotación del nuevo edificio de radioterapia en el Hospital de Navarra o la modernización de la Clínica Ubarmin han sufrido retrasos inexcusables, indicando una mala gestión de las inversiones. Los retrasos han supuesto también cambios traducidos en importantes "reducciones" de los proyectos originales.

En Ubarmin, el proyecto aprobado en 1999 con un presupuesto de 11,4 millones de euros se ha desarrollado de forma agónica hasta el 2005, en que se ha suspendido su ejecución con un gasto total de sólo 3,8 millones. Los quirófanos se han quedado sin remodelar ni ampliar de 4 a 6, mientras los pacientes son derivados directamente desde las consultas del Ambulatorio General Solchaga a la Clínica Universitaria, desde junio de 2006 y la espera en Ubarmin asciende hasta un año.

Otros proyectos punteros no se dotan suficientemente, como cuidados paliativos del Hospital de Navarra o Unidad de Atención a Daño Cerebral de Ubarmin, o no se extienden a toda la población como la Hospitalización a Domicilio sólo en Tudela, causando inequidades importantes en el acceso a los servicios.

La atención especializada en Navarra se caracteriza en primer lugar por la división del área de Pamplona en dos hospitales de tamaño similar de cuya unificación en cuanto a gestión y recursos se hablaba ya hace más de diez años. Aunque hoy parece un proyecto olvidado, debe volver a retomarse en un plazo breve de tiempo en aras de una mejor y más eficiente atención a la población, evitando derroches de recursos innecesarios como los que evidencia la actual organización hospitalaria: guardias duplicadas, recursos excesivos en unos servicios y falta en otros, tiempos de espera muy diferentes para el mismo tipo de atención en función del hospital...

Otro ejemplo de gestión ineficiente es que los acuerdos con la industria farmacéutica y la decisión de qué productos comprar se realiza por separado en cada hospital, sin un marco de actuación conjunto.

O también, la contratación de consultas por parte del Centro de Consultas Externas, con su propio presupuesto, sin contar con la organización global de los diferentes servicios médicos a nivel hospitalario y extrahospitalario, que son los responsables de ofertar dichas consultas y de adecuarse a la evolución de la demanda de los diferentes tipos de atención: hospitalización, urgencias, consultas, tratamientos en hospital de día etc.

La gestión conjunta de ambos hospitales con un plan estratégico a varios años de ejecución debe hacerse con el objetivo de evitar los despilfarros económicos y mejorar la atención a la población en todo el ámbito de la especializada mediante la unificación y readecuación de recursos en determinados servicios, ampliación del horario de atención ordinaria, gestión por procesos clínicos, desarrollo de las funciones de enfermería de especializada, gestión unificada de determinados procedimientos diagnósticos, desarrollo conjunto de nuevas formas de tratamiento y de atención, etc.

Una característica típica de la atención especializada es su fuerte centralización en la actividad hospitalaria, en detrimento de otras formas de atención como son las consultas, hospital de día, cirugía ambulatoria, hospitalización a domicilio etc. y dentro de ésta en una rígida organización en servicios de especialidades y en hospitales por separado.

Las consecuencias más directas de éste modelo centrado en los hospitales y dentro de éstos, en la diferenciación excesiva de los servicios médicos cuyo principal interés sigue estando en la hospitalización frente a otras formas de atención, son un alto nivel de ingresos hospitalarios, de intervenciones quirúrgicas, de consultas con especialistas y de atención en urgencias. Además la estricta separación en servicios médicos, impide una atención más eficiente en muchos de los procesos de enfermedad que requieren un alto grado de coordinación entre servicios hospitalarios, entre hospitales y también entre éstos y la atención primaria y atención social.

La falta de recursos suficientes en atención primaria junto con la deficiente coordinación que existe entre ésta y la atención especializada obliga también a la población a buscar atención en el nivel especializado. Basta observar los abarrotados servicios de urgencias hospitalarios en determinadas horas y días, aunque el porcentaje de urgencias ingresadas apenas varía de año en año, para darse cuenta de que algo falla en el sistema, aunque sería tema de debate si la potenciación y la inversión decidida en atención primaria serían suficientes para disminuir este acceso a Urgencias o no.

Uno de los principales problemas sentidos por la población es el de las listas de espera. En los últimos años el número de personas que esperan para una intervención quirúrgica ha crecido un 64% entre 2001 y 2005 y además la espera media ha aumentado hasta los 86 días en 2004. La especialidad de traumatología es la que mayor número de personas esperando tiene y en la que más aumenta de año en año dicha lista. Pensamos que la paralización del proyecto de Ubarmin no es ajena a esta situación, aunque las causas del aumento de las listas de espera son complejas y se necesita un análisis más profundo del tema en su globalidad.

El número de personas que esperan una primera consulta con un especialista ha crecido más del 97% entre 2001 y 2005. La espera media real estaba en 51 días a finales de 2005. También el número de los que esperan para una prueba diagnóstica ha crecido el 61% en el mismo periodo.

El gasto en farmacia es el único de entre los contemplados en este informe que ha aumentado significativamente de año en año hasta situarse en torno al 25 % del total del gasto sanitario. Se sabe también que aumenta más la farmacia hospitalaria que la extrahospitalaria. Un reciente estudio publicado en el BIT (Boletín d Información Farmacoterapéutica de Navarra advierte que las medidas de control de precios, de promoción de fármacos genéricos o los incentivos a los prescriptores muestran una eficacia relativa en el control del gasto farmacéutico. Además, dice que la creciente influencia de la industria farmacéutica permite que sus recursos financieros y de marketing influyan significativamente en las propias agencias reguladoras, organizaciones profesionales, revistas científicas, medios de comunicación y consumidores.

Este estudio expone la prescripción en 2005 tanto en atención primaria como especializada de seis subgrupos farmacéuticos, cuyo gasto conjunto supuso el 25% del total. En cada uno de los subgrupos se presentan las especialidades farmacéuticas recetadas en 2005, apuntándose la influencia que los especialistas tienen en el cambio de prescripción hacia nuevas especialidades y la falta de evidencia científica que avale estos cambios hacia productos nuevos y mucho más caros.

Las recomendaciones de uso son claras en el estudio mostrando el camino a seguir. Los médicos de atención primaria reciben periódicamente el perfil de su actividad prescriptora y están en general más concienciados sobre el uso de productos genéricos, mientras que los especialistas no conocen (porque no se les ofrece) su perfil prescriptor y su sensibilidad hacia el incremento de gasto que inducen con la introducción de nuevos productos farmacéuticos es muy mejorable.

Hay también otras áreas de atención especializada muy mejorables como la atención a personas en estadios de enfermedad avanzadas, y con necesidad de cuidados paliativos y/o atención en el proceso del morir.

La oferta de servicios en estos casos es muy escasa y con grandes diferencias territoriales. El acceso a los mismos depende muchas veces de la voluntad de algunos profesionales.

La atención paliativa debe ser médica-psicológica y social, ( y espiritual, como ritos religiosos dependiendo de la decisión de las personas ) esto siempre lo dice la teoría pero luego no se pone en practica con los profesionales necesarios y suficientes .

También en cirugía ambulatoria se puede aumentar considerablemente la oferta, aunque ésta ha ido creciendo en los últimos años. La clínica Ubarmin con más de 3900 intervenciones de traumatología al año, apenas realiza cirugía ambulatoria. En la memoria de actividades de Osasunbidea no figura un indicador de cirugía ambulatoria aunque se diferencia el tipo de anestesia de las intervenciones en general y local.

La evolución en el tratamiento de muy diversas enfermedades permite la administración ambulatoria de los mismos en muchas especialidades, pero también exige nuevas instalaciones que garanticen una atención de calidad a las personas durante dicho tratamiento, así como modelos organizativos nuevos que superen la tradicional división en servicios médicos separados. Actualmente el hospital de día de oncología y el de hematología se encuentran saturados, mientras que otros servicios deben ingresar a los pacientes para tratamientos que perfectamente pueden administrarse de forma ambulatoria, por no disponer de espacios adecuados.

El alto número de consultas de especialidades puede interpretarse, al menos en parte, como un defecto de resolución de problemas en atención primaria, susceptible de mejora con la inversión de recursos en atención primaria, la formación y el trabajo conjunto entre ambos niveles, por procesos clínicos. Hay algunas guías clínicas y protocolos conjuntos elaborados y difundidos pero de escaso cumplimiento y nula evaluación.

La disponibilidad de presupuesto propio en el Centro de Consultas Externas va en detrimento de una adecuada gestión de los recursos personales de que dispone cada servicio médico y cada hospital para la atención de consultas.

El personal de enfermería también tiene una dependencia orgánica y funcional del Centro de Consultas, de forma que no se integran con el trabajo de enfermería de los hospitales, el acceso a los puestos de trabajo es independiente (cuando podría ser progresivo desde las Unidades Hospitalarias que exigen mayor dedicación y por tanto profesionales jóvenes y con formación actualizada) y el desarrollo de sus funciones en consulta está muy limitado, cumpliendo muchas veces meras tareas administrativas.

Con respecto a la participación de los ciudadanos en la toma de decisiones con respecto a su propio proceso de enfermedad, aún nos situamos en un modelo mayormente paternalista y aunque muchos profesionales han hecho un gran esfuerzo y se han producido cambios, sigue siendo necesario invertir medios en preparar a los profesionales en actitudes y habilidades de manejo a la hora de comunicarse con las personas que atienden haciéndoles partícipes de sus propios procesos.

Las unidades de atención al paciente se han desarrollado de forma muy diversa en los distintos centros hospitalarios y niveles de atención. Las funciones que deberían asumir requieren de una actualización y potenciación porque en la actualidad, en dicha "atención al paciente" pueden llegar a intervenir muchos estamentos y niveles con diferentes grados de capacidad resolutive y de implicación.

A veces las unidades de atención al paciente se reducen a "registrar quejas y reclamaciones que quedan muchas veces en papel mojado, en lugar de orientar mejoras organizativas, de trato al paciente y de calidad de la atención.

Algunas de sus competencias como el análisis de la satisfacción de los usuarios están ahora en otras secciones.

Los locales que ocupan estas unidades a veces dejan mucho que desear si los analizamos desde la perspectiva de una sistema que definimos o queremos definir como "centrado en el usuario".

## **ALGUNAS PROPUESTAS**

### **1.- Ordenación hospitalaria**

En el sentido mencionado en el capítulo de líneas generales, elaborar un plan de actuación plurianual con objeto de unificar la gestión hospitalaria de la Comarca de Pamplona, con el objetivo de mejorar la atención especializada a la ciudadanía y la eficiencia en la gestión.

### **2.- Personal**

Elaborar un plan de necesidades de personal a medio plazo, teniendo en cuenta la progresión de la edad media en especializada.

### **3.- Farmacia**

Promover la compra unificada de los productos farmacéuticos hospitalarios, el control de la prescripción tanto en primaria como en especializada y el fomento del uso de genéricos.

### **4.- Enfermería**

Desarrollo de las funciones en consulta de especializada, del personal de enfermería.

### **5.- Listas de espera**

Imposibilitar la contratación de consultas de forma independiente.

Analizar en profundidad las diversas listas de espera para conocer los factores que inciden en las mismas y diferenciar las causas estructurales y las coyunturales.

Promover la gestión unificada de todo el trabajo en cada servicio, elaborando criterios de distribución del mismo entre las distintas modalidades de atención: hospital, consultas, quirófanos, hospital de día... fomentando el trabajo por procesos clínicos y la coordinación entre niveles asistenciales.

Introducir la evaluación de las guías clínicas implantadas como método de gestión.

### **6.- Hospital de Día**

Es urgente la inversión en unas instalaciones de hospital de día dignas y suficientes para atender la demanda de todos los servicios con una organización unificada de cara a la atención de todas las personas susceptibles de ser atendidas en esta modalidad, evitando ingresos innecesarios y ofertando una atención INTEGRAL en sus vertientes medicas, psicológicas y sociales. A veces se trata de enfermedades difíciles que requieren un proceso de integración en la vida de las personas y sus seres queridos, por lo que es obligatorio facilitarles también el soporte necesario. Derivarlos a otros servicios para atender esas áreas, es colapsar los otros servicios y no atender de forma integral.

### **7.- Cirugía ambulatoria**

A pesar del crecimiento progresivo de este tipo de actividad en los últimos años, existe aún un amplio margen de mejora en muchas especialidades.

El aumento propuesto obligará a invertir sobre todo en instalaciones, ampliando las existentes y creando nuevas si no existen, por ejemplo en los hospitales de Tudela y en la Clínica Ubarmin y a reflejar dicha actividad en el sistema de información.

## **8.- Atención de cuidados paliativos y muerte**

Es una obligación - la medicina ha conseguido alargar la vida y su calidad pero también este alargamiento ha supuesto periodos de situaciones paliativas y un proceso de muerte mas largo, por lo que el sistema tiene la obligación de atenderlo, tendría que ser en este momento UN DERECHO -quienes trabajan con paliativos, tienen una carta de " derechos de las personas en situación paliativa o de muerte.

Debe aumentar la oferta de cuidados paliativos, que hoy se reduce al concierto existente con el hospital San Juan de Dios y que apenas alcanza al 50% de las personas que lo necesitan en el área de Pamplona.

Los cuidados paliativos deben ofrecerse en todo el territorio geográfico, desde los hospitales y también desde Atención Primaria, debidamente coordinados, y con los soportes necesarios, teniendo en cuenta las necesidades de las personas atendidas y contando con su participación.

La atención debe ser integral y los profesionales deben estar preparados en conocimientos, habilidades y actitudes.

## **9.- Participación del usuario**

Creación de un nuevo marco de definición y actuación de las Unidades de Atención al Paciente, suficiente para ofertar un apoyo real a pacientes y allegados, tanto en el proceso estrictamente asistencial como en la coordinación de servicios en el espacio sociosanitario.

Debe garantizarse la participación real del usuario en las decisiones que afectan a su propio proceso de enfermedad y las Unidades de Atención al Paciente tienen un papel en ello.

# CENTRO DE TRANSFUSIONES

## QUE ES UN CENTRO DE TRANSFUSIONES.

Un Centro sanitario en el que se efectúa actividades relacionadas con la extracción y verificación de la sangre humana y sus componentes sea cual sea su destino y de tratamiento, almacenamiento y distribución cuando el destino sea la transfusión El de Navarra (que cuenta con un mínimo de 50 trabajadores), está ubicado en Pamplona y cuenta con una Unidad de Extracción en el Área de Tudela

## CONTEXTO HISTORICO

A mediados de la década de los 80 la aparición de la pandemia de SIDA supone un punto de inflexión definitivo para los cambios vertiginosos producidos, aunque es en los 90 cuando se precipitan y se concatenan, produciendo una sinergia nunca contemplada hasta ahora.

A nivel internacional, en 1981 la OMS exhorta a los países miembros hacia la Autosuficiencia en sangre y derivados plasmáticos y en esta recomendación se insiste repetidamente por parte del CE y el Parlamento Europeo.

Aunque se sigue manteniendo como objetivo necesario conseguir cantidades suficientes de sangre, se introducen de manera contundente criterios estrictos de **calidad y seguridad** (tanto para el donante como para el receptor), considerando de forma especial la transmisión de enfermedades virales, y tan pronto como sea posible y en aras de una mayor seguridad en cuanto a enfermedades que no son endémicas en la CE, la autosuficiencia en sangre y plasma a partir de la donación voluntaria altruista.

### Las circunstancias más importantes han sido:

**La pandemia de SIDA**, supuso un enorme impacto en la actividad transfusional por sus consecuencias directas en los pacientes receptores de productos sanguíneos, además de poner en evidencia el riesgo que suponía las enfermedades no conocidas previamente o las condiciones de transmisión de las conocidas.

Por todo esto se han desarrollado nuevas ideas:

- La autosuficiencia para cada país
- Necesidad de seguridad.
- Mayor conocimiento epidemiológico de la población donante
- Desarrollo de la metodología de laboratorio.
- Investigación de métodos para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas sobretodo viral.

### **Desarrollo de nuevas actividades terapéuticas.**

- Tratamientos quimioterápicos intensivos.
- Desarrollo de transplantes de células hematopoyéticas y de órganos sólidos.
- Cambio en el uso de componentes sanguíneos (CS), que han dejado de ser meros elementos de soporte para pasar a ser considerados activos.

### **Impactos de las nuevas tecnologías**

- **Tecnología informática**, que permiten un mejor control de la donación y transfusión, siendo posible la hemovigilancia, es decir, disponer de todo el proceso transfusional desde la colecta de sangre hasta después de la transfusión.
- 
- **Tecnología analítica** con la detección de nuevos agentes infecciosos.  
Aplicación a los componentes sanguíneos conocimientos inmunológicos  
Biotecnología y biología molecular.  
Técnicas de ADN, ARN por PCR son herramientas fundamentales para la detección de nuevos agentes infecciosos.

### **Nueva percepción del riesgo**

- El principal riesgo existente era la reacción transfusional hemolítica derivada de la incompatibilidad eritrocitaria y la transmisión de hepatitis. Hoy se conocen que existen riesgos inmunológicos e infecciosos de muy diverso origen.
- Tampoco hay que olvidar las características de los receptores: inmunodeprimidos por su propia enfermedad o por los tratamientos quimioterápicos, transplantados.
- El aumento de la responsabilidad profesional potenciando acciones relativas a la información del donante y receptor, obtención del consentimiento informado.

### **Nuevo concepto ético en transfusión.**

- La sangre es donada por personas y transfundida a personas. Entre los derechos de ambos hay un nexo muchas veces no muy bien definido, ya que la seguridad de uno, limita con la privacidad del otro.
- Además las condiciones del producto, muchas veces solo pueden conocerse a través de la colaboración del donante siendo necesario que comprenda que es el acto de la donación, y la acepte sin presiones físicas, psicológicas morales o económicas.
- La importancia creciente de los aspectos económicos sociales como parte de la gestión médica.

- Todos estos cambios han llevado a un encarecimiento de los costes médicos por lo que existe un desarrollo creciente de los métodos contables para optimizar recursos económicos y humanos.

#### **Nueva estructura de organización nacional e institucional.**

- Todo lo anterior, lleva a la creación de los Centros Transfusión (CT) que son una realidad en otros países desarrollados así como en otras estructuras de planificación y control en el ámbito nacional e incluso internacional.
- Ante la situación de la Hemoterapia en el Estado, se elabora el Plan Nacional de Hemoterapia ( en los 80) cuyos objetivos son:
  - la Autosuficiencia nacional en sangre y hemoderivados sobre la base de donación altruista.
  - Garantías de seguridad para el donante y receptor.
  - La utilización óptima de sangre y derivados.

El Plan Nacional de Hemoterapia, adecua su estructura a la organización del Estado y así queda bajo la responsabilidad de las Comunidades Autónomas desarrollar el establecimiento de la normativa en su territorio, la planificación y programación de las actividades a llevar a cabo dentro de sus Planes de Transfusiones y la coordinación de los organismos y entidades involucradas.

#### **A MODO DE DIAGNÓSTICO**

La situación relatada tuvo un impacto relativo en Navarra, ya que se quedó anclada en el objetivo de los años 80, de conseguir cantidades suficientes de sangre (objetivo en el que históricamente siempre ha destacado incluso a nivel europeo)

Muchas iniciativas se plantearon desde entonces para propiciar el cambio hacia las necesidades del siglo XXI, pero pocas desde los responsables, por lo que difícilmente se pudo llevar a cabo con el coste/efectividad adecuado.

Un ejemplo es el diseño e implantación de un Sistema de Gestión de la calidad, cuyo impulso parte de los profesionales (en lugar de los responsables), por lo que tarda 10 años en implantarse en vez de 1-2 años que es la media, con el consiguiente escepticismo por parte de los profesionales de que pudiera ser una herramienta válida para el futuro.

En julio de 2003, se reestructura el SNS-O (DF 276/2003), que establece la estructura orgánica del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y es a partir de esta fecha cuando aparece un entramado organizativo para el CT, que mezcla un Director de Atención Especializada, un Director de Ambulatorios y Asistencia Extrahospitalaria (que no se cubre), y un Director de Gestión, que despojan al

responsable del CT de funciones que ejercía desde su fundación y que dado el rumbo que tomaba desde Europa la transfusión, debía haber ido hacia una mayor autonomía de gestión y sin embargo fue hacia una mayor centralización. En agosto de 2006 ha sido nombrada una Directora de Ambulatorios y Asistencia Extrahospitalaria.

## **SITUACION ACTUAL EN NAVARRA**

### **CENTRO DE TRANSFUSIONES.**

Nombramiento de una Directora (septiembre de 2006) pero sin modificar el DF 276/2003 que ha generado más confusión.

Certificación ISO: 9000-2000 (junio de 2006) y acreditación CAT (noviembre de 2006)

La política de personal del SNS-O desde DF 276/2003 ha ido en una dirección que difícilmente puede cumplir los requisitos de formación adecuada y actualizada que marca la ley.

Sin delegación y/o definición clara de funciones, existe en el Centro:

Director de Asistencia Especializada; Directora de Ambulatorios y Atención Extrahospitalaria; Director de Gestión; Directora del Centro de Transfusiones; Jefe de Servicio; Jefe de Sección.

### **BANCO DE TEJIDOS**

Directiva europea /2004/CE, entró en vigor el 1 de abril de 2004 y en ella se establecen los requisitos técnicos para la creación de un banco de tejidos (la fecha tope de transposición a los países miembros es 07 de abril de 2007)

En febrero del año 2000 el Dr. Rábade Director General de Salud envía un escrito al CT en el que da a conocer una actuación prevista por su departamento, que es la creación del banco de tejidos de Navarra y para ello, dicta una resolución en la que se crea un grupo técnico para realizar el proyecto.

Se constituye en agosto, se entrega el proyecto finalizado en septiembre del mismo año (elaborado en el CT) y no se vuelve a tener noticias al respecto.

Si tenemos en cuenta la cercanía a abril de 2007, no parece que haya voluntad política en la creación en el sector público de un centro de tejidos.

## **SINGULARIDAD DEL CENTRO DE TRANSFUSIONES**

Dependencia de Asistencia Especializada (en el MSC la Red de Centros está en la D. G. de Salud Pública.

Relación directa con la Industria fraccionadora (clientes)

Relación con la ley del medicamento.

Inexistencia de pacientes: ¿usuarios? ¿clientes? ¿proveedores de materia prima?

Altruismo y voluntariedad y compromiso social.

Se elaboran productos intermedios para la asistencia especializada.

Se produce materia prima (plasma) para la "Industria Fraccionadora de Plasma" y para la elaboración de medicamentos.

Intercambio internacional de productos (dentro y fuera de la CE)

## **POBLACION**

Cambios en el perfil epidemiológico de la población. El 8,4% de los empadronados en Navarra, son extranjeros lo que supone 49.852 personas con importante participación de gente joven (INE de 1 de enero de 2005)

## **ALGUNAS PROPUESTAS**

### **BANCO DE TEJIDOS EN EL SECTOR PÚBLICO.**

#### **Fundamentos:**

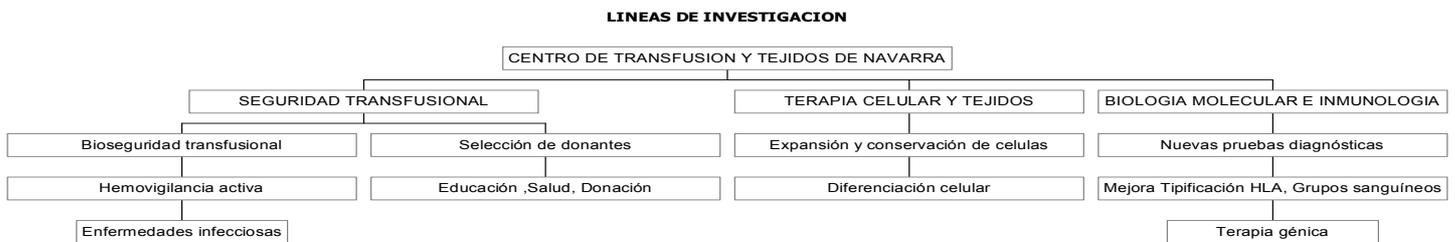
- Coste/efectividad.
- Los requisitos básicos que aparecen en la directiva, como -obtención, conservación, almacenamiento, distribución, documentación, trazabilidad, formación específica y continua para el personal, redes conectadas con todo el estado, confidencialidad, altruismo y voluntariedad-, son básicamente los mismos requisitos que ya existen para el CT.
- La experiencia en el manejo de productos biológicos, historia de promoción y captación de donantes, experiencia en el manejo de problemas de salud pública, y sobretodo el apoyo y confianza de la comunidad Navarra (donantes y no donantes) hacia el Centro de Transfusiones

## **CENTRO DE TRANSFUSION Y BANCO DE TEJIDOS**

Creación de un ente con personalidad jurídica propia, que dote de autonomía al centro, confiera la responsabilidad en la gestión a los clínicos y donde pueda

encajarse toda la complejidad y singularidad de manera efectiva dentro del sector público

Los proyectos de investigación serían propios o en colaboración con todos los centros sanitarios y con las universidades de la Comunidad sin descartar promover alianzas estratégicas con centros investigadores de todo el mundo.



**Seguridad Transfusional:**

Garantizar la calidad de la donación y de la transfusión mediante el desarrollo de programas educativos estudios de demandas reales en calidad y cantidad, estudios de población: influencia del fenómeno de la inmigración, ejercer la función de Hemovigilancia activa.

Enfermedades que pueden transmitirse por la transfusión tanto infecciosas como parasitarias Citomegalovirus, Hepatitis: A (VHA) ,B (VHB) ,C (VC) , Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), Virus Linfotrópico linfocitos T Humano ( HTLV-I y II), Virus del Oeste de Nilo ( WNV),

Infecciones parasitarias: Babesiosis, enfermedad de Chagas, Enfermedad de Lyme y Malaria.

**Terapia celular.**

Es el trasplante de células humanas para reemplazar o reparar células o tejidos humanos. Los trasplantes de células de médula ósea, sangre de cordón umbilical y células madre de sangre periférica son ejemplos de este tipo de tratamiento que se han demostrado eficaces en enfermedades como la leucemia y otras formas de cáncer.

**Biología Molecular e Inmunología:**

Implantación de nuevas pruebas diagnósticas para la validación de productos y estudios como Laboratorio de referencia y protocolos de participación en workshop de control de Calidad de Sociedades científicas nacionales y europeas.

**Terapia génica:**

Técnica empleada para corregir genes defectuosos responsables del desarrollo de una enfermedad.

## SALUD Y MUJER

### A MODO DE DIAGNÓSTICO

En 1997 se reorganiza en Navarra la Atención Extrahospitalaria Sanitaria de la Mujer como consecuencia de una interpelación parlamentaria que venía ya de 1994. La atención de los especialistas extrahospitalarios de Obstetricia y Ginecología por un lado y los Centros de Planificación Familiar y Educación Sexual (Andraize, Berriozar, Orcoyen, Tafalla, Tudela, Elizondo y Ansoain que es el único que desaparece), pasan a convertirse en Centros de Atención a la Mujer, dependiendo jerárquicamente del Hospital Virgen del Camino. Berriozar y Orcoyen siguen siendo centros municipales no CAM.

Los 17 Centros de Atención a la Mujer esparcidos por toda la geografía navarra hacen que la atención sea más accesible a excepción de aquellos centros que están masificados, con una gran presión asistencial debido a la falta de previsión del desarrollo poblacional que en su día se obvió.

Cuando Andraize dejó de ser COFES para convertirse en CAM:

- No se tuvo en cuenta el desarrollo poblacional de Txantrea, Ansoain, Artica, Rotxapea y San Jorge
- Se cerró el COFES de Ansoain que cubría la asistencia a todas las mujeres de Ansoain, en su el Centro de Salud. En ningún momento se tuvo en cuenta que la población de Ansoain se iba a doblar a corto plazo como así ha sido. Las mujeres de Ansoain fueron a sumarse a Andraize

La consecuencia de esta falta previsión del aumento poblacional, a corto plazo, de la Zona, ha hecho que las consulta estén absolutamente masificadas y que la presión asistencial sea tal que los profesionales deban dedicarse casi exclusivamente a la labor asistencial, dejando lo que es prevención y promoción de salud en una simple anécdota.

Los nuevos CAM empiezan su andadura con una muy marcada labor puramente asistencial. La figura de los profesionales especialistas en Educación Sexual va poco a poco desvaneciéndose, hasta tal punto que, actualmente, para acceder a los puestos de Educador Sanitario (así se llama hoy día) es requisito imprescindible pertenecer a la rama sanitaria.

La Educación Sexual de Navarra de los antiguos COFES, que en su día fue pionera en todo el Estado marcando todo un hito, ha ido perdiendo su hegemonía para convertirse en algo que apenas se percibe:

- El programa joven subsiste como puede
- Los programas de formación específica en Salud Sexual y Planificación Familiar han desaparecido para:
  - el personal de salud

- para el profesorado
- el alumnado
- las diferentes asociaciones.

Se está avocando a una situación dónde la vivencia de la sexualidad dista mucho de ser sana y protegida, las infecciones de transmisión sexual siguen estando presentes. Se siguen dando embarazos adolescentes, el número de abortos, así como el uso de la píldora postcoital, está aumentando día a día. Esta situación refleja claramente que el uso de los métodos anticonceptivos está lejos de ser el adecuado.

Con respecto al aborto, se sigue discriminando a las mujeres navarras sobre las mujeres del resto del Estado.

La excusa esgrimida por el actual gobierno, para no posibilitar que la raquítica Ley de 1985 que modificaba el artículo 417bis del Código Penal a los tres supuestos, sigue siendo la objeción de conciencia de todos los profesionales de la medicina. Esta es una gran mentira ya que no se dispone de una referencia real sobre la objeción de conciencia de los profesionales médicos en Navarra.

Existen en Navarra profesionales que estarían en disposición de realizar abortos si las condiciones y medios fueran los adecuados.

Actualmente las mujeres navarras que deben abortar según los supuestos legales, deben hacerlo en otras comunidades autónomas con todo lo que ello conlleva.

Una Ley Orgánica debería ser paritaria en todas y cada una de las comunidades autónomas y si la Ley del Aborto no se ha puesto en marcha en Navarra, es únicamente porque el gobierno no ha querido poner los medios.

Los abortos espontáneos tienen lugar en la habitación compartida donde no hay lugar a la intimidad al respeto ni al duelo.

Respecto al seguimiento del embarazo la proporcionalidad respecto a población/profesionales/frecuentación no es equitativa en todos los CAM.

En la Educación Maternal no se está permitiendo la presencia de las parejas por "falta de espacio" y habitualmente el programa se generaliza a todas las mujeres: parto medicalizado, epidural..., sin tener en cuenta que hoy día existen también mujeres embarazadas que desean se les respete su tiempo en parto y desean parir de otra manera. Tampoco se tiene en cuenta las diferentes culturas de las mujeres emigrantes aplicándose "nuestro sistema" en la Educación Maternal.

Reproducción Asistida de las mujeres Navarras se realiza en la medicina privada o en otras comunidades autónomas debido a la no normalización de dicho servicio en la Sanidad Pública Navarra.

La recepción de las mujeres en el servicio de Urgencias de toco-gine del Hospital Virgen del Camino dista mucho de respetar la privacidad a la que todas las personas tenemos derecho. La mujer debe decir qué le pasa delante de quienes están esperando, no existe un espacio físico donde se pueda expresar con un mínimo de intimidad.

Ante una agresión donde intervienen salud, policía y juristas la mujer debe repetir su historia ante cada profesional, primero en admisión, después a la enfermera o matrona, más tarde al médico, después a la forense y por último a la policía.

Con el tema de la postcoital, no existe el protocolo de actuación que habitualmente se sigue en los CAM y es necesaria la presencia de un médico para administrarlas con todo lo que ello conlleva. En muchas ocasiones no se atiende y se deriva a la mujer al CAM. No existe un criterio común, depende de la decisión de cada profesional.

En el consentimiento informado que se da a firmar a la mujer para el parto, no se explican claramente todos los procedimientos.

El número de urgencias en estos últimos años ha crecido considerablemente, principalmente por la demanda de mujeres emigrantes y por el aumento del número de partos.

Los partos han aumentado un 21,2% entre 1999 y 2004 (de 3575 a 4538) así como las urgencias que han pasado de 12.745 en 1999 a 17.609 en 2004 (28,2% más)

No obstante, el espacio, realmente inadecuado para cualquier hospital terciario que se precie, sigue siendo el mismo que hace 30 años, rayando los límites del respeto y a la intimidad de cada persona. En un estudio realizado en 2004, de diciembre a julio, 756 mujeres fueron atendidas fuera de los espacios adecuados: 80% en sala de expectantes fuera del horario habitual, 9% en un pasillo y 6,9% en un paritorio.

Las condiciones laborales del personal también rayan el límite de lo aceptable por Salud Laboral.

Está generalizado el uso del protocolo dirigido y medicalizado en la asistencia al parto normal, sin tener en cuenta que el parto no es una enfermedad y que cada parto es único. Por lo general no se respetan los tiempos que una mujer necesita para parir. Las recomendaciones de la O.M.S. respecto al parto normal no siempre se siguen. Estamos de acuerdo que los avances tecnológicos están para usarlos cuando son realmente necesarios, pero no para ser generalizados a todas las mujeres, tanto si lo necesitan como si no. Mayoritariamente, tampoco se respeta la cultura del parto de las mujeres emigrantes aplicándose "nuestro protocolo de actuación dirigido y medicalizado".

Cuando una mujer desea un parto de otra manera, donde se respeten sus tiempos, sus posturas y todo lo que ella considera que necesita para su parto, y al mismo tiempo ser atendida por profesionales capaces de respetar sus deseos, debe recurrir a la privada ya que el hospital no dispone de un espacio especial donde se le pueda garantizar todo lo que ella considera necesario para su parto.

El puerperio inmediato de las dos horas después del parto no se realiza en Sala de Partos, como normalmente se hace en cualquier hospital que se precie.

A pesar de que en 5 años se ha pasado de 10 partos al día a una media de 13 diarios la cobertura de ese aumento en las necesidades para nada ha sido proporcional, ni en personal, ni en medios. Habría que reseñar que incluso en la Unidad de Partos el espacio físico ha disminuido.

No existe coordinación en la atención a las mujeres, ni a neonatos, entre Partos y Puerperio lo que hace que se puedan dar mensajes contradictorios.

El Método Canguro, cuya efectividad ha sido científicamente probada, está lejos de ser aplicada en neonatos.

Existe una realidad en el tema de la lactancia materna, las mujeres navarras están teniendo muchos problemas con este tema. Las orientaciones de los profesionales sanitarios no son unánimes a la hora de informar a las mujeres.

No todas las madres tienen acceso a la Visita Domiciliaria al RN y puérpera ya que dicha visita no está generalizada como obligatoria a toda la Atención Primaria.

Para el resto de la atención toco-ginecológica debemos reconocer que en Navarra disponemos de un buen servicio.

## **ALGUNAS PROPUESTAS**

### **Centros de Atención a la mujer**

- Sería necesario cambiar el nombre de los CAM por otro que refleje más la atención que se desea dar: dirigido a las mujeres y a los hombres para mejorar su salud sexual y reproductiva
- Adecuación tamaño del centro, nº de profesionales y frecuentación
- A corto plazo se va a edificar un nuevo Centro de Salud en Ansoain, valorar la posibilidad de aprovechar dicha construcción para "liberar" a Andraize y abrir un nuevo CAM en dicho centro.

- El CAM de Iturrama necesita una nueva ubicación y construcción: actualmente ha quedado desfasado y no reúne las condiciones mínimas de un centro sanitario.
- Revisión del perfil exigido a los profesionales que acceden a los puestos de Educador o Educadora. Revisar igualmente todo el tema de Educación Sexual y sus implicaciones. Implantar de nuevo los programas de ES y anticoncepción.
- Educación maternal. Que se permita la presencia de todas las parejas que así lo deseen. Que se revisen los contenidos de la educación maternal, orientándose hacia el hecho de que las mujeres son las protagonistas de sus partos, dueñas de sus propios cuerpos y que la tecnología y medicalización son para ser usados sólo cuando realmente se necesitan, teniendo en cuenta que el gran porcentaje de embarazos y partos son normales. Adecuar la educación maternal a las culturas de las mujeres emigrantes.
- Las matronas se impliquen en la realización de la Visita Domiciliaria a la puérpera y RN. Sólo algunas enfermeras de pediatría de la Primaria lo están haciendo.

### **Servicio de Obstetricia H. Virgen del Camino**

#### **Urgencias de toco-gine**

- La recepción de las mujeres en el servicio debería respetar la intimidad con un espacio adecuado, donde la mujer pudiera expresarse libre de oídos ajenos.
- Una mayor confidencialidad en el tema del maltrato, buscar la forma de que una mujer agredida no deba repetir la historia ante cada profesional.
- Que se amplíe el espacio de urgencias con el fin de que el personal sanitario pueda trabajar en unas condiciones dignas y la atención a las mujeres pueda ser más respetada.
- Que se generalice el protocolo de administración de la postcoital de los CAM, posibilitando que el personal de enfermería las administre por protocolo.
- Consentimiento informado veraz y de fácil comprensión de todos y cada uno de los procedimientos que se van al levar a cabo en su parto. Que se respeten los planes de parto de las mujeres desde la urgencia.
- Atención individualizada a las mujeres emigrantes respetando sus culturas en todas y cada una de las atenciones.

#### **Servicio de partos**

- Que se habilite una Unidad de Parto Normal, donde se respeten los deseos y tiempos de la mujer, que evite que el parto dirigido y medicalizado esté generalizado a todos los partos, tanto si es necesario como si no.

- Que se respeten las recomendaciones de la O.M.S. respecto al parto normal, así como los Planes de Parto de las mujeres.
- Información veraz y respetuosa de todo lo que ocurra durante el parto. Demanda de consentimiento ante cualquier actuación.
- Que se respeten las diferentes culturas de las mujeres emigrantes a la hora de parir.
- Postparto inmediato en la Unidad de Partos durante las dos primeras horas, que permita la intimidad, la primera puesta al pecho y el acogimiento del nuevo miembro de una forma respetuosa..
- Coordinación en la atención a las mujeres del Servicio de Partos con las Salas de Puérperas.
- Que se replanteen los espacios donde la mujer tiene que parir.

### **Lactancia materna**

- Que el Hospital Virgen del Camino se convierta en Hospital Amigo de los Niños. Que se unifiquen y se lleven a cabo criterios de actuación de actuación para la lactancia para todo el personal sanitario, independiente de su categoría profesional.
- Que se aplique el Método Canguro y se haga un servicio de puertas abiertas.

### **Visita Domiciliaria al RN y Puérpera**

- Que se generalice la visita domiciliaria al RN y a la Puérpera en todo Navarra y que exista la coordinación con el hospital de referencia.

### **Aborto**

- Que dejen de conculcarse los derechos de las mujeres navarras en este tema.
- Que se haga una lista actualizada de profesionales sobre la objeción de conciencia respecto al aborto.
- Que se pongan los medios y recursos que posibiliten que los abortos se realicen en Navarra sin problemas.
- Que los abortos espontáneos que ocurren en el hospital, tengan lugar en un espacio donde se respete la intimidad y el duelo.

### **Reproducción Asistida**

- Que se pongan los medios para que se puedan realizar en la Sanidad Pública.

# SISTEMAS SANITARIOS DE INFORMACIÓN. UNA VISIÓN GLOBAL.

## INTRODUCCIÓN

Existe un importante principio en el desarrollo de software, difícil de explicar y de comprender, pero que ha tenido una influencia decisiva en el fracaso de muchos grandes proyectos de software. El problema viene del hecho de que para resolver un problema concreto de software la solución más rápida, y por lo tanto, la que suele ser la preferida por los desarrolladores -y exigida por los analistas, que a su vez había sido la pauta por los directores de proyecto, pues era lo que habían vendido a los que habían comprado y pronto reclamado el software en cuestión- suele ser la peor solución, en el sentido que será aquella que sumada a otras rápidas y malas soluciones a problemas concretos irán construyendo un sistema cada vez más acoplado ("más chapuza, para entendernos") y en el que, finalmente, el intento de mejorar o simplemente cambiar algo se convierte, cada vez más, en una tarea titánica, imposible de asumir por el equipo de desarrollo. Se trata del clásico problema de falta de diseño, un corolario del principio de falta de visión a medio o largo plazo. Este problema es bien conocido, se ha formulado en multitud de ocasiones, pero no por ello se ha dejado de ignorar una y otra vez.

## EL ENTORNO INFORMÁTICO HOSPITALARIO

Un hospital de gran tamaño, entendido como un sistema de información, representa, sin ningún lugar a dudas, uno de los sistemas más difíciles de diseñar que existen. La exigencia, además, de integrar el hospital dentro del área de salud, de interoperar con otros hospitales y, al menos en el caso de los hospitales públicos, de ser considerados como una pieza de un sistema de información aún más amplio no hace más que aumentar, si cabe, la complejidad del Sistema de Información.

Todos los usuarios han de estar sujetos a las medidas de seguridad de nivel alto que establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de carácter personal que establece el Real Decreto 994/1999. Los sistemas, pues, han de auditar los accesos de los usuarios a los registros de muchas tablas de la aplicación.

Muchas partes de un sistema de información hospitalario han de funcionar las 24 horas del día, los 365 días del año. El impacto que puede producir una caída del sistema de información de un hospital puede considerarse muy grave. Los planes de emergencia en algunos casos no existen o pueden estar mal diseñados. Así, también el hardware que ha de albergar el software hospitalario debe ser muy sofisticado

para conseguir alta disponibilidad: clusters de servidores, redundancia de hardware, etc.

Además, resulta bastante evidente que en un gran hospital han de convivir distintos sistemas de información, muy heterogéneos, diseñados por diferentes fabricantes. Esta situación es muy difícil que vaya a cambiar en un futuro, pues muchos de ellos son muy especializados (electromedicina, PACS, laboratorios, etc.) y parece imposible concebir un único software que dé respuesta a toda la casuística de un hospital.

Existe, además la necesidad de ofrecer una interfaz intuitiva y fácil de manejar que oculte, en ocasiones, algoritmos muy complicados (traslados de cama, citación automática, citación múltiple, reprogramación masiva de citas), muy pesadas (estadísticas de todo tipo, cómputo de rendimientos, comparativas con grandes históricos). En muchas ocasiones, el usuario ha de compaginar la práctica asistencial con el manejo del ordenador. Usuarios que han de realizar procesos claves y que, en muchas ocasiones, no han recibido apenas formación sobre las aplicaciones que han de utilizar.

Éste es, a muy grandes rasgos, el escenario en el que nos movemos. Diseñar un sistema de información hospitalario es muy complicado. Conseguir que funcione no es únicamente un problema tecnológico. Como se ha repetido muchas veces, el factor organizativo puede ser aún más decisivo. Toda la organización en su conjunto, es decir, no sólo los informáticos y la dirección, ha de creer en las bondades del cambio que puede suponer la introducción de los sistemas de información en la gestión del hospital.

## **LA CONSTRUCCIÓN DE UN HIS**

¿Para qué diseñar un HIS (Health Information System), por qué no adquirir uno? Es evidente que la adquisición de un HIS tiene muchas ventajas, su implantación siempre es difícil, su coste suele ser muy elevado, pero la gran mayoría de hospitales han optado por esta vía. "Outsourcing" es la palabra de moda. Sin embargo, esta forma de proceder también tiene inconvenientes que muy rara vez se mencionan. Pensamos que el sistema de información de un hospital ha de devenir, en un futuro no muy lejano -si no lo es ya- en una pieza estratégica fundamental para el buen funcionamiento de la organización. El software que haya de implementar el núcleo funcional de la organización, no puede ser ni concebido, ni diseñado ni desarrollado completamente al margen de la organización. Va a ser demasiado decisivo en el futuro como para permitirnos el lujo de simplemente explicar los requerimientos funcionales que deseamos que tenga y retirarnos. La dirección operativa de la aplicación resultante también debe ser asumida por el hospital, o al menos éste habrá de participar activamente en ella. La organización

también debe ejercer el control sobre cómo ha sido diseñado y desarrollado ese software, pues en caso contrario, la empresa puede tomar decisiones que pueden ser muy perjudiciales a medio y largo plazo para el hospital.

La calidad interna del software que se obtenga va a tener un fortísimo impacto en las posibilidades de crecimiento y evolución constante a la que se tendrá que enfrentar el sistema resultante. Muchas aplicaciones no funcionan sencillamente por lo mal desarrolladas y nulamente diseñadas que están. Por supuesto, no estamos diciendo que el hospital deba desarrollar solo el HIS, simplemente planteamos la idea de que el hospital no puede estar al margen ni sobre la dirección, ni sobre el análisis, ni sobre el diseño ni sobre el desarrollo de este software tan importante. Entregarse completamente a una empresa puede devenir en un gran problema que se hace muy patente cuando las relaciones con la empresa se deterioran o si ésta desaparece. Que una empresa B deba asumir el mantenimiento de un software que sólo conocía la empresa A es una tarea muy complicada, por muy bien documentada que la tengamos (seamos honestos, ¿tenemos actualizada la documentación del software?). Este cambio será más sencillo si la propia organización no es completamente ajena a él.

Supongamos, pues, que decidimos desarrollar un HIS. La primera y gran pregunta habrá de ser qué incluimos en él y que es lo que dejamos fuera. Existen demasiados condicionantes particulares para que exista una única respuesta. El hospital tendrá que ser realista sobre sus posibilidades, asumir que existen subsistemas en su organización muy especializados que tendrá que externalizar e integrar.

El núcleo de los procesos asistenciales, lo que ya se conoce como un clásico HIS (admisión, urgencia, hospitalización, quirófanos, citación, etc.) parece claro que habrán de estar dentro, también la estación médica y la de cuidados de enfermería (aunque existen buenas aplicaciones especializadas en estos aspectos), así como el grueso de la documentación que forma el grueso de la historia clínica. Los sistemas departamentales ya es más difícil de analizar: diagnóstico por la imagen, laboratorios, anatomía patológica. Hay que evaluar el grado de acoplamiento entre estos subsistemas y el HIS central. La intercomunicación puede resultar insoportable conforme se vaya exigiendo cada vez más nivel de integración. En otros casos parece claro que la única opción es adquirir subsistemas de empresas externas: UCI, Reanimación, PACS, software de electromedicina.

En primer lugar, es fundamental, que los clientes se presenten al sistema, mediante nombre de usuario y contraseña o, aún mejor, mediante una tarjeta que contenga la credencial certificada por alguna autoridad competente. La autenticación del usuario y el perfil de autorización deben ser resueltos desde el principio, teniendo la organización toda la política de usuarios centralizada. La entrada del usuario al sistema se deberá validar contra este repositorio central, que será el que sepa que

privilegios tiene el usuario y tenga constancia de sus entradas y salidas, algo a lo que estamos obligados por ley. Esto no se ha hecho así desde el principio y puede costar un tiempo concienciar al colectivo de usuarios sobre la necesidad de acostumbrarse a la siempre engorrosa tarea de recordar contraseñas, tener que cambiarlas... Tenemos que ser serios: nos movemos, probablemente, en uno de los sistemas de información más confidenciales que existen. A cambio, deberíamos ser capaces de ofrecerles un sistema single-sign-on, esto es que los usuarios sólo tengan que autenticarse una vez, en lugar de estar obligados a presentarse una y otra vez a cada uno de los subsistemas en los que estuvieran autorizados.

## **INTEGRACIÓN DE SISTEMAS**

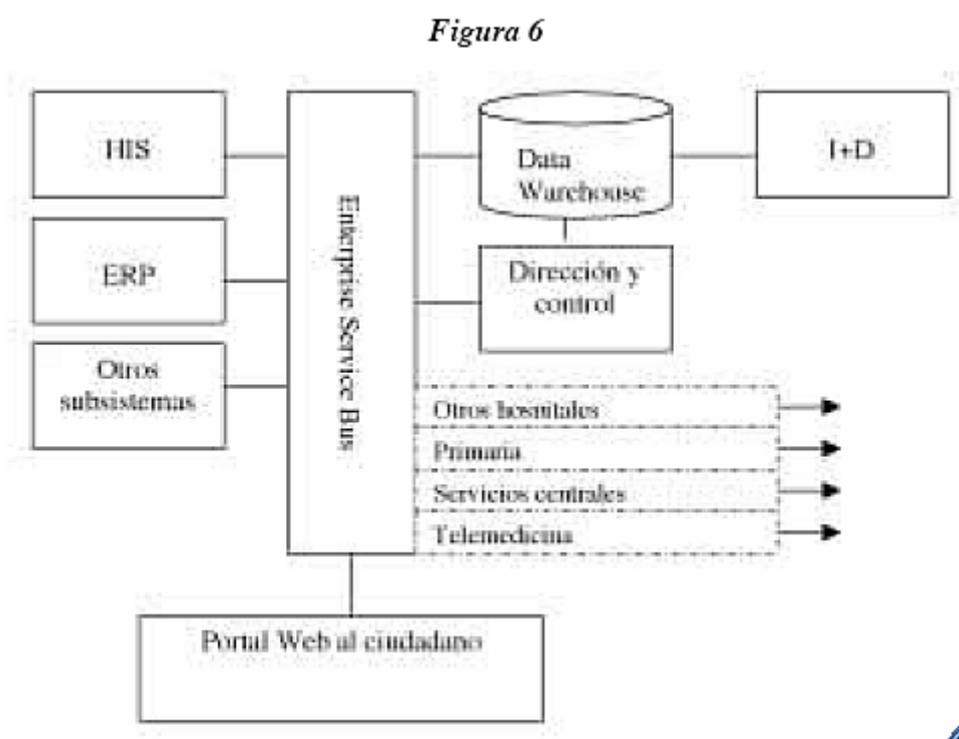
Supongamos, y es mucho suponer, que hemos conseguido desarrollar este HIS. Nos había quedado claro que una variedad de subsistemas quedarían fuera de nuestro HIS, serían productos de empresas externas, aplicaciones opacas en cierto sentido para la organización. ¿Cómo integramos todos estos subsistemas con el HIS central?

Por otra parte, cada vez se nos está exigiendo más integración entre todo el mundo no sanitario (gestión económica, personal, suministros, etc.) y la parte clínico-asistencial. Coste por proceso clínico, descentralización de las peticiones a suministros, contratos de gestión con los servicios, y muchos ejemplos más.

El problema de la integración de sistemas se ha de considerar como un proyecto en sí, y dimensionarlo al alza de una vez. En muchas ocasiones se han ido resolviendo los problemas de integración uno a uno, sin una visión más general y a largo plazo. El resultado puede convertirse en un espagueti difícil de digerir.

## PROPUESTA DE ARQUITECTURA DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN HOSPITALARIO

Falta unir todas las piezas que hemos venido comentando, añadir algunas más y dibujar un mapa que pudiera reflejar la arquitectura software de un hospital con un alto grado de informatización (el famoso hospital sin -muchos- papeles), un hospital que respondiera en gran medida a las necesidades que se nos vienen exigiendo desde hace tanto tiempo. La figura de abajo refleja nuestra propuesta al respecto.



Hemos puesto el ERP (Enterprise Resource Planning) y el HIS como sistemas independientes interconectados a través del bus de integración. No hay que olvidar que la integración a través del bus es siempre un mal necesario, no una panacea que ha de resolver todos los problemas.

Consideramos necesaria la adquisición de un Data Warehouse en el hospital. Este ha de servir de repositorio de datos consolidados y ser la fuente de información fundamental que dé soporte a los programas de investigación que se diseñen, descargando de este tráfico a los sistemas de producción. La dirección del hospital también hará un uso intensivo del Data Warehouse mediante herramientas de ayuda a la toma de decisiones, elaboración del cuadro de mandos integral, análisis de tendencias, data mining, etc. Sin embargo, la dirección también habrá de tener conexión on-line semidirecta a los sistemas de producción, si realmente desea

estar al tanto de qué es lo que está ocurriendo ahora mismo en nuestro hospital (presión de urgencias, índice de ocupación, monitorización del presupuesto, etc.).

El omnipotente bus de integración también tiene la función de servir como puerta de entrada y salida a/desde el exterior. Por un lado para conectarnos con atención primaria, fundamentalmente para que atención primaria tenga la posibilidad de acceder a la parte de la historia clínica que pudiera ser de su interés. También la conexión entre hospitales sería una conexión inter-buses.

Otro problema que ha aparecido desde hace ya cierto tiempo es la necesidad que tienen los servicios centrales de los gobiernos autónomos de obtener información de los hospitales y otras instituciones sanitarias para poder agregarla y analizarla. Lista de espera quirúrgica y de exploraciones centralizada, comparación de CMBDs y GRDs, estudios epidemiológicos, facturación intercentros, gestión de personal y muchos y muy complejos procesos se pueden incluir aquí. Desde el intercambio de disquetes al envío de ficheros por correo electrónico (seguramente ilegal) se plantea desde hace tiempo basar esta comunicación a través de un intercambio de mensajes securizado entre los buses de integración de las distintas instituciones sanitarias y el que residiese en la propia Consejería de Salud.

Por otro lado, también las instituciones sanitarias necesitan que los servicios centrales les provean de información referente, por ejemplo, a tarjeta sanitaria y tipo de filiación de los pacientes, acceso a un repositorio centralizado de información común como centros, servicios, prestaciones, tasas, etc.

Finalmente, otro proyecto que consideramos esencial en un hospital como el que venimos describiendo es el portal al ciudadano. No se trata únicamente de diseñar la página web del hospital, sino de desarrollar una aplicación, web en este caso, por supuesto, que le ofrezca al ciudadano la posibilidad de interactuar con el hospital. Aún hay dudas razonables sobre el contenido funcional de esta aplicación, pero lo que parece evidente es que la tendencia deberá ir por el camino de dotarla de más capacidad de producir eventos en nuestros sistemas, no sólo de servir de un mero panel informativo. La posibilidad de que los usuarios dispongan de certificados digitales ayudará en gran medida a ello. Muchos gobiernos autónomos han reconocido estas posibilidades y se han convertido ya en Autoridades Certificadoras oficiales.

## RESUMEN Y CONCLUSIONES

Entre el dilema de construir un sistema de información hospitalario o adquirir un producto comercial, abogamos por la primera opción. No creemos en la existencia de un hospital estándar y la parametrización y adaptación de un producto externo a un entorno concreto siempre será costosa, en todos los sentidos del término. Además, el producto final obtenido siempre se verá condicionado por el hecho de no haber nacido desde la organización. Por supuesto, un hospital no va a poder desarrollar solo un sistema de información hospitalario integral. Por esta razón, necesitaremos de empresas de software que nos ayuden a ello. Sin embargo, pensamos que el modelo de externalización del desarrollo que se ha seguido normalmente no es el correcto. El sistema de información de una organización hospitalaria ha de devenir en una pieza demasiado estratégica como para limitarnos a dirigir y coordinar a agentes externos. La organización ha de contar con técnicos que no vean las aplicaciones como meras cajas negras. El diseño e incluso la codificación de las aplicaciones que se desarrollen ha de ser al menos conocido y codecido por técnicos informáticos del hospital y garantizar así un producto con la calidad y bondades suficientes como para responder a las necesidades actuales, pero también las que se requerirán de ellas a largo plazo.

Obviamente, no todos los módulos de un gran sistema de información hospitalario van a poder desarrollarse. Algunos de ellos, PACs, sistemas de electromedicina, laboratorios, etc., deberán adquirirse fuera. Por este motivo, resultará fundamental para el éxito de una empresa de tal envergadura el disponer de un motor de integración que nos permita a medio plazo la construcción de un bus de servicios hospitalario. Este bus servirá tanto para la integración dentro del hospital como para su conexión con el exterior: atención primaria, servicios centrales, otros hospitales y centros.

Bibliografía/Documentos de apoyo.

Java en un entorno hospitalario. Ricardo Garica Mataix. (Hospital de la Fe de Valencia)