



26 de octubre de 2021

PROPUESTA PARA LA ELABORACIÓN DE UNOS PRESUPUESTOS SOCIALES, SOLIDARIOS Y SOSTENIBLES QUE FORTALEZCAN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE NAVARRA

1. El escenario presupuestario, hacia un 6,5% del PIB en gasto sanitario público. El presupuesto global del Departamento de Salud para 2022 alcance la cifra de 1.397.943.073 de euros

A pesar de todas las declaraciones públicas de diferentes responsables del Departamento de Salud en el sentido de priorizar y fortalecer el sistema público de salud, es histórica la infrafinanciación que el Sistema Público de Salud lleva arrastrando.

La crisis de la COVID no ha hecho sino mostrar y agudizar todas las debilidades y e insuficiencias que se han venido denunciando desde las organizaciones defensoras de un sistema público de salud fuerte y eficiente.

El gasto Sanitario Público debe alcanzar el 6,5% del PIB de Navarra, que supone que el presupuesto global del Departamento de Salud para 2022 alcance la cifra de 1.397.943.073 de euros

Nuestra propuesta se justifica tomando como referencia el PIB de 2019 y según las estimaciones del Gobierno de Navarra del PIB del 2020 y del crecimiento de este para los años 2021 y 2022, (Ver tabla 1 del anexo)

Si tomamos como referencia, que el Departamento de Salud debería haber invertido en los últimos años al menos el equivalente al 6,5% del PIB, podemos ver que desde el año 2016 hasta el 2020, se ha dejado de presupuestar para salud más de 800 millones de €, aproximadamente 5 veces el presupuesto que se dedica en un año a la Atención Primaria de Salud (AP).

Por todo ello creemos que se necesitan actuaciones urgentes e inmediatas y que no pueden retrasarse más.

Se necesita consolidar esta cantidad a futuro como punto de partida para ir convergiendo con los países y regiones de nuestro entorno con similar nivel de renta.

2. No enmascarar el crecimiento del presupuesto con los gastos COVID o los Fondos Europeos.

Es importante insistir en que el presupuesto "ordinario" no contemple los gastos extraordinarios originados por la pandemia COVID, que son intensivos y puntuales. En coherencia con las declaraciones públicas de nuestros responsables políticos y de gobierno, si la salud es lo primero, situaciones extraordinarias requieren presupuestos extraordinarios.

En 2021 se publicó un crecimiento del 7,9%, pero si descontamos las partidas que se destinaban al COVID, el crecimiento real respecto al año 2020 es sólo del 1,2%.

Gastos Covid y Fondos Europeos. Partidas extraordinarias para gastos extraordinarios.

Pero la situación es mucho más grave. El cierre del presupuesto de Salud para el año 2020 supuso 1.277.651.000 euros, por lo que comparando con el presupuesto consolidado para 2021, incluso incorporando el gasto extraordinario por COVID, (1.262.303.000 euros en agosto de 2021), supone que tenemos una reducción del gasto del 1%!

Con esta situación no se puede creer que se está apostando por las inversiones en salud y que se quiere reforzar la AP.

Tampoco procede incluir en el presupuesto ordinario planteado, las partidas que están financiadas con los fondos europeos.

El objetivo de estos fondos es el de generar cambios estructurales, en los modelos económico y sociales, que permitan sentar las bases de sistemas públicos de atención más equitativos y solidarios, corrigiendo deficiencias de financiación. Por ello, su función no es sustituir una insuficiente financiación estructural, y es preciso consolidar unos presupuestos coherentes y sostenibles, financiados por los impuestos ordinarios.

Los fondos REACT-UE, se han enfocado mayoritariamente a gastos de inversiones y las necesidades del sistema van mucho más allá de las inversiones.

No diferenciar estas partidas presupuestarias e incorporarlas como gasto ordinario supone un enmascaramiento del compromiso público con el funcionamiento estable de Salud y el impacto fiscal que requiere crear una estructura solidaria y sostenible en el tiempo mediante la recaudación presupuestaria ordinaria.

Destacar nuevamente que, a pesar de todas las declaraciones públicas de apoyo a la AP, la mayoría de las inversiones se destinan a inversiones de alta tecnología de los hospitales.

En resumen, de los 147.892.035,00€ de REACT-UE, el 22% se destinan a salud y de estos 19,3 millones son inversiones en AP (60%), pero cuando analizamos los diferentes fondos europeos que el Departamento de Salud tiene previsto destinar en inversiones en los próximos años (información a 09/10/2021), el gasto previsto para AP es del 35%, estando la mayoría de la inversión destinada a equipamientos de alta tecnología del Hospital Universitario de Navarra.

3. Reequilibrar las Prioridades. Distribución por conceptos de gasto

Tan importante como definir el marco presupuestario global y una financiación suficiente, es redefinir las prioridades y adecuarlas a las necesidades que el sistema de atención en salud necesita. Una justificación habitual para no incrementar presupuestos en salud es que sólo serviría para hacer más de lo mismo.

Es necesario cambiar radicalmente las prioridades y acometer las reformas pendientes y que proponemos que giren en los siguientes ejes, que en apartados siguientes se describen con más detalle.

Incrementar notablemente la financiación de la Atención Primaria de Salud. Proponemos que en 2022 se alcance el 18% del total del gasto, para alcanzar el objetivo del 20% en 2023.

Incrementar el presupuesto destinado a los Servicios de Salud Pública, impulsando políticas de promoción y prevención de salud, priorizando planes para luchar contra la desigualdad en salud que tan evidentemente ha dejado al descubierto la pandemia, Alcanzar el 2,5% del presupuesto global, excluido el gasto en vacunas.

Acometer un cambio radical del modelo Hospitalario. Su presupuesto (excluida la farmacia) no debe superar el 47% del presupuesto total de gastos del Departamento de Salud.

El gasto total en productos farmacéuticos (extrahospitalario, hospitalario y vacunas) no debe suponer más del 20% del gasto total.

Iniciar la reversión del gasto en conciertos, definiendo un calendario horizonte de publicación de servicios. Los nuevos servicios a incorporar se deben realizar mediante contratación directas de profesionales y no mediante acuerdos, conciertos, o convenios.

Garantizar el presupuesto necesario para la organización de la Red de Salud Mental (Plan Estratégico 2019-2023) mediante un modelo de atención comunitaria, que incluya atención domiciliaria, intervención en crisis y atención no programada.

4. La Atención Primaria el eje del Sistema. De las palabras a los hechos

Poco se puede añadir a lo conocido sobre la urgencia de acometer una reforma y un impulso a la desgastada Atención Primaria. Desde nuestra Asociación hemos denunciado periódicamente la falta de una estrategia clara para fortalecerla y reorientarla. En esa línea hemos hecho innumerables propuestas concretas que hasta ahora no han sido atendidas. En ausencia de compromisos con colectivos y ciudadanía, el Parlamento ha marcado algunas directrices para evitar el deterioro y revertir la situación.

Desde nuestra asociación seguiremos insistiendo y creemos que la aprobación de los próximos presupuestos de 2022 es la ocasión definitiva para pasar de las declaraciones públicas a los hechos.

Resumimos continuación las acciones que se requiere desarrollar, que hemos descrito en anteriores documentos y necesitan un respaldo presupuestario para su desarrollo.

- Centros de AP accesibles. Incrementar la atención presencial. Incorporación de instrumentos e incentivos y modos de gestión para aumentar la capacidad resolutoria en el primer nivel de atención
- Abordaje e impulso a la atención de la comunidad y la promoción de salud. Gestión de la salud mediante una atención integral (visión holística), el abordaje de los determinantes de la salud de cada entorno, atención a entornos como centros educativos, o centros para personas ancianas. Atención a colectivos desfavorecidos, riesgos laborales o colectivos en situación de especial vulnerabilidad.
- Definir el trabajo y el rol de la AP como soporte al trabajo de las residencias, centros ligados a la discapacidad y centros sociales.
- Potenciar la Atención Domiciliaria, los servicios que se prestan en los hogares de las personas con necesidades sociales y sanitarias complejas, si quieren ser realmente efectivos, requieren el trabajo de equipos multidisciplinares que, partiendo de la evaluación integral, elaboren planes individualizados conjuntos entre servicios sanitarios y sociales, tengan capacidad de gestionar los recursos necesarios y que, además, ofrezcan una prestación continuada que evite las lagunas de los fines de semana y festivos y prevenga la institucionalización de las personas más frágiles.
- Redefinir el papel del personal administrativo, crear un nuevo perfil con nuevas capacidades, competencias y contenidos para un soporte más efectivo e integrado de la atención en salud.

Para poder desarrollar estas acciones consideramos imprescindible que en los presupuestos de año 2022, la parte correspondiente a AP suponga el 18% del gasto total con el objetivo de que al final de la legislatura este gasto sea del 20%. Una gran parte de esta incorporación presupuestaria se dirigirá al capítulo 1 de contratación de personal.

Esto supondría que en relación con lo presupuestado en 2021 (sin gastos extraordinarios COVID), AP podría contar con 80 millones más que deberían dirigirse prioritariamente a:

- a) Reforzar las plantillas en las áreas de enfermería y trabajo social en Zonas Básicas Prioritarias. Incrementar la plantilla con 20 profesionales de enfermería y 10 de Trabajo social.
- b) Reforzar plantillas de medicina de familia y pediatría incrementando en 20 profesionales para reducir cupos.

Coste estimado: 3.200.000 euros.

- c) Reconocimiento y apoyo a profesionales de AP. Equiparación de conceptos retributivos con los profesionales de otros niveles asistenciales (Hospital) y/o incentivar las especiales características del trabajo de AP.:
 - El complemento de Destino de Medicina de EAP y Pediatría de EAP, pase a ser del nivel 8 y el Complemento específico al 51,31% (ambos iguales que los de FEA/Adjunto de Hospital, urgencias, SEU)
 - El Complemento de Destino de Enfermería y de Trabajo Social, pase a ser del nivel 5.
 - El personal Administrativo de AP, nivel C y el complemento de Destino pase a ser del nivel 5 y el Complemento específico del 30,61%.

Coste estimado: 7.500.000 euros.

- d) Implementar el plan de rehabilitación funcional basado en un nuevo modelo de organización territorial, Distritos, con inversión en espacios adicionales, e incorporación de profesionales de fisioterapia y terapeutas ocupacionales en la red de AP de Distrito. Incorporar 10 fisioterapeutas y 5 Terapeutas ocupacionales:

Coste estimado: 10.200.000 euros

- e) Desarrollo de un modelo territorial basado en distritos que refuerce las competencias de la Atención Comunitaria, reordene la atención continuada y urgente, apoye una mejor integración sociosanitaria y potencie la Atención Domiciliaria en AP, contando con servicios de apoyo de nivel de distrito. Incorporar 14 Trabajadoras Sociales de Distrito, 15 profesionales de medicina de distrito, 100 profesionales de enfermería comunitaria de distrito provenientes de las plazas Covid, 25 administrativas y 15 profesionales de psicología.

Coste estimado: 9.800.000 euros

- f) Desarrollo de experiencias piloto de tipo distrito para proporcionar servicios de podología, prevención de riesgos laborales en pequeñas empresas. Contratación de 5 profesionales de podología y 5 tecnic@s en riesgos laborales.

Coste estimado: 600.000 euros

- g) Desarrollar e implantar un Plan para incentivar y fomentar las actividades de formación, tanto de grado como posgrado (Formación Sanitaria especializada), reconociendo y planificando tiempos específicos para estas actividades, cupos reducidos, intensificación de plazas, etc. tanto de profesionales de medicina como de enfermería. Incorporar como profesorado asociado a 100 profesionales.

Coste estimado: 500.000 euros

- h) Desarrollo de un Plan de infraestructuras e inversiones para Atención Primaria, que permita la incorporación de nuevas actividades en centros de salud, renovar centros existentes y poco adecuados a las nuevas modalidades de atención actuales y futuras y que deben orientarse a apoyar las modificaciones estratégicas del modelo de AP, (Modificar espacios administrativos, trabajo en equipo de unidades administrativas, incrementos de plantilla e incorporación de nuevas prestaciones, espacios para conexión virtuales. Videoconferencia de usuarios, con apoyo personal centro. Sesiones conjuntas. Conexión con centros Hospitalarios. Prioridad Centros rurales, desarrollo de infraestructuras tecnológicas de comunicación en la totalidad de Centros de Salud.

Coste estimado: 20.000.000 euros

5. Desarrollo de Servicios de Salud Pública basados en la Atención Primaria.

Proponemos que el gasto en el desarrollo de servicios de salud pública suponga (excluidos los fármacos/vacunas) el 2,5% del gasto total del departamento.

Entre otras acciones se propone la implantación progresiva de equipos multidisciplinares que sirvan de apoyo y mejoren la capacidad resolutoria de la AP.

Mejora de la equidad mediante una estructura territorial adecuada que integre la salud pública con la atención primaria, en especial reforzando las competencias de salud pública y comunitaria que le corresponde a la Red de Atención Primaria.

Desarrollar Servicios de Salud Pública de Distrito que presten apoyo a los EAP en las áreas siguientes:

- a) El ámbito laboral es un componente que pesa mucho a la hora de determinar el estado de salud de las personas y las comunidades. Actualmente hay numerosos colectivos laborales que no disponen de recursos preventivos o que estos son insuficientes, igualmente el sistema sanitario público (SSP) atiende múltiples daños de las y los trabajadores que constan como de origen común. La administración pública debiera disponer de recursos para realizar actuaciones preventivas sobre las exposiciones laborales de estos colectivos. Estas y estos profesionales de la prevención debieran prestar sus servicios en donde acuden estos trabajadores/as, a saber, en la atención primaria de salud

Incorporar a los Distritos de Salud, personal de Salud Laboral, contratando 5 Técnicos Superiores y 8 técnicos de Prevención de Riesgos Laborales

Coste estimado: 550.000 euros

- b) Desarrollo e impulso a los programas de salud comunitaria, conforme a los activos de salud de cada territorio específico y de la evidencia mostrada, cada centro o zona, adopte un modelo propio de salud comunitaria y que definiera los recursos que piensa destinar a ello. Profesionales de nivel B en desarrollo y promoción de la Salud Comunitaria:

Coste estimado: 600.000 euros

- c) Apoyos en gestión clínica y procesos asistenciales, vigilancia y análisis epidemiológico. Técnico/a Superior en Salud Pública de apoyo a la AP:

Coste estimado: 750.000 euros

6. Una Salud Mental más comunitaria

Nos encontramos en un contexto de una Salud Mental fuertemente medicalizada y con importantes problemas para dar una atención equitativa a grupos vulnerables.

Además, la pandemia de COVID-19 ha afectado a la salud de las personas, pero también a sus objetivos, su dinámica familiar, su rol laboral y su estabilidad económica. En este sentido, constituye una crisis global sin precedentes que ha ejercido un impacto sobre la salud mental a través de múltiples mecanismos de forma simultánea, y que requiere una actuación urgente.

Por ello se considera prioritario:

- a) Priorizar la integración de los servicios de salud mental en la atención sanitaria general y desarrollar más los servicios de salud mental comunitarios, apoyo al primer nivel de atención dirigido a los grupos de población vulnerables. Incorporación de 10 profesionales de Psiquiatría y Psicología de apoyo a AP.

Coste estimado: 800.000 euros

- b) Desarrollo de servicios públicos de salud mental en recursos de atención en media estancia, atención a las adicciones, control de los conciertos y actividades externalizadas a instituciones y asociaciones que se desarrollan en el ámbito de la Salud Mental

Coste estimado: 1.000.000 euros

- c) Definir e implantar un plan para el control de las indicaciones y dispensación de psicofármacos (ansiolíticos y antidepresivos)

7. La reforma pendiente de los Hospitales. Humanización e integración.

Falta acometer una verdadera reforma del sistema hospitalario, con un peso excesivo en los presupuestos de salud y cuyas partidas siguen creciendo anualmente de forma continua.

Incluso con el COVID la mayoría del gasto extraordinario se ha dirigido a los hospitales, cuando la AP ha soportado la mayor carga en la resolución del problema.

Una reforma largamente pospuesta con una gestión de hospitales anclados en una visión más propia del siglo pasado que de la exigente complejidad de los problemas de salud de hoy.

Es necesario repensar el modelo vigente de los servicios médicos de los hospitales, en el sentido de orientarlos a la creación de equipos multidisciplinarios responsables de ofrecer servicios integrados y continuados durante todo el ciclo de la enfermedad, los cuales deberían acabar convirtiéndose en referentes para los pacientes y para los equipos de atención primaria.

Se necesita la configuración de un nuevo concepto de hospital, su dimensión, racionalizar el uso de camas hospitalarias de agudos, incorporar recursos de media estancia, así como reformular su estructura y sus procesos para una mayor integración de los servicios médicos y mejoras en los flujos de pacientes.

Ambulatorizar procesos, médicos y quirúrgicos, unidades de media estancia, así como mejorar los procesos de programación de las altas, que implica anticipar el alta de los pacientes, una vez que ya no necesitan atención hospitalaria, y evaluar sus necesidades de atención continua en el hogar, en lugar de mantenerlos en el hospital y que implica transferencia de actividades y recursos a niveles más eficientes, fundamentalmente de AP.

Algunas acciones previstas en la Estrategia de Humanización como las habitaciones individuales, facilitar la estancia de acompañantes que se ven obligados a acompañar fuera de su localidad a pacientes, incrementar los cuidados al final de la vida en domicilio con soporte de cuidados paliativos generalizado, o mejoras en las infraestructuras de atención al parto y puerperio para poder llevar a cabo nacimientos mejor acompañados serían requisitos necesarios para la adaptación.

Igualmente se trata de contemplar la adecuación de los recursos humanos, a las importantes reducciones de actividad que se han producido en el ámbito hospitalario (Urgencias, consultas, ingresos, etc.), y liberar los fondos asignados a prestaciones catalogadas por autoridades y sociedades científicas como de "No hacer".

- a) Racionalizar los recursos hospitalarios. Reducción de plantillas en servicios supra dimensionados
- b) Mayor apoyo a los Hospitales Comarcales. Incentivar la permanencia de los profesionales y desarrollos de itinerarios profesionales atractivos.

Coste estimado: 1.000.000 euros

- d) Incentivar proyectos integradores e inter-niveles asistenciales.
- c) Definir un plan de inversiones con eje en el Plan de Humanización. Reformas y mejoras en el antiguo Hospital Virgen del Camino y en el Maternal.

Coste estimado: 3.000.000 euros

- e) Plan de renovación de equipamiento tecnológico. Optimización del existente. No se incorpora propuesta ya que se van a financiar por fondos europeos.

8. Investigación y formación

El control y prevención de las próximas epidemias, infecciosas o no, pasan por el incremento de la testimonial inversión actual en investigación. No podemos dejar la formación en manos de la industria que la orienta a la prescripción o utilización de tecnologías que requieren ser auditadas previamente por profesionales del sistema público.

Destinar el 0,5% del presupuesto para formación e investigación

Implantar políticas para el desarrollo de proyectos de investigación en Atención Primaria.

En formación definir una política de incentivos para la incorporación y reconocimiento de los y las profesionales en la formación pregrado y postgrado (Formación Sanitaria Especializada), tutorías, disponibilidad de tiempo, etc.

9. Control del gasto. Farmacia y Conciertos.

Control del gasto farmacéutico. Dejar de hacer. Una de las áreas de mejora de la eficiencia y de reconfiguración de las prioridades es contener y revertir el Gasto farmacéutico. Aunque las partidas destinadas a este gasto no se han incrementado mucho globalmente (no pasa lo mismo en los hospitales), siguen teniendo mucho peso en el Presupuesto total, algo más del 22%.

El control del gasto farmacéutico se debería basar, entre otras medidas, en un mayor alcance de las políticas ejecutivas de la Subdirección de Farmacia; en un incremento del gasto de la partida de racionalización del gasto farmacéutico y en un exhaustivo control de tratamientos que no hayan demostrado una evidencia relevante en la mejora de la Salud tanto en calidad de vida como en supervivencia.

Desarrollo de programas especiales de seguimiento a las áreas de Oncología y Salud Mental por originar mayores volúmenes de gasto o de efectos no deseados, así como a las estrategias de conciliación. Contratación de profesionales para seguimiento específico de estas áreas.

Proponemos que se desarrollen acciones que limiten el gasto total destinado a la compra de productos farmacéuticos, a 20% del total del Gasto del Departamento.

Revertir los conciertos. Invertir en el sistema público. La asignación de cantidades importantes del presupuesto a las partidas de los conciertos es otra de las asignaturas pendientes de los responsables sanitarios.

A lo largo de esta crisis generada por el Covid, hemos visto como sistemáticamente se han estado derivando pacientes a centros privados, cuando había recursos públicos disponibles.

En muchos casos parece haberse querido mostrar que los centros privados tenían mayor capacidad de atender con más seguridad frente a la covid-19 que nuestros propios centros hospitalarios públicos, que hemos mantenido cerrados cuando según los pocos datos publicados el riesgo de enfermar de las/os trabajadoras/es de los centros privados hospitalarios era mayor que en los públicos.

El gasto en concierto no debe superar el 5% del presupuesto total. Los servicios concertados en Salud Mental en atención no ambulatoria son excesivos y se necesita dotar al sistema público de servicios propios reutilizando las infraestructuras existentes.

Los conciertos y convenios únicamente se podrán realizar con entidades sin ánimo de lucro, que garanticen una atención sanitaria de calidad y al menos con las mismas garantías que las ofrecidas dentro del sistema sanitario público.

Anexo

Tabla 1: Escenario General

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2021	2022
					provisional	Con COVID	Sin COVID	
PIB de Navarra	18.747.249.000	19.528.873.000	20.282.492.000	20.973.354.000	19.232.565.618	20.482.682.383		21.506.816.502
Variación anual		4,17 %	3,86 %	3,41 %	-8,30 %	6,50 %		5,00 %
Presupuesto Departamento de Salud								
Inicial	987.009.444	1.041.642.113	1.059.279.094	1.087.255.815	1.162.306.559	1.253.632.156	1.176.771.141	1.397.943.073
Consolidado	1.054.206.000	1.054.206.000	1.081.999.000	1.121.173.000	1.277.651.000			
Porcentaje en relación a PIB								
Inicial	5,3 %	5,3 %	5,2 %	5,2 %	6,0 %	6,1 %	5,7 %	6,5 %
Consolidado	5,6 %	5,4 %	5,3 %	5,3 %	6,6 %			
Diferencia Presupuesto con 6,5% PIB								
Inicial	231.561.741	227.734.632	259.082.886	276.012.195	87.810.206	77.742.199	154.603.214	0
Consolidado	164.365.185	215.170.745	236.362.980	242.095.010	-27.534.235			

Gasto Publico en salud. 2019

	Millones de euros	% PIB	€ por habitante
Navarra	1.121	5,3	1.686
España	81.590	6,6	1.732
Alemania	341.326	9,9	4.108
Austria	31.209	7,9	3.515
Bélgica	38.987	8,2	3.393
Dinamarca	25.934	8,3	4.460
Finlandia	17.128	7,1	3.102
Francia	225.627	9,3	3.355
Irlanda	17.736	5,0	3.594
Países Bajos	68.068	8,4	3.924
Reino Unido	200.071	8,0	2.995
Suecia	43.990	9,2	4.280

Tabla 2: Propuesta de Distribución Global presupuesto 2022. Referencia del presupuesto inicial 2021

Distribución financiación 2022	€	% s/Total	€	5 s/Tot	Observación Pto 2021
Atención Primaria	251.629.753	18,0 %	173.020.711	14,7 %	Incluye Sub. Urgencias
Hospitales (Excluyendo Farmacia y SM)	657.033.244	47,0 %	650.757.142	55,3%	Incluye Gasto farmacia y SM hospital
Farmacia Total	279.588.615	20,0 %	267.090.756	22,7 %	Incluye Gasto Hospitalario y gasto ISPyL
Salud Publica Y Salud Laboral (sin vac)	34.948.577	2,5 %	26.296.919	2,2 %	Incluye gastos de Vacunas
Salud Mental	55.917.723	4,0 %	36.876.631	3,1 %	Solo Gerencia de SM
Investigación Y Formación	6.989.715	0,5 %	6.261.089	0,5 %	
Conciertos	69.897.154	5,0 %	78.998.749	6,7 %	
Resto actividades	41.938.292	3,0 %			
TOTAL	1.397.943.073	100,0 %			

La Tabla 2 es un cuadro resumen de la distribución por apartados principales, en números absolutos y % sobre el total propuesto. Para comparar se toma como referencia el presupuesto de 2021 con las siguientes observaciones.

La propuesta es valorar la cantidad absoluta, además del % que se propone, pues es preciso adecuar las estructuras de gestión al incremento o decremento reflejados.

En el Presupuesto 2021, la suma de porcentajes no es 100, ya que se superponen partidas incluidas y agregadas en diferentes apartados.

En el 2021, el gasto Hospitalario incluye el gasto farmacéutico y el gasto de los Servicios de SM integrados en el Hospital (CSM de las Áreas de Estella Y Tudela, Hospitalización y H. De días del CHN y Área de Tudela (no se diferencian en los presupuestos).

El gasto en SM solo contempla el gasto adjudicado a la Gerencia. No incorpora el Gasto de los servicios adscritos al CHN, ni los centros de SM de las áreas de Estella y Tudela.

El gasto en Farmacia para 2022 es el agregado de todas las partidas de Fármacos, que a su vez están incluidas en sus ámbitos (hospitalario, vacunas en ISPLN, SM).