
Salud

PROGRAMA 500: DIRECCIÓN Y SERVICIOS GENERALES DE SALUD

Unidad responsable: Dirección General de Salud

Objetivos/ Acciones/ Indicadores del programa.

DIRECCIÓN GENERAL

01. Control y tutela del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

- 01.01 Planificación, inspección y control de las actividades, centros y servicios.
- 01.02 Evaluación de actividades, centros y servicios.
- 01.03 Proponer modificaciones en la estructura orgánica, así como de creación y supresión de centros y servicios.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
01.00.01 Actos y resoluciones dictadas por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea	4800	4800

Explicación de la ejecución e información adicional:

02. Control y tutela del Instituto Navarro de Salud Laboral.

- 02.01 Planificación, inspección y control de las actividades, centros y servicios.
- 02.02 Evaluación de actividades, centros y servicios.
- 02.03 Proponer modificaciones en la estructura orgánica, así como de creación y supresión de centros y servicios.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
02.00.01 Actos y resoluciones dictadas por el Instituto Navarro de Salud Laboral	130	130

Explicación de la ejecución e información adicional:

03. Planificación, evaluación y alta dirección en materia de salud pública y de asistencia sanitaria.

- 03.01 Proponer reformas normativas.
- 03.02 Incoación y resolución de expedientes sancionadores.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
03.00.01 Expedientes sancionadores incoados	340	340

Explicación de la ejecución e información adicional:

04. Gestión económico-presupuestaria y contabilización del presupuesto de gastos e ingresos del Departamento de Salud.

04.01 Coordinar y realizar las tareas inherentes a la elaboración del presupuesto.

04.02 Contabilización de todas las operaciones de gastos e ingresos de los trece centros gestores del Departamento, incluyendo las modificaciones presupuestarias.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
04.02.01 Expedientes de gastos	2000	2668
04.02.02 Expedientes de ingresos	400	329
04.02.03 Anticipos de caja fija	65	45
04.02.04 Traspasos de deudores a la AE	40	-
04.02.05 Asociaciones subvencionadas mediante ayudas a programas de salud	4	4

04.03 Realización de las operaciones relacionadas con el cierre del presupuesto del ejercicio.

Explicación de la ejecución e información adicional:

05. Contratación de servicios en las materias propias del Departamento.

05.01 Tramitación de resoluciones y órdenes forales (contratación, renovación de contratos, etc.) 5

Explicación de la ejecución e información adicional:

06. Gestión técnico-administrativa y de personal del Departamento de Salud.

06.01 Asesoramiento en materia jurídica a los diferentes servicios del Departamento y a la Consejera titular del Departamento.

06.02 Asesoramiento en materia de procedimientos administrativos, dictando en su caso instrucciones y circulares.

06.03 Preparación y tramitación de los asuntos que se elevan a la consideración del Gobierno de Navarra y a la Consejera titular del Departamento.

06.04 Elaboración de normas, disposiciones y actos administrativos.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
06.00.01 Órdenes forales, resoluciones, decretos forales y acuerdos de gobierno	101	101
06.00.02 Estadísticas de personal		

Explicación de la ejecución e información adicional:

07. Suministro de material fungible, mobiliario y equipamiento de oficina e informático y su mantenimiento.

07.01 Planificación de un programa de mantenimiento y reparaciones del Departamento.

07.02 Control y coordinación en materia informática.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
07.00.01 Evolución capítulos económicos correspondientes		

Explicación de la ejecución e información adicional:

No se han cumplido objetivos ya que el ejercicio 2008 se procedió al bloqueo de partidas en el mes de junio y estas fueron las más afectadas.

PLAN FORAL DE DROGODEPENDENCIA

08. Garantizar la coordinación de las actuaciones respecto al fenómeno de las drogodependencias que se lleven a cabo en los diferentes departamentos de la Administración Foral.

08.01. Continuar con el desarrollo del programa de formación elaborado conjuntamente entre los profesionales de los servicios sociales de base y los técnicos del Plan foral de drogodependencia.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
08.00.01 Profesionales de los equipos que participan en los seminarios de formación		90%
08.00.02 Programas municipales con intervenciones en el ámbito comunitario		100%
08.00.03 Programas municipales con área de trabajo en el medio escolar		84,6%
08.00.04 Programas municipales con área de trabajo en el ámbito de prevención familiar		92%

Explicación de la ejecución e información adicional:

09. Continuar con las acciones de sensibilización y de información dirigida a la población de nuestra comunidad sobre el uso/abuso/dependencia de drogas y sobre las variables que inciden en la prevención de las drogodependencias, modificando determinadas actitudes, hábitos, creencias y comportamientos, y reforzando aquellos que minimizan los efectos de las drogas y promocionan la salud.

09.01. Participar en la formación del profesorado sobre prevención de drogodependencias en el medio escolar.

09.02. Seguir facilitando a los profesionales de los servicios sociales de base los materiales y herramientas para que puedan ejecutar los programas de prevención en su ámbito de actuación.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
09.00.01 Centros educativos que disponen de materiales para integrar las actividades de prevención en el currículo		200 Primaria 80 Secundaria
09.00.02 Centros que solicitan materiales		44

Explicación de la ejecución e información adicional:

10. Ofertar a los equipos de atención primaria formación, materiales y apoyo técnico para que puedan asumir la dispensación de substitutivos opiáceos en determinados pacientes, e incrementar la capacitación y diagnóstico precoz de personas con problemas por uso de alcohol y otras drogas.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
10.00.01 Profesionales de atención primaria de salud que han participado en los seminarios de formación		55

Explicación de la ejecución e información adicional:

11. Potenciar la investigación del fenómeno respecto a las áreas de asistencia, prevención e incorporación social.

11.01. Diseñar las líneas prioritarias de investigación sobre el fenómeno en áreas de prevención, asistencia e incorporación social.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
11.00.01 Investigaciones realizadas		1

Explicación de la ejecución e información adicional:

PLAN FORAL DE ATENCION SOCIO SANITARIO

12. Coordinar las actuaciones del Departamento de Salud con otros departamentos del Gobierno de Navarra cuando éstos trabajen en acciones dirigidas a personas con dependencia física y/o psíquica.

- 12.01. Participar en las comisiones de trabajo que desde otras instancias se requiera a la coordinación sociosanitaria

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
12.00.01 Comisiones en las que se participa	12	12

Explicación de la ejecución e información adicional:

13. Fomentar un procedimiento de trabajo entre el sistema sanitario y el sistema de servicios sociales, a niveles comunitario, domiciliario e institucional.

- 13.01. Mantener sesiones de trabajo conjuntas con los responsables técnicos de los diferentes departamentos de la Administración Foral y de instituciones privadas que puedan estar implicados con la atención socio-sanitaria.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
13.00.01 Reuniones de la Comisión Asesora Técnica del Programa de Trastorno Mental Grave	12	17
13.00.02 Reuniones de la Comisión Directora del programa de Trastorno Mental Grave	2	2
13.00.03 Reuniones de otras comisiones de trabajo	A DEMANDA	29

Explicación de la ejecución e información adicional:

14. Promover la interrelación entre profesionales de los diferentes niveles asistenciales.

- 14.01. Facilitar a los profesionales los protocolos y materiales de trabajo y de coordinación elaborados por técnicos de Salud y de Asuntos Sociales.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
14.00.01 Protocolos de coordinación entre Servicios Sociales y Salud	2	2

Explicación de la ejecución e información adicional:

SE HA REALIZADO EL NUEVO PROGRAMA DE TRASTORNO MENTAL GRAVE, REVISIÓN DEL DE 2005.

SE HA PARTICIPADO EN EL PROTOCOLO DE COORDINACIÓN INTERDEPARTAMENTAL (SALUD-ASUNTOS SOCIALES-EDUCACION) DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

15. Impulsar el desarrollo de la atención a personas dependientes según marca el nuevo proyecto de Ley de Promoción de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

15.01. Participar en las comisiones específicas que se formen para este tema.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
15.00.01 Documentos de trabajo elaborados, que hagan referencia al desarrollo de dicha ley	A DEMANDA	

Explicación de la ejecución e información adicional:

16. Mejorar el conocimiento de las necesidades sociosanitarias de Navarra y la formación general en esta materia.

16.01. Elaboración de un documento marco sobre las nuevas líneas de actuación en materia sociosanitaria

16.02. Fomentar la formación específica desde la coordinación sociosanitaria, dirigida conjuntamente a los profesionales de los servicios dependientes de Bienestar Social y de Salud

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
16.00.01 Cursos realizados para profesionales de servicios sociales y sanitarios, sobre abordaje socio-sanitario	2	2

Explicación de la ejecución e información adicional:

PARTICIPACIÓN EN LAS JORNADAS NACIONALES SOCIOSANITARIAS CON UNA PONENCIA: ESTRATEGIA SOCIOSANITARIA EN NAVARRA

SESION EN BALUARTE SOBRE PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA

Ejecución presupuestaria

GASTOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1- Gastos de personal	2.743.890,00	1.740.516,90	1.554.648,00
2- Gastos corrientes en bienes y servicios	803.540,00	637.967,00	582.896,55
3- Gastos financieros	450,00	450,00	0,00
4- Transferencias corrientes	1.151.000,00	1.151.000,00	1.083.431,71
6- Inversiones reales	320.500,00	324.700,00	37.015,63
7- Transferencias de capital	0,00	0,00	0,00
8- Activos financieros	0,00	0,00	0,00
9- Pasivos financieros	0,00	0,00	0,00
TOTAL	5.019.380,00	3.854.633,90	3.257.991,89

INGRESOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1- Impuestos directos	0,00	0,00	0,00
2- Impuestos indirectos	0,00	0,00	0,00
3- Tasas y otros ingresos	211.200,00	211.200,00	190.156,37
4- Transferencias corrientes	10.100,00	10.100,00	48.305,84
5- Ingresos patrimoniales	0,00	0,00	0,00
6- Enajenación inversiones reales	0,00	0,00	0,00
7- Transferencias de capital	0,00	0,00	0,00
8- Activos financieros	0,00	0,00	0,00
TOTAL	221.300,00	221.300,00	238.462,21

PROGRAMA 510: SALUD PÚBLICA**Unidad responsable:** Dirección del Servicio de Salud Pública

Objetivos/*Acciones/*

Indicadores del programa.

01. Promocionar programas y actividades orientadas a la prevención de la infección VIH y al apoyo de los enfermos de SIDA.

01.01. Establecer convenios de colaboración con ONGs, subvencionando programas y actividades del tipo: información a la población sobre VIH-SIDA; reducción de riesgos de transmisión de VIH en colectivos específicos, mediante la educación para la salud, uso de preservativos e intercambio de jeringuillas; atención a enfermos de SIDA y sus familiares, mediante la acogida, orientación y apoyo emocional.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
01.00.01 Registro de nuevas infecciones por VIH	32	33
01.00.02 Valoración de las variables de los nuevos contagios	-	De los 33 casos, 10 son importados (30,3%)

Explicación de la ejecución e información adicional:

02. Promover la realización de programas de educación para la salud, la promoción de salud y la prevención de enfermedades y riesgos para la salud.

02.01. Establecer convenios de colaboración con las entidades locales y entidades sociales subvencionando programas y actividades relacionados con estilos de vida (tabaco, alimentación, ejercicio físico), problemas de salud y transiciones vitales.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
02.00.01 Evolución del porcentaje de personas que fuman y que dejan de fumar	-	Dejan de fumar un 25,6%
02.00.02 Evolución del porcentaje de personas con obesidad	-	14,6%
02.00.03 Evolución del porcentaje de personas con riesgo cardiovascular	No se dispone del parámetro	
02.00.04 Evolución del porcentaje de personas que hacen ejercicio regularmente	-	70,3%

Explicación de la ejecución e información adicional:

No se realizó una previsión de estos indicadores.

03. Cooperar con las entidades locales para que puedan ejercer sus propias competencias en relación con el agua de abastecimiento público, para lo que carecen en muchos casos de recursos humanos y materiales.

- 03.01. Concesión de subvenciones de instalación de cloración de agua que permitan a las entidades locales de Navarra distribuir agua de adecuada calidad microbiológica y sin riesgo sanitario a la población. Posteriormente se comprueba la colocación y el buen funcionamiento del aparato así como su mantenimiento en condiciones adecuadas.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
03.00.01 Análisis realizados por la inspección con resultado de agua no potable	264	250

Explicación de la ejecución e información adicional:

En 2008, sobre 1993 muestras realizadas, 250 dieron resultado de agua no potable (12,54%). El porcentaje en 2007 era del 13,4% (264 resultados positivos sobre 1968 muestras).

04. Diseñar y ejecutar programas de prevención del cáncer.

- 04.01. Establecer convenios de colaboración para actividades de promoción de salud y prevención del cáncer.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
04.00.01 Evolución del número de nuevos diagnósticos de cáncer	4.000	4.454
04.00.02 Evolución de la mortalidad por cáncer	1.500	1.566

Explicación de la ejecución e información adicional:

05. Promover la realización de programas que faciliten el acceso a los servicios y prestaciones de salud de minorías étnicas de Navarra.

- 05.01. Concesión de subvenciones a asociaciones relacionadas con la etnia gitana, para posibilitar la contratación de agentes de salud mediadores, su formación y el trabajo de apoyo al acceso a servicios de personas gitanas.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
05.00.01 Cobertura vacunal en niños gitanos	-	80%
05.00.02 Embarazos en madres de etnia gitana seguidos por los servicios de ginecología	-	75%
05.00.03 Personas de etnia gitana con historia clínica en atención primaria	-	82%

Explicación de la ejecución e información adicional:

No se realizaron previsiones de estos indicadores.

Ejecución presupuestaria

GASTOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1- Gastos de personal	107.999,00	77.681,50	76.875,70
2- Gastos corrientes en bienes y servicios	58.894,00	58.894,00	6.170,08
3- Gastos financieros	0,00	0,00	0,00
4- Transferencias corrientes	865.897,00	865.897,00	859.256,88
6- Inversiones reales	0,00	0,00	0,00
7- Transferencias de capital	36.159,00	36.159,00	13.552,05
8- Activos financieros	0,00	0,00	0,00
9- Pasivos financieros	0,00	0,00	0,00
TOTAL	1.068.949,00	1.038.631,50	955.854,71

INGRESOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1- Impuestos directos	0,00	0,00	0,00
2- Impuestos indirectos	0,00	0,00	0,00
3- Tasas y otros ingresos	0,00	0,00	0,00
4- Transferencias corrientes	0,00	0,00	0,00
5- Ingresos patrimoniales	0,00	0,00	0,00
6- Enajenación inversiones reales	0,00	0,00	0,00
7- Transferencias de capital	0,00	0,00	0,00
8- Activos financieros	0,00	0,00	0,00
TOTAL	0,00	0,00	0,00

PROGRAMA 511: ASISTENCIA SANITARIA**Unidad responsable:** Servicio de Asistencia Sanitaria

Objetivos/ Acciones/ Indicadores del programa.

01. Establecer los requisitos técnico-sanitarios para la autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

01.01. Desarrollar normas sobre autorización de centros, establecimientos y servicios sanitarios.

01.02. Colaborar con el Ministerio de Sanidad y Consumo en los grupos de trabajo sobre normativa.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
01.00.01 Proyectos de normativas sobre autorización y acreditación	2	2

Explicación de la ejecución e información adicional:

- Desarrollo normativo sobre transporte sanitario terrestre en Navarra.
 - Orden Foral de establecimientos de audio prótesis (en consultas)
-

02. Garantizar que los centros y servicios sanitarios cumplan los requisitos técnico-sanitarios.

02.01. Elaborar y ejecutar el plan de inspección de centros y actividades sanitarias.

02.02. Elaborar procedimientos y guías de inspección específicas para los distintos centros y servicios sanitarios.

02.03. Mantener y actualizar el catálogo de centros y servicios sanitarios autorizados en la Comunidad Foral de Navarra.

02.04. Acreditar los comités de ética de los centros sanitarios.

02.05. Autorizar y/o acreditar centros y servicios sanitarios.

02.06. Colaborar con el Ministerio de Sanidad y Consumo en los programas ya actividades de inspección.

02.07. Tramitación de las comunicaciones de cadáveres y restos cadavéricos a otras comunidades autónomas.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
02.00.01 Centros y servicios acreditados	450	547
02.00.02 Auditorías realizadas para la acreditación de centros con programas de extracción e implantación de órganos y tejidos	11	11
02.00.03 Inspecciones a centros que dispensan sustitutivos de opiáceos	40	44
02.00.04 Procedimientos y/o guías de inspección existentes	15	15
02.00.05 Grado de adhesión a los procedimientos o guías	–	–
02.00.06 Centros y servicios inspeccionados	A demanda	356
02.00.07 Traslados de cadáveres comunicados	A demanda	14

Explicación de la ejecución e información adicional:

Guías elaboradas en 2008

03. Garantizar que los establecimientos sanitarios cumplan los requisitos técnico-sanitarios.

- 03.01. Elaborar y ejecutar el plan de inspección de establecimientos sanitarios.
- 03.02. Redactar procedimientos normalizados de trabajo y/o guías para la realización de las inspecciones.
- 03.03. Mantener y actualizar el catálogo de establecimientos sanitarios autorizados en la Comunidad Foral de Navarra.
- 03.04. Tramitar las solicitudes de autorización de establecimientos sanitarios.
- 03.05. Acreditar el cumplimiento de normas en la industria farmacéutica.
- 03.06. Acreditar el cumplimiento de normas de correcta fabricación de fórmulas magistrales y preparados oficiales.
- 03.07. Acreditar el cumplimiento de las normas de correcta manipulación en sistemas de dosificación individualizados.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
03.00.01 Farmacias acreditadas para sistemas de dosificación individualizados	A demanda	19
03.00.02 Farmacias acreditadas para elaboración de fórmulas	A demanda	5
03.00.03 Farmacias acreditadas para elaboración de fórmulas a terceros	A demanda	1
03.00.04 Inspecciones a industrias farmacéuticas para acreditar normas de correcta fabricación		3
03.00.05 Inspecciones a industrias farmacéuticas para acreditar buenas prácticas de laboratorio	2	2
03.00.06 Inspecciones a industrias farmacéuticas para acreditar buenas prácticas clínicas e investigadores	5	5
03.00.07 Expedientes de nuevas oficinas de farmacia autorizadas/denegadas/archivadas	A demanda	18/2/3
03.00.08 Expedientes de modificación de oficinas de farmacia	A demanda	25
03.00.09 Expedientes de otros establecimientos sanitarios tramitados: ópticas, audioprótesis, ortopedias, laboratorios protésicos dentales, distribuidores de productos sanitarios	A demanda	53
03.00.10 Procedimientos y/o guías redactados	2	2
03.00.11 Grado de adhesión a los procedimientos o guías	–	–
03.00.12 Inspecciones a oficinas de farmacia y servicios de farmacia	A demanda	73
03.00.13 Inspecciones a almacenes de distribución	3	4
03.00.14 Inspecciones a otros establecimientos sanitarios	A demanda	5

Explicación de la ejecución e información adicional:

Recogida de muestras: 3

04. Garantizar la atención farmacéutica continuada.

- 04.01. Establecer los horarios de atención al público, guardias y cierres temporales de las oficinas de farmacia.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
04.00.01 Cambios en el calendario de guardias	A demanda	1662
04.00.02 Quejas y reclamaciones tramitadas	A demanda	5

Explicación de la ejecución e información adicional:

05. Asegurar que los contenidos de la publicidad de actividades sanitarias, medicamentos, productos sanitarios y asimilados se ajustan a la normativa.

- 05.01. Establecer un sistema de autorización previa de la publicidad de actividades sanitarias, medicamentos, productos sanitarios y asimilados.
- 05.02. Realizar un seguimiento de la publicidad de actividades sanitarias, medicamentos, productos sanitarios y asimilados.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
05.00.01 Expedientes de publicidad tramitados	20	26
05.00.02 Medios de comunicación controlados	Prensa escrita	2
05.00.03 Anuncios analizados	30	40
05.00.04 Retirada de publicidad	–	6
05.00.05 Comunicaciones a la Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios y a otras comunidades autónomas	–	1

Explicación de la ejecución e información adicional:

06. Tutelar los derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la salud y las prestaciones sanitarias.

- 06.01. Garantizar el derecho a la utilización de los procedimientos de reclamación y de propuestas de sugerencias.
- 06.02. Tramitar y resolver las quejas sugerencias y reclamaciones.
- 06.03. Tramitar las denuncias presentadas por los ciudadanos.
- 06.04. Informar sobre los derechos y deberes de los ciudadanos en materia de administración y asistencia sanitaria.
- 06.05. Tramitación de propuestas de expedientes sancionadores, derivados tanto de denuncias como de actuaciones de oficio.
- 06.06. Tramitar y registrar los documentos de voluntades anticipadas de Navarra.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
06.00.01 Propuestas de expedientes sancionadores	–	6
06.00.02 Quejas sugerencias y reclamaciones tramitadas	–	53
06.00.03 Denuncias tramitadas	–	15
06.00.04 Documentos de voluntades anticipadas registrados	–	144

Explicación de la ejecución e información adicional:

07. Colaborar en la elaboración del catálogo de prestaciones sanitarias públicas.

07.01. Proponer un documento base de prestaciones sanitarias.

07.02. Informar sobre la inclusión de determinadas prestaciones en el catálogo.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
07.00.01 Documentos elaborados	1	En desarrollo

Explicación de la ejecución e información adicional:

Colaboración con Agencia Navarra de Salud para la elaboración de un documento sobre prestaciones sanitarias.

08. Asegurar el derecho a la asistencia sanitaria pública.

08.01. Reconocimiento del derecho para el acceso a las prestaciones del régimen de universalización de la asistencia sanitaria pública.

08.02. Reconocimiento del derecho de asistencia sanitaria pública para los menores extranjeros incluidos en programas de acogida.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
08.00.01 Resoluciones tramitadas	400	609

Explicación de la ejecución e información adicional:

Nuevo reconocimiento: 290

09. Garantizar una red de vigilancia de medicamentos y productos sanitarios.

09.01. Establecer sistemas de comunicación de alertas de medicamentos y productos sanitarios.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
09.00.01 Alertas tramitadas	–	47

Explicación de la ejecución e información adicional:

Notas informativas de medicamentos, productos sanitarios y otros: 119

10. Evaluación de tecnologías sanitarias.

- 10.01. Recopilar las publicaciones de las agencias de evaluación de tecnologías.
- 10.02. Difundir los conocimientos relativos a las nuevas tecnologías.
- 10.03. Informar sobre la evidencia científica de la aplicación de nuevas tecnologías aplicadas en el ámbito de la exploración y tratamientos médicos.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
10.00.01 Informes realizados	–	0

Explicación de la ejecución e información adicional:

Actividad desarrollada por Agencia Navarra de Salud

11. Homologar titulaciones de profesiones sanitarias no universitarias.

- 11.01. Comprobar que los ciclos formativos de los títulos obtenidos en el extranjero son equivalentes a los exigidos en la norma de educación que le sea de aplicación.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
11.00.01 Titulaciones homologadas	A demanda	0

Explicación de la ejecución e información adicional:

12. Colaborar con otros organismos en lo relativo a aspectos sanitarios para la consecución de sus fines.

- 12.01. Participar en comisiones y grupos técnicos de trabajo relacionados con el ámbito sanitario.
- 12.02. Asegurar la adecuación de las condiciones físicas y psíquicas de los ciudadanos con discapacidad y/o enfermedad para la obtención del permiso de armas y de conducción.
- 12.03. Autorizar centros de formación sanitaria que imparten cursos de formación profesional de contenido sanitario.
- 12.04. Certificar la acreditación profesional de los participantes en los cursos de auxiliar de transporte sanitario y de la utilización de los desfibriladores semiautomáticos externos.
- 12.05. Informar sobre la apertura y clausura de nuevos cementerios.
- 12.06. Inspeccionar e informar sobre la adecuación de las instalaciones sanitarias de las mutuas de accidentes de trabajo ubicadas en Navarra para que el Ministerio de Trabajo autorice la creación y funcionamiento de estos centros sanitarios.
- 12.07. Aportar datos sanitarios de Navarra para el Ministerio de Sanidad y Consumo con el fin de elaborar el Catálogo Nacional de Hospitales y el Sistema de Información de Centros con Régimen de Internamiento.

	Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
12.00.01	Inspecciones realizadas		11
12.00.02	Certificados de acreditación profesional emitidos		427
12.00.03	Centros de formación autorizados		4
12.00.04	Actuaciones relacionadas con permisos de conducción y armas		69
12.00.05	Participaciones en grupos técnicos de trabajo		18
12.00.06	Informes sobre apertura y clausura de cementerios		3
12.00.07	Informes sobre instalaciones sanitarias de las mutuas de accidentes de trabajo		16
12.00.08	Acreditación centros de formación ATA		3
12.00.09	Acreditación comités ética		1

Explicación de la ejecución e información adicional:

Grupos Técnicos

- Ministerio de Sanidad y Consumo: 4
- CTI de la Agencia Española del medicamento y productos sanitarios: 8
- Dpto. de Salud: 3
- Dpto. de Salud (farmacia) :3

13. Incrementar la donación de órganos y tejidos en la Comunidad Foral de Navarra.

- 13.01. Informar y formar al personal sanitario de los aspectos relacionados con la donación de órganos y tejidos para incrementar la detección.
- 13.02. Sensibilizar a la población, para reducir o eliminar las negativas familiares.
- 13.03. Apoyar e informar a la familia del donante en cuanto sea necesario, así como obtener en su caso, su consentimiento a la donación.
- 13.04. Mantener actualizados los protocolos de actuación sobre la extracción y el trasplante en Navarra, entre los hospitales y servicios que participan en la detección de donantes de órganos y tejidos.
- 13.05. Recoger la información y elaborar estadísticas sobre donación y trasplante de órganos que se generan en los centros sanitarios de la Comunidad.
- 13.06. Mantener el registro de enfermos renales.

	Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
13.00.01	Donantes detectados	27	14
13.00.02	Trasplantes realizados	45-55 órganos	52
13.00.03	Negativas familiares	Tender a 0	6
13.00.04	Acciones formativas y profesionales asistentes	10-12	8

Explicación de la ejecución e información adicional:

El número de donantes detectados se refiere al número de donaciones efectivamente realizados.

14. Apoyar la realización de programas de salud por parte de entidades y asociaciones.

- 14.01. Tramitar, proponer y controlar la concesión de ayudas para programas de salud a entidades y asociaciones.
- 14.02. Apoyar a las asociaciones, entidades e instituciones que realicen actividades en el campo de la promoción de la salud.

	Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
14.00.01	Proyectos realizados	110	107
14.00.02	Porcentaje de proyectos que justifican adecuadamente los gastos realizados	95/98%	90,9%

Explicación de la ejecución e información adicional:

El porcentaje más bajo de lo previsto en lo que respecta a los proyectos que justifican adecuadamente los gastos realizados se debe a que la mayor incidencia de justificaciones deficientes se da entre los programas de podología financiados a asociaciones de jubilados, que son ayudas por cantidades pequeñas. Si consideramos la cuantía total de las ayudas concedidas, se ha justificado correctamente el 97,49% del dinero entregado.

15. Apoyar la realización de tratamientos rehabilitadores en enfermos de espina bífida.

- 15.01. Tramitar, proponer y controlar la concesión de ayudas a personas con espina bífida y a familiares cuidadores.

	Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
15.00.01	Tratamientos realizados	300/350 horas	586
15.00.02	Personas beneficiadas	7/10 personas	22

Explicación de la ejecución e información adicional:

El incremento de personas y de horas sobre lo previsto se debe a que en 2008 la línea se incrementó por vía de enmienda parlamentaria un 52,5% sobre la cuantía de 2007. Por ello la asociación pudo asumir una nueva actividad de tratamiento psicológico además del fisioterapéutico que generalmente llevaba a cabo. Se han sumado las personas beneficiarias de este nuevo servicio y las sesiones efectivamente dedicadas a los pacientes. (No se consideran las horas de trabajo de fisioterapeutas y psicólogos dedicadas a la preparación de las sesiones)

16. Apoyar e impulsar actividades de promoción de la donación de sangre y derivados hematopoyéticos con el fin de posibilitar la cobertura de las necesidades hemoterápicas de Navarra.

- 16.01. Establecimiento y seguimiento del convenio con la Asociación de Donantes de Sangre de Navarra, ADONA

Explicación de la ejecución e información adicional:

Incluyo el cuadro de indicadores que se envió en las fichas "0" y que no figura en este documento:

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
Donantes nuevos	900/1000	1.366
Donaciones realizadas	30.000	31.039
Donantes menores de 40 años	Tender a 50%	66,69

Las donaciones se mantienen estables, con un ligero repunte al alza. Es importante el rejuvenecimiento de los donantes en activo puesto que asegura el relevo generacional

Ejecución presupuestaria

GASTOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1- Gastos de personal	803.297,00	737.429,83	698.541,85
2- Gastos corrientes en bienes y servicios	142.195,00	106.882,00	65.844,05
3- Gastos financieros	0,00	0,00	0,00
4- Transferencias corrientes	1.338.500,00	1.373.813,00	1.123.579,20
6- Inversiones reales	0,00	0,00	0,00
7- Transferencias de capital	0,00	0,00	0,00
8- Activos financieros	0,00	0,00	0,00
9- Pasivos financieros	0,00	0,00	0,00
TOTAL	2.283.992,00	2.218.124,83	1.887.965,10

INGRESOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1- Impuestos directos	0,00	0,00	0,00
2- Impuestos indirectos	0,00	0,00	0,00
3- Tasas y otros ingresos	40.000,00	40.000,00	47.613,55
4- Transferencias corrientes	29.000,00	29.000,00	28.847,01
5- Ingresos patrimoniales	0,00	0,00	0,00
6- Enajenación inversiones reales	0,00	0,00	0,00
7- Transferencias de capital	0,00	0,00	0,00
8- Activos financieros	0,00	0,00	0,00
TOTAL	69.000,00	69.000,00	76.460,56

PROGRAMA 512: DOCENCIA, INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO SANITARIOS**Unidad responsable:** Dirección del Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios

Objetivos/*Acciones/*Indicadores del programa.

01. Promover e impulsar la formación continuada de los profesionales del sistema sanitario de Navarra, a fin de posibilitar una mejora en el nivel de salud de la comunidad por medio de una mayor y mejor cualificación profesional.

01.01. Planificación, gestión y evaluación del programa de actividades de formación continuada del Departamento de Salud.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
01.01.01 Grado de ejecución presupuestaria	90%	100%
01.01.02 Acciones docentes	95%	99%

01.02. Convocatoria anual de ayudas para la formación continuada en ciencias de la salud. Modalidades: becas de formación continuada, bolsas de viaje y ayudas para la formación en idiomas técnicos.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
01.02.01 Grado de ejecución presupuestaria	100%	100%

01.03. Convocatoria anual de ayudas para organización de reuniones científicas sobre temas de salud.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
01.03.01 Grado de ejecución presupuestaria	100%	100%

01.04. Colaboración en el programa formativo de las comisiones de docencia de los diferentes centros.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
01.04.01 Apoyar las actividades de las comisiones de docencia de los centros sanitarios	80%	100%

01.05. Gestión de convenios de colaboración, en materia de formación, con otras instituciones.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
01.05.01 Ampliar la colaboración a nuevos colegios profesionales	1	1

01.06. Facilitar intercambios de formación para la adquisición de conocimientos en las nuevas tecnologías, en organismos sanitarios nacionales o internacionales.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
01.06.01 Aumentar la participación de los profesionales en las actividades de formación continuada tipo estancias formativas	2%	2%

Explicación de la ejecución e información adicional:

01.01 Plan Docente

- Nº de cursos planificados: 81
- Nº de cursos realizados: 80
- Nº de participantes 1573
- Nº de solicitudes (inscripciones) 3607

01.02 Ayudas Formación continuada

- Becas de Formación continuada 75 solicitadas 69 concedidas
- Bolsas de Viaje 175 solicitadas 140 concedidas
- Formación en idiomas técnicos 3 solicitadas 2 concedidas

01.03 Convocatoria ayudas para la organización de reuniones científicas: 49 solicitadas
49 concedidas

01.04 Colaboración con el programa formativo de las Comisiones de Docencia

Acciones aprobadas por centro

- Atención primaria 37
- Centros de especialidades 7
- Clínica Ubarmin 10
- Hospital de Navarra (MIR) 8
- Hospital de Navarra (F.C.) 19
- Hospital García Orcoyen 12
- Hospital Reina Sofía 15
- Hospital Virgen del Camino (MIR) 3
- Hospital Virgen del Camino (F.C.) 20
- Instituto de Salud Pública 5
- Salud Mental 2
- **TOTAL** **138**

01.05 Gestión de Convenios de colaboración:

- 9 Convenios de Formación Continuada
- 1 Convenio con la Universidad Pública de Navarra
- 1 Convenio con la Universidad de Navarra

01.06 Intercambios de formación. En el 2008 se concedieron 44 estancias formativas, representando un incremento del 2% sobre el 2007 (43).

02. Contribuir a la formación especializada en ciencias de la salud.

02.01. Apoyar el programa docente de formación especializada.

Explicación de la ejecución e información adicional:

Número de actividades del Programa Común Complementario: 10

Número de rotaciones externas autorizadas: 74

Apoyo en el funcionamiento de las unidades docentes acreditadas para la formación especializada.

03. Desarrollar el sistema de acreditación de actividades de formación continuada en Navarra, en el marco del sistema nacional de acreditación.

03.01. Gestión de la secretaría técnica de formación continuada de las profesiones sanitarias de Navarra.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
03.01.01 Acreditación actividades anuales	400	384

03.02. Mantener el nivel de formación de los evaluadores de formación continuada.

- Propuesta de nuevos evaluadores.
- Desarrollo del programa formativo.

03.03. Colaborar con la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud y con las Comisiones de las CCAA.

- Asistencia a 1 reunión del Pleno de la Comisión de Formación Continuada
- Asistencia a 1 reunión de Secretarías Técnicas.
-

Explicación de la ejecución e información adicional:

- Se han resuelto el 100% de las solicitudes de acreditación recibidas.
 - Porcentaje de actividades acreditadas: 95,8% (368/384).
 - Reuniones del Pleno de la CFC: 2
 - Reuniones de la Comisión Permanente: 12
-

04. Promover y gestionar los programas de ayudas a la investigación de la salud y prestar apoyo e infraestructura a los investigadores, fondos bibliográficos y publicaciones, facilitando las relaciones entre centros e instituciones para tal fin.

04.01. Definición de la política de investigación en ciencias de la salud, fomentando y estimulando el desarrollo de la investigación básica y clínica para conseguir una investigación traslacional de calidad, así como la referida al estudio de la organización y estructura del sistema sanitario.

04.02. Convocatoria anual de proyectos de investigación.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
04.02.01 Mantener una convocatoria anual, promoviendo 30 proyectos	30	26
04.02.02 Grado de ejecución presupuestaria	90 - 95%	100%

04.03. Encomienda de la gestión de determinadas acciones de fomento de la investigación en las unidades o comisiones de investigación de los diferentes centros sanitarios.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
04.03.01 Apoyar las acciones de las comisiones de investigación de los centros sanitarios		

04.04. Edición de las publicaciones "Anales del sistema sanitario de Navarra, suplementos y monografías" y "Temas de historia de la medicina".

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
04.04.01 Editar números de "Anales del sistema sanitario de Navarra"	3	3
04.04.02 Editar suplementos	3	3
04.04.03 Editar volumen de "Temas de historia de la medicina"	1	1

04.05. Mantenimiento de los fondos bibliográficos documentales de carácter técnico-sanitario del Departamento, y de la biblioteca virtual en ciencias de la salud, y atención a solicitudes de bibliografía científica.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
04.05.01 Mantener entre 500 y 600 revistas electrónicas	De 500 a 600	500-600
04.05.02 Mantener bases de datos	5	5

Explicación de la ejecución e información adicional:

04.02. Convocatoria anual de proyectos de investigación. Modalidades: investigación básica. Áreas prioritarias.

- Modalidad Investigación Básica 19 solicitudes 4 concedidos
- Modalidad Áreas prioritarias 52 solicitudes 23 concedidos

04.03. Asignación económica a 3 Comisiones de Investigación: Hospital de Navarra, Hospital Virgen del Camino y Atención Primaria para traducciones de artículos para revistas extranjeras, ayuda económica para la realización de la suficiencia investigadora (paso previo a la defensa de la tesis doctoral, etc.).

04.04. Anales: se edita en formato papel y electrónico con dos accesos on-line a través del Gobierno de Navarra y RECYT-FECYT y a través de Scielo (Base de revistas españolas y americanas on-line). Número de accesos a la revista registrados en el año 2008 en la base de datos Medline donde la revista está incluida: 27.400

- Monografías de la colección Anales del Sistema Sanitario de Navarra.

Nº 7 de la Colección Salud Pública y Administración Sanitaria titulada: Recomendaciones del Grupo Técnico de Trabajo sobre los trastornos del comportamiento alimentario. Navarra, 2007

Nº 4 de la Colección Ciencias Aplicadas titulada: Riesgo vascular en Navarra.

- Monografías de la colección Historia de la Medicina.

Nº 8. Recuerdos de un médico navarro. Aspectos retrospectivos de la época y médicos durante más de medio siglo.

04.05 .Mantenimiento de fondos bibliográficos y de biblioteca virtual en Ciencias de la Salud, y atención a solicitudes de bibliografía científica.

- PubMed: Se ha actualizado el módulo que permite identificar los fondos de las Bibliotecas dependientes del Departamento de Salud tanto el fondo en papel como el acceso al texto completo (410 revistas).
- Biblioteca Virtual permite acceso a 600 revistas.
- Uptodate: 72.000 consultas.
- Clínica Evidence: 1.000 accesos.
- Harrison's: 377 accesos.
- Revistas vía Ovid: 3.441 artículos.
- Artículos solicitados a la biblioteca: 315, desde Atención Primaria, servicios centrales del SNS, Dirección General de Salud y la red de bibliotecas de ciencias de la Salud de España (C17).
- Libros adquiridos fondo bibliográfico: 42
- Gestión de fondos bibliográficos: 3.898 libros, 41 revistas en formato papel, 250 revistas en formato electrónico.

05. Gestión del estudio de riesgo vascular en Navarra.

05.01. Fase 2: captación y realización de pruebas a 170 sujetos cohorte. Previsto: 170 Realizado 170

05.02. Explotación de la base de datos y seguimiento.

Publicaciones científicas: 3

Publicación de los resultados de la Fase I junto con recomendaciones al Sistema Sanitario en ANALES del Sistema Sanitario de Navarra

Publicación "Estudio poblacional de actividad física en tiempo libre". Aceptada en la revista Gaceta Sanitaria.

Publicación "Adaptación de la función de riesgo coronario de Framingham-Wilson para la población de Navarra (RICORNA). Aceptada en la Revista Española de Cardiología.

Realización de memoria científica proyecto FISS: Síndrome metabólico y riesgo cardiovascular.

Explicación de la ejecución e información adicional:

6 Reuniones de trabajo con el Grupo Técnico de Riesgo Vascular

1 Reunión coordinación con equipo de investigación en enfermedades vasculares del IMIN (Barcelona)

06. Gestionar la secretaría del comité ético de investigación clínica de Navarra.

06.01. Evaluar los ensayos clínicos de la Comunidad Foral de Navarra y velar por el buen cumplimiento de los mismos.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
06.00.01 Mejorar el proceso de evaluación, aprobando 80 ensayos anuales	80	90

Explicación de la ejecución e información adicional:

Gestión de la Secretaría del Comité Ético de Investigación Clínica de Navarra, para evaluar los ensayos clínicos de la Comunidad Foral.

- Ensayos evaluados: 90 (79 de ellos fueron aprobados)
 - Estudios observacionales: 10 (7 fueron aprobados)
 - Proyectos de investigación: 35 (32 fueron aprobados)
 - 18 reuniones mantenidas en sesión plenaria
 - 12 reuniones mantenidas en sesión permanente.
-

07. Desarrollar la planificación y ordenación sanitaria de las estrategias y objetivos de salud del sistema sanitario y la evaluación de los resultados, observando el grado de cumplimiento del derecho a la salud de los ciudadanos navarros.

- 07.01. Estudiar, planificar y proponer estrategias y objetivos de salud, así como el seguimiento y evaluación de los resultados del Plan de salud 2006-2012. *Análisis de la encuesta nacional de salud 2006- Navarra.*
- 07.02. Crear los grupos técnicos de trabajo de expertos necesarios para el desarrollo de programas sanitarios. *Creación del grupo Técnico de Trabajo para la elaboración de la base documental e indicadores sanitarios*
- 07.03. Mantener el registro de morbilidad asistida, facilitar la coordinación entre centros de sus sistemas de información sanitaria y facilitar información para mejorar la gestión de servicios. *Integración de la información de los distintos centros sanitarios incorporados al registro: 5 hospitales públicos, 3 hospitales privados y dos hospitales psiquiátricos.*
- 07.04. Coordinar la actividad estadística pública en el ámbito del Departamento de Salud de acuerdo con el Programa estadístico vigente y favorecer su divulgación. *Elaboración de las estadísticas del Plan Estadístico de Navarra y divulgación a través de su inclusión en la web. Publicación de la Cuenta de la sanidad Navarra 2002-20005,*

Explicación de la ejecución e información adicional:

Análisis de la encuesta nacional de salud 2006- Navarra.

Creación del grupo Técnico de Trabajo para la elaboración de la base documental e indicadores sanitarios.

Integración de la información de los distintos centros sanitarios incorporados al registro: 5 hospitales públicos, 3 hospitales privados y dos hospitales psiquiátricos.

Elaboración de las estadísticas del Plan Estadístico de Navarra y divulgación a través de su inclusión en la web. Publicación de la Cuenta de la sanidad Navarra 2002-20005.

Ejecución presupuestaria

GASTOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1- Gastos de personal	865.986,00	757.173,74	751.470,12
2- Gastos corrientes en bienes y servicios	612.626,00	618.012,00	509.489,12
3- Gastos financieros	0,00	0,00	0,00
4- Transferencias corrientes	646.791,00	638.405,00	625.558,24
6- Inversiones reales	826.000,00	829.000,00	744.328,85
7- Transferencias de capital	0,00	0,00	0,00
8- Activos financieros	0,00	0,00	0,00
9- Pasivos financieros	0,00	0,00	0,00
TOTAL	2.951.403,00	2.842.590,74	2.630.846,33

INGRESOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1- Impuestos directos	0,00	0,00	0,00
2- Impuestos indirectos	0,00	0,00	0,00
3- Tasas y otros ingresos	0,00	0,00	0,00
4- Transferencias corrientes	0,00	0,00	0,00
5- Ingresos patrimoniales	0,00	0,00	0,00
6- Enajenación inversiones reales	0,00	0,00	0,00
7- Transferencias de capital	0,00	0,00	0,00
8- Activos financieros	0,00	0,00	0,00
TOTAL	0,00	0,00	0,00

PROGRAMA 514: SALUD LABORAL

Unidad responsable: Instituto Navarro de Salud Laboral

Objetivos/ Acciones/ Indicadores del programa.

01 Desarrollo del Plan de Salud Laboral aprobado.

- 01.01 Establecer en el Instituto un modelo de trabajo participativo, mediante la dinamización de equipos multidisciplinares que abarquen un mayor campo y consigan una visión completa y global de las acciones a desarrollar.
- 01.02 Promover la prevención de riesgos laborales (PRL) y la vigilancia de la salud de los trabajadores, dentro del actual desarrollo normativo.
- 01.03 Actualizar los soportes informáticos y mejorar el sistema de información y vigilancia epidemiológica en salud laboral.
- 01.04 Impulsar la colaboración y participación de los agentes sociales en la metodología y el diseño de las actuaciones preventivas laborales.
- 01.05 Promover la creación de un observatorio de salud laboral que indique y guíe las actuaciones prioritarias a desarrollar por el Instituto.
- 01.06 Realizar las actuaciones derivadas de las recomendaciones de la comisión nacional de seguridad y salud en el trabajo y del consejo navarro de seguridad y salud en el trabajo, así como los instrumentos de planificación que pudieran aprobarse.
- 01.07 Fomentar la investigación en prevención de riesgos laborales y la aplicación efectiva de medidas de seguridad, ergonomía y protección de la salud de los trabajadores.
- 01.08 Procurar e impulsar la información y formación en materia de seguridad y salud en el trabajo, dirigida a trabajadores, empresarios, sindicatos, organizaciones empresariales y profesionales.
- 01.09 Establecer actuaciones de choque en los sectores de mayor riesgo, en empresas de alta siniestralidad, así como en pymes, microempresas y trabajadores autónomos.
- 01.10 Desarrollar actuaciones de seguimiento y control de las incapacidades laborales, orientadas a la identificación de sus causas, a la prevención de los factores determinantes y a la reducción de sus tasas.
- 01.11 Atender la prevención de riesgos emergentes, determinados por los cambios en el mercado del trabajo con especial interés en el ámbito de la ergonomía y los factores psicosociales.
- 01.12 Actuar en la información, formación y prevención de riesgos, en los trabajadores adscritos a colectivos desfavorecidos.
- 01.13 Mejorar la coordinación de las unidades de salud laboral con los médicos de atención primaria y asistencia especializada del Servicio Navarro de Salud.
- 01.14 Propiciar y acrecentar la cooperación y colaboración con otros organismos relacionados con el mundo laboral.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
01.00.01 Partes en el registro de lesiones profesionales e incapacidades laborales	300.000	324.190
01.00.02 Procesos de revisión y control de incapacidades laborales	19.000	18.701
01.00.03 Casos de vigilancia epidemiológica en salud laboral	3.000	3.253

01.00.04 Visitas a entidades (servicios de prevención ajenos, mutuas, entidades formativas, etc.)	200	232
01.00.05 Visitas a empresas:	1.900	1.386
01.00.06 Informes, dictámenes y estudios técnicos	12.000	9.030
01.00.07 Acciones formativas	106	103

Explicación de la ejecución e información adicional:

Ejecución presupuestaria

GASTOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1- Gastos de personal	3.186.376,00	3.304.498,00	3.099.073,23
2- Gastos corrientes en bienes y servicios	1.245.869,00	1.175.869,00	762.084,68
3- Gastos financieros	0,00	0,00	0,00
4- Transferencias corrientes	694.952,00	694.952,00	525.751,82
6- Inversiones reales	300.000,00	300.000,00	177.110,65
7- Transferencias de capital	0,00	0,00	0,00
8- Activos financieros	0,00	0,00	0,00
9- Pasivos financieros	0,00	0,00	0,00
TOTAL	5.427.197,00	5.475.319,00	4.564.020,38

INGRESOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1- Impuestos directos	0,00	0,00	0,00
2- Impuestos indirectos	0,00	0,00	0,00
3- Tasas y otros ingresos	32.000,00	32.000,00	73.046,96
4- Transferencias corrientes	0,00	0,00	0,00
5- Ingresos patrimoniales	0,00	0,00	0,00
6- Enajenación inversiones reales	0,00	0,00	0,00
7- Transferencias de capital	0,00	0,00	0,00
8- Activos financieros	0,00	0,00	0,00
TOTAL	32.000,00	32.000,00	73.046,96

PROGRAMA 540: SERVICIOS CENTRALES

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

Objetivos/

<i>Acciones/</i>

Indicadores del programa.

01 Desarrollar un modelo de gestión operativo, integrado, autónomo y responsable de los resultados.

- 01.01 Promover la incorporación a los equipos de gestión de los diferentes centros de atención primaria y atención especializada, de profesionales asistenciales que hagan posible la coherencia de la práctica clínica con la necesidad de una correcta gestión de recursos.
- 01.02 Descentralizar la toma de decisiones desde la dirección de los centros hacia los servicios y departamentos clínicos, en cuanto a sistemas de organización, disposición de recursos técnicos y humanos, nivel de actividad, definición de servicios ofertados y evaluación de la práctica clínica.
- 01.03 En Atención Primaria, alcanzar paulatinamente y mediante los acuerdos necesarios, la gestión propia de los centros por parte de los equipos de profesionales a ellos adscritos.
- 01.04 En asistencia especializada, implantar un modelo de gestión operativa de los hospitales integrado, autónomo y responsable de los resultados obtenidos, que fomente la vinculación de los profesionales a la toma de decisiones. Apoyar la labor de los profesionales priorizando la resolución de las dificultades habituales que se presentan en su quehacer diario.
- 01.05 Utilización de los contratos de gestión para cada centro como instrumento básico de negociación entre financiador y proveedor de servicios.
- 01.06 Desarrollo de una política presupuestaria que permita un incremento controlado y sostenible de los gastos sanitarios.
- 01.07 Establecimiento de un plan de inversiones en infraestructuras dentro de los límites presupuestarios y como soporte para la consecución del resto de objetivos.
- 01.08 Participación del personal en la reordenación lógica de los recursos.

Explicación de la ejecución e información adicional:

El desarrollo del modelo de gestión indicado está siendo implantado de forma razonable durante el año 2008 con los recursos disponibles, siendo todos ellos objetivos de mejora continua en los siguientes ejercicios.

02 Promoción de la seguridad y salud laboral.

- 02.01 Promocionar la prevención de riesgos laborales y vigilancia de la salud de los trabajadores adaptada al nuevo escenario.
- 02.02 Fomentar la participación y colaboración de los agentes sociales.
- 02.03 Desarrollar los programas de: protocolos específicos de reconocimientos médicos, accidentes biológicos y reubicaciones.
- 02.04 Desarrollar los planes de emergencia en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

- 02.05 Desarrollar el plan de formación-información en materia de seguridad y salud en el trabajo dirigida a trabajadores del SNS-O.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
02.00.01 Consultas, reconocimientos y actuaciones sanitarias	1.500	1.779
02.00.02 Estudios multidisciplinarios	150	164
02.00.03 Acciones formativas	25	56

Explicación de la ejecución e información adicional:

Se han cumplido los objetivos y actuaciones inicialmente previstas de acuerdo con el Plan de de Acción Preventiva del SNS-O aprobado por el Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea el día 5 de febrero de 2008.

03 Desarrollo de sistemas de información. El SNS-O necesita alcanzar la estabilidad, uniformidad y modernidad de sus sistemas de información, hasta el punto en que todas las funciones de relación con pacientes, asistencia sanitaria, y gestión, se desarrollen en substratos informatizados que aporten sobre todo agilidad y gobierno pleno de las situaciones.

- 03.01 Potenciar los sistemas más estratégicos en cuanto al binomio paciente-profesional asistencial, como historia clínica informatizada, imagen digital o sistemas de citación, así como otros sistemas que desde la Dirección-Gerencia del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea se vayan definiendo como prioritarios.
- 03.02 Gestión centralizada de las inversiones en Sistemas de Información a través de la Dirección de Administración y Organización, por medio de la Subdirección de Gestión Económica y Desarrollo Organizativo, de manera que se garanticen la uniformidad (en orden a lograr economías de escala) y la correcta aplicación de las prioridades corporativas.
- 03.03 Descentralización de la gestión y financiación de inversiones desde los centros, en cableado de edificios y en electrónica de red, cuando su propio interés así lo recomiende y, especialmente, cuando tales inversiones vayan unidas a procesos de remodelación, construcción o reforma de edificios y locales.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
03.00.01 Porcentaje de informes incorporados a la historia clínica informatizada	212.000 informes de consultas y 180.000 informes de alta	
03.00.02 Recetas emitidas elaboradas a través de la historia clínica informática	9.822.813 (83% del total de recetas)	
03.00.03 Porcentaje de especialidades con autocitación	100%	
03.00.04 Porcentaje de implantación del proyecto de imagen digital		

Explicación de la ejecución e información adicional:

03.00.01: No se puede calcular un porcentaje, ya que los informes no incorporados a HCI no se pueden contabilizar.

03.00.02: Aquí sí que se podía haber puesto el porcentaje de las recetas emitidas desde una aplicación informática respecto del total de recetas facturadas.

03.00.02: Técnicamente, la aplicación de citación está preparada para que se autocine cualquier especialidad. otra cosa es saber qué especialidades y qué centros la usan.

03.00.04: Difícil calcular el porcentaje: en 2008 sólo estaba totalmente integrada la imagen digital en el tórax de San Martín., Pero sí se han hecho implantaciones parciales (sobre todo en la obtención automática de listas de trabajo) en:

- Toda la radiología de Tudela
- La radiología simple del CCPV
- La radiología simple y el TAC de HVC
- La radiología simple del HN.

04 Coordinación entre atención primaria y especializada. Garantizar la continuidad y personalización en la atención al paciente, e incrementar la eficacia y eficiencia general del sistema, mediante una adecuada organización y una constante relación entre clínicos de ambos niveles asistenciales.

- 04.01 Mejorar los sistemas de comunicación y los circuitos asistenciales de citación de pacientes.
- 04.02 Establecer cauces de interrelación entre responsables clínicos de ambos niveles asistenciales.
- 04.03 Priorizar áreas clínicas susceptibles de mejora y promover planes de mejora consensuados.
- 04.04 Impulsar la implicación conjunta de la atención primaria y la especializada en el uso racional de medicamentos.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
04.00.01 Creación de grupos de trabajo para la coordinación entre atención primaria y especializada		1

Explicación de la ejecución e información adicional:

En este ejercicio se puso en marcha la gestión del buzón Salud Responde del Departamento de Salud para solucionar los problemas y atender las sugerencias de los ciudadanos en nuestro ámbito de actuación.

Se ha procedido a la creación de la Unidad de Raquis para mejorar el circuito asistencial de pacientes con patología de columna.

En relación con los Cuidados Paliativos se han realizado cursos de formación al personal sanitario de Atención Primaria para mejorar la atención del paciente oncológico en su domicilio.

Respecto a los Comités de Mejora se ha continuado con el seguimiento puntual de cada uno de los 21 Comités de coordinación Primaria-Especializada que funcionan.

Ejecución presupuestaria

GASTOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1- Gastos de personal	20.478.192,00	6.379.968,77	6.379.968,77
2- Gastos corrientes en bienes y servicios	3.463.190,00	3.557.842,00	3.422.125,74
3- Gastos financieros	0,00	0,00	0,00
4- Transferencias corrientes	0,00	0,00	0,00
6- Inversiones reales	3.830.067,00	3.580.567,00	2.673.335,54
7- Transferencias de capital	0,00	0,00	0,00
8- Activos financieros	0,00	0,00	0,00
9- Pasivos financieros	0,00	0,00	0,00
TOTAL	27.771.449,00	13.518.377,77	12.475.430,05

INGRESOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1- Impuestos directos	0,00	0,00	0,00
2- Impuestos indirectos	0,00	0,00	0,00
3- Tasas y otros ingresos	160.000,00	160.000,00	279.029,19
4- Transferencias corrientes	0,00	28.652,00	763.156,00
5- Ingresos patrimoniales	0,00	0,00	0,00
6- Enajenación inversiones reales	0,00	0,00	0,00
7- Transferencias de capital	0,00	0,00	0,00
8- Activos financieros	0,00	0,00	0,00
TOTAL	160.000,00	188.652,00	1.042.185,19

PROGRAMA 541: ASISTENCIA ESPECIALIZADA

Unidad responsable: Dirección de Asistencia Especializada

Objetivos/

<i>Acciones/</i>

Indicadores del programa.

PRESTACIONES ASISTENCIALES AMBULATORIAS

01. Depuración del Archivo y paso de historias clínicas del Archivo General de Príncipe de Viana a Super Ser que conduzca a la desaparición del primero.

- 01.01. Ampliar el actual concierto incrementándolo en razón al movimiento de historias clínicas.
- 01.02. Realizar un plan específico que conduzca a la desaparición del archivo de historias clínicas de Príncipe de Viana en un plazo máximo de 3 años.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- El Plan específico de actuación del archivo de historias esta integrado en el Plan de Remodelación del edificio de Consultas Príncipe de Viana. En fase de desarrollo no se ha llegado a concretar porque el escenario 2009 ha imposibilitado su dotación presupuestaria. Se retomará el proyecto en el momento que exista presupuesto para ejecutarlo.
 - Total movimiento historias clínicas 2007: 1.594.400
- Total movimiento historias clínicas 2008: 1.700.370
-

02. Pasar la información clínica de papel a formato electrónico.

- 02.01. Análisis del actual sistema de digitalización y sus objetivos.
- 02.02. Nuevo plan y nuevo concurso de digitalización

Explicación de la ejecución e información adicional:

- 02.01 Se realizó el análisis de la digitalización y se replantearon sus objetivos reorientando fundamentalmente el proyecto anterior basado en digitalizar nuestras historias clínicas pasivas (más de cinco años de utilización y fallecidos) a la digitalización de historias activas.
 - 02.02 Se ha realizado el Plan de actuación que ha tenido como logro fundamental el cambio sustancial en la aplicación informática para posibilitar el objetivo anterior. Nuevo concurso 2009 incorporando las nuevas líneas de actuación.
-

03. Mejorar la planificación de consultas, programación y agendas.

- 03.01. Incorporar en el sistema todas las agendas de consultas y pruebas complementarias.
- 03.02. Diseño y puesta en marcha de un programa informático para utilizar por coordinadores o jefes clínicos para organización de consultas.

- 03.03. Crear en Host las agendas provisionales de cada especialidad.
- 03.04. Diseñar y establecer nuevo circuito de autorización de organización de consultas.
- 03.05. Diseño de un sistema que permita el acceso a la globalidad de agendas programadas.

Explicación de la ejecución e información adicional:

Se ha mejorado toda la planificación y programación de consultas que ha conducido a los siguientes resultados:

ACTIVIDAD TOTAL	año 2008			año 2007			Var 08/07		
	1ª	Suc	TT	1ª	Suc	TT	1ª	Suc	TT
HOSPITAL NAVARRA	123.682	198.085	321.767	107.232	185.044	292.276	15%	7%	10%
CLINICA UBARMIN	38.586	51.128	89.714	34.309	47.873	82.182	12%	7%	9%
VIRGEN DEL CAMINO	108.935	167.113	276.048	93.884	158.797	252.681	16%	5%	9%
TOTAL	271.203	416.326	687.529	235.425	391.714	627.139	15%	6%	10%
Indice Suc/1ª	1,5			1,7					

04. Procedimentar y agilizar los cambios en agendas y su autorización.

- 04.01. Diseño y puesta en marcha de procedimiento de cambios.

Explicación de la ejecución e información adicional:

Se ha generado una nueva estructura y un nuevo procedimiento que permite una mayor agilidad en la gestión de las agendas.

05. Mejorar la citación de pacientes descentralizando la citación y reduciendo al mínimo los tiempos de espera existentes en el circuito administrativo: consulta-pruebas complementarias-resultados.

- 05.01. Aplicación de la citación accesible y utilizable en los diferentes puntos en los que se establezca la posibilidad de citar.
- 05.02. Incrementar los puntos de citación (unidades clínicas).
- 05.03. Diseñar y establecer la multicita desde los diferentes puntos: citación de primeras citas, revisiones, pruebas y resultados.

Explicación de la ejecución e información adicional:

Los objetivos 2008 de mejorar la actuación sobre pruebas complementarias quedaron pospuestos por la aparición de la Ley de Garantías de Espera y las actuaciones sobre primeras consultas que se consideró prioridad en dicho año.

Este proyecto se va a realizar en el 2009.

06. Mejorar el actual sistema de cambios de cita y la ocupación de huecos de agenda.

- 06.01. Actualizar los datos provenientes del paciente.
- 06.02. Redefinición y puesta en marcha del procedimiento para solicitud de cambios, anulaciones, etc.

06.03. Acceso del paciente a través de Internet para el desarrollo de las anteriores actuaciones.

06.04. Envío de mensajes recordatorios de consultas a través de sms.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- Realización de pilotaje enero-abril 2008 y de proyecto específico de actuación (mayo-diciembre) sobre las personas que no acuden a primeras visitas que se ha traducido en:

NO ACUDEN: MAYO - DICIEMBRE	2007	%	2008	%	VARIACIÓN
PRIMERAS	11.234	6,9%	8.913	4,7%	-2,2%
SUCESIVAS	19.068	7,0%	19.448	6,7%	-0,3%

07. Mejorar los tiempos de espera de pacientes tanto de primeras consultas como de revisiones.

07.01. Plan de actuaciones a corto/medio plazo 2007-2011 con objetivo de disminución de tiempos de espera.

07.02. Plan de actuaciones específico 2008, con objetivo de disminución de tiempos de espera.

Explicación de la ejecución e información adicional:

Se ha realizado un plan de actuación específica con los siguientes resultados:

Personas en espera:

PRIMERAS CONSULTAS	DIC 06	DIC 07	DIC 08	Var DIC 08/06	Var DIC 08/07
Hospital Navarra	12.394	13.920	6.313	-6.081	-7.607
H. Virgen del Cami	3.736	5.481	2.447	-1.289	-3.034
Clínica Ubarmin	9.370	10.915	6.469	-2.901	-4.446
AREA I PAMPLONA	25.500	30.316	15.229	-10.271	-15.087

CONSULTAS SUCESIVAS	DIC 06	DIC 07	DIC 08	Var DIC 08/06	Var DIC 08/07
Hospital Navarra	31.625	30.756	25.749	-5.876	-5.007
H. Virgen del Cami	21.243	20.553	18.294	-2.949	-2.259
Clínica Ubarmin	4.567	4.883	5.110	543	227
AREA I PAMPLONA	57.435	56.192	49.153	-8.282	-7.039

Días de espera media prospectiva (capacidad absorción)

Cap. Absorción	2.008		2.007	
	1ª	Suc	1ª	Suc
HOSPITAL NAVARRA	19	47	47	61
CLINICA UBARMIN	23	36	58	37
VIRGEN DEL CAMINO	22	40	42	47
TOTAL	20	43	47	52

08. Mejorar el actual sistema de información, incorporando a los clásicos datos de actividad, demanda y espera, aquéllos referentes al proceso asistencial.

08.01. Rediseño y puesta en marcha del “cubo” de consultas ambulatorias.

Explicación de la ejecución e información adicional:

Proyecto pospuesto por cambio de prioridades. Se prioriza modificación de la aplicación de consultas para cumplimiento de la Ley de Garantías de Espera.

09. Evaluación y mejora continua del proceso asistencial ambulatorio.

09.01. Identificación y priorización de procesos asistenciales susceptibles de mejora continua.

09.02. Plan de actuación /mejora de procesos priorizados.

09.03. Abrir una línea de trabajo en relación con la codificación ambulatoria e indicadores de calidad.

Explicación de la ejecución e información adicional:

Se ha priorizado durante el 2008 la actuación en los siguientes procesos:

- Demencias
- Patología de Raquis
- Asma Infantil
- Diabetes Mellitus II
- Retinografía no midriática
- Salud Mental

No se ha avanzado en la codificación ambulatoria.

10. Incrementar y reordenar los espacios físicos en los que hoy se desarrolla tanto la actividad asistencial como la actividad de gestión ambulatoria.

10.01. Consensuar con todas las partes implicadas una futura imagen horizonte de utilización de espacios a cuatro años.

10.02. Plan de actuación que nos conduzca desde la situación actual a la deseada.

10.03. Diseñar y materializar con carácter anual los proyectos/obras que nos conduzcan hacia el horizonte predefinido:

- Proyecto de reorganización de espacios asistenciales en General Solchaga a corto/medio plazo y primera fase de obras (3ª planta).
- Proyecto y obra finalizada de remodelación de radiología ambulatoria en el ambulatorio General Solchaga.
- Proyecto y obra finalizada de ocupación de segunda planta de Conde Oliveto por personal de la dirección de Gestión.
- Proyecto de remodelación del Servicio de Rehabilitación Extrahospitalaria (Conde Oliveto y General Solchaga) y primera fase de obra.
- Proyecto de ampliación del Servicio de Alergología de Conde Oliveto.
- Proyecto de reorganización de espacios asistenciales de Príncipe de Viana a corto/medio plazo (4 años) y primera fase de obra (3ª planta).
- Proyecto de reorganización de espacios en el área de admisión y atención al paciente de Príncipe de Viana.

Explicación de la ejecución e información adicional:

Se han realizado:

- Proyecto de reorganización de espacios asistenciales en "Dr. San Martín" a corto/medio plazo y primera fase de obras (3ª planta).
- Proyecto y obra finalizada de ocupación de segunda planta de Conde Oliveto por personal de la dirección de Gestión.
- Proyecto de remodelación del Servicio de Rehabilitación Extrahospitalaria (Conde Oliveto y "Dr. San Martín") y primera fase de obra.
- Proyecto de reorganización de espacios asistenciales de Príncipe de Viana a corto/medio plazo (4 años) y primera fase de obra (3ª planta).

Aun habiéndose realizado el proyecto, no se han realizado por limitación en la ejecución del presupuesto del 2008:

- Proyecto y obra finalizada de remodelación de radiología ambulatoria en el ambulatorio "Dr. San Martín".

No se han realizado los proyectos por limitaciones presupuestarias:

- Proyecto de ampliación del Servicio de Alergología de Conde Oliveto.
- Proyecto de reorganización de espacios en el área de admisión y atención al paciente de Príncipe de Viana.

11. Mejorar la coordinación entre Atención Primaria y Especializada en toda la Comunidad Foral

11.01. Diseño y puesta en marcha del plan de actuaciones para el período 2007-2011

11.02. Acciones nuevas a desarrollar en el 2008 que precisen ser reseñadas por requerir gastos de importante cuantía en inversiones:

- Proyecto de Retinografía no midriática en Navarra: Su objetivo es sustituir la realización anual de fondo de ojo a pacientes diabéticos con la técnica tradicional por la retinografía no midriática. Se prevén 4 retinógrafos (Pamplona y comarca, Tafalla, Tudela y Estella), 5 tonómetros de contacto.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- Se ha continuado con varias de las múltiples actuaciones que se plantean en el Plan de Coordinación desde el año 2000.
 - Se ha realizado el proyecto de Retinografía no midriática en Navarra, en Pamplona y comarca y Tafalla. También se ha realizado en Tudela. No se ha realizado en Estella.
-

CENTRO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA DE NAVARRA

12. Desarrollar la estructura del Centro de Transfusión Sanguínea de Navarra para adaptarnos al Real Decreto 1088/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión.

Explicación de la ejecución e información adicional:

Gestión de Calidad y acreditaciones

- a. Se ha obtenido la renovación de la Acreditación EFI en el área de Histocompatibilidad
 - b. Se ha realizado con resultado conforme:
 - Una auditoria interna en junio de 2008
 - Una auditoria por parte de la industria fraccionadora en septiembre de 2008.
 - La segunda auditoria de seguimiento de AENOR en octubre
-

13. Consolidar una promoción eficaz de la donación de sangre a través de:

- 13.01. El desarrollo de un programa de promoción de la donación conforme a las directrices determinadas por el Departamento de Salud así como el seguimiento y valoración del cumplimiento del cronograma de campañas programadas.
- 13.02. La recogida de información sobre motivación y grado de satisfacción de los donantes así como de la percepción de nuestros servicios por parte de la sociedad: encuestas.
- 13.03. La creación de la figura de atención al donante.
- 13.04. La mejora del acceso y posibilidades de comunicación del donante al centro y viceversa.
- 13.05. Elaboración de un boletín informativo trimestral.
- 13.06. Difusión del programa REDMO y la donación de progenitores hematopoyéticos.

Explicación de la ejecución e información adicional:

Promoción de la donación

- Se han realizado acciones de Promoción de la donación para 2008:
 - 3 reuniones en localidades nuevas
 - 2 conferencias en pueblo
 - campañas en el ámbito universitario, en Octubre y en Febrero
 - 2 jornadas de puertas abiertas para colegios
- Se han incorporado al REDMO 1330 donantes nuevos.

Donantes

Se ha iniciado la acción de remitir cartas de agradecimiento y analítica postdonación

Realización de encuestas de satisfacción de los donantes.

14. Mejorar la gestión del Centro de Transfusión Sanguínea de Navarra

- 14.01. La incorporación a la gestión del Centro de las actividades necesarias para su autogestión.
- 14.02. El mantenimiento del sistema de gestión de calidad y realización de auditorías internas.
- 14.03. El desarrollo de un plan estratégico a través del despliegue de un cuadro de mando integral.
- 14.04. La implantación del nuevo programa informático de gestión integrado y conectado con los servicios hospitalarios.
- 14.05. El estudio de evaluación de costes.
- 14.06. La centralización en el Centro de Transfusión Sanguínea de Navarra de las peticiones de hemoderivados fraccionados por la industria y gestión de su suministro.

Explicación de la ejecución e información adicional:

Extracción

- Se han estudiado y adaptado los puntos de conexión eléctrica en los lugares de colecta de la unidad móvil.
- Colocación de dispositivos comprobadores de fases en dichos puntos para comprobar la tensión y secuencia de fases.

Laboratorio y procesamiento

De cara a resolver las peticiones de los servicios transfusionales y/o mejorar el desarrollo técnico se han incorporado:

- Determinación de aglutininas en donantes de aféresis.
 - Adquisición de una nueva centrífuga de bolsas que nos permita mejorar la calidad de nuestros productos (disminuir las reclamaciones y/o no conformidades)
 - Determinación de serología de sífilis por TPHA, automatizada en GALILEO.
-

15. Mejorar la formación del personal.

- 15.01. Seguimiento de las recomendaciones de la Comisión de Formación.
- 15.02. Potenciación del programa de formación de nuevos trabajadores.

Explicación de la ejecución e información adicional:

Formación

- Se han realizado reuniones de la comisión de formación > 4
 - Se han aprobado las normas de concesión de ayudas y permisos de formación
 - Se ha realizado el Plan de formación 2008
-

16. Crear el clima laboral adecuado para poder alcanzar las metas anteriores.

- 16.01. Puesta en marcha de las recomendaciones que se generen tras la actuación sobre factores de riesgo psicosocial por parte del Servicio de Prevención.
- 16.02. El desarrollo de canales de comunicación.

Explicación de la ejecución e información adicional:

Las recomendaciones han sido realizadas. Faltaba una de ellas, que ya se ha cumplimentado en el primer trimestre del 2009.

17. Mejorar el servicio a los centros hospitalarios.

- 17.01. Implantación del programa informático y parametrización. Incorporación del código ISBT 128
- 17.02. Sistema de calidad uniforme: "Proceso Hemoterapia".
- 17.03. Consolidación del procedimiento autonómico de Hemovigilancia.
- 17.04. Colaborar con el Departamento de Salud en el desarrollo de un procedimiento autonómico de inspección de centros y servicios de transfusión conforme al Real Decreto 1088/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión.
- 17.05. Dinamizar e impulsar las propuestas generadas en el seno de la Comisión Hemoterápica de Navarra.
- 17.06. Participación en los Comités Hospitalarios de Transfusiones.
- 17.07. Incrementar el panel de hematíes fenotipados y de stock especial.
- 17.08. Colaborar en la detección de donantes raros a partir de familiares de pacientes raros.
- 17.09. Registro de pacientes de fenotipos raros.
- 17.10. Creación de un stock de hematíes irradiados centralizado.
- 17.11. Incorporación a un programa de autotx y congelación (en otros centros) de unidades de donantes de fenotipo superraro.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
17.00.01 Modificaciones de la plantilla orgánica		Amortizado: ATS (1) Creado: TEL (1)
17.00.02 Donaciones/año	>30000	31031
17.00.03 Reclamaciones de los donantes	<20/año	<20
17.00.04 Resultados de las encuestas de satisfacción de los donantes	>4	>4
17.00.05 Resultados de las encuestas de motivación de los donantes		NR
17.00.06 Productos no conformes/ Productos conformes	>5%	4%
17.00.07 Porcentaje de cumplimiento de objetivos establecidos	80%	80%
17.00.08 Proyectos de mejora implantados/ Nº de proyectos año	80/%	80%

17.00.09	Evaluación de los cursos por parte del personal que lo recibe	>80%	>80%
17.00.10	Evaluación de la eficacia de los cursos por parte de los responsables de área	Apto	Apto
17.00.11	Índice de satisfacción de los centros	>4	>4
17.00.12	Reclamaciones de los centros	<1%	<1/0%
17.00.13	Peticiones desatendidas/ Nº de peticiones totales	0	0

Explicación de la ejecución e información adicional:

Servicios hospitalarios

a. Hemovigilancia:

- Ha continuado el desarrollo del programa autonómico de Hemovigilancia
- Se ha participado en el Programa Estatal de Hemovigilancia.

b. Comisión de Hemoterapia de Navarra

- Se han realizado dos reuniones anuales

c. Programa de gestión informático para toda la red transfusional de nuestra comunidad

Se ha avanzado en su desarrollo.

d. Comités Hospitalarios de Transfusión

Se ha participado en las reuniones del Comité Hospitalario de Transfusión de todos los hospitales públicos de nuestra comunidad.

e. Trazabilidad y Calidad

Se ha avanzado en el proyecto de implantación del Sistema de Calidad del Centro y Servicios hemoterápicos hospitalarios homogéneo.

f. Participación del Centro:

- En la Comisión de seguimiento del acuerdo de colaboración del Departamento de Salud con ADO-NA

ASISTENCIA SANITARIA CONCERTADA

18. Facilitar a los ciudadanos con derecho a asistencia sanitaria por parte del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, las prestaciones complementarias que precisen con la debida agilización en la gestión de las mismas.

18.01. Diálisis domiciliaria: consolidar hemodiálisis domiciliaria:

Se mantiene estable el número de pacientes con diálisis peritoneal domiciliaria (36 pacientes) y se ha consolidado el programa de hemodiálisis domiciliaria con 4 pacientes de media.

18.02. Oxigenoterapia y otras terapias domiciliarias: seguimiento de las revisiones domiciliarias efectuadas por la empresa concertada a los enfermos con estas terapias, así como el control de la terapia a enfermos desplazados a y desde la Comunidad Foral de Navarra:

La valoración del actual concierto comparándolo con el anterior es significativa: se ha incrementado el número de pacientes día en un 54,14% reduciéndose la facturación en un 3,68%.

Se revisan mensualmente 35-40 los controles realizados por la empresa adjudicataria a los domicilios de los pacientes, para comprobar su realización.

- 18.03. Transporte sanitario: estudio, y en su caso propuesta de actuación de nuevas bases de permanencia para el transporte sanitario urgente.

Del análisis de la situación del transporte sanitario urgente no se ha derivado ninguna propuesta de ampliación o reducción de las actuales bases de permanencia.

- 18.04. Transporte sanitario: incrementar la coordinación entre los centros sanitarios y las empresas adjudicatarias del servicio de transporte sanitario programado.

Se mantienen reuniones periódicas (1 mes) entre la empresa adjudicataria y los principales centros y/o unidades que indican transporte sanitario.

- 18.05. Asistencia sanitaria en centros concertados de Navarra: control de la asistencia prestada a los pacientes del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y control de la facturación de los centros concertados.

Se realiza control previo en todas las derivaciones a la Clínica Universitaria, Clínica San Miguel, y Centro Médicis.

Se realiza control de la facturación de todos los pacientes atendidos en todos los centros concertados y se realiza seguimiento de aquellas estancias en estos centros que superen 1 mes.

- 18.06. Asistencia sanitaria en centros concertados de fuera de Navarra: control de la asistencia prestada a los pacientes del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Se realiza control previo y de facturación de todos los pacientes atendidos en la Clínica Quirón.

- 18.07. Visado de recetas: estudio de viabilidad de conexión con la receta electrónica.

Se han mantenido diversas reuniones (4) con el grupo de trabajo de Atención Primaria sobre receta electrónica aportando aquellas peculiaridades específicas de la problemática del visado.

- 18.08. Visado de recetas: continuar con la colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo:

Se continúa con la estrecha comunicación con el Ministerio de Sanidad y Consumo en aquellas cuestiones referentes a los requisitos de los medicamentos sometidos a visado previo a su dispensación.

- 18.09. Reintegro de gastos: control estricto de la utilización adecuada de este procedimiento a la normativa vigente.

Pese a ser un procedimiento administrativo establecido exclusivamente para el reintegro de aquellos gastos producidos por un caso de urgencia vital en los que no pudo utilizarse la Sanidad Pública, sigue observándose una utilización para solicitar el reintegro de cualquier tipo de gasto relacionado con la asistencia sanitaria.

- 18.10. Prestación ortoprotésica: actualización de tarifas recogidas en el Anexo correspondiente del Decreto Foral regulador de esta prestación en Navarra, así como la adecuación a la normativa básica estatal en esta materia.

Se ha elaborado el borrador de Orden Foral que actualiza las tarifas del Decreto Foral.

- 18.11. Asistencia sanitaria, fuera de Navarra, en el Sistema Nacional de Salud: facilitar y tramitar, con la máxima celeridad, las derivaciones de pacientes a centros públicos del Sistema Nacional de Salud, solicitadas por facultativos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Se ha incorporado como único sistema de derivación a centros del Sistema Nacional de Salud, al igual que el resto de CCAA, el sistema informático del SIFCO (Sistema de información del Fondo de Cohesión)

- 18.12. Asistencia sanitaria, fuera de Navarra, en el Sistema Nacional de Salud: aconsejar sobre la idoneidad de los centros y los trámites a realizar, a los centros propios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, en esta materia.

Se continúa en esta labor de forma constante con nuestros centros sanitarios que lo precisan.

- 18.13. Desplazamientos y dietas para desplazados: estudio y propuesta de actualización de las tarifas y normativa foral en este apartado.

Con fecha 9 de Mayo de 2.008 se publicó el Decreto Foral 37/2008 que actualizó estas tarifas.

- 18.14. Asistencia dental a disminuidos psíquicos: análisis, junto con la Unidad de Salud Bucodental, de la posibilidad de asunción de la totalidad de estos pacientes, por parte del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

El estudio efectuado no ha concluido la posibilidad de asumir la totalidad de estos pacientes en la actualidad.

Explicación de la ejecución e información adicional:

COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ASISTENCIA ESPECIALIZADA

19. Continuar con la coordinación entre la atención especializada y la atención primaria, de acuerdo con el plan ya establecido.

- 19.01. Disponibilidad de toda la información sobre derivaciones en intranet. Pendiente la validación del CUBO del SIOC y posterior implantación
- 19.02. Adquisición de monitores de mayor tamaño para las administrativas del pool de informes del centro de consultas Príncipe de Viana.
- 19.03. Adecuación del mobiliario en el Ambulatorio General Solchaga.
- 19.04. Enganche del volante OMI al programa de historia clínica.
- 19.05. Implementación y puesta en marcha de los comités de mejora en 14 especialidades.
- 19.06. Mejora de la comunicación telefónica o electrónica entre profesionales de ambos niveles en caso de consultas sobre casos de pacientes, proyecto interconsulta sin derivación.
- 19.07. Imagen radiológica digital. Implantación de equipos digitales en Príncipe de Viana y completar el equipamiento en General Solchaga para toda la radiología convencional
- 19.08. Propuesta de revisión oftalmológica de pacientes diabéticos con retinografía no midriática.
- 19.09. Extensión al resto de centros, de la experiencia piloto llevada a cabo en los Centros de Salud de Iturrama, Barañain y Orcoyen, sobre derivación directa desde Atención Primaria a la Unidad de Vértigo.
- 19.10. Puesta en marcha de la consulta de cefaleas/alta resolución.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- La información de derivaciones está en Intranet. No se ha implantado el “cubo” del SIOC.
- Las administradoras del pool de Informes cuentan con el tamaño de monitores adecuado.
- Se ha adecuado el mobiliario del Centro Sanitario “Dr. San Martín”.
- No se ha realizado la integración del volante de interconsultas de OMI a HCI de Atención Especializada.

- Se ha realizado el proyecto de interconsultas sin derivación en los Servicios de Alergología y Endocrinología.
- Continúan en marcha los Comités de Mejora en 14 especialidades con variabilidad en sus actuaciones.
- Se han adquirido equipos digitales de Radiología para “Dr. San Martín” y “Príncipe de Viana”.
- Se ha implantado la Retinografía no midriática.
- No se ha extendido la experiencia de derivación directa desde Atención Primaria a la Unidad de Vértigo por no aconsejarlo la situación de espera existente en esa Unidad en 2008.
- Se ha realizado las consultas de cefaleas/alta resolución.

20. Seguimiento del Plan de gestión clínica y del pacto de coordinación entre Atención Primaria y Asistencia Especializada.

- 20.01. Ampliación de la citación directa desde los centros de salud de primaria de todos los centros de salud mental.
- 20.02. Seguimiento de la implantación de la guía clínica salud mental infanto-juvenil (pediatría Atención Primaria y Salud Mental).
- 20.03. Diseño e implantación de la guía clínica atención primaria-salud mental de adultos y estudio de propuestas del comité de mejora.
- 20.04. Diseño e implantación de un modelo de interconsultas centros de salud mental-centros de salud.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- Se realiza la cita desde los centros de Salud de A. Primaria a los centros de Salud Mental.
- Se ha seguido la implantación de la guía clínica de salud mental infanto-juvenil.
- Se ha trabajado como línea prioritaria la salud mental en adultos.
- Se ha diseñado e implantado un nuevo modelo de interconsultas entre Salud Mental y A. Primaria.

SALUD MENTAL

21. Finalizar la informatización de todos los centros de salud mental de Navarra.

- 21.01. Puesta en marcha de acciones de promoción y educación para la salud mental.
- 21.02. Instalación del sistema de información “Data Wharehouse”.

Explicación de la ejecución e información adicional:

Se han implantado todas las instalaciones de los sistemas informáticos en todos los Centros de Salud Mental.

No se han desarrollado acciones de promoción y educación para la salud mental. Si se ha establecido contactos y se ha creado un grupo de trabajo con el Dpto. de Educación y Asuntos Sociales en materia de salud mental Infanto juvenil. Está pendiente de renovar la Comisión Técnica de Colaboración entre Salud-Educación- Asuntos Sociales.

No se ha habilitado ningún sistema de "Data Wharehouse"

22. Desarrollo del programa de salud mental infanto-juvenil.

- 22.01. Implantación de un nuevo modelo de atención infanto-juvenil en Navarra.
- 22.02. Revisión del programa terapéutico-educativo salud/educación conjuntamente con el Departamento de Educación.
- 22.03. Seguimiento del programa de detección precoz y actuación en patología mental severa y grave riesgo psicosocial en la primera infancia.
- 22.04. Seguimiento de la guía de consenso interdepartamental para niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
- 22.05. Diseño e implantación de un nuevo modelo de coordinación con los centros de infancia y juventud de Asuntos Sociales.

Explicación de la ejecución e información adicional:

Se ha elaborado un documento sobre el nuevo modelo de Atención Infanto-juvenil en Navarra. Se esta implantando de manera progresiva en la Comunidad Foral.

Se ha revisado el programa terapéutico-educativo y se ha modificado su marco de actuación.

El seguimiento de la guía de consenso interdepartamental se ha enmarcado en el nuevo modelo de Atención Infanto-juvenil que ha culminado con un nuevo "Plan de Salud Mental Infanto Juvenil"

El diseño e implantación del nuevo modelo de coordinación se ha elaborado en el Plan anteriormente señalado y actualmente es operativo (como grupo de trabajo), pendiente de la resolución para el nombramiento de la Comisión de Coordinación

23. Desarrollo del programa de trastornos mentales graves/rehabilitación

- 23.01. Revisión de la organización, funcionamiento y cartera de servicios de la clínica de rehabilitación de salud mental.
- 23.02. Implantación de protocolos de intervención en trastornos mentales graves en los centros de salud mental.

Explicación de la ejecución e información adicional:

No se ha desarrollado la cartera de servicios de la clínica de rehabilitación. Está pendiente de incluirla en una cartera de servicios general de Salud Mental.

Se ha elaborado pautas (no protocolos explícitos y definidos) de intervención para los trastornos mentales graves en los CSM

24. Desarrollo del programa de drogodependencias.

- 24.01. Redefinir los recursos específicos para drogodependientes (comunidades terapéuticas).

- 24.02. Adecuar la oferta a la actual demanda.
- 24.03. Seguimiento y evaluación de los nuevos conciertos.

Explicación de la ejecución e información adicional:

No se han redefinido los recursos específicos para drogodependencias por problemas presupuestarios. Dentro de la atención a las drogodependencias se han incorporados un programa nuevo de atención a personas con estos trastornos en los tramos de edad de infancia y adolescencia.

Se ha adecuado la oferta a la demanda actual de forma parcial aumentando algunas plazas en las comunidades terapéuticas según disponibilidad presupuestaria.

Se ha realizado seguimiento de los nuevos conciertos y está pendiente la evaluaciones.

25. Desarrollo del programa de hospitalización.

- 25.01. Evaluación del servicio de hospitalización de estancia media.
- 25.02. Reordenación de las camas previstas para ingreso de jóvenes y adolescentes en el servicio de hospitalización de estancia media.

Explicación de la ejecución e información adicional:

Se han evaluado los servicios de hospitalización de estancia media y acordado los indicadores que evaluación para los próximos años.

Se han mantenido las camas (estancias) para ingresos de jóvenes y adolescentes en el servicio de hospitalización de estancias medias por motivos estratégicos sin que haya sido preciso utilizarlas. No obstante, dicha disponibilidad no genera costes salvo ocupación de las mismas.

26. Desarrollo del programa de psicogeriatría.

- 26.01. Evaluación y seguimiento de la prestación de servicios sanitarios a pacientes psicogerítricos beneficiarios de atención residencial prestada por la Agencia Navarra para la Dependencia, y de la comisión de acceso creada para esas plazas en la Subdirección de Salud Mental.

Explicación de la ejecución e información adicional:

El Servicio se ha prestado en términos similares a los de 2007, con la única novedad de la puesta en funcionamiento de la Unidad Psicogeriátrica en la Residencia "San Isidro" de Lumbier.

27. Desarrollo de las previsiones contenidas en el plan socio-sanitario.

- 27.01. Actuaciones tendentes a minimizar el impacto socio-sanitario en las enfermedades cardio-cerebro-vasculares.
- 27.02. Realizar un estudio de los recursos humanos necesarios en las zonas básicas de salud con relación a la oferta de servicios que establezca el plan.
- 27.03. Implantación de un servicio de centro de día para pacientes con demencia en estados iniciales.

- 27.04. Implantación del servicio de apoyo a la comunidad y atención a domicilio en Pamplona-Comarca y Tudela.
- 27.05. Implantación del programa de "Gestión de altas hospitalarias", dirigido a pacientes que cursan con dependencia funcional y que necesitan recuperación antes de su destino definitivo, domicilio o residencia.
- 27.06. Puesta en marcha de un centro terapéutico en Estella con actividades de rehabilitación y apoyo a la comunidad en esa área.

Explicación de la ejecución e información adicional:

28. Adecuar las infraestructuras y estructuras del Centro Psicogeriátrico San Francisco Javier a las necesidades actuales de los pacientes.

- 28.01. Seguridad: Colocación sistemas de seguridad para fugas de pacientes por puertas o por ventanas. Incorporación de barreras para proteger escaleras. Incorporación de sistemas de alarma por humo. Adaptación de la instalación para actuación en caso de incendio. Incorporación de sistemas de timbres digitalizados con megafonía y alarmas de puertas abiertas (NN).
- 28.02. Renovación de cubiertas (tejados de pabellones).
- 28.03. Medios mecánicos de movilización y transporte de pacientes. Medios mecánicos para los trabajadores en los traslados por el centro.

Explicación de la ejecución e información adicional:

Durante el ejercicio 2008 las adquisiciones, realizadas con el objetivo de adecuar las infraestructuras y estructuras del Centro Psicogeriátrico San Francisco Javier a las necesidades actuales de los pacientes, han sido las siguientes:

- Cerraduras de seguridad electrónicas para Unidades de Xabier.
 - Rehabilitación baños Xabier y adaptación para asistidos
 - Instrumental y material de precisión y seguridad para laboratorio de Farmacia.
 - Carros para dispensación de medicamentos en modalidad de unidosis para Farmacia.
 - Instalación video-portero para entrada principal del recinto.
 - Instalación de barreras y puertas para huecos de escaleras con la finalidad de que los pacientes no puedan acceder solos a las mismas.
 - Fabricación barandilla sujeción acceso principal del Centro.
 - Reelaboración del Plan de Autoprotección-Emergencias para el Centro
 - Obra red perimetral de riego e instalaciones de incendios
 - Renovación en una parte de la red exterior de prevención de incendios para el Centro.
 - Grúa para movilizar a pacientes asistidos en la Unidad de Itzuli.
 - Vehículo eléctrico para transporte interno de carros por el Centro.
-

- 29. Puesta en marcha de la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de Memoria: Unidad para dar respuesta a determinadas necesidades diagnósticas y terapéuticas de pacientes que presentan déficit cognitivo leve y leve moderado, con actividad diagnóstica y terapéutica.**

Explicación de la ejecución e información adicional:

- Equipamiento nueva sala de terapia de grupo en Unidad de Memoria-Deterioro Cognitivo.

- 30. Puesta en marcha de Unidad de Terapia Ocupacional: Capacidad 30 plazas. Unidad terapéutica ocupacional de aproximadamente 30 plazas, enclavada en el antiguo pabellón “trabajadores”, inhabilitado actualmente y con acceso directo del exterior.**

Programa asistencial y continuado, dirigido a los pacientes del centro Psicogeriátrico San Francisco Javier, que sirva de instrumento terapéutico y ocupacional mantenido, evaluado y adaptado a las circunstancias propias de los pacientes existentes.

Dirigido a los pacientes atendidos en el centro y que por sus características sería terapéutico incorporarlos a un programa ocupacional fuera de su propia unidad, uniendo en el beneficio terapéutico el propio de la ocupación y el de la interrelación personal-grupal.

Explicación de la ejecución e información adicional:

No se ha realizado ninguna acción ni hubo presupuesto adjudicado a ello.

- 31. Puesta en marcha de programa de atención a las familias: Programa para el apoyo a necesidades diversas y complementarias de las familias que tienen una persona con enfermedad mental grave. El programa se llevará desde el Centro San Francisco Javier a través de un responsable.**

- 31.01. Se ofertarán los siguientes servicios: Plazas para ingreso por descanso familiar. Atención de hospitalización a domicilio. Asesoramiento y formación a cuidadores. Préstamo de medios materiales. Programa de voluntariado.

Explicación de la ejecución e información adicional:

No se ha realizado ninguna acción ni hubo presupuesto adjudicado a ello.

32. Mejoras hosteleras básicas:

- 32.01. Mejora del servicio y contrato cocina incorporando conclusiones del grupo de mejora formado en el propio centro. Incorporación del Menú opcional.
- 32.02. Adecuación asistencial y renovación equipamientos en los pabellones Xabier, Itzuli y Mendiondo.
- 32.03. Adecuación asistencial, renovación de camas y renovación para la mejora del confort hostelero de equipamientos en los pabellones Miravalles y Xabier.
- 32.04. Mejoras en el sistema de calefacción.

Explicación de la ejecución e información adicional:

Relacionado con acciones dirigidas a mejorar los soportes hosteleros para aumentar el confort y dignidad de los pacientes atendidos en el Centro, se adquirieron durante ese ejercicio:

- Mobiliario especial adaptado para pacientes asistidos en Xabier.
 - Mobiliario especial adaptado para pacientes asistidos Bideberri I y II.
 - Camas con motorización completa para pacientes de Xabier.
 - Obras de mejoras en el sistema de calefacción.
-

33. Creación de la Unidad Asistencial de larga hospitalización: Programa asistencial de 25 plazas cuidados y atención psiquiátrica, dirigido a pacientes adultos con TGM, que necesitan ingreso hospitalario prolongado cuando las alternativas de atención ambulatoria y de hospitalización breve no le son suficientes y con una previsión de estancia no superior a 18 meses. Dirigido a personas con TMG, que manifiestan inestabilidades con alteraciones frecuentes de conducta y con necesidad de mantenerse en un medio ambiente terapéutico

Explicación de la ejecución e información adicional:

No se ha realizado ninguna acción ni hubo presupuesto adjudicado a ello

34. Dotar de sistemas de seguridad en la atención a pacientes y en el desarrollo de actividades de los trabajadores en el centro Psicogeriátrico San Francisco Javier.

- 34.01. Mejoras de seguridad.
- 34.02. Colocación de sistemas de cerramiento de puertas para custodia de pacientes con control de accesos y limitaciones según responsabilidades.
- 34.03. Adquisición grúas para movilidad pacientes y accesorios para higienes de máxima dependencia.
- 34.04. Puertas de seguridad para acceso al pabellón Xavier.
- 34.05. Continuar con las acciones para prevención de legionella.
- 34.06. Renovación de cubiertas (tejados de pabellones), cerramiento de los pabellones inutilizados.
- 34.07. Alumbrado exterior Itzuli.

Explicación de la ejecución e información adicional:

La ejecución está incluida entre las realizaciones citadas en la explicación al punto “28 Adecuar las infraestructuras ... de los pacientes”.

PROGRAMA SOCIO SANITARIO

35. Representar al Departamento de Salud en los temas que se le asignen.

35.01. Participar en las Comisiones a las que sea designado.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
35.00.01 Comisiones en las que participa	9	9
35.00.02 Reuniones de cada Comisión		

Explicación de la ejecución e información adicional:

EN CADA COMISIÓN EL N° DE REUNIONES PUEDE VARIAR DE 2, LAS SEMESTRALES, HASTA 12 LAS MENSUALES.

36. Colaborar en la implementación y seguimiento del programa del Trastorno Mental Grave.

36.01. Dinamizar y participar en la Comisión Directora del Trastorno Mental Grave.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
36.01.01 Reuniones en las que se participa	2	2

36.02. Presidir y promover el trabajo de la Comisión Técnica del Trastorno Mental Grave.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
36.02.01 Reuniones en las que se participa	6	7
36.02.02 Reuniones de grupos de trabajo en los que se participa	A DEMANDA	10
36.02.03 Casos estudiados	A DEMANDA	24

36.03. Participar en la implantación de los recursos previstos.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
36.03.01 Participar en el seguimiento y valoración de los recursos existentes y de reciente creación	A DEMANDA	14

36.04. Participar en el seguimiento y valoración de los recursos existentes y de reciente creación.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
36.04.01 Informes de seguimiento realizados		2
36.04.02 Informes recibidos y estudiados de las entidades concertadas		2

Explicación de la ejecución e información adicional:

REUNIONES SEGUIMIENTO DE RECURSOS EXISTENTES 2

REUNIONES SEGUIMIENTO DE RECURSOS NUEVA CREACIÓN 2

REUNIONES NUEVOS CONCIERTOS 10

37. Planificar y coordinar la asistencia sanitaria realizada en el ámbito residencial sociosanitario.

37.01. Colaborar con la Dirección de Atención Primaria para garantizar la asistencia sanitaria a la población residente.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
37.01.01 Casos en los que se realizan intervenciones	A DEMANDA	
37.01.02 Envío semestral a farmacia de Atención Primaria de la ocupación de dichos centros		SI

37.02. Planificación y puesta en funcionamiento de un modelo en el que el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea asuma el gasto y control de la atención sanitaria en un centro residencial socio-sanitario de discapacitados y en un centro o módulo psicogeriátrico.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
37.02. 01 Fecha de puesta de funcionamiento del módulo		20-06-08

37.03. Coordinar las acciones previstas a realizar con personas, con TIS Navarra, que residen en centros ajenos a nuestra comunidad. En concreto, tramitar el abono del gasto realizado en materia de consumo farmacéutico por las familias de personas con enfermedad mental que viven en medio residencial fuera de nuestra comunidad.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
37.03.01 Solicitudes de reintegro de gasto recibidas y cursadas	2	2

37.04. Colaboración con el Departamento de Asuntos Sociales en el tema de atención sanitaria en centros sociosanitarios.

Explicación de la ejecución e información adicional:

PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD PSICOGERIÁTRICA EN RESIDENCIA DE LUMBIER

38. Estudiar y planificar la atención sociosanitaria para los próximos años.

38.01. Redacción de un nuevo Plan Estratégico de atención sociosanitaria para la Comunidad Foral de Navarra 2008-2011.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
38.01.01 Contratación de una empresa que lleve a cabo la elaboración y redacción del nuevo Plan Sociosanitario		NO

38.02. Constituir un grupo de seguimiento de la elaboración del plan, integrado por los distintos departamentos que desarrollen su trabajo en el ámbito de las personas dependientes.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
38.02.01 Reuniones realizadas por dicho grupo		NO
38.02.02 Realización de un documento para el nuevo plan		NO

Explicación de la ejecución e información adicional:

SE HA INCORPORADO AL NUEVO PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD, DENTRO DEL PLAN DE SALUD MENTAL

Ejecución presupuestaria

GASTOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1- Gastos de personal	48.405.473,00	47.842.325,47	47.842.325,47
2- Gastos corrientes en bienes y servicios	66.578.013,00	72.981.256,01	72.943.192,51
3- Gastos financieros	0,00	0,00	0,00
4- Transferencias corrientes	5.862.001,00	5.862.001,00	5.860.482,40
6- Inversiones reales	6.980.000,00	6.959.665,99	3.815.282,72
7- Transferencias de capital	250.000,00	250.000,00	0,00
8- Activos financieros	0,00	0,00	0,00
9- Pasivos financieros	0,00	0,00	0,00
TOTAL	128.075.487,00	133.895.248,47	130.461.283,10

INGRESOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1- Impuestos directos	0,00	0,00	0,00
2- Impuestos indirectos	0,00	0,00	0,00
3- Tasas y otros ingresos	1.403.500,00	1.403.500,00	1.467.836,93
4- Transferencias corrientes	0,00	0,00	0,00
5- Ingresos patrimoniales	0,00	0,00	0,00
6- Enajenación inversiones reales	0,00	0,00	0,00
7- Transferencias de capital	0,00	0,00	0,00
8- Activos financieros	0,00	0,00	0,00
TOTAL	1.403.500,00	1.403.500,00	1.467.836,93

PROGRAMA 542: HOSPITAL DE NAVARRA

Unidad Responsable: Dirección del Hospital de Navarra

Objetivos/

<i>Acciones/</i>

Indicadores del programa.

01. Desarrollar iniciativas orientadas a fomentar la implicación de los profesionales en la gestión del hospital.

- 01.01 Revisión del funcionamiento, composición y objetivos de las Comisiones Clínicas para detectar áreas de mejora.
- 01.02 Fomentar la implantación y desarrollo de las propuestas de los Comités de mejora de información al paciente y de mejora de cirugía mayor ambulatoria.
- 01.03 Extensión del contrato de gestión a la totalidad de los Servicios Clínicos dependientes de la Dirección Médico-Asistencial.

Explicación de la ejecución e información adicional:

Se han cumplido los objetivos:

- Revisándose todas las Comisiones Clínicas dependientes de la Junta Técnico-Asistencial, existiendo resolución formal de todas ellas, así como actualización de sus miembros y actas de las reuniones periódicas. Como Área de Mejora se han incluido los Especialistas en formación de los últimos años en todas ellas.
 - Los protocolos de información al paciente, tanto para la acogida como la información al ingreso, han sido revisados y actualizados en sus contenidos, y difundido a través de la web interna a la organización.
 - Se han firmado el 100% de los Pactos de Gestión con los Servicios Clínicos dependientes de la Dirección Médica, así como su evaluación remitida al SNS-O para su reconocimiento en la Carrera Profesional de los facultativos.
-

02. Satisfacer las necesidades del ciudadano de acuerdo con el Plan Estratégico del Hospital.

- 02.01 Alcanzar los objetivos de actividad asistencial acordados en el Contrato-Programa.
- 02.02 Desarrollo de las actividades asistenciales de carácter programado y urgente, con el fin de mejorar la respuesta de la estructura a la demanda asistencial.
- 02.03 Mejora de la gestión de las listas de espera de especialidades prioritarias.
- 02.04 Promover el desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria, mediante la incorporación de nuevos procesos.
- 02.05 Mejora de la información facilitada a los pacientes, basada en el conocimiento de las demandas y expectativas de los mismos.

02.06 Desarrollo de actividades asistenciales de carácter extraordinario encaminadas a garantizar la accesibilidad a los servicios, dentro de unos límites temporales razonables. Potenciación de la Unidad de corta estancia.

	Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
02.00.01	Ingresos totales	17.400	18.676
02.00.02	Urgencias	58.000	53.080
02.00.03	Intervenciones quirúrgicas	12.000	12.733
02.00.04	Intervenciones de cirugía mayor ambulatoria	3.000	3.658
02.00.05	Primeras consultas	105.000	124.675
02.00.06	Consultas sucesivas	174.000	197.700
02.00.07	Procedimientos de rehabilitación (todas las técnicas)	103.000	135.538
02.00.08	Hemodiálisis programada	12.600	16.355
02.00.09	Actos terapéuticos en oncología médica	11.100	13.119
02.00.10	Procedimientos de radiología contrastada	2.020	1815
02.00.11	Actos terapéuticos de Hospital de día Hematología	1.500	2.077
02.00.12	Sesiones oncología radioterápica	22.100	29.972
02.00.13	TAC (Tomografía axial computerizada)	19.300	18.761
02.00.14	Resonancias magnéticas nucleares	7.100	11.465
02.00.15	Exploraciones morfofuncionales (medicina nuclear)	9.800	8.898
02.00.16	Tratamientos (medicina nuclear)	210	228
02.00.17	Pruebas de neurofisiología	2.600	2.538
02.00.18	Radiología intervencionista	145	227
02.00.19	Endoscopias (todos los tipos)	6.374	7.217
02.00.20	Estudios hemodinámicos diagnósticos	1.310	1.441
02.00.21	Angioplastias-actp	700	731
02.00.22	Stens	785	856

Explicación de la ejecución e información adicional:

Se han alcanzado objetivos de actividad asistencial, como se ve en los indicadores. La previsión de urgencias no ha sido alcanzada por la entrada en funcionamiento de otros recursos asistenciales que han disminuido la demanda en esta área.

En relación a los demás objetivos asistenciales y de gestión de Lista de Espera, reseñar:

- La Lista de Espera de primeras visitas ha disminuido en un 55% respecto al año anterior.
- Las Listas de Espera de revisiones han disminuido un 16% respecto al año anterior.
- La actividad en la Unidad de Corta Estancia creció un 23% respecto al año anterior.
- La Cirugía Mayor Ambulatoria creció en un 7% respecto al año anterior.

03. Mejorar los sistemas de información, a través de la innovación y la integración, para un mejor desarrollo de la gestión clínica de los servicios.

- 03.01 Desarrollo de la historia clínica informatizada en todos los servicios.
- 03.02 Promover la implantación de aquellas medidas orientadas a sistematizar el funcionamiento y la gestión de las distintas áreas de actividad del hospital.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- Durante el año 2008 ha continuado el desarrollo e implantación de la Historia Clínica Informatizada en los diferentes Servicios del Hospital.

Los objetivos principales durante este periodo han sido:

- Eliminación progresiva del soporte papel, tanto en consultas como en hospitalización.
 - Facilitar recursos informáticos a los Servicios con implantación generalizada vg. ordenadores, reconocimiento de voz, etc.
 - Adaptación de fichas clínicas a las necesidades específicas de los Servicios.
- Asimismo se ha continuado con la implantación o adaptación de agendas HOST en aquellas Unidades o pruebas realizadas en el Hospital.

Particularmente importante ha sido el mantenimiento de las agendas de Hospital de Día, debido a la incorporación de nuevos Servicios y a los cambios derivados de la complejidad de los tratamientos, radiología, etc.

Igualmente, se realiza una adaptación continua del cuadro de mando a las necesidades de la Dirección del Hospital.

04. Mejorar la infraestructura arquitectónica del hospital y la mejora en la dotación tecnológica.

- 04.01 Ejecución de las obras de ampliación del Servicio de Urgencias.
- 04.02 Ejecución de las obras de remodelación del Pabellón C.
- 04.03 Mejorar la dotación tecnológica de diferentes servicios.

Explicación de la ejecución e información adicional:

En el ejercicio 2008 se han cumplido los objetivos en relación con los proyectos previstos.

Dentro del Plan Navarra 2012 tenemos tres proyectos de inversión:

- Remodelación y ampliación del pabellón C
- Edificio de urgencias
- Centro de Investigación Biomédica

Se finalizó la redacción del proyecto del nuevo edificio de urgencias, cuyos honorarios de redacción ascendieron a 429.259,01 €.

En relación con la ejecución de las obras de remodelación y ampliación del Pabellón C, en 2008 se realizó la licitación de las obras, las cuales se adjudicaron el 23 de julio a la UTE formada por ACR y SURIS. La ejecución de las obras, que tienen una duración de 36 meses, comenzó el 10 de noviembre. El precio de adjudicación de la obra asciende a 23.555.527,06 €. La dirección facultativa se adjudicó por un importe de 645.295,99 € a los arquitectos Manuel Enríquez Jiménez, Javier Barcos Berruezo y José M^a Errea Argaiz.

Se ha ejecutado obra en 2008 por importe de 299.552,77 € y 8.183 € de dirección de obra, que se ajusta a lo previsto en el Acuerdo del Gobierno de Navarra de 1 de diciembre de 2008 que establece las anualidades.

En cuanto al Centro de Investigación Biomédica, se redactó el proyecto de ejecución del nuevo edificio, cuyos honorarios ascendieron a 225.225 € y se aprobó el proyecto.

Por otra parte se realizaron otras actuaciones menores entre las que destacan, obra e instalaciones del nuevo servicio de hemodiálisis, reforma de la cubierta del pabellón E y del pavimento de la segunda planta del mismo.

Por otra parte en relación con la mejora tecnológica de los servicios médicos y quirúrgicos, destacan las siguientes inversiones:

- Equipamiento y mobiliario de hemodiálisis
 - Gammacámara SPEC-TAC
 - Mamógrafo digital
 - Ecógrafo doppler portátil
 - Equipos de anestesia
 - Equipo de detección de células tumorales
 - Equipamiento diverso para laboratorios
 - Equipos de monitorización para enfermería
 - Equipos de endoscopia
-

05. Promover la implantación progresiva de procesos de mejora continua impulsando la detección de problemas y los sistemas de autoevaluación.

Explicación de la ejecución e información adicional:

Los procesos de mejora continua constituyen un objetivo estratégico del Hospital, como institución sanitaria cuyo fin es la excelencia de sus prestaciones sanitarias.

En este sentido, las actuaciones realizadas responden a:

- Auditorías externas (vg. de acreditación docente) o internas llevadas a cabo en el Hospital.
 - Seguimiento del funcionamiento de las Comisiones (grupos de mejora) constituidas en el Hospital y evaluación de sus objetivos.
 - Incorporación de objetivos de mejora en los pactos de gestión anuales que se establecen entre la Dirección del Centro y los diferentes Servicios y Unidades asistenciales. Evaluación del cumplimiento de dichos pactos.
-

06. Impulsar la promoción y capacitación del personal, así como la gestión de los recursos humanos en general.

06.01 Acciones de formación continuada.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- En relación a las acciones formativas en el Centro, se han realizado:
 - 31 Curso (184 horas) en los que han participado 633 profesionales sanitarios (médicos, D.U.E., Aux. de Enfermería).
 - 9 Cursos (109 horas) dirigidos a Especialistas en formación (Médicos Internos Residentes).
 - El personal adscrito a la Dirección de Enfermería, ha acudido a cursos organizados en ámbitos externos al Hospital, con un número estimado en 5.600 horas/año.

- El personal adscrito a la Dirección Médica acudió a formación fuera del Hospital, con un número estimado en 13.400 horas/año.
- El personal administrativo acudió a cursos formativos con un número de 640 horas/año estimadas.
- En materia de promoción, en la plantilla del Hospital de Navarra 15 personas fueron promocionadas a niveles superiores.

Ejecución presupuestaria

GASTOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1- Gastos de personal	87.449.722,00	100.320.520,43	100.320.520,43
2- Gastos corrientes en bienes y servicios	44.756.125,00	57.312.951,00	57.152.425,72
3- Gastos financieros	0,00	0,00	0,00
4- Transferencias corrientes	51.400,00	51.650,70	51.650,69
6- Inversiones reales	9.445.000,00	9.444.749,30	6.385.117,91
7- Transferencias de capital	0,00	0,00	0,00
8- Activos financieros	0,00	0,00	0,00
9- Pasivos financieros	0,00	0,00	0,00
TOTAL	141.702.247,00	167.129.871,43	163.909.714,75

INGRESOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1- Impuestos directos	0,00	0,00	0,00
2- Impuestos indirectos	0,00	0,00	0,00
3- Tasas y otros ingresos	3.050.000,00	3.050.000,00	2.880.723,18
4- Transferencias corrientes	1,00	1,00	17.439,08
5- Ingresos patrimoniales	0,00	0,00	0,00
6- Enajenación inversiones reales	0,00	0,00	0,00
7- Transferencias de capital	0,00	0,00	0,00
8- Activos financieros	0,00	0,00	0,00
TOTAL	3.050.001,00	3.050.001,00	2.898.162,26

PROGRAMA 543: HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO

Unidad responsable: Dirección del Hospital Virgen del Camino

Objetivos/
<i>Acciones/</i>
Indicadores del programa.

HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO**01. Satisfacer las necesidades del ciudadano de acuerdo con el Plan de calidad.**

- 01.01. Ofertar una atención integral, más personalizada, más próxima a los ciudadanos y con una mayor accesibilidad.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- a) Hemos aumentado considerablemente la actividad, tanto de consultas como de procedimientos quirúrgicos, disminuyendo, tanto la lista de espera de consultas como la de cirugía.
 - b) Desde atención primaria, se puede citar directamente a las consultas externas de especialistas.
 - c) Realizadas encuestas de satisfacción de pacientes, con métodos contratados y evaluados, diferenciados entre el Hospital Materno Infantil y el Hospital General.
-

02. Mejorar y adecuar las infraestructuras del hospital.

- 02.01. Redacción del proyecto de obra del área quirúrgica. HECHO
- 02.02. Redacción del proyecto de obra de urgencias de pediatría, obstetricia y ginecología. HECHO
- 02.03. Sustitución de torres enfriadoras del edificio materno infantil. HECHO
- 02.04. Cambio de cabeceros en habitaciones de hospitalización. NO: Se contempla en el Plan integral de mejoras de habitaciones.
- 02.05. Actuaciones en ascensores y montacargas. HECHO
- 02.06. Cambio del laboratorio central. Se ha integrado en el proyecto general de remodelación del área quirúrgica, URPA, UCI y Laboratorio.

Explicación de la ejecución e información adicional:

Además se ha realizado:

- Proyecto y obra de habitaciones para inmunodeprimidos.
 - Proyecto de reforma del Área de Consultas externas del Hospital Virgen del Camino
 - Remodelación de controles de las plantas 4ª y 6ª General.
-

03. Promover la implantación progresiva de procesos de mejora continua impulsando la detección de problemas y los sistemas de autoevaluación.

- 03.01. Continuar en los procesos de mejora de la calidad.
- 03.02. Realizar actuaciones que, desde diferentes niveles de administración se determinen en materia de evaluación de la calidad del servicio, auditoría y acreditación.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- Incluir los procesos de mejora ya detectados en los pactos de gestión con cada Servicio.
 - A través de estos planes de mejora, pactados y evaluados, en el sentido de accesibilidad, circuitos, tiempos de resolución, tiempos de informe.
-

04. Impulsar la gestión clínica.

- 04.01. Formalizar los oportunos pactos de gestión clínica con los servicios sanitarios.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- Pactos de gestión clínica a todos los servicios, consensuados, firmados y evaluados.
 - Introducción de pactos bianuales para proyectos de mejora de más duración que un año.
-

05. Impulsar la promoción y capacitación del personal.

- 05.01. Desarrollar incentivos que estimulen al personal buscando la excelencia en su trabajo.

Explicación de la ejecución e información adicional:

Proyecto e implantación parcial del pago por procesos en actividad extraordinaria en lugar del pago por horas extraordinarias de trabajo.

06. Orientar los servicios del Hospital Virgen del Camino a las prioridades sanitarias del Plan de salud.

- 06.01. Continuar con la implantación de los procesos pendientes del Proyecto MAPPA.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- Realización y puesta en marcha del proceso EPOC del proyecto MAPPA, entre el Servicio de Neumología y el Servicio de Rehabilitación del Hospital Virgen del Camino, que se amplía, ahora, a toda la red sanitaria del SNS.
- Plan de mejora en atención al parto: Proyecto, plan trienal e inicio de ejecución de la nueva área de Urgencias Materno-Infantil.

- Proyecto de mejora de identificación inequívoca del recién nacido, proyecto común de seguridad del paciente del Ministerio de Sanidad y Consumo. Implantado.
-

07. Proseguir con la mejora en la colaboración entre la atención primaria y la especializada.

- 07.01. Establecer fórmulas contractuales que favorezcan el equilibrio de oferta y demanda, y el trabajo conjunto de profesionales de atención primaria y asistencia especializada.
- 07.02. Garantizar la coordinación asistencial y la continuidad de cuidados con los equipos de atención primaria correspondientes.
- 07.03. Favorecer la comunicación ágil entre los profesionales de atención primaria y especializada.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- Actualización, puesta en marcha y coordinación primaria especializada mediante resolución del Gerente del SNS
 - Reuniones de todos los comités de coordinación Atención Primaria- Asistencia Especializada, cada 21 días.
-

CENTROS DE ATENCIÓN A LA MUJER

08. Consolidar y evaluar la derivación de los pacientes desde los centros de atención a la mujer al hospital de referencia posibilitando la continuidad de la asistencia por su ginecólogo en dicho nivel asistencial cuando la demanda asistencial pueda ser programable y no corresponda a un nivel terciario de la especialidad.

- 08.01. Facilitar el desarrollo de la actividad quirúrgica programada por los distintos centros de atención a la mujer coordinando las actuaciones desde la correspondiente sección.
- 08.02. Asumir todas las demandas que se presenten en las consultas de los centros en los distintos aspectos asistenciales dentro del área de toxicología y ginecología y en el nivel secundario de dicha especialidad.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- Se realizan 1-2 quirófanos al día, 4-5 días a la semana, con la flexibilidad adecuada para adecuar los recursos a las necesidades de cada Centro de Atención a la Mujer, coordinado desde la Sección de Atención a la Mujer.
 - En este momento está asumido toda la demanda en atención a la mujer, teniendo como referencia al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Virgen del Camino, con circuitos funcionantes y rápidos, a través de la Historia Clínica Informatizada y comunicación telefónica.
-

09. Adecuar la estructura física y el nivel de equipamiento tecnológico de los centros con el objetivo de poder dar respuesta asistencial a los requerimientos asistenciales de la población en el área tocoginecológica.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- Incorporación de nuevos ecógrafos en los Centros de Atención a la Mujer, renovación de equipamiento médico.

10. Continuar en las actuaciones y comportamientos encaminados a mejorar la calidad de la actividad asistencial en todos sus aspectos, fomentando así un mayor nivel de satisfacción de los profesionales sanitarios y una mejora de la atención a las pacientes o usuarias.

- 10.01. Continuar la atención inmediata y sin ningún tipo de demora de la paciente embarazada, el seguimiento posterior por el mismo facultativo de todo su embarazo y la realización de las ecografías de control que se determinen en los centros de atención a la mujer.
- 10.02. Identificar de manera consensuada dentro de cada centro y de forma coordinada para todos los centros las actividades a realizar en las consultas de matrona, ATS y educadora, intentando homogeneizar la cartera de servicios y las tareas a realizar por los profesionales.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- En pacientes embarazadas: siempre, adjudicando, a cada mujer, un solo facultativo, realizando ecografías previstas en el plan de seguimiento y otras, si es preciso.
 - Protocolos de actuación a nivel de asistencia de matrona, educación, en Historia Clínica Informatizada, elaborados por consenso entre todos los profesionales implicados.
-

11. Identificar al ciudadano/a como referencia básica del sistema, garantizándole un nivel de accesibilidad razonable y permitiéndole desarrollar la capacidad de elección de profesional, garantizándole una información completa de su proceso asistencial y la posibilidad de incidir sobre el mismo.

- 11.01. Mejorar los niveles alcanzados de accesibilidad en la consulta de ginecología-prevención.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- En prevención y seguimiento, siempre que se solicite, en cualquier caso, antes de los plazos recomendados por las Sociedades científicas.

12. Promover grupos de trabajo de carácter mixto entre los profesionales de atención primaria y de la sección de atención a la mujer con el objetivo de protocolizar aspectos asistenciales y administrativos en el área de ginecología y obstetricia.

Explicación de la ejecución e información adicional:

Comunicación estrecha entre el Servicio de Atención a la Mujer y Atención Primaria, con criterios de derivación e información clínica generada en los Centros de Atención a la Mujer, a través de la Historia Clínica Informatizada.

	Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
00.00.01	Ingresos totales	21.980	23.119
00.00.02	Pir medio	1,2382	1,2592
00.00.03	Unidades de peso total	27.231	29.074,18
00.00.04	Recién nacidos sanos ¹	4.151	4.372
00.00.05	Intervenciones quirúrgicas programación anestesia general (propia)	6.486	7.307
00.00.06	Intervenciones quirúrgicas programación anestesia general (Hospital San Juan de Dios)	2.048	374
00.00.07	Intervenciones quirúrgicas programación anestesia local (propia)	5.597	6.267
00.00.08	Intervenciones quirúrgicas programación anestesia local (Hospital San Juan de Dios)	1.131	2.686
00.00.09	Actuaciones quirúrgicas cupo Hospital San Juan de Dios	660	612
00.00.10	Intervenciones quirúrgicas urgentes	4.103	3.418
00.00.11	Cirugía mayor ambulatoria	3.664	3.413
00.00.12	Primeras consultas	118.865	128.735
00.00.13	Consultas sucesivas	261.028	241.588
00.00.14	Urgencias no ingresadas	105.755	100.704
00.00.15	Urgencias totales	121.566	118.043
00.00.16	Procedimientos de rehabilitación ²	143.078	155.045
00.00.17	Hemodiálisis ³	10.096	10.302
00.00.18	Hospital de día ⁴	9.300	9.480
00.00.19	Quimioterapia	838	970
00.00.20	Litotricia	626	571
00.00.21	TAC	12.176	14.342
00.00.22	Endoscopias especiales ⁵	2.238	2.155
00.00.23	Radiología intervencionista ⁶	1.538	791
00.00.24	Neurofisiología (excluidos los EEG)	8.971	11.667
00.00.25	Anestesia epidural parto	2.998	3.317
00.00.26	Unidad del dolor	176	185

¹ .- Recién nacidos sanos = Recién nacidos vivos - Recién nacidos ingresados

² .- Sesiones de Rehabilitación

³ .- Sesiones de Hemodiálisis.

⁴ .- Estancias.

⁵ .- Procedimientos + exploraciones endoscópicas

⁶ .- TAC intervencionista + Histerosalpingografías

Ejecución presupuestaria

GASTOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1- Gastos de personal	100.438.110,00	114.184.497,86	114.184.497,86
2- Gastos corrientes en bienes y servicios	31.152.528,00	36.230.135,00	36.211.206,81
3- Gastos financieros	0,00	0,00	0,00
4- Transferencias corrientes	239.000,00	219.251,00	219.250,69
6- Inversiones reales	6.680.000,00	6.555.043,00	6.229.819,52
7- Transferencias de capital	0,00	0,00	0,00
8- Activos financieros	0,00	0,00	0,00
9- Pasivos financieros	0,00	0,00	0,00
TOTAL	138.509.638,00	157.188.926,86	156.844.774,88

INGRESOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1- Impuestos directos	0,00	0,00	0,00
2- Impuestos indirectos	0,00	0,00	0,00
3- Tasas y otros ingresos	2.714.800,00	2.714.800,00	2.523.597,39
4- Transferencias corrientes	0,00	0,00	0,00
5- Ingresos patrimoniales	0,00	0,00	0,00
6- Enajenación inversiones reales	0,00	0,00	0,00
7- Transferencias de capital	0,00	0,00	0,00
8- Activos financieros	0,00	0,00	0,00
TOTAL	2.714.800,00	2.714.800,00	2.523.597,39

PROGRAMA 544: CLÍNICA UBARMIN

Unidad responsable: Dirección de la Clínica Ubarmin

Objetivos/

<i>Acciones/</i>

Indicadores del programa.

01. Satisfacer las necesidades del ciudadano de acuerdo con el Plan de calidad

01.01. Establecer objetivos asistenciales y de calidad a través del contrato de gestión.

Explicación de la ejecución e información adicional:

Se establecen los objetivos asistenciales en las especialidades de Traumatología y Ortopedia, Anestesiología, Rehabilitación y Medicina Interna, fijando actividad de: cirugía, consultas y pruebas complementarias.

02. Garantizar la continuidad y personalización de la asistencia.

02.01. Personalización de la asistencia.

02.02. Posibilitar la libertad de elección de especialista.

Explicación de la ejecución e información adicional:

Se asegura la continuidad de los pacientes con un único profesional para cada proceso

Se permite por contrato de gestión, que los pacientes y sus médicos de Atención Primaria elijan al médico especialista que deseen, siempre que la sobre-especialización del profesional lo permita.

03. Impulsar la gestión clínica.

03.01. Formalizar los oportunos pactos de gestión clínica con los servicios sanitarios.

Explicación de la ejecución e información adicional:

Se fijan, formalmente, los objetivos de cada servicio con contenido asistencial, tanto en lo cuantitativo como en lo cualitativo.

04. Desarrollar sistemas de información que den soporte a los objetivos de mejora de la gestión y del Plan de calidad.

04.01. Implantar procesos de mejora continua de la calidad.

Explicación de la ejecución e información adicional:

05. Ayudar a lograr una mayor eficiencia y calidad del sistema sanitario público.

- 05.01. Realizar actuaciones que desde diferentes niveles de administración se determinen en materia de evaluación de la calidad del servicio, auditoria y acreditación.

Explicación de la ejecución e información adicional:

06. Afianzar las bases de colaboración entre la atención primaria y la especializada.

- 06.01. Establecer fórmulas contractuales que favorezcan el equilibrio de oferta y demanda, y el trabajo conjunto de profesionales de atención primaria y asistencia especializada.

Explicación de la ejecución e información adicional:

07. Mejorar el sistema de documentación clínica.

- 07.01. Adecuar el sistema de documentación clínica a los criterios y normas que regulan el uso de la historia clínica en los centros hospitalarios de la Comunidad Foral.

Explicación de la ejecución e información adicional:

08. Precisar los servicios objeto de financiación y la cuantía y calidad de los mismos.

- 08.01. Progresiva separación de las funciones de financiación y provisión de los servicios sanitarios.

Explicación de la ejecución e información adicional:

09. Garantizar la asistencia quirúrgica en un periodo de tiempo adecuado.

- 09.01. Mejorar los sistemas de información de lista de espera quirúrgica así como el seguimiento y control de la misma.

Explicación de la ejecución e información adicional:

Se realiza un riguroso seguimiento de todos los pacientes en lista de espera, tanto en pacientes quirúrgicos, como en pacientes que esperan consulta y pruebas complementarias.

	Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
00.00.01	Ingresos totales	4.100	4306
00.00.02	Ingresos facturables	3.980	4248
00.00.03	Pir medio		
00.00.04	Peso total 6.129	1,540	1,562
00.00.05	Intervenciones quirúrgicas programación anestesia general (propia)	3.600	3918
00.00.06	Intervenciones quirúrgicas programación anestesia general (Hospital San Juan de Dios)	150	146
00.00.07	Intervenciones quirúrgicas programación anestesia general (cupos)	150	146
00.00.08	Intervenciones quirúrgicas programación anestesia local (propia)	710	705
00.00.09	Intervenciones quirúrgicas programación anestesia local (Hospital San Juan de Dios)	175	240
00.00.10	Intervenciones quirúrgicas programación anestesia local cupos	175	240
00.00.11	Primeras consultas	34.600	34.137
00.00.12	Consultas sucesivas	51.000	49.299
00.00.13	Procedimientos de rehabilitación	170.000	172.114
00.00.14	Procedimientos de rehabilitación neurológicos	21.000	26.873

Ejecución presupuestaria

GASTOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1- Gastos de personal	15.869.324,00	16.968.223,00	16.968.223,00
2- Gastos corrientes en bienes y servicios	7.598.634,00	8.234.683,00	8.232.984,96
3- Gastos financieros	0,00	0,00	0,00
4- Transferencias corrientes	196.133,00	196.216,90	176.356,02
6- Inversiones reales	2.387.000,00	2.386.916,10	1.527.781,15
7- Transferencias de capital	0,00	0,00	0,00
8- Activos financieros	0,00	0,00	0,00
9- Pasivos financieros	0,00	0,00	0,00
TOTAL	26.051.091,00	27.786.039,00	26.905.345,13

INGRESOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1- Impuestos directos	0,00	0,00	0,00
2- Impuestos indirectos	0,00	0,00	0,00
3- Tasas y otros ingresos	136.000,00	136.000,00	57.465,94
4- Transferencias corrientes	0,00	0,00	0,00
5- Ingresos patrimoniales	0,00	0,00	0,00
6- Enajenación inversiones reales	0,00	0,00	0,00
7- Transferencias de capital	0,00	0,00	0,00
8- Activos financieros	0,00	0,00	0,00
TOTAL	136.000,00	136.000,00	57.465,94

PROGRAMA 545: ÁREA DE SALUD DE TUDELA

Unidad responsable: Dirección del Área de Salud de Tudela

Objetivos/ Acciones/ Indicadores del programa.

01. Consolidar la implantación de los nuevos sistemas de información en el hospital y en los centros de salud.

- 01.01. Implantación de los nuevos procedimientos.
- 01.02. Instrucción del personal adecuado sobre los mismos.
- 01.03. Integración del sistema de información clínico en el sistema de información administrativo.
- 01.04. Implantación de los nuevos programas de almacén de farmacia y servicios (SAP).
- 01.05. Implantación de radiología digital y tele radiología.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- 01.01. En el Área de Tudela se están implantando los siguientes sistemas de información:
 - Host: sistemas de admisión, archivo e información de actividad: en fase instalación, se prevé que esté en funcionamiento el primer semestre de 2009
 - Host farmacia: Iniciada su instalación en 2008, ya está operativo.
 - SAP MM: Almacenes: Se ha realizado adaptación del programa para implantación de un nuevo sistema logístico en los almacenes de hemodiálisis, urgencias y 2ª planta del hospital Reina Sofía.
 - SP MM Servicios: Implantado en 2007 para la gestión de compras de servicios, en 2008 se ha formado al personal que lo utiliza
 - SAP módulo de personal: Implantada en 2008, se está en fase de formación al personal y detección de errores.
- 01.02.
 - Word avanzado: 1 persona
 - Gestión de tiempos: 1 persona
 - Tiempos y turnos: 3 personas
 - Access: 1 persona
 - MM SAP: 2 persona
 - SAP formación de formadores: 1 persona
 - SAP actualización: 2 personas
 - Turnos y absentismo SAP: 7 personas
 - Queris SAP: 3 personas
 - Gestión de servicios de información: 1 persona

- Sistema de información logística: 1 persona
 - SAP MM Planificación y pronósticos: 2 personas
- 01.03 - Complimentación de datos de historia clínica informatizada por personal administrativo
- Gestión de cita en AP por personal administrativo
- 01.04. - Implantación del programa SAP en la gestión de compra de servicios
- Implantación del programa HOST en farmacia
- 01.05. - Adquisición de un nuevo CR para digitalización de placas
- Transmisión de placa digital a consultas de traumatología
- Inserción de placa digital en historia clínica
-

02. Posibilitar que cada unidad disponga de la información necesaria para el desarrollo de su actividad.

- 02.01. Definición de los indicadores necesarios para cada unidad, con la creación de perfiles.
- 02.02. Facilitar el acceso a los indicadores de cada servicio y unidad.
- 02.03. Elaboración de cuadro de mando informatizado.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- 02.01. No se ha realizada nada en 2008
- 02.02. No se ha avanzado nada en 2008
- 02.03. Se está elaborando cuadro de mando informatizado general. Pendiente de instalación definitiva del HOST

Se realiza mensualmente cuadro de mando para de actividad y gasto para Dirección

03. Extensión al resto de los centros de salud y consultorios del sistema de información informatizado ya existente.

- 03.01. Implantar la infraestructura necesaria.
- 03.02. Establecer los procedimientos necesarios ya existentes.
- 03.03. Establecer los protocolos de comunicación.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- 03.01. Todos los centros de salud y consultorios tienen infraestructura necesaria para trabajar con historia clínica informatizada y OMI
 - 03.02. En todos los centros de salud y consultorios se han establecido los procedimientos necesarios para trabajar con HCI y OMI
 - 03.03. Se han establecido los protocolos necesarios
-

04. Potenciación de los órganos de participación existentes.

- 04.01. Convocar elecciones en los órganos de participación correspondientes.
- 04.02. Favorecer la participación en los mismos.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- 04.01. No se han convocado elecciones en los órganos de participación correspondientes
 - 04.02. Se han convocado todas las comisiones y juntas existentes
-

05. Renovación de equipos obsoletos.

- 05.01. Establecer los fondos necesarios.
- 05.02. Adaptación al cambio tecnológico en radiología (digitalización).
- 05.03. Renovación de equipos de más de 10 años de antigüedad.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- 05.01 Se ha establecido un fondo de 454.390 € para renovación de equipos médicos
 - 05.02 Se ha adquirido un scanner Vidar diagnóstico para copias de placas.
 - 05.03 Se han destinado 231.149 € para renovar equipos de mas de 10 años
-

06. Adecuación de las infraestructuras.

- 06.01. Adecuación al plan de emergencias exteriores e interiores.
- 06.02. Elaboración del plan director de grandes obras (quirófanos, 6ª planta).
- 06.03. Climatización de la 1ª planta.
- 06.04. Construcción de cafetería/comedor para el personal.
- 06.05. Ampliación de aparcamientos.
- 06.06. Cumplimiento de la normativa eléctrica.
- 06.07. Implantación de energías limpias (solar) donde sea posible.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- 06.01. Se han invertido 83.414 € en mejoras plan de emergencias exteriores e interiores
 - 06.02. Se iniciado el proyecto de reforma del área quirúrgica (se abonará en 2009) y se ha elaborado reforma de 6ª planta (453.624 €)
 - 06.03. Se han abonado 407.988 € por la climatización de la 1ª planta
 - 06.04. Se ha realizado cafetería de personal, financiada por empresa adjudicataria del servicio de alimentación y cafetería.
 - 06.05. Se ha realizado obra de nuevo aparcamiento (299.745 €)
 - 06.06. Se ha cambiado el cuadro eléctrico de Baja Tensión (294.182 €)
 - 06.07. El proyecto de nueva área quirúrgica incorpora energía solar para agua caliente.
-

07. Fomentar actividades docentes y proyectos de investigación.

- 07.01. Continuar los proyectos de investigación en curso.
- 07.02. Fomentar la realización de nuevos proyectos.
- 07.03. Establecer un calendario docente de actividades del área.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- 07.01. Se ha dotado con 5.324 € para 2008 la beca nacional de investigación "Costes de hemodiálisis".
 - 07.02. Desde la comisión de docencia del Área se ha promovido la docencia e investigación.
 - 07.03. Desde la comisión de docencia se han financiado cursos por importe de 9.600 euros
-

08. Establecimiento de objetivos de actividad clínica y de calidad.

- 08.01. Desarrollo del contrato de gestión.
- 08.02. Desarrollo del plan oncológico.
- 08.03. Favorecer el incremento de actividad por las tardes.
- 08.04. Consolidación de la hospitalización domiciliaria.
- 08.05. Desarrollo de la cirugía sin ingreso.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- 08.01. En Enero de 2008 se fijaron con la Gerencia del SNS-O objetivos de actividad, listas de espera y gasto para el ejercicio.
- 08.02. El hospital de Tudela forma parte y participa en las actividades del plan oncológico de Navarra

- 08.03. Se ha incrementado la actividad de tarde en AP en un cupo (Tudela Oeste), en el hospital se ha incrementado el nº de consultas externas de tarde, de lunes a jueves durante todo el año se realizan intervenciones quirúrgicas de tarde.
- 08.04. Se ha aumentado de 10 a 17 el nº de camas en hospitalización a domicilio; el nº de pacientes ha pasado de 258 a 439; y el nº de estancias de 2.143 a 3.402.
- 08.05. El nº de pacientes intervenidos sin ingreso ha sido de 543
-

09. Consolidar el desarrollo del plan de gestión de atención primaria.

- 09.01. Favorecer que todos los equipos determinen una cartera de servicios básica que responda a las necesidades sanitarias de la población.
- 09.02. Potenciar la implantación de la consulta de enfermería.
- 09.03. Apoyar el desarrollo de los programas de mejora de la calidad que se propongan desde los equipos.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- 09.01. El 100% de los equipos tienen cartera de servicios básica
- 09.02. El 100% de los centros de salud y consultorios tienen consulta de enfermería
- 09.03. El 100% de los equipos ha presentado planes de mejora
-

10. Potenciar la descentralización de la gestión de los equipos de atención primaria.

- 10.01. Dotar de autonomía a los equipos de acuerdo con el plan de gestión de atención primaria.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- 10.01. En el Centro de Salud de Gayarre se está pilotando un nuevo sistema de gestión que entre otras cosas dotará de más autonomía al equipo. Si el pilotaje es positivo se instaurará progresivamente en todos los centros de salud.
-

11. Consolidar las actividades para lograr el uso racional del medicamento.

- 11.01. Racionalizar el gasto farmacéutico de los diferentes equipos del área.
- 11.02. Desarrollar políticas conjuntas con los especialistas del área.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- 11.01. El farmacéutico de AP informa y valora periódicamente el gasto de cada zona de salud
- 11.02. Se realizan reuniones periódicas entre especialistas del hospital y médicos de familia de AP
-

12. Desarrollar el área informática.

- 12.01. Implantar aplicaciones informáticas en la zona básica.
- 12.02. Afianzar el uso de la historia clínica informatizada en todos los equipos de atención primaria del área.
- 12.03. Extender el uso de la historia clínica informatizada.
- 12.04. Dotar de redes locales en los consultorios de las zonas básicas del área.
- 12.05. Desarrollar la comunicación entre los centros y consultorios de atención primaria y el laboratorio del Hospital Reina Sofía.

Explicación de la ejecución e información adicional:

Todos los centros de salud trabajan con OMI y tienen acceso a la historia clínica informatizada del hospital.

13. Favorecer la descarga de las tareas burocráticas de las consultas.

- 13.01. Potenciar las aplicaciones informáticas para que las actividades burocráticas pasen progresivamente a ser realizadas en el área administrativas de los centros sanitarios que tengan personal para ello.

Explicación de la ejecución e información adicional:

13.01. En el Centro de Salud de Gayarre se está pilotando un nuevo sistema de gestión que entre otras cosas favorece la descarga de tareas burocráticas al personal médico.

14. Adecuar las edificaciones del área a las necesidades de los trabajadores y de la población.

- 14.01. Proyecto del tercer centro de salud en Tudela.

Explicación de la ejecución e información adicional:

14.010. No se ha determinado la ubicación definitiva, y por tanto no se han cedido los terrenos por el Ayuntamiento de Tudela, del tercer centro.

15. Potenciar la coordinación entre atención primaria y especializada.

- 15.01. Implantar y extender el plan de coordinación atención primaria-atención especializada vigente en las áreas de salud de Pamplona.
- 15.02. Potenciar la comisión atención primaria-atención especializada.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- 15.01. Se ha elaborado plan de coordinación pero no se ha implantado en las zona básicas
-

16. Lograr un mejor clima laboral entre los trabajadores.

- 16.01. Ampliar la línea económica de sustituciones para lograr una mayor cobertura de los puestos de trabajo en caso de ausencia por vacaciones y docencia.
- 16.02. Adecuación de plantillas en atención primaria. Incrementar el personal de acuerdo a los ratios recomendados por la Dirección de atención primaria en Navarra.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- 16.01. El presupuesto destinado a sustituciones se ha incrementado en 969.912,25 euros en 2008 respecto a 2007.
 - 16.02. El número de médicos de AP ha aumentado en 19,42 en 2008
-

17. Favorecer una mejor cualificación entre los profesionales.

- 17.01. Poner en marcha un plan de formación para los trabajadores de los equipos de acuerdo con las necesidades laborales.
- 17.02. Lograr una mayor descentralización en la formación de manera que exista una mayor igualdad de oportunidades para todos.
- 17.03. Trasladar al área de Tudela cursos de formación impartidos, por el INAP o por el Departamento de Salud, en Pamplona.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- 17.01. No se ha elaborado plan de formación para los trabajadores
 - 17.03. El INAP ha realizado en Tudela 33 cursos de formación en diversas áreas.
-

18. Realizar las actividades necesarias para no incrementar las listas de espera en atención especializada y primaria.

Explicación de la ejecución e información adicional:

Se ha destinado 1.218.712,86 euros a pagar jornadas extraordinarias para la reducción de listas de espera.

El promedio medio ponderado de espera en consulta externas ha pasado de 45 a 33 días en 2008

El promedio medio ponderado de espera en intervenciones quirúrgicas ha pasado de 74 a 50 días en 2008

	Descripción Indicadores	Previsto	Realizado	
00.00.01	Ingresos totales	8.920		8.808
00.00.02	Ingresos facturables	8.520		8.880
00.00.03	PIR medio	1,22	(*)	1,22
00.00.04	Unidades de Peso total	20.390	(*)	20.534
00.00.05	Recién nacidos sanos	1.000		1.004
00.00.06	Intervenciones quirúrgicas programación anestesia general	3.300		3.097
00.00.07	Intervenciones quirúrgicas programación anestesia local	1.800		1.783
00.00.08	Intervenciones quirúrgicas urgentes	1.360		1.470
00.00.09	Intervenciones de cirugía mayor ambulatoria	1.100		543
00.00.10	Índice consultas sucesivas/primeras	1,5		1,71
00.00.11	Primeras consultas	45.600		36.700
00.00.12	Consultas sucesivas	68.400		62.840
00.00.13	Urgencias ingresadas	6.020		5.827
00.00.14	Urgencias no ingresadas	49.250		49.243
00.00.15	Analgesia obstétrica	850		764
00.00.16	Procedimientos de cirugía programada con anestesia local	1.700		1.832
00.00.17	Procedimientos de rehabilitación	110.500		106.553
00.00.18	Hemodiálisis	4.825		5.796
00.00.19	Hospital de día	4.130	(*)	4.200
00.00.20	Quimioterapia	1.993		2.338
00.00.21	TAC	5.400		5.627
00.00.22	Radiología intervencionista	360		322
00.00.23	Endoscopias especiales (con sedación)	1.190		2.231
00.00.24	Prosereme	3.205.000		3.776.000

Atención Primaria:

	Descripción Indicadores	Previsto	Realizado	
00.00.25	Consultas médicas demandadas en el centro	477.100		420.231
00.00.26	Consultas médicas concertadas en el centro	41.350		56.823
00.00.27	Consultas médicas demandadas a domicilio	12.400		10.907
00.00.28	Consultas médicas concertadas a domicilio	3.850		2.033
00.00.29	Consultas de enfermería demandadas en el centro	178.290		154.456
00.00.30	Consultas de enfermería concertadas en el centro	186.700		159.924
00.00.31	Consultas de enfermería demandadas a domicilio	9.000		7.479
00.00.32	Consultas de enfermería concertadas a domicilio	27.800		24.963
00.00.33	Consultas de pediatría demandadas en el centro	72.800		70.943
00.00.34	Consultas de pediatría concertadas en el centro	15.700		13.572

(*) Dato no definitivo a la fecha

Ejecución presupuestaria

GASTOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1- Gastos de personal	43.217.365,00	47.402.875,61	47.402.875,61
2- Gastos corrientes en bienes y servicios	15.395.920,00	19.387.231,00	19.028.028,08
3- Gastos financieros	0,00	0,00	0,00
4- Transferencias corrientes	82.133,00	82.216,90	78.075,17
6- Inversiones reales	3.210.000,00	3.209.916,10	3.205.629,83
7- Transferencias de capital	0,00	0,00	0,00
8- Activos financieros	0,00	0,00	0,00
9- Pasivos financieros	0,00	0,00	0,00
TOTAL	61.905.418,00	70.082.239,61	69.714.608,69

INGRESOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1- Impuestos directos	0,00	0,00	0,00
2- Impuestos indirectos	0,00	0,00	0,00
3- Tasas y otros ingresos	1.350.000,00	1.350.000,00	1.546.942,98
4- Transferencias corrientes	0,00	30.000,00	30.000,00
5- Ingresos patrimoniales	0,00	0,00	0,00
6- Enajenación inversiones reales	0,00	0,00	0,00
7- Transferencias de capital	0,00	0,00	49.068,00
8- Activos financieros	0,00	0,00	0,00
TOTAL	1.350.000,00	1.380.000,00	1.626.010,98

PROGRAMA 546: ÁREA DE SALUD DE ESTELLA**Unidad responsable:** Dirección del Área de Salud de Estella

Objetivos/ Acciones/ Indicadores del programa.

HOSPITAL GARCIA ORCOYEN**01. Definición de la cartera de servicios.**

- 01.01. Puesta en marcha de nuevas técnicas para realización de pruebas analíticas en laboratorio.
- 01.02. Potenciación de la colonoscopia con analgesia.
- 01.03. Seguir desarrollando nuevas técnicas quirúrgicas.
- 01.04. Seguir potenciando la cirugía ambulatoria en las especialidades de cirugía general, traumatología, ginecología, oftalmología y urología.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- 01.01. No se han puesto en marcha nuevas técnicas en Laboratorio
 - 01.02. Todas las colonoscopias se realizan bajo anestesia
 - 01.03. Se han implantado como nuevas técnicas quirúrgicas, la artroscopia de hombro en Traumatología, la Cirugía antirreflujo por laparoscopia en Cirugía General. En Oftalmología: Implantación de lente tórica intraocular para disminución del astigmatismo en el mismo acto quirúrgico que la cirugía de la catarata e Implantación de lentes intraoculares esféricas con cromóforo amarillo como filtro de luz azul.
 - 01.04. Se ha puesto en marcha la CMA en el Servicio de Cirugía General
-

02. Mantenimiento y mejora de los niveles de actividad actual.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
02.00.04 Urgencias	24.600	27.273
02.00.05 Ingresos	5.200	5.221
02.00.06 Consultas primeras	31.000	31.423
02.00.07 Consultas sucesivas	48.000	48.680
02.00.08 Intervenciones quirúrgicas	3.350	3.516
02.00.09 Cirugía mayor ambulatoria	800	867
02.00.10 Índice de rotación enfermo/cama	54,7	54,9
02.00.11 Índice consultas sucesivas/primeras consultas	1,50	1,55

Explicación de la ejecución e información adicional:

En el Hospital García Orcoyen se recogen indicadores internos de procesos y sistemas de gestión, actividad, formación de las personas de la organización, y se analizan datos correspondientes al resultado de los servicios, incluyendo reintervenciones o reingresos.

La actividad del HGO durante el año 2008 se caracteriza por mantener el patrón de aumento en la eficiencia de la utilización de los recursos disponibles observado en años pasados, que se traduce en un aumento del número de ingresos, pero con una disminución de la estancia media de los pacientes ingresados.

La actividad del HGO durante el año 2008 muestra continuidad en el incremento del número total de ingresos respecto a 2007.

En relación con la actividad quirúrgica, ésta aumenta ligeramente, debido principalmente al aumento de la actividad quirúrgica urgente y CMA.

A nivel de la actividad de consultas, se produce un incremento tanto de primeras como de sucesivas. La actividad de urgencias aumenta notablemente.

03. Mejora de algunos indicadores de la actividad hospitalaria.	2007	2008
03.01. Reducir el índice de relación primeras visitas/sucesivas.	1,55	1,55
03.02. Reducir el índice de presión de urgencias.	67,2	64,8
03.03. Incrementar el índice de rotación enfermo/cama.	54,7	54,9
03.04. Reducir el número de cesáreas.	59 (12,1%)	84 (16,4%)
03.05. Reducir la estancia media, ajustándola al tipo de GRD (Grupo Relacionado de Diagnósticos).		

Explicación de la ejecución e información adicional:

La actividad de urgencias aumenta notablemente en cuanto a número de atenciones, disminuyendo moderadamente la presión de urgencias.

En el pasado año 2008 ha aumentado el índice de rotación enfermo/cama y prácticamente se mantiene el índice de consultas sucesivas/primeras consultas.

El porcentaje de cesáreas sobre el total de partos ha aumentado en cuatro puntos porcentuales.

Los 25 GRD más frecuentes de nuestro Hospital permanecen siendo con carácter general los mismos del año 2007, pero podemos destacar el descenso en la estancia media ajustada por GRDs en varios de los procesos de los diferentes Servicios, resultado del cumplimiento de los objetivos pactados.

04. Mejora de la calidad técnica de los servicios

- 04.01. Participación de los diferentes servicios en programas de calidad.
- 04.02. Impulso funcional a las diferentes comisiones clínicas del Hospital, determinando el número de reuniones y su sistema de funcionamiento.
- 04.03. Elaboración de protocolos de los procesos asistenciales más relevantes por cada servicio, sección ó especialidad.

Explicación de la ejecución e información adicional:

El Hospital García Orcoyen de Estella desarrolla las actividades asistenciales utilizando herramientas de gestión global de la organización y de gestión clínica, cuidando especialmente: la flexibilidad en la adopción de soluciones para todas las oportunidades de mejora detectadas, la capacitación y el desarrollo profesional del

personal en base a la formación continuada, la docencia y la investigación, y la utilización de tecnologías innovadoras para el desarrollo de su función.

El modelo de gestión se fundamenta en principios que primen la orientación al usuario en general y al paciente en particular, la mejora continua de los procesos a partir de datos y evidencias y la participación e integración de todo el personal en la consecución de objetivos comunes.

En 2008 han participado diferentes Servicios en programas de calidad asistencial.

Se ha implantado un nuevo protocolo de actuación para las diferentes comisiones clínicas del Hospital, determinando el número de reuniones y su sistema de funcionamiento.

Se han desarrollado protocolos en los procesos asistenciales más relevantes para cada Servicio.

05. Mejora de los tiempos de espera en consultas externas, pruebas complementarias y actividad quirúrgica.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
05.00.01 Lista de espera para primera consulta	< 30 días	NO
05.00.02 Lista de espera intervenciones quirúrgicas	< 60 días	SI
05.00.03 Índice de anulación de consulta programada	< 5%	SI
05.00.04 Índice de anulación de cirugía programada	< 4%	NO

Explicación de la ejecución e información adicional:

06. Mejora de la información al paciente.

06.01. Cumplimentación del informe en el 100% de las altas hospitalarias.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
06.01.01 Informes de alta cumplimentados		SI

06.02. Entrega del informe en mano en el 100% de primeras visitas.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
06.02.01 Informes de primeras visitas cumplimentados		NO

06.03. Entrega del informe en mano en el 100% de urgencias no ingresadas.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
06.03.01 Informes de urgencias no ingresadas entregados		SI

06.04. Información personalizada a familiares de pacientes ingresados con carácter diario, de acuerdo con la normativa de funcionamiento del Hospital.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
06.04.01 Informaciones facilitadas a familiares		SI

06.05. Información personalizada a familiares de pacientes intervenidos quirúrgicamente, de manera inmediata y una vez trasladados a la sala de despertar.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
06.05.01 Informaciones facilitadas a familiares		SI

06.06. Consolidar la cumplimentación del consentimiento informado en todos los procesos que lo requieran.

Explicación de la ejecución e información adicional:

Durante todo el año 2008 se ha venido trabajando en la introducción de consentimientos informados en H.C.I., se ha realizado un estudio para evaluar la práctica clínica del consentimiento informado en el Hospital García Orcoyen de Estella, se evaluaron 3 servicios Traumatología, Cirugía General y Medicina Interna por considerarlos los más representativos en cuanto a volumen de ingresos e intervenciones.

Los resultados fueron:

Servicio de TRAUMATOLOGÍA:

En nuestra revisión observamos:

Que de las 31 Historias Clínicas estudiadas del Servicio quirúrgico de TRAUMATOLOGÍA, el CMI estaba presente en el 97% de las historias analizadas, presentando el 100% la firma del Médico y el 100% la firma la del paciente o representante.

Servicio de CIRUGÍA GENERAL,

En nuestra revisión observamos:

Que de las 31 Historias Clínicas estudiadas del Servicio quirúrgico de CIRUGÍA GENERAL, el CMI estaba presente en el 55% de las historias analizadas, presentando el 97% la firma del Médico y el 100% la firma la del paciente o representante.

Servicio de MEDICINA INTERNA,

En nuestra revisión observamos:

En la evaluación de los CMI del servicio de MEDICINA INTERNA, se observó que el 100% estaban presentes en las historias analizadas, presentaban el 100% la firma del Médico y el 100% del paciente o representante.

07. Mejora de la estancia o permanencia y la visita de los pacientes al Hospital.

07.01. Control de calidad e higiene de las dietas de cocina.

07.02. Mejoras en la ropería infantil y ropería en general.

07.03. Mejora en la pintura y ornamentación, tanto en salas de espera de consultas, como en áreas de hospitalización.

07.04. Estudio de climatización en zonas de hospitalización.

07.05. Facilitar la presencia de un familiar, siempre que el proceso asistencial lo permita (urgencias, partos).

07.06. Facilitar el alojamiento de la madre o del padre en la hospitalización de los niños.

07.07. Habilitación de una habitación para aislamiento de pacientes infecciosos.

07.08. Habilitación de una segunda habitación para pacientes terminales.

07.09. Habilitación de una habitación para pacientes disminuidos.

07.10. Realización de una encuesta de satisfacción de los usuarios.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- 07.01. En 2008 se llevó a cabo la informatización de dietas, siendo estas valoradas anteriormente por la unidad de Nutrición y Dietética del HVC.
 - 07.02. Se ha mejorado y se mejora continuamente en este aspecto
 - 07.03. A lo largo de 2008 se han cambiado las puertas de las habitaciones en 1ª Y 2ª Planta de Hospitalización.
 - 07.04. Se comenzó la climatización de la zona de hospitalización en 2008 y se ha terminado en el primer trimestre de 2009.
 - 07.05. Se hace en Partos, pero no en Urgencias
 - 07.06. Siempre se facilita el alojamiento del padre o madre en la hospitalización infantil
 - 07.07. Siempre que es necesario se habilita una habitación para pacientes infecciosos
 - 07.08. La situación actual de nuestro Hospital no permite por el momento la segunda habitación para pacientes terminales.
 - 07.09. No se ha habilitado ninguna habitación, pero si un baño en la planta
 - 07.10. Se realizan desde el propio SNS-O
-

08. Mejorar la coordinación entre atención especializada y atención primaria en el ámbito del área de salud de Estella.

- 08.01. Proporcionar a los profesionales de los equipos de atención primaria información sobre tiempos de espera y uso de recursos.
- 08.02. Facilitar la citación y la tramitación administrativa para la derivación de pacientes desde los centros de salud a las consultas del especialista del Hospital.
- 08.03. Constitución en el área de salud del grupo mixto atención primaria-Hospital, para hacer propuestas en temas técnico-asistenciales, organizativas y administrativas.
- 08.04. Desarrollo de grupos de trabajo para la elaboración de protocolos de funcionamiento entre profesionales de ambos niveles en aquellas patologías más relevantes.
- 08.05. Realización de sesiones clínicas de los profesionales de atención especializada dirigidos a los equipos de atención primaria.

Explicación de la ejecución e información adicional:

08.01. Se facilitan dos informes con datos detallados de los tiempos en espera para una primera consulta externa. Ambos informes contienen idéntica información, pero detallada en la siguiente forma: el primero con la información global correspondiente al Servicio médico; y el segundo con la información desglosada por *médicos integrantes de cada Servicio*.

Los datos contenidos en ambos informes se dividen en dos bloques:

- A) PACIENTES EN ESPERA ESTRUCTURAL PARA LA ATENCIÓN EN "PRIMERA" CONSULTA
 - a. Personas en espera: número total de pacientes en espera estructural.
 - b. Personas sin citar: pacientes en espera sin fecha de cita asignada.

c. Personas por grupo de días de espera: días que los pacientes van a esperar (con fecha de cita asignada) por tramos de espera definidos: <15, 15-30, 31-45, 46-60, 61-90, >90 días.

B) ESPERA REAL DE PACIENTES “VISTOS” A LO LARGO DEL MES (sobre la actividad realizada)

a. Espera media: tiempo medio, expresado en días, que han esperado los pacientes atendidos, por clase de consultas: Total–Ordinarias–Preferentes–Extras.

b. Personas por grupo de días de espera: días que los pacientes han esperado por tramos de espera definidos: <15, 15-30, 31-45, 46-60, 61-90, >90 días.

09. Mejora de la eficiencia en la gestión presupuestaria.

09.01. Fomentar la prescripción, por parte de los facultativos del Hospital, de medicamentos genéricos.

09.02. Promover la competencia de mercado en la adquisición de aquellos medicamentos de mayor coste económico.

09.03. Unificar la compra de productos de laboratorio de todos los hospitales del Servicio Navarro de Salud.

09.04. Reducción del gasto farmacéutico intrahospitalario y del consumo de material sanitario quirúrgico.

09.05. Ejecución del plan de necesidades.

Explicación de la ejecución e información adicional:

09.01. Prescripción genéricos año 2008: 14%

09.02. Gran cantidad de los medicamentos de uso habitual son únicos en el mercado.

09.03. La compra de estos productos ya se hace para todo el SNS-O

09.04. Se pone especial atención a la reducción del gasto farmacéutico.

09.05. Se adjunta Plan de Necesidades 2008 ejecutado. Subrayado prioridades

10. Nuevas actuaciones.

10.01. Adquisición del equipamiento necesario para satisfacer la demanda de los profesionales, adecuado a las nuevas técnicas, tanto quirúrgicas como de diagnóstico.

10.02. Realización de un proyecto que contemple la reubicación de varios servicios (partos, UCER, etc.) en los espacios libres del antiguo edificio del hospital., ya que los espacios ocupados por estos servicios actualmente se han quedado muy escasos.

Explicación de la ejecución e información adicional:

10.01. Se ha redactado el anteproyecto para reubicación de Servicios

ATENCION PRIMARIA

11. Definición de la cartera de servicios.

- 11.01. Definición del plan de gestión.
- 11.02. Establecimiento de unos indicadores generales de calidad.
- 11.03. Seguimiento del plan de gestión por cada zona básica de salud.
- 11.04. Establecer sistemas de evaluación que permitan conocer el nivel de implicación de los profesionales y asignar incentivos en función de los resultados obtenidos.

Explicación de la ejecución e información adicional:

El pacto de gestión es el 2006-2007 en vigor. Existe una evaluación anual por cada centro de salud del Área de Estella en la que se evalúa el PIM y la cartera de servicios establecida por la Dirección de A.P. se establece una puntuación a cada centro de salud y luego es el director del equipo el que reparte entre los distintos miembros del equipo.

12. Mantenimiento y mejora de los niveles de actividad actual.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
12.00.01 Consultas médicas demandadas en el centro	270.179	272.761
12.00.02 Consultas médicas concertadas en el centro	48.752	41.294
12.00.03 Consultas médicas demandadas a domicilio	7.521	8.010
12.00.04 Consultas médicas concertadas a domicilio	4.425	5.086
12.00.05 Consultas médicas de atención continuada	20.000	
12.00.06 Consultas pediatría demandadas en el centro	34.409	37.556
12.00.07 Consultas pediatría concertadas en el centro	10.558	10.712
12.00.08 Consultas enfermería demandadas en el centro	78.063	81.562
12.00.09 Consultas enfermería concertadas en el centro	121.114	110.746
12.00.10 Consultas enfermería demandadas a domicilio	3.350	3.848
12.00.11 Consultas enfermería concertadas a domicilio	16.877	18.227
12.00.12 Consultas enfermería de atención continuada	14.000	

Explicación de la ejecución e información adicional:

13. Mejora de indicadores de la actividad.

- 13.01. Reducir el índice de presión de urgencias.
- 13.02. Consolidar el programa de garantía de cita en el día.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- 13.01. Desde mayo del 2008 se establecen las guardias de presencia física en los 11 PAC que hay en el Área de Estella.
 - 13.02. Se evalúa por le pacto de gestión de la cartera de servicios
-

14. Mejora de la calidad técnica de los servicios.

- 14.01. Participación de los diferentes servicios en programas de calidad.
- 14.02. Impulso funcional a las diferentes comisiones clínicas, determinando el número de reuniones y su sistema de funcionamiento.
- 14.03. Elaboración de guías y protocolos de los procesos asistenciales más relevantes.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- 14.01. La mejora de calidad esta en relación con los PIM (plan interno de mejora) que tienen establecidos los Centros de salud.
 - 14.02. Existe la Comisión de Primaria-Especializada, reunión anual y siempre que algún miembro así lo solicite así como si desde la Dirección se tiene que implementar algún nuevo servicios.
 - 14.03. Tanto en Atención Primaria como en Especializada se van protocolizando muchos de los procesos habituales.
-

15. Adecuar la estructura orgánica en atención primaria del área de Estella, intentando adaptar la misma a las necesidades asistenciales de las zonas básicas de salud del área. Ampliación, reformas y mantenimiento de los centros de salud del área que sea preciso.

- 15.01. Reorganización de espacios en el centro de salud de Estella.
- 15.02. Ampliación del centro de salud de San Adrián.
- 15.03. Reforma o ampliación del centro de salud de Lodoso.
- 15.04. Estudio de ampliación o reforma del centro de salud de Viana.
- 15.05. Programa de climatización de los centros de salud.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- 15.01 Reforma del SNU (office), rampa de acceso para ambulancias, climatización del Centro de Salud, cambio de iluminación.
 - 15.02 proyecto nuevo centro de salud dentro del Plan Navarra 2008-2012
 - 15.03 redacción del proyecto para construcción del nuevo centro de salud
 - 15.04 no hay ningún proyecto
 - 15.05 proyecto para climatización de los centros de salud de Viana, Allo, Villatuerta
-

16. Informatización e implantación de la historia clínica informatizada en todos los centros de salud del área. Recepción de informes y analíticas vía informática.

- 16.01. Completar la implantación de la informatización en el área de salud de Estella, extendiendo la red a los consultorios pendientes según el plan establecido con la dirección de atención primaria.
- 16.02. Desarrollar los programas prioritarios de la dirección de atención primaria en todas las zonas básicas del área de Estella.
- 16.03. Potenciar los programas prioritarios de la dirección de atención primaria haciendo especial hincapié en el aspecto de la calidad.
- 16.04. Promover la actividad programada, tanto en el centro como en el domicilio.
- 16.05. Implantar las guías y protocolos de actuación de la dirección de atención primaria.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- 16.01. Se sigue realizando según plan desarrollado por Dirección de AP. se ha implantado la guía de lumbalgias con la petición de TAC por parte de primaria.
 - 16.03. Oferta de cursos de calidad para encargados de desarrollar los PIM
 - 16.4. Según cartera de servicios
-

17. Dotación de material y herramientas a los EAP (especialistas de atención primaria) para el desarrollo de su actividad en las mejores condiciones desde el punto de vista de dotación técnica y medios materiales.

- 17.01. Ejecución del plan de necesidades.
- 17.02. Extensión de desfibriladores de acuerdo con el plan de urgencias.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- 17.02 compra de seis desfibriladores para ubicarlos en los puntos de consulta, según protocolo de la dirección del Área
-

18. Descentralización de la gestión en los equipos directivos de las zonas básicas de salud, fomentando políticas de personal que permitan reconocer el nivel de implicación de los profesionales en el funcionamiento de los centros y en función de ello facilitar la incentivación y la promoción profesional.

- 18.01. Establecimiento de sistemas de información para el seguimiento de gasto y consumos
- 18.02. Potenciar las políticas de gestión de personal por parte de los EAP.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- Mensualmente se remiten a las direcciones de los centros el seguimiento de gastos y consumos
-

19. Mejorar la coordinación entre atención especializada y atención primaria en el ámbito del área de salud de Estella. Mejorar la información y accesibilidad de la derivación a especializada.

- 19.01. Proporcionar a los profesionales de los equipos de atención primaria información sobre tiempos de espera y uso de recursos.
- 19.02. Facilitar la citación y la tramitación administrativa para la derivación de pacientes desde los centros de salud a las consultas del especialista del Hospital.
- 19.03. Constitución en el área de salud del grupo mixto atención primaria-Hospital, para hacer propuestas en temas técnico-asistenciales, organizativas y administrativas.
- 19.04. Desarrollo de grupos de trabajo para la elaboración de protocolos de funcionamiento entre profesionales de ambos niveles en aquellas patologías más relevantes.
- 19.05. Realización de sesiones clínicas de los profesionales de atención especializada dirigidos a los equipos de atención primaria.

Explicación de la ejecución e información adicional:

19.01 información mensual de tiempos de espera en primaras consultas y pruebas complementarias.

19.02 citación de especializada desde los centros de salud.

19.03 comisión primaria-especializada, comisión de farmacia, comisión de docencia.

19.05 la comisión de docencia establece un programa a lo largo del año con distintos cursos, en los que el profesorado es el personal que trabaja en el HGO.

20. Mejora de la eficiencia en la gestión presupuestaria. Mejorar los índices de gasto.

- 20.01. Fomentar la prescripción con los criterios marcados por el servicio de farmacia.
- 20.02. Conocimiento del perfil de la prescripción farmacéutica de los facultativos.
- 20.03. Establecer directivas de política de personal. Planificación de plantillas.

Explicación de la ejecución e información adicional:

20.01 reunión entre farmacéutico del área y los distintos profesionales de los centros de salud, para seguimiento del presupuesto en farmacia así como sesiones específicas sobre uso racional del medicamento

Ejecución presupuestaria

GASTOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1- Gastos de personal	31.296.380,00	35.841.233,29	35.841.233,29
2- Gastos corrientes en bienes y servicios	8.249.674,00	8.929.237,00	8.929.236,99
3- Gastos financieros	0,00	0,00	0,00
4- Transferencias corrientes	8.567,00	8.608,46	8.608,45
6- Inversiones reales	1.670.000,00	1.669.958,54	1.669.957,31
7- Transferencias de capital	0,00	0,00	0,00
8- Activos financieros	0,00	0,00	0,00
9- Pasivos financieros	0,00	0,00	0,00
TOTAL	41.224.621,00	46.449.037,29	46.449.036,04

INGRESOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1- Impuestos directos	0,00	0,00	0,00
2- Impuestos indirectos	0,00	0,00	0,00
3- Tasas y otros ingresos	537.000,00	537.000,00	738.431,80
4- Transferencias corrientes	0,00	0,00	0,00
5- Ingresos patrimoniales	0,00	0,00	0,00
6- Enajenación inversiones reales	0,00	0,00	0,00
7- Transferencias de capital	0,00	0,00	0,00
8- Activos financieros	0,00	0,00	0,00
TOTAL	537.000,00	537.000,00	738.431,80

PROGRAMA 547: ATENCIÓN PRIMARIA

Unidad responsable: Servicio de Administración y Servicios Generales

Objetivos/

Acciones/

Indicadores del programa.

01. Mejorar la calidad de los servicios prestados por el área de atención primaria. Para su consecución se han establecido las siguientes acciones:

- 01.01. Mejorar la oferta de la cartera de servicios: listado de servicios que deben prestar los centros de salud, incorporando servicios opcionales a básicos, revisando los requisitos de cumplimiento y los sistemas de registro y evaluación.

– Indicadores de actividad de Atención Primaria (Área de Salud de Pamplona):

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
Medicina General – consultas demandadas en el centro	1.555.770	1.580.869
Medicina General – consultas programadas en el centro	225.995	249.910
Medicina General – consultas demandadas a domicilio	10.286	55.690
Medicina General – consultas programadas a domicilio	39.097	23.691
Medicina General – consultas por habitante	4,92	4,92
Pediatría – consultas demandadas en el centro	300.173	291.459
Pediatría – consultas programadas en el centro	83.662	86.910
Pediatría – consultas por habitante	5,96	5,47
Enfermería – consultas demandadas en el centro	705.408	714.822
Enfermería – consultas programadas en el centro	852.654	659.908
Enfermería – consultas demandadas a domicilio	5.438	26.535
Enfermería – consultas programadas a domicilio	65.110	78.389
Enfermería – consultas por habitante	3,76	3,23

– Indicadores de actividad de Salud Bucodental:

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
Consultas odontología general	23.622	23.458
Consultas PADI (programas de asistencia dental infantil)	47.736	49.632

- 01.02. Impulso de la comisión de calidad de atención primaria.
01.03. Mejorar el plan de formación dirigido a los profesionales.
01.04. Consolidar los planes de mejora en los equipos de atención primaria.
01.05. Desarrollar un plan específico para incrementar la resolución de atención primaria.

- 01.06. Implementación de nuevas tecnologías para el diagnóstico, y facilitar y acercar el acceso de los ciudadanos a las pruebas complementarias.

Explicación de la ejecución e información adicional:

La actividad sanitaria del área de Atención Primaria se caracteriza por la inmediatez y proximidad geográfica en la atención al ciudadano.

La población a atender en el ámbito de Atención Primaria del Área de Salud de Pamplona (Programa 547) está constituida por 458.904 personas y para su asistencia sanitaria de carácter "primario" se han dedicado en el año 2008 la labor de 1.379 profesionales y un gasto económico de 270,4 millones de euros.

En la actividad asistencial se han realizado 3.771.703 consultas en el ámbito de atención primaria; 23.458 consultas de odontología general y 49.632 niños atendidos en el programa de asistencia dental infantil y juvenil.

Se ha potenciado las actuaciones de la comisión de calidad de Atención Primaria, compuesta por profesionales de los EAPs y de la Dirección, asesorando y evaluando los planes internos de mejora de 54 equipos de atención primaria. Los planes internos de mejora forman parte del Pacto de Gestión y tienen un peso de hasta el 25 % de la puntuación total.

Se ha mejorado el plan de formación de los profesionales adaptando su contenido a las circunstancias sanitarias actuales. Se han realizado un total de 27 actuaciones para la formación de los profesionales, desarrolladas en 110 cursos, con una duración de 225 horas, y un total de 2.068 asistentes.

Por otra parte, se han realizado un total de 26 actuaciones para la formación de médicos internos residentes, desarrolladas en 29 cursos, con una duración de 219 horas, y un total de 510 asistentes.

Se ha incluido en el Plan de Mejora de Atención Primaria XXI el apartado de incremento de la resolución en atención primaria, habiéndose desarrollado satisfactoriamente en los cinco centros de salud pilotos (Ansoain, Ermitagaña, Tafalla, Tudela Oeste y Villava).

Para facilitar el acceso a los ciudadanos a las pruebas complementarias se dota a diversos Centros y Consultorios del siguiente equipamiento médico de tecnología para el diagnóstico: 9 equipos de aerosolterapia, 71 pulsioxímetros, 6 espirómetros, 67 oftalmoscopio-otoscopio, 9 audiómetros, 5 doppler, 2 autoclaves, 8 termoselladoras y 7 esterilizadores de vapor, 3 aspiradores de secreciones, 2 impedanciómetros y 7 timpanómetros y diverso material. Igualmente se adquieren 3 equipos de electroterapia y 3 equipos de terapia combinada para Centros de Salud que disponen de servicio de rehabilitación.

02. Mejorar la gestión presupuestaria en todos sus capítulos y partidas, estableciendo las siguientes acciones:

- 02.01. Mantener operativos los inmuebles asignados, mejorando sus condiciones de confort y tecnológicas.
- 02.02. Revisión de los criterios de asignación de presupuesto de otros conceptos en base a la realidad de ejecución del gasto y las particularidades de cada zona básica de salud. Adecuación gasto/presupuesto. Revisión del sistema de evaluación a los equipos.
- 02.03. Revisión de los criterios de asignación del presupuesto de farmacia, con base demográfica, de cartera de servicios y morbilidad. Adecuación gasto/presupuesto.

Explicación de la ejecución e información adicional:

En el año 2008 se han utilizado los siguientes recursos en el Área de Salud de Pamplona (programa 547) para la atención a los ciudadanos:

Recursos materiales:

41 Centros de Salud en Alsasua, Etxarri-Aranaz, Irurzun, Leiza, Lesaka, Elizondo, Santesteban, Larrainzar, Burguete, Aoiz, Huarte, Villava, Burlada, Berriozar, Orcoyen, San Jorge, Rochapea, Ansoain, Chantrea, Casco Viejo, Iturrama, Ermitagaña, Cizur, Echavacoiz, Barañain I Y Barañain II, Puente la Reina, Noain, Sangüesa, Ezcaroz, Isaba, Tafalla, Larraga, Carcastillo, Olite, Peralta, Noain, Mendillorri, Milagrosa, Azpilagaña, San Juan y II Ensanche.

247 Consultorios en entidades locales de Navarra.

1 Centro especial de urgencias en el Ambulatorio "Dr.San Martín" y 3 servicios normales de urgencia.

2 ambulancias medicalizadas de Urgencias.

1 Servicio de Salud Bucodental.

Oficinas de Dirección y Servicios de Apoyo en el Centro "Conde Oliveto".

Recursos humanos:

1.379 profesionales.

Recursos económicos: gasto real (en euros):

	Area Pamplona
Capítulo I	79.456.115
Capítulo II	13.315.267
Capítulo IV(*)	170.566.995
Capítulo VI	6.104.570
Capítulo VII(*)	1.034.397
TOTALES	270.477.344

(*) Corresponde a todas la Areas de Salud de Navarra (Pamplona, Tudela y Estella).

Inversiones en el año 2008:

a) Inversiones directas:

Se han realizado inversiones directas por un importe global de 6.104.570 euros, que se desglosan en:

Tipo de inversión	Euros
Construcción de nuevos Centros de Salud.	986.948
Ampliación de Centros de Salud	739.940
Reformas de Centros de Salud	612.187
Acciones de climatización	1.152.055
Acciones en sistemas de telecomunicación	269.395
Pequeñas obras y reformas en Centros de Salud	893.871
Subtotal de inversión en obras	4.654.396
Obras menores y mejora de instalaciones en centros	421.508
Subtotal en mejora de instalaciones	421.508
Equipos médicos	313.979

Equipamiento de Centros de Salud y Consultorios	714.687
Subtotal de inversión en equipamiento	1.028.666
TOTALES INVERSION	6.104.570

Hay que destacar las siguientes actuaciones en el ámbito de las inversiones:

- Se inician las obras para la construcción de los nuevos Centro de Salud de Ansoain y de Buztintxuri.
- Se inician las obras de ampliación y reforma del Centro de Salud de Huarte.
- Se realizan las obras de reforma de los Centros de Salud de Leiza, Elizondo y Rochapea.
- Se realizan los Proyectos de las obras de construcción de los nuevos Centros de Salud de San Adrián y de Lodosa.
- Se realizan los Proyectos de las obras de ampliación y reforma de los Centros de Salud de Alsasua, Aoiz, Lesaca, Berriozar, Puente la Reina, San Jorge, Peralta y del Centro Infanto Juvenil.
- Se realizan acciones de "climatización" en los Centros de Salud de Ermitagaña, Burlada, Huarte, Olite, Peralta, Artajona, Noain, Aoiz, Azpilagaña, Berriozar, Orcoyen, Tafalla, Alsasua, Echarri-Aranaz, Cizur, Carcastillo, Elizondo, Barañain I, Estella, Allo, Viana y Villatuerta; y en las dependencias de Salud Bucodental y del centro Conde Oliveto.
- Se realizan acciones de modificación de los sistemas de calefacción y ACS en los Centros de Salud de Rochapea, Alsasua, Aoiz, Villava, Orcoyen, Burguete, Casco Viejo y Salazar.
- Se adquieren centralitas telefónicas inteligentes para implantar un nuevo sistema de telecomunicación en los centros de Tafalla, Alsasua, Ermitagaña, Villava, Ansoain, San Jorge, Huarte, Peralta, Chantrea, San Juan y Burlada.
- Se reforma la instalación eléctrica de las salas de cirugía menor de los centros de salud de Burlada, Chantrea, Berriozar, Orcoyen, San Juan, Irurzun, Ermitagaña, Cizur, Sangüesa, Milagrosa, Mendillorri, Il Ensanche, Olite, Salazar, Isaba y Tafalla.
- Se dota del equipamiento correspondiente a las nuevas consultas de los Centros de Salud de Leiza, Rochapea, Elizondo y Tafalla.
- Se dota del equipamiento correspondiente a los siguientes Consultorios médicos que se han reformado o construido durante el año: Barbarin, Iturgoyen, Zubiri, Echauri, Cáseda, Gabarderal y Monteagudo.

b) Transferencias para Inversiones: Durante el año 2008 se han concedido subvenciones a diferentes Ayuntamientos de la Comunidad Foral de Navarra para la construcción y reforma de Consultorios Médicos Locales por un importe de 933.000 euros (vía transferencia de capital), de los que se han ejecutado 906.258 euros.

Se ha concedido y abonado subvenciones a los siguientes Ayuntamientos y Concejos para financiar las obras de:

- Construcción de nuevos Consultorios Médicos: Cortes, Echauri, Igúzquiza, Iturgoyen, Larrión, Milagro, Monteagudo y Sesma.
- Remodelación, ampliación y/o reforma de Consultorios Médicos: Arike, Bera de Bidasoa, Caparroso, Castejón, Gabarderal y Oroz Betelu.
- Actuaciones menores: Aibar, Arantza, Ayesa, Erro, Genevilla, Izal, Lazagurría, Orbara, Roncal, Unzué, Urroz y Yesa.

Se han revisado los criterios de asignación de presupuesto de farmacia y de otros conceptos en base a la realidad de ejecución del gasto y las particularidades de cada zona básica de salud. Igualmente se ha revisado el sistema de evaluación a los equipos, adecuándolo a las circunstancias reales.

Se han suscrito convenios de colaboración para la atención farmacéutica en Residencias de la Tercera Edad: con Amma Navarra S.L. para la prestación farmacéutica en los Centros Gerontológicos de "Amma Oblatas", "Amma Mutilva" y "Amma Argaray"; con las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús para la

prestación farmacéutica en la "Clínica Padre Menni" y en el Centro Hospitalario "Benito Menni"; y con la Residencia Beloso Alto.

03. Mejorar la calidad de los servicios prestados en la atención en situaciones de emergencia. Para ello se realizarán las siguientes acciones:

- 03.01. Diseño y desarrollo del "Plan de urgencias y emergencias" y diseño y desarrollo de los aspectos sanitarios de los planes sectoriales de catástrofes del plan de emergencias de Navarra.
- 03.02. Estructurar la dependencia funcional y jerárquica de los servicios y personas que trabajan en la atención a las emergencias en Navarra.
- 03.03. Establecer medidas de seguridad en las actuaciones de los profesionales sanitarios.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
03.00.01 Urgencias atendidas por médicos coordinadores SOS-Navarra	164.289	183.151
03.00.02 Urgencias atendidas por ambulancias medicalizadas	6.395	7.193
03.00.03 Urgencias atendidas por los servicios de urgencia del área urbana	200.087	153.814
03.00.04 Urgencias atendidas por los servicios de urgencia del área rural	153.170	202.809

Explicación de la ejecución e información adicional:

En la actividad asistencial se han realizado 183.151 atenciones sanitarias en SOS-Navarra, 7.193 actuaciones de transporte sanitario de urgencia medicalizado, 33.897 actuaciones de transporte de urgencia no medicalizado y 356.623 intervenciones de urgencias extrahospitalarias

Se dota del equipamiento correspondiente a las nuevas instalaciones del Servicio de Urgencias Extrahospitalarias (Ambulatorio Dr. San Martín), ampliando su actividad y su capacidad diagnóstica (radiología y analítica).

Se ha comenzado a implantar la historia clínica informatizada en los servicios de urgencia extrahospitalarios, así como el "triaje de pacientes" como herramienta de clasificación y priorización en la asistencia.

En cuanto al Plan de Emergencias se ha culminado el objetivo, paulatino en el tiempo, de dotar de equipos desfibriladores a todos los centros de salud, servicios normales de urgencias, puntos de atención continuada y consultorios locales con más de 300 habitantes.

Se han realizado protocolos de actuación en emergencias y de coordinación con la Agencia Navarra de Emergencias, constituyendo una comisión de seguimiento del 112-SOS Navarra, en la que se analiza la casuística, se estudian los protocolos y se proponen la mejora de criterios de actuación.

Se continúa con el desarrollo operativo del transporte sanitario en helicóptero.

Para mejorar la seguridad de las actuaciones de los profesionales sanitarios se dota a diversos Centros y Consultorios del siguiente equipamiento médico de tratamiento de la urgencia: 36 electrocardiógrafos, 1 monitor desfibrilador con marcapasos y 4 desfibriladores semiautomáticos.

Igualmente, se han realizado un total de 36 actuaciones formativas en el área de las urgencias, desarrolladas en 49 cursos, con una duración de 107 horas, y un total de 984 asistentes.

04. Plan de informatización de los centros de salud.

- 04.01. Dotación de equipos informáticos a las zonas básicas de salud pendientes, para utilización del OMI clínico.
- 04.02. Extender el sistema "Terminal Services" en las zonas básicas rurales de Navarra.
- 04.03. Extender la aplicación "Mercurio", como una mejora de acceso a la historia clínica.

- 04.04. Extender la medición del producto en atención primaria a las zonas básicas de salud totalmente informatizadas.
- 04.05. Extender el ISIS como una aplicación de medición del producto en atención primaria en las zonas básicas de salud totalmente informatizadas

Explicación de la ejecución e información adicional:

Todos los Centros de Salud y Consultorios disponen de los equipos informáticos necesarios para la utilización de las herramientas correspondientes para la atención sanitaria a la población, y se ha extendido a todas las zonas rurales su posibilidad de uso.

La aplicación "Mercurio" está operativa en todos los centros, y durante el año 2008 se ha extendido a todos ellos la herramienta "Isis", que permite tener información tanto epidemiológica como de consumos de ciertos recursos de los episodios sanitarios atendidos en Atención Primaria.

Igualmente se ha puesto en marcha la aplicación "Vacunet", que permite el registro de vacunaciones escolares y de vacunaciones de la gripe cuando se desarrollan de manera masiva y en ámbitos externos a los centros de salud, y la aplicación "Atenea", que permite la visualización de la historia clínica de Atención Primaria y de utilidad tanto para los médicos especialistas (principalmente los de los servicios de urgencias) como para los médicos de familia.

Se han realizado un total de 7 acciones formativas en el área de las aplicaciones informáticas sanitarias, desarrolladas en 17 cursos, con una duración de 183 horas, y un total de 265 asistentes.

Ejecución presupuestaria

GASTOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1- Gastos de personal	71.597.069,00	79.456.115,35	79.456.115,35
2- Gastos corrientes en bienes y servicios	12.568.410,00	13.783.576,35	13.777.301,88
3- Gastos financieros	0,00	0,00	0,00
4- Transferencias corrientes	180.386.315,00	180.639.815,00	169.546.385,43
6- Inversiones reales	8.025.000,00	7.790.000,00	6.104.570,17
7- Transferencias de capital	1.263.000,00	1.263.000,00	1.034.396,73
8- Activos financieros	0,00	0,00	0,00
9- Pasivos financieros	0,00	0,00	0,00
TOTAL	273.839.794,00	282.932.506,70	269.918.769,56

INGRESOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1- Impuestos directos	0,00	0,00	0,00
2- Impuestos indirectos	0,00	0,00	0,00
3- Tasas y otros ingresos	818.000,00	818.000,00	956.694,70
4- Transferencias corrientes	1,00	518.131,35	518.131,35
5- Ingresos patrimoniales	0,00	0,00	0,00
6- Enajenación inversiones reales	0,00	0,00	0,00
7- Transferencias de capital	0,00	0,00	0,00
8- Activos financieros	0,00	0,00	0,00
TOTAL	818.001,00	1.336.131,35	1.474.826,05

548: INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA

Unidad responsable: Dirección de Salud Pública

Objetivos/ Acciones/ Indicadores del programa.

01. Apoyo a las estructuras de atención primaria.

01.01. Asesoramiento técnico.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
01.01.01 Consultas realizadas al Instituto de Salud Pública desde atención primaria	-	114 demandas de material informativo, educativo, para profesionales

01.02. Difusión de conocimiento en materia de salud pública.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
01.02.01 Números editados y difundidos del boletín del Instituto de Salud Pública	6	5

Explicación de la ejecución e información adicional:

Se han realizado cuatro boletines trimestrales y uno extraordinario de la campaña de la gripe.

02. Contribución al desarrollo y planificación de programas de salud. Análisis de los determinantes sanitarios de la Comunidad Foral.

02.01. Coordinación con el Servicio de Docencia e Investigación.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
02.00.01 Elaboración del Plan de Salud de Navarra		Se realizó en el año 2008 y está vigente hasta 2012

Explicación de la ejecución e información adicional:

03. Conocer la distribución e incidencia de las enfermedades transmisibles mediante la vigilancia activa y el control.

03.01. Coordinación y gestión de la red de vigilancia epidemiológica incluyendo el sistema EDO (enfermedades de declaración obligatoria).

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
03.00.01 Cobertura del sistema EDO.	80 %	100%

Explicación de la ejecución e información adicional:

04. Control de brotes de origen externo, de naturaleza biológica, física o química.

04.01. Investigación epidemiológica del brote. Actuación urgente para minimizar su impacto.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
04.00.01 Brotes controlados y estudiados	-	38
04.00.02 Encuestas epidemiológicas	-	745

Explicación de la ejecución e información adicional:

05. Estudio de las causas y evolución de los procesos endémicos no transmisibles.

05.01. Investigación epidemiológica de factores de riesgo.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
05.00.01 Registro de factores de riesgo cardiovascular. Actualización del registro de cardiopatía isquémica.	-	800

Explicación de la ejecución e información adicional:

06. Disminución de la incidencia y mortalidad de las enfermedades susceptibles de prevención mediante inmunización.

06.01. Extensión del calendario vacunal. Calendario vacunal de adultos.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
06.00.01 Porcentaje de cobertura del calendario vacunal. Cobertura infantil	90	94
06.00.02 Casos de enfermedades prevenibles mediante vacunación		208

Explicación de la ejecución e información adicional:

07. Conocer la incidencia y supervivencia por cáncer en Navarra, y su distribución por áreas, edad y sexo. Conocer sus principales variables epidemiológicas.

07.01. Cumplimentación y mejora del registro poblacional de cáncer de Navarra.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
07.01.01 Tumores registrados	4.000	4.454
07.01.02 Porcentajes de supervivencia	52	54

07.02. Participación en estudios supranacionales como, Eurocare y Europrevail, Cancer Incidence y EPIC (Estudio prospectivo europeo sobre dieta y cáncer). Se ha participado en todos los estudios indicados.

07.03. Seguimiento de la cohorte EPIC (Estudio prospectivo europeo sobre dieta y cáncer). Se ha hecho seguimiento de 703 casos de Diabetes Mellitas 2 y de la Mortalidad de 2005 2007.

Explicación de la ejecución e información adicional:

08. Colaborar con el Instituto Nacional de Estadística.

08.01. Codificación causas de mortalidad.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
08.00.01 Boletines codificados.		5.000

Explicación de la ejecución e información adicional:

09. Actuar como laboratorio de referencia de Salud Pública. Colaborar con otras comunidades autónomas en el PNIR (plan nacional integrado de residuos). Dar cobertura analítica a los programas de salud pública del Instituto de Salud Pública, de otros centros del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y de otros departamentos del Gobierno de Navarra.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
09.00.01 Análisis realizados anualmente	-	54.903 determinaciones
09.00.02 Documentos de calidad	-	10.560
09.00.03 Análisis de aguas anuales	-	3.362 muestras analizadas
09.00.04 Análisis de alimentos anuales	-	3.186 muestras analizadas
09.00.05 Análisis de muestras ambientales anuales	-	277
09.00.06 Nuevas técnicas analíticas	-	6

Explicación de la ejecución e información adicional:

010 Control técnico e inspección del cumplimiento de normativa en relación con la inspección y control sanitario del agua, radiaciones, biocidas, agentes biológicos, residuos sólidos sanitarios y alimentos.

10.01. Inspección de instalaciones potencialmente peligrosas.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
10.01.01 Inspecciones anuales realizadas.	96	83

10.02. Informes y supervisión de expedientes de protección ambiental.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
10.02.01 Expedientes anuales revisados.		789

10.03. Control de aguas de consumo humano y uso recreativo del agua.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
10.03.01 Subvenciones de cloradores: número y cuantía de las subvenciones	-	8 subvenciones concedidas, con un importe global de 13.552 euros.
10.03.02 Análisis anuales	-	2.052
10.03.03 Informes de nuevas instalaciones	-	26

10.04. Actividades programadas de control de las instalaciones de riesgo de legionelosis.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
10.04.01 Intervenciones en brotes	-	18
10.04.02 Inspecciones de instalaciones	-	120

10.05. Propuestas de expedientes sancionadores como consecuencia de inspecciones. 17 expedientes sancionadores tramitados en 2008.

Explicación de la ejecución e información adicional:

011 Control de zoonosis.

11.01. Programa de tratamientos antiparasitarios.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
11.01.01 Animales afectados anualmente. Mantener la actual tasa de incidencia	0%	0%
11.01.02 Personas afectadas anualmente por zoonosis	-	12

11.02. Control e inspección de toda la cadena de producción, transformación y comercialización alimentaria.

11.03. Inspecciones periódicas a los centros de producción y distribución.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
11.03.01 Inspecciones anuales.	9.916	11.696

11.04. Estudio y validación de los sistemas de autocontrol de los operadores alimentarios.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
11.04.01 Expedientes evaluados	386	360
11.04.02 Registro de industrias alimentarias, y censo de de establecimientos alimentarios	-	525
11.04.03 Empresas registradas y censadas	-	5.080
11.04.04 Inspección de la implantación de sistemas de autocontrol	-	630
11.04.05 Tiempo de demora en la actualización de datos.	Reducción en 6 meses	Reducción en 4 meses

11.05. Control de la implantación de sistemas y procedimientos de trazabilidad.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
11.05.01 Empresas controladas.	4.983	5.080

11.06. Propuestas de expedientes sancionadores consecuencia de inspecciones. 70 expedientes sancionadores tramitados en 2008.

Explicación de la ejecución e información adicional:

012 Promocionar la salud de los ciudadanos estimulando cambios en estilos de vida.

12.01. Asesoramiento a todos los colectivos que lo soliciten.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
12.01.01 Asesoramientos anuales.	100	220

12.02. Edición de materiales educativos.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
12.02.01 Ejemplares editados y distribuidos anualmente.	50.000	313.000

Explicación de la ejecución e información adicional:

12.01 Se va incrementando el número de entidades sociales que demandan asesoramiento.

12.02 Durante 2008, se ha realizado la Campaña de Estilos de vida saludables CUÍDATE, que incluyó la edición y distribución de Materiales educativos (190.000 folletos y 50.000 calendarios). Además, se han reimpresso: 38.000 ejemplares del folleto Vuelta al cole...con salud y 25.000 del folleto Verano, calor y salud. También se han editado, aunque sólo se han distribuido en parte: 6.000 ejemplares del conjunto de materiales de Autocuidado en enfermedades vasculares (tríptico de información, manual y cuaderno de seguimiento), 14.000 del folleto de Separaciones, 3.000 del Calendario de desarrollo del niño y de la niña de 0 a 18 meses, etc...

013 Actuar sobre el hábito tabáquico para disminuir su impacto.

13.01. Plan foral de acción sobre el tabaco.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
13.00.01 Prevalencia de consumo	Disminución de medio punto anual	Disminución de cuatro puntos
13.00.02 Exfumadores	Aumento 1%	Se estabiliza
13.00.03 Edad de inicio al consumo	Retraso 0,5 años	La edad media de inicio al consumo es de 17,3 años

Explicación de la ejecución e información adicional:

El tabaco continúa su línea descendente general. En 2002, había un 33,7 % de fumadores diarios con edades entre 15 y 29 años; en 2008, ese porcentaje ha disminuido hasta ser el 29,6%.

014 Disminuir la mortalidad por cáncer de mama en Navarra.

14.01. Programa de detección precoz.

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
14.00.01 Tumores detectados en revisiones periódicas	Aumento 2%	Durante el año 2008 se han confirmado 100 tumores malignos (quedan 86 mujeres pendientes de completar el proceso diagnóstico)
14.00.02 Mortalidad por cáncer de mama en Navarra	Disminución 1%	Según los datos del Registro de mortalidad de Navarra la mortalidad por cáncer de mama continua muy por debajo de la prevista si no se hubiera puesto en marcha el programa
14.00.03 Supervivencia por cáncer de mama en Navarra	Aumento 1%	Según los datos del Registro de Tumores la supervivencia por cáncer de mama aumentó con la puesta en marcha del programa más del 20% respecto a la fase previa
14.00.04 Cobertura del programa de detección precoz	Aumento 1%	El programa tiene una cobertura de 100%

Explicación de la ejecución e información adicional:

Durante el año 2008 se han realizado, según el calendario previsto, las exploraciones de mujeres residentes de 23 zonas que incluyen 422 municipios. A lo largo del año 2008 se han enviado 37.521 citaciones y se han realizado 32.245 exploraciones de screening y 103 para adaptación a nueva zona de residencia)

En el mismo periodo se han realizado 1.471 revisiones intermedias (1.177 recomendadas por el propio programa y 294 a demanda de la mujer o su médico)

2.126 mujeres han vuelto a ser citadas en las correspondientes unidades para realizarse nuevas proyecciones y/o ecografía y 300 han sido enviadas a unidades hospitalarias para valoración diagnóstica y posterior tratamiento en caso de confirmación de lesión maligna.

Al margen de la actividad asistencial, durante este año 2008 se ha procedido a la digitalización del proceso con las consiguientes ventajas en cuanto a reducción de dosis de radiación, posibilidad de tratamiento de imágenes, desaparición de películas y líquidos de revelado, etc, posibilidad de integración con otros sistemas de información sanitaria etc.

015 Detectar precozmente las hipoacusias neonatales en Navarra.**15.01. Programa de Hipoacusias en el HVC.**

Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
15.00.01 Hipoacusias detectadas	90%	Se han detectado 25 hipoacusias, lo que supone una tasa de detección acorde con lo esperado

Explicación de la ejecución e información adicional:

Durante el año se han realizado 7098 Otoemisiones Acústicas y 57 Potenciales Evocados Auditivos en niños nacidos en el año. 11 niños nacidos en este año han sido enviados para estimulación precoz auditiva al Centro Base de Minusvalías del Instituto Navarro de Bienestar Social. En el año 2008 se han adaptado 13 audioprótesis y se han realizado 3 implantes cocleares a niños del Programa

Ejecución presupuestaria

GASTOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1- Gastos de personal	8.783.365,00	9.234.319,84	9.234.319,84
2- Gastos corrientes en bienes y servicios	6.633.323,00	6.088.323,00	6.017.374,18
3- Gastos financieros	0,00	0,00	0,00
4- Transferencias corrientes	0,00	0,00	0,00
6- Inversiones reales	1.945.000,00	1.945.000,00	1.866.391,42
7- Transferencias de capital	0,00	0,00	0,00
8- Activos financieros	0,00	0,00	0,00
9- Pasivos financieros	0,00	0,00	0,00
TOTAL	17.361.688,00	17.267.642,84	17.118.085,44

INGRESOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1- Impuestos directos	0,00	0,00	0,00
2- Impuestos indirectos	0,00	0,00	0,00
3- Tasas y otros ingresos	143.700,00	143.700,00	132.317,24
4- Transferencias corrientes	0,00	30.000,00	52.032,00
5- Ingresos patrimoniales	0,00	0,00	0,00
6- Enajenación inversiones reales	0,00	0,00	0,00
7- Transferencias de capital	0,00	0,00	0,00
8- Activos financieros	0,00	0,00	0,00
TOTAL	143.700,00	173.700,00	184.349,24