PROGRAMA 544: *ASISTENCIA ESPECIALIZADA*

Unidad responsable: *Dirección de Asistencia Especializada*

Objetivos/
Acciones**/**
Indicadores del programa

COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA

01. Disponer de infraestructuras del hospital mejoradas y adecuadas.

01.01. Puesta en marcha de la nueva Unidad de Urgencias Generales.

Esta Unidad no ha podido ponerse en marcha en 2013 debido a la insuficiente dotación presupuestaria y el correspondiente retraso en los equipamientos.

01.02. Continuar con la ejecución de las obras de Nuevos Quirófanos, URPA, UCI y Laboratorio en el edificio del Hospital Virgen del Camino.

La ejecución ha continuado según el calendario previsto

01.03. Continuar la mejora en la dotación tecnológica de diferentes servicios.

La dotación tecnológica, principalmente renovación de equipos médicos, se ha realizado en base a la dotación presupuestaria disponible. Esta dotación ha sido insuficiente para acometer la renovación tecnológica deseable.

01.04. Puesta en funcionamiento del nuevo Hospital de Día de Oncología Pediátrica.

Acción realizada

01.05. Puesta en operación del Pabellón C.

El Pabellón C no ha podido ponerse en marcha en 2013 debido a la insuficiente dotación presupuestaria y el correspondiente retraso en los equipamientos.

02. Unificación de los Servicios del Complejo

02.01. Culminar el proceso de unificación de los 18 servicios clínicos actualmente duplicados en el Complejo

En el 2013 se ha producido la unificación de los siguientes servicios clínicos: Análisis Clínicos, CO y traumatología, Neurología, Radiología, Digestivo y ORL

02.02. Promover simultáneamente con la unificación, un cambio de cultura en la gestión, potenciando la transversalidad y la organización basada en los procesos.

En los citados servicios se ha potenciado la gestión clínica basada en procesos asistenciales (modelo de atención continuada, coordinación con AP, definición de circuitos asistenciales intra e interservicios).

02.03. Desplegar la unificación y gestión integrada de las diferentes secciones y unidades del Servicio de Soporte a las Estructuras Asistenciales del Complejo.

Esta acción ha sido desarrollada en su totalidad.

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

03.01. Desarrollo de modelos de gestión basados en la consulta y gestión de casos con soporte en las nuevas TIC's.

Se ha implantado la Interconsulta No Presencial en los siguientes Servicios: Neurología, Digestivo y Alergia, a la vez de nuevos modelos de coordinación con AP en estas especialidades.

Se ha iniciado el despliegue de las funciones de la nueva subdirección de continuidad asistencial y calidad en relación con el refuerzo de la coordinación con AP.

03.02. Comunicación entre niveles a través de una Historia Clínica común.

Se han realizado los correspondientes ajustes en la HCI para adecuar la necesaria integración entre AP y AE

03.03. Extensión de la interconsulta especializada no presencial.

Se ha implantado la Interconsulta No Presencial en los siguientes Servicios: Neurología, Digestivo y Alergia.

04. Desarrollar iniciativas orientadas a fomentar la implicación de los profesionales en la gestión del Hospital. Impulsar la gestión clínica.

04.01. Desarrollo de un modelo de organización y gestión de los servicios asistenciales del Complejo, basado en la gestión clínica.

Por primera vez desde la creación del CHN se han puesto en marcha los pactos de gestión por objetivos en todos los servicios del CHN

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

Se ha modificado y mejorado el cuadro de mandos con los indicadores básicos de actividad y resultados por cada servicio

04.03. Propiciar la autoevaluación y la mejora continua en servicios/unidades.

Como resultado de las dos acciones anteriores, se ha facilitado la evaluación y los procesos de mejora continua de los servicios

04.04. Establecer un sistema de evaluación del desempeño con atención a los resultados cualitativos y cuantitativos, ligándolos con incentivos vinculados a la responsabilización

	Descripción Indicadores	*Previsto*	*Realizado*
04.00.01	*Ingresos totales*	*44.300*	*41.421*
04.00.02	*Recién nacidos sanos*	*4.600*	*4.2152*
04.00.03	*Estancia media*	*6,5*	*6.5*
04.00.04	*Intervenciones quirúrgicas*	*25.500*	*24.351*

	Descripción Indicadores	Previsto	Realizado
04.00.05	*Cirugía mayor ambulatoria*	*4.700*	*7.333*
04.00.06	*Primeras consultas*	*262.000*	*249.929*
04.00.07	*Consultas sucesivas*	*483.235+ 22.000*	*476.761+ 33.347**
04.00.08	*Urgencias*	*170.000*	*155.202*
04.00.09	*Hemodiálisis*	*19.400*	*26.334*
04.00.10	*Hospital de día Tratamientos*	*31.000*	*31.901*
04.00.11	*TAC*	*33.500*	*35.530*
04.00.12	*Endoscopias*	*18.000*	*13.897*

* Consultas sucesivas asociadas a hospitales de día.

05. Trabajar por la sostenibilidad.

05.01. Racionalizar el uso del recurso especializado: Maximizar la ambulatorización y la hospitalización a domicilio.

Se han reducido un 2,5% las camas de hospitalización y paralelamente se ha potenciado la hospitalización a domicilio y la hospitalización parcial, con un incremento de actividad del 3 y 5%, respectivamente

05.02. Concentración de recursos tecnológicos: Puesta en marcha de un Laboratorio Unificado de Diagnóstico Biomédico en Navarra.

El Laboratorio Unificado de Navarra ha continuado su despliegue con la integración de la especializada de las áreas, la puesta en marcha de la cadena robótica, la integración de los laboratorios de urgencias y la especializada del Hospital B.

05.03. Mejora del rendimiento por extensión del horario de uso de las infraestructuras del Complejo.

Esta acción solo ha podido desarrollarse en determinados servicios

05.04. Desarrollo de una dinámica de trabajo para la aplicación de guías de práctica clínica que tengan en cuenta el criterio de coste-efectividad.

Se han implementado 12 nuevas GPC.

06. Satisfacer las necesidades del ciudadano de acuerdo con el Plan Estratégico del Complejo Hospitalario de Navarra.

06.01. Alcanzar los objetivos de actividad asistencial adecuados a los requerimientos sanitarios.

Se ha producido una ambulatorización de procesos como se deduce del incremento de las consultas de hospital de día. La disminución de nº de urgencias se debe a un mejor control del proceso asistencial y a un aumento de la actividad programada

06.02. Desarrollo de las actividades asistenciales de carácter programado y urgente, con el fin de mejorar la respuesta de la estructura a la demanda asistencial.

Se ha producido una ambulatorización de procesos como se deduce del incremento de las consultas de hospital de día. La disminución de nº de urgencias se debe a un mejor control del proceso asistencial y a un aumento de la actividad programada

06.03. Mejora de la gestión de las listas de espera de especialidades prioritarias.

La lista de espera se ha reducido en aquellas especialidades priorizadas (p.e. oncología) mediante el refuerzo de circuitos de alta resolución

06.04. Promover el desarrollo de los procedimientos susceptibles de ser ambulatorizados.

Ver tabla 04.04 en lo que respecta a CMA y consultas en HD

06.05. Mejora de la información facilitada a los pacientes, basada en el conocimiento de las demandas y expectativas de los mismos.

Se ha mejorado la web de listas de espera para facilitar el acceso de los ciudadanos a la misma

06.06. Desarrollo de actividades asistenciales de carácter extraordinario encaminadas a garantizar la accesibilidad a los servicios, dentro de unos límites temporales razonables.

Se han priorizado y reforzado los circuitos de alta resolución

06.07. Soporte en la implantación del Programa de prevención del Cáncer de Colon.

Se han programado y puesto en marcha los recursos adecuados para la implantación de PPCC en tiempo y forma previstos

07. Impulso de prácticas seguras en el Hospital.

07.01. Consolidación del programa de seguridad de medicamentos de alto riesgo en hospital de día.

Consolidado

07.02. Continuidad de los programas de minimización de la infección nosocomial en colaboración con Ministerio de Sanidad y otras iniciativas internacionales.

Se ha continuado la implantación de los programas “bacteriemia cero” y “resistencia cero”

Se ha implementado el “Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNAPS)” propuesto por el Ministerio de Sanidad.

Se ha iniciado el procedimiento para la creación de una Comisión de Seguridad del Paciente del CHN.

08. Impulsar la promoción y capacitación del personal, así como la innovación, investigación y docencia.

08.01. Acciones de formación continuada.

Se ha incrementado un 5% las acciones de formación continuada

08.02. Fortalecimiento de la formación en metodología de investigación.

Se han implementado dos programas formativos entre el CHN y el CIB

08.03. Desarrollo de una política de promoción de la investigación, innovación y docencia en las áreas funcionales de gestión clínica.

Se han implementado todos los programas desarrollados a este respecto por la Dirección General

08.04. Soporte para la realización de ensayos clínicos.

Se ha reforzado la relación con el CIB a este respecto: puesta en común de criterios y aumento del nº de ensayos clínicos

08.05. Desarrollo de nuevas metodologías docentes y de gestión del conocimiento basados en las TIC's.

Se ha informatizado el libro del residente así como su evaluación continua.

08.06. Revitalización del curriculum formativo de las diferentes especialidades MIR del Complejo. Unificación de la política formativa de las diferentes Unidades docentes del Complejo.

Se ha realizado una auditoría del programa formativo MIR con buenos resultados de la misma.

Se ha iniciado el estudio y planificación de la creación de Unidades Docentes Multiprofesionales

08.07. Estructuración de una oferta de plazas de formación de especialidades en enfermería.

Realizado

09. Incorporación de la opinión y visión del ciudadano a la gestión de la práctica clínica.

09.01. Establecimiento de una política proactiva de incorporación de la opinión y percepción del usuario a la gestión de los procesos asistenciales y administrativos.

Se ha implementado una evaluación de la calidad percibida en circuitos asistenciales multiservicios de pacientes con cáncer

09.02. Análisis continuado de las actividades reactivas de atención al paciente, incorporando las conclusiones como herramienta de mejora de la gestión de los procesos asistenciales y administrativos.

Se ha cambiado la estructura de Atención al Paciente y se han implementado varios programas estructurados de mejora de la gestión de las quejas y sugerencias.

ASISTENCIA ESPECIALIZADA DEL ÁREA DE SALUD DE TUDELA

10. Consolidar la implantación de los nuevos sistemas de información en el Hospital.

10.01. Implantación de programas de gestión (COGNOS) en farmacia, personal y admisión.

10.02. Impulsar la digitalización de las historias clínicas "vivas" en papel, y de las de pacientes fallecidos.

10.03. Instauración del sistema de soporte para las interconsultas no presenciales.

Explicación de la ejecución e información adicional:

10.01. No se ha realizado.

10.02. Se ha convocado concurso de expurgo y digitalización de historias clínicas; se prevé que en el primer trimestre de 2014 esté adjudicado.

10.3. Se ha instaurado el soporte para interconsultas no presenciales en el hospital; en Atención Primaria se ha instaurado el soporte para 6 especialidades.

---

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

11.01. Elaboración de un cuadro de mando informatizado y otras aplicaciones como el control de guardias y planes de trabajo.

Explicación de la ejecución e información adicional:

11.01. Se han elaborado planillas de guardias, libranzas…etc. para posibilitar la planificación (citación) de la actividad a tres meses vista. La instauración definitiva se realizará en 2014. No se ha elaborado cuadro de mando informatizado.

---

12. Potenciación de los órganos de participación existentes.

12.01. Convocar al menos una vez al año todas las comisiones del hospital.

Explicación de la ejecución e información adicional:

12.01. Se han convocado todas los comisiones del hospital al menos una vez en 2013.

---

13. Renovación de equipos obsoletos.

13.01. Renovación, en lo posible, de equipos de más de 10 años de antigüedad.

Explicación de la ejecución e información adicional:

13.01. Se han invertido 56.333 € en renovación de equipos obsoletos, cantidad muy alejada de las necesidades reales de renovación. La situación presupuestaria y el ajuste de gasto realizado en 2013 por el Departamento de Economía, Hacienda, Industria y Empleo han impedido cumplir el objetivo en su totalidad.

---

14. Adecuación de las infraestructuras.

14.01. Puesta en marcha de las nuevas instalaciones de esterilización.

14.02. Adaptación de la antigua área quirúrgica para la CMA, endoscopias y quirófano de locales.

14.03. Cambio de tuberías en los antiguos quirófanos y paritorios como medida de prevención de la legionella.

Explicación de la ejecución e información adicional:

14.01. No se ha realizado ya que no se ha abierto la nueva área quirúrgica debido a falta de dotación presupuestaria para su equipamiento

14.02. No se ha realizado por falta de dotación presupuestaria

14.03. No se ha realizado por falta de dotación presupuestaria

---

15. Fomentar actividades docentes y proyectos de investigación.

15.01. Continuar los proyectos de investigación en curso.

15.02. Fomentar la realización de nuevos proyectos.

15.03. Establecer un calendario docente de actividades del área.

15.04. Continuar con las tramitaciones necesarias para obtener en 2013 la acreditación docente del hospital.

Explicación de la ejecución e información adicional:

15.01. No hay proyectos de investigación en curso

15.02. No se han iniciado nuevos proyecto de investigación

15.03. Se estableció un calendario para 2013 con 11 cursos con cargo al presupuesto de docencia del Departamento de Salud; la dotación presupuestaria ha permitido realizar tres:

- Actualización de enfermería en obstetricia y neonatología
- Lavado, desinfección de alto nivel y esterilización. Trazabilidad
- Electrocardiografía

15.04. Se ha continuado con la tramitación pero todavía no se han finalizado los trabajos.

---

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

16.01. Desarrollo del sistema de pactos de gestión por servicios.

16.02. Favorecer el incremento de actividad por las tardes en el marco del nuevo modelo asistencial

16.03. Impulso de la cirugía sin ingreso.

16.04. Cumplimiento de la legislación vigente referente a listas de espera.

Explicación de la ejecución e información adicional:

16.01. Se han firmado pactos de gestión con todos lo servicios médicos del hospital excepto con traumatología.

16.02. No se ha podido incrementar la actividad de tarde.

16.03. La cirugía sin ingreso ha disminuido un 25% respecto a 2012

16.04.

.El 14% de los pacientes en lista de espera quirúrgica a 31/12/2013 superan los plazos de la Ley de garantías.

El 23% de los pacientes en lista de espera de consultas externas a 31/12/2013 superan los plazos de la Ley de garantías.

---

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

17.01. Consolidar la implantación de la prescripción por principio activo generalizando su utilización.

Explicación de la ejecución e información adicional:

17.01. La prescripción por principio activo está totalmente generalizada en el hospital.

---

18. Desarrollar el área informática.

18.01. Extender el uso de la historia clínica informatizada al 100% de los servicios.

18.02. Extensión a todas las áreas médicas de la radiología digital.

Explicación de la ejecución e información adicional:

18.01. La historia clínica informatizada se utiliza por el 100% de los servicios

18.02. La radiología digital está generalizada en todas las áreas médicas del hospital

---

19. Favorecer una mejor cualificación entre los profesionales.

19.01. Trasladar al Hospital Reina Sofía de Tudela cursos de formación impartidos, por el INAP o Departamento de Salud, en Pamplona.

Explicación de la ejecución e información adicional:

19.01. No se ha realizado ningún curso del INAP en Tudela

---

20. Realizar las actividades necesarias para no incrementar las listas de espera en atención especializada.

	Descripción Indicadores	*Previsto*	*REAL*
20.00.01	*Ingresos totales*	*9.000*	*9.034*
20.00.02	*Recién nacidos sanos*	*920*	*842*
20.00.03	*Intervenciones quirúrgicas programación anestesia general*	*2.500*	*2.468*
20.00.04	*Intervenciones quirúrgicas programación anestesia local (incluye cataratas)*	*2.000*	*2.076*
20.00.05	*Intervenciones quirúrgicas urgentes*	*1.000*	*900*
20.00.06	*Intervenciones de cirugía general programada sin ingreso*	*51*	*38*
20.00.07	*Índice consultas sucesivas/primeras*	*1,46*	*1,41*

	Descripción Indicadores	Previsto	REAL
20.00.08	*Primeras consultas*	*53.500*	*56.313*
20.00.09	*Consultas sucesivas*	*78.000*	*79.155*
20.00.10	*Urgencias ingresadas*	*5.500*	*6.447*
20.00.11	*Urgencias no ingresadas*	*41.000*	*39.632*
20.00.12	*Analgesia obstétrica*	*800*	*655*
20.00.13	*Procedimientos de rehabilitación*	*104.000*	*94.724*
20.00.14	*Hemodiálisis*	*6.300*	*6.555*
20.00.15	*Hospital de día*	*5.000*	*5.641*
20.00.16	*Quimioterapia*	*2.400*	*2.822*
20.00.17	*TAC*	*7.500*	*8.551*
20.00.18	*Radiología intervencionista*	*475*	*548*
20.00.19	*Endoscopias especiales (con sedación)*	*2.100*	*2.076*
20.00.20	*Prosereme*	*3.800.000*	*4.819.163*

ASISTENCIA ESPECIALIZADA DEL ÁREA DE SALUD DE ESTELLA

21. Definición de la cartera de servicios.

21.01. Seguir desarrollando nuevas técnicas quirúrgicas.

21.02. Seguir potenciando la cirugía ambulatoria en las especialidades de cirugía general, traumatología, ginecología y urología.

21.03. Potenciar sistemas de evaluación que permitan conocer el nivel de implicación de los profesionales y asignar incentivos en función de los resultados obtenidos.

21.04. Implantación de consulta no presencial en aquellos Servicios en los que ya funciona en el Área de Pamplona.

Explicación de la ejecución e información adicional:

21.01 Tanto en Cirugía General como en C.O.T. se va incrementando el número de intervenciones por laparoscopia.

21.02 En el año 2013 se ha incrementado la C.M.A. en un 3,09%

21.03 Incluido en los Pactos de Gestión

21.04 Se ha implantado la consulta no presencial

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

	Descripción Indicadores	*Previsto*	*Realizado*
22.00.01	*Urgencias*	*25.600*	*23.750*
22.00.02	*Ingresos*	*5.400*	*4.921*
22.00.03	*Consultas primeras*	*32.000*	*32.280*
22.00.04	*Consultas sucesivas*	*51.000*	*48.376*
22.00.05	*Consultas matrona*	*800*	*2092*
22.00.06	*Intervenciones quirúrgicas*	*3.700*	*2.689*
22.00.07	*Cirugía mayor ambulatoria*	*900*	*902*
22.00.08	*Cirugía menor ambulatoria*	*1.800*	*2.835 + 999*
22.00.09	*Colonoscopías con sedación*	*1.000*	*1.316*
22.00.10	*Partos*	*450*	*414*
22.00.11	*Índice de ocupación*	*62%*	*63.05&*
22.00.12	*Índice de rotación enfermo/cama*	*40%*	*55.47%*
22.00.13	*Estancia media*	*4,00*	*4.15*
22.00.14	*Índice consultas sucesivas/primeras*	*1,58*	*1.50*
22.00.15	*Atenciones en Hospital de día*	*380*	*329*
22.00.16	*Pacientes atendidos en Hospitalización en domicilio*	*250*	*266*

Explicación de la ejecución e información adicional:

22.00.06 Total de Intervenciones quirúrgicas en Quirófanos Centrales: 2.689 de las cuales 902 son Cirugía Mayor Ambulatoria.

22.00.08 Cirugía Menor Ambulatoria en Consultas: 2.835

Cirugía Menor Ambulatoria en Quirófanos Locales: 999

---

23. Mejora de algunos indicadores de la actividad.

23.01. Reducir o como mínimo, mantener el índice de relación primeras visitas/sucesivas.

23.02. Reducir el índice de presión de urgencias.

23.03. Incrementar o como mínimo mantener el índice de rotación enfermo/cama.

23.04. Reducir el número de cesáreas.

23.05. Reducir la estancia media, ajustándola al tipo de GRD.

Explicación de la ejecución e información adicional:

23.01 Se ha reducido el Índice Sucesivas/Primeras del 1,57 en 2012 a 1,50 en 2013

23.02 Ha aumentado con respecto al 2012 del 64,85 al 66,86%

23.03 Ha disminuido con respecto al 2012. del 57,44% al 55,47%

23.04 Ha disminuido con respecto al 2012 del 20,73% al 20,05%.

23.05 Ha aumentado con respecto al 2012 del 3,76% al 4,15%. Cada vez se hace más CMA por lo que el resto de ingresos son más prolongados por tratarse de patologías más complejas.

---

24. Mejora de la calidad técnica de los servicios.

24.01. Participación de los diferentes servicios en programas de calidad.

24.02. Elaboración de protocolos de los procesos asistenciales más relevantes por cada servicio, sección ó especialidad.

24.03. Inclusión en la historia clínica informatizada de protocolos y consentimientos informados de los diferentes servicios.

24.04. Participación en programas dirigidos a incrementar la seguridad del paciente.

24.05. Implantación, seguimiento y promoción de la lista de verificación quirúrgica.

24.06. Promocionar el uso de las aplicaciones informáticas en todos los servicios, en detrimento del uso de papel.

24.07. Completar la digitalización a todos los servicios que lo demanden.

24.08. Potenciar el Comité de Programación Quirúrgica que redistribuya la programación de las intervenciones quirúrgicas para poder cumplir con la Ley de garantía de lista de espera.

Explicación de la ejecución e información adicional:

24.01 Seguimiento de indicadores basados en el CMBD

24.02 Se van actualizando los protocolos de las patologías más frecuentes y colgando en HCI. Incluso se incluyen como propuesta en los Pactos de Gestión.

24.03 Se van actualizando los protocolos de las patologías más frecuentes y colgando en HCI. Incluso se incluyen como propuesta en los Pactos de Gestión.

24.04 Vigilancia y control de la infección nosocomial

Participación en el Proyecto EPINE

Programa de higiene de las manos

Programa Bacteriemia zero

Programa Neumonía zero

Lista de verificación quirúrgica (LVQ)

24.05 Implantada. Recogida de los formularios y análisis periódico en comunicación de resultados

24.06 El uso de HCI e IRATI está plenamente implantado en el Hospital

24.07 Se han digitalizado el Ecógrafo de Endocrinología y el de Urología(Pruebas Complementarias). Se ha digitalizado el Protocolo de Fallos Informáticos en los Servicios de Rayos, Farmacia, Urgencias, Laboratorio y Enfermería de Plantas de Hospitalización

24.08 El Comité ha estado funcionando durante todo el año 2013 adecuando los quirófanos a la demanda de las especialidades quirúrgicas.

---

25. Mejora de la información al paciente.

25.01. Cumplimentación del informe de las altas hospitalarias.

	Descripción Indicadores	*Previsto*
25.01.01	*Informes de alta cumplimentados (100%)*	*5.300*

25.02. Entrega del informe en mano de urgencias no ingresadas.

	Descripción Indicadores	*Previsto*
25.02.01	*Informes de urgencias no ingresadas entregados*	*19.600*

25.03. Entrega del informe en mano de primeras visitas:

	Descripción Indicadores	*Previsto*
25.03.01	*Valoración y envío de informes de Consulta una vez dada el alta (100%)*	

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

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

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

Explicación de la ejecución e información adicional:

25.01

25.02

25.03 Se van a retirar los indicadores 25.01, 25.02 y 25.03 dada la incapacidad para poder evaluarlos con precisión y la alta utilización, por parte de todos los Servicios, de la HCI.

25.04 Se realiza en todos los casos

25.05 Se realiza en todos los casos

25.06 Con la puesta en marcha de la LVQ se ha consolidado la verificación de los consentimientos para todos los procesos quirúrgicos.

---

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

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

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

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

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

Explicación de la ejecución e información adicional:

26.01 Semanalmente se toman muestras de alimentos y preparados de cocina por parte del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital y se envían para su análisis al Instituto de Salud Pública del Gobierno de Navarra.

26.02 La ropa infantil se lava y se trata en el propio Hospital para no someterla a las altas temperaturas de la lavandería industrial que tenemos contratada por concurso público. La ropería en general está sometida a una continua inspección para que en todo momento esté en las mejores condiciones.

26.03 Periódicamente, por parte del personal de la Sección de Mantenimiento y Servicios Generales, se supervisa el estado de las habitaciones, consultas y demás dependencias subsanando aquellas que estén en mal estado.

Esta medida se cumple en todos los casos.

---

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

27.01. Implantación de consultas no presenciales en distintos Servicios

27.02. Proporcionar a los profesionales de los equipos de atención primaria información sobre tiempos de espera y uso de recursos.

27.03. Facilitar la citación y la tramitación administrativa para la derivación de pacientes desde los centros de salud a las consultas del especialista del Hospital.

27.04. Potenciar el funcionamiento del grupo mixto Atención Primaria-Hospital, para hacer propuestas en temas técnico-asistenciales, organizativas y administrativas.

27.05. Desarrollo de grupos de trabajo para la elaboración de protocolos de funcionamiento entre profesionales de ambos niveles en aquellas patologías más relevantes.

27.06. Realización de sesiones clínicas de los profesionales de atención especializada dirigidos a los equipos de atención primaria.

27.07. Potenciación del grupo de trabajo de coordinación entre enfermería del hospital y enfermería de atención primaria para la elaboración de diversos protocolos.

27.08. Facilitar al paciente Informe de Alta de Enfermería en aquellos procesos que precisen información de Enfermería en Atención Primaria.

Explicación de la ejecución e información adicional:

27.01 Implantadas las mismas consultas que en Pamplona y Tudela

27.02 Todos los meses se envía información a los Equipos de Atención Primaria, de actividad y lista de espera.

27.03 Desde Atención Especializada se revisan las derivaciones de determinados Servicios con problemas de acceso debidos a la lista de espera, realizándose actuaciones que disminuyen las listas y permiten atender con menores tiempos de espera.

27.04 Se está trabajando en este sentido

27.05 Puesta en marcha de consulta no presencial en determinados Servicios y una consulta a través de correo electrónico en el resto de Servicios

27.06 Se realizaron sesiones Clínicas de Salud Mental con Atención Primaria

27.07 Se han reunido en varias ocasiones las Jefas de Unidad de Enfermería del Hospital con las Jefas de Enfermería de los Equipos de Atención Primaria.

27.08 Desde el Hospital se remite al alta del paciente informe a Enfermería de Atención Primaria en los procesos que se precise.

---

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

28.01. Fomentar la prescripción con los criterios marcados por el servicio de farmacia.

28.02. Contención del gasto farmacéutico intrahospitalario y del consumo de material sanitario quirúrgico.

28.03. Conocimiento del perfil de la prescripción farmacéutica de los facultativos.

28.04. Ejecución del Plan de necesidades.

28.05. Establecer directivas de política de personal. Planificación de plantillas.

28.06. Implicar a los profesionales en el control de gasto propio de su actividad.

Explicación de la ejecución e información adicional:

28.01 Existencia de un Farmacéutico de Área. Información mensual del gasto farmacéutico. Reuniones de Equipo con Farmacéutico de Área.

28.02 En el conjunto del gasto del Capítulo II ha habido una "disminución del" 4,22% respecto al año 2012, debido fundamentalmente a las siguientes disminuciones: - 4.10% en intervenciones quirúrgicas; - 6.50 en ingresos, y – 1.82% en la actividad de consultas.

28.03 No disponemos de este dato. Se ha retirado este indicador.

28.04 Debido a la difícil situación económica se nos asignaron solamente 54.400 euros para "Equipamiento médico" y 50.000 euros para "Pequeñas obras. Se ha ejecutado el 100%.

Del Equipamiento adquirido cabe destacar el siguiente:

a) Cámara endoscópica para Urología: 8.593 €

b) Camilla para Urgencias: 4.114 €

c) Minimotor para Traumatología: 7.390 €

d) Desfibrilador con marcapasos: 5.270 €

e) Perneras móviles para mesa quirúrgica: 6.600 €

f) Fibroscopio para ORL: 3.850 €

g) Bilirrubinómetro para Pediatría: 4.543 €

En Pequeñas Obras se han realizado las siguientes acciones:

a) Instalación centralita automática de cloro: 7.218 €

b) Tela asfáltica cubiertas: 10.718 €

c) Cambio de puertas en varias habitaciones: 13.300 €

d) Actualización central de incendios: 3.550 €

28.05 Control desde Servicios Centrales del SNS-O

28.06 Incluido en los pactos de gestión. Hasta ahora el control solamente puede hacerse del gasto farmacéutico y de Capítulo I.

Ejecución presupuestaria

GASTOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1- Gastos de personal	277.694.587,00	292.543.449,74	292.521.250,09
2- Gastos corrientes en bienes y servicios	152.254.207,00	175.340.359,74	172.010.949,86
3- Gastos financieros	0,00	0,00	0,00
4- Transferencias corrientes	90.218,00	100.218,00	90.218,00
6- Inversiones reales	11.090.072,00	10.765.899,71	8.201.916,09
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	**441.129.084,00**	**478.749.927,19**	**472.824.334,04**

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	6.907.500,00	6.907.500,00	8.035.105,40
4- Transferencias corrientes	9.037,00	124.623,72	114.995,53
5- Ingresos patrimoniales	0,00	0,00	0,00
6- Enajenación inversiones reales	0,00	0,00	0,00
7- Transferencias de capital	10,00	10,00	69.744,00
8- Activos financieros	0,00	0,00	0,00
9- Pasivos financieros	0,00	0,00	0,00
TOTAL	**6.916.547,00**	**7.032.133,72**	**8.219.844,93**