PROGRAMA 544: *ASISTENCIA ESPECIALIZADA*

Unidad responsable: *Gerentes de Hospitales*

Objetivos/
Acciones**/**
Indicadores del programa

COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA

01. Disponer de infraestructuras del hospital mejoradas y adecuadas.

01.01 Dotación de las 2 Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) (edificios A y B) y salas de endoscopias del pabellón C.

01.02 Renovación de la sala de hemodinámica del área de cardiología.

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

01.04 Reordenación de espacios y obras menores de los servicios unificados priorizados.

01.05 Mejora de las infraestructuras y condiciones hoteleras de los servicios y unidades priorizados.

01.06 Elaborar un Plan de Ordenación y adecuación de la estructura física del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) a su nueva estructura orgánica unificada.

Explicación de la ejecución e información adicional:

01.01. Se han puesto en marcha todos ellos en los plazos previstos.

01.02. Se ha puesto en marcha, en los plazos previstos.

01.03. Se han renovado diversos equipos de los servicios y unidades, destacando entre ellos el neuronavegador para Neurocirugía, varios arcos quirúrgicos para quirófanos, respiradores neonatales, ecógrafos y ecodopler entre otros.

01.04. Entre otras actuaciones, se comenzó la obra para la unificación del hospital de día de hematología, y se realizaron adecuaciones menores de consultas y otras dependencias.

01.05. Destacamos entre otros temas menores, la sustitución de la cubierta de psiquiatría M5, el cambio del sistema de llamadas de Ubarmin.

01.06. Se ha elaborado el plan de ordenación identificando tanto las necesidades de los servicios médicos tras la unificación de los mismos, como los espacios disponibles para posibles actuaciones.

02. Proyectos de Integración.

02.01 Promover la creación de Nuevas Áreas Clínicas. Creación del Área de Oncología y del Área de Farmacia.

02.02 Estudio de la redefinición del Área del Corazón y la pertinencia de creación de otras áreas: Mujer, Niños, Neurociencias e Infecciosas.

02.03 Concentración de recursos tecnológicos. Concluir el proyecto de Unificación de Laboratorios de Navarra. Proyecto LUNA.

02.04 Potenciación de las unidades docentes multiprofesionales.

Explicación de la ejecución e información adicional:

02.01. No se ha creado todavía el área clínica de Oncología. El Servicio de Farmacia se unificó en el año 2013 Complejo Hospitalario de Navarra pero no se ha configurado como área.

02.02. El avance de las nuevas áreas está previsto tras un proceso participativo sobre el nuevo modelo de gestión clínica que se quiere impulsar en el primer semestre del año 2016.

02.03. En septiembre de 2014 se concluyó la unificación de los Laboratorios de Pamplona con la incorporación de laboratorio del Antiguo Hospital de Navarra. Los laboratorios de Estella y Tudela permanecen en sus localidades de origen. Es estos momentos se está trabajando en cómo trasladar el laboratorio unificado fuera de las instalaciones de Navarrabiomed.

02.04. La situación de las unidades docentes multiprofesionales en Navarra es la siguiente:

- *Unidad Multiprofesional de Geriatría para las especialidades de Geriatría y Enfermería Geriatría.*

  Está en proceso de acreditación. Solicitada la acreditación en noviembre de 2014. En octubre-noviembre de 2015 se envió el informe en respuesta a requerimientos del Ministerio.

- *Unidad multiprofesional de Obstetricia y Ginecología.*

  El objetivo es solicitar la acreditación en el año 2016. El plazo de solicitud de acreditación se abre habitualmente en octubre-noviembre de cada año.

- *Para la unidad docente de Pediatría no se ha iniciado el proceso.*

- *La unidad docente de Salud Mental ya está acreditada.*

---

03. Proyecto de Gestión.

03.01. Continuar con el despliegue de los pactos de gestión por objetivos con los servicios/secciones asistenciales incorporando indicadores estandarizados de resultados y de calidad.

03.02. Impulso a la coordinación primaria-especializada y entre los especialistas.

03.03. Extensión de la interconsulta especializada no presencial a todos los servicios del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN).

03.04. Incremento de la actividad asistencial no presencial orientada a la mejora de la coordinación con AP e incremento de la capacidad resolutiva.

03.05. Implementación del pilotaje de la estrategia de crónicos estableciendo nuevos circuitos de atención.

03.06. Potenciación de las unidades funcionales multidisciplinares. Puesta en funcionamiento de la Unidad de Cáncer Familiar.

03.07. Potenciar la ambulatorización de la asistencia: hospitalización a domicilio, hospitales de día y Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

03.08. Generalización de las mejores prácticas asistenciales y de gestión ya existentes en el CHN.

Explicación de la ejecución e información adicional:

03.01. Con carácter general, los pactos de gestión que se establecieron para el año 2015 constan de 3 apartados generales, a través de los cuales se quiere mejorar el proceso de citación, potenciar la coordinación entre la Atención Primaria y Especializada, y promover la cultura de calidad y seguridad de los pacientes, así como mejorar la eficiencia en la gestión y valorar el esfuerzo docente e investigador de las Áreas/Servicios. Durante el año 2014, se firmaron un total de 12 Pactos con los Servicios centrales, 13 con los Servicios quirúrgicos y 14 con los Servicios Médicos. En todos ellos consta un apartado dedicado a la valoración de la Atención Sanitaria, y dentro de este hay un apartado de Calidad y Seguridad, con una valoración y contenido distinto según el tipo de Servicio.

En estos momentos estamos en pleno proceso de Evaluación de los pactos y de creación de nuevos Pactos de gestión para el año 2016. Dentro de estos últimos se apuesta por seguir en la línea iniciada en el 2015, pero trabajando ya con indicadores más específicos de resultados y de calidad, dentro del nuevo Modelo de Gestión clínica que se está trabajando con el Departamento de Salud y contando con la participación de los y las profesionales.

03.02. Hasta septiembre de 2015 desde la Subdirección de Continuidad Asistencial y Calidad del CHN, y posteriormente desde el Servicio de Apoyo a la Gestión Clínica y Continuidad Asistencial del CHN se han impulsado la coordinación AP-AE con las especialidades prioritarias. Desde el CHN se ha realizado una revisión de circuitos, actualización de protocolos antiguos, acceso directo a pruebas y quirófano, acciones informativas y formativas en Centros de Salud y la puesta en marcha y la evaluación del Pilotaje de la Estrategia de Atención al Paciente crónico y Pluripatológico en toda Navarra.

Desde finales de 2015 y principios de 2016 desde el Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial, se han formalizado los distintos grupos de trabajo: de Digestivo, de Músculo-esquelético, de Angiología y Cirugía Vascular, Alergología, Dermatología, Socio-Sanitario, Neurología, Demencia, Diabetes, EPOC, Retinografía no Midriática y Pruebas complementarias. En todos estos grupos hay profesionales del Complejo.

03.03. A lo largo del año 2015 se ha incluido la Interconsulta no presencial en los siguientes servicios y Secciones: Cirugía Vascular, Digestivo, Geriatría, Microbiología, 8 secciones de Pediatría, Rehabilitación, Reumatología y Urología.

En el CHN hay 42 servicios clínicos, de los cuales 15 son médicos, 16 quirúrgicos y 11 centrales. Actualmente disponen de interconsulta especializada no presencial (INP) 11 servicios médicos, 6 quirúrgicos y 2 centrales, lo que supone un 45,2% del total.

Hay que tener en cuenta que no todos los servicios clínicos del CHN son susceptibles de INP, como Medicina Intensiva o Urgencias. Por otra parte, hay que ver la utilidad de disponer de una INP en servicios que no están abiertos a citación desde Atención Primaria, como Genética, Análisis Clínicos o Medicina Preventiva.

03.04. Anestesia ha incrementado su actividad no presencial con origen Atención Primaria en un 64,6%, pasando de 1042 en 2014 a 1715 en 2015.

Alergología ha comenzado con consultas no presenciales con origen AP en 2015, realizando un total de 1845.

En Traumatología las consultas no presenciales con origen AP, de las Unidades quirúrgicas de Extremidad Superior y de Pie, fueron 1628 en 2015.

03.05. La implantación del pilotaje de la estrategia de crónicos ha supuesto crear unos circuitos específicos de atención para los pacientes incluidos en ella. Se ha creado una unidad de referencia para cada grupo de patologías seleccionadas para el pilotaje (Insuficiencia Cardiaca, Pluripatológico o Demencia), se ha impulsado el ingreso directo desde AP y se ha creado un Hospital de Día de Crónicos. Asimismo la estrategia conlleva, entre otros aspectos, una agilización del alta hospitalaria y el establecimiento de autocuidados. El pilotaje en el área de Pamplona implicó la participación de los Centros de Salud de Ultzama, San Juan y Tafalla que remitieron los pacientes al Complejo Hospitalario.

El Servicio de Efectividad y Seguridad ha realizado una evaluación del pilotaje, que ha permitido re-diseñar los circuitos de atención para la extensión progresiva de la estrategia de crónicos a partir del 15 de abril de 2016.

03.06. En 2015 no se puso finalmente en marcha la Unidad de Cáncer Hereditario. No obstante, se han seguido realizando los estudios de cáncer hereditario coordinando el diagnóstico en Genética y el seguimiento en la consulta de Oncología.

03.07. Hospitalización a domicilio: ha pasado de ser un servicio independiente a ser una sección del Servicio de Medicina Interna del CHN. Se ha incrementado el número de camas (29 vs 20 del año 2104).

Hospitalización a domicilio ha participado en la estrategia de crónicos pudiéndose realizar ingresos de estos pacientes directamente desde Atención Primaria.

Desde el CHN se han potenciado los hospitales de día, realizando las siguientes mejoras:

- *Mejoras en las instalaciones*
- *Aumento de puestos en el Hospital de Día de Oncología y del Hospital Polivalente*
- *Mejora de circuitos*
- *Unificación de servicios*
- *Unificación de sistemas de registro de hospitales de día*
- *Mejora de la gestión de las esperas de los pacientes en el hospital de día. Implantación del Programa SIGUE en Oncología, en proceso la implantación de Hematología.*
- *Hospital de día del Crónico: comienzo en octubre de 2014, y en la actualidad pendiente de ampliación para adecuarse a la extensión del Programa de Atención al Crónico.*

Las cifras se exponen en el apartado 05.01.

03.08. Dentro del CHN se ha iniciado un proyecto piloto para promover el contacto entre servicios destacados en su gestión interna con otros servicios que podrían beneficiarse de dichas mejoras. En estas reuniones de benchmarking se proponen actuaciones en la mejora de la gestión de personal, programación de consultas y adecuación oferta-demanda. Se ha realizado una sesión de benchmarking con resultados satisfactorios por parte de todos los asistentes.

Por otra parte se inició a finales del año 2015 una colaboración con el Departamento de Estadística e Investigación Operativa de la Universidad Pública de Navarra para desarrollar una aplicación de apoyo a la gestión de personal y actividades en los servicios clínicos. Durante el 2016, se está modelizando un servicio para ver si la propuesta es útil antes de extender la iniciativa.

---

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

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

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.

04.03. Mejora del cuadro de mandos de la actividad del CHN incorporando indicadores de calidad.

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

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

	Descripción Indicadores cuantitativos	*Previsto*	*Realizado*
04.00.01	*Ingresos totales*	*47.229*	*43.592*
04.00.02	*Recién nacidos sanos*	*4.208*	*3.866*
04.00.03	*Estancia media*	*6,5*	*6,27*
04.00.04	*Intervenciones quirúrgicas*	*32.376*	*33.045*
04.00.05	*Cirugía mayor ambulatoria*	*7.421*	*7.709*
04.00.06	*Primeras consultas*	*253.225*	*272.262*
04.00.07	*Consultas sucesivas*	*490.059*	*473.260*
04.00.08	*Urgencias*	*170.060*	*171.688*
04.00.09	*Hemodiálisis*	*27.432*	*31.278*
04.00.10	*Hospital de día Tratamientos*	*33.110*	*40.141*
04.00.11	*Consultas de HD*	*35.829*	*39.612*
04.00.12	*TAC*	*36.063*	*38.063*
04.00.13	*Endoscopias*	*13.847*	*15.223*

Explicación de la ejecución e información adicional:

04.01. Durante el año 2015 se finalizó la unificación de los servicios tras la creación del Complejo Hospitalario de Navarra. Esta fase es previa a la implantación de cualquier modelo de gestión clínica. En el primer semestre del año 2016 se va a trabajar en una metodología participativa para perfilar el diseño de modelo de gestión clínica que quieren los profesionales.

04.02 Hasta ahora se ofrece a través del Portal de Gestión de conocimiento información "estática" mes a mes que les permite conocer la evolución de los indicadores de actividad de sus propios servicios. El objetivo es ir avanzando para ofrecer información con indicadores de calidad y resultados asociados a los nuevos Pactos de Gestión en los que estamos trabajando desde el Equipo Directivo, y además con herramientas dinámicas, de fácil acceso y que permitan analizar fácilmente la información además de poder permitir la autoevaluación.

Por otra parte estamos colaborando con el Departamento de Salud en la puesta en marcha de la base de datos poblacional, a través de la cual se va a permitir relacionar información de diferentes fuentes, y que nos facilitará la elaboración de indicadores de calidad y resultados de los Servicios.

04.03 Al igual que en el punto anterior, estamos colaborando con el desarrollo del CdM del SNS-O junto con el Departamento de Salud. Este CdM está desarrollado con la herramienta Tableau y nos ha permitido poder descender desde la dimensión de SNS-O hasta cada centro, además de permitir accesos a la información desde distintos dispositivos. Se han incorporado indicadores de calidad y resultados agrupados en distintas perspectivas, estrategias y niveles

04.04 Como hemos destacado en el punto 01.01 estamos en pleno proceso de elaboración de nuevos pactos de gestión con los servicios médicos y con enfermería, y esto debe ir acompañado de la puesta en marcha de un cuadro de mando que permita la autoevaluación de los servicios y unidades de enfermería y que puedan detectar la evolución de sus indicadores a lo largo del periodo sin esperar al final del mismo.

En estos momentos estamos evaluando la herramienta Tableau para decidir si cumple las necesidades a nivel de análisis de la información así como herramienta de visualización de indicadores.

04.05 Además de la elaboración de los nuevos pactos de gestión, estamos inmersos e inmersas en el desarrollo de un nuevo modelo de Gestión clínica que necesita de la participación de los y las profesionales además del Equipo directivo y orientados a la evaluación de resultados cuantitativos y cualitativos.

Este proyecto todavía está en pleno desarrollo y por lo tanto de momento no se ha tomado la decisión sobre vincularlo a incentivos de ningún tipo.

---

05. Mejora de la sostenibilidad.

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

05.02. Mejora del rendimiento por utilización más las infraestructuras del Complejo en horario de tarde con jornada ordinaria.

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

05.04. Avanzar en la digitalización de historias clínicas y en la extensión de la imagen digital avanzando hacia un hospital sin papeles.

05.05. Implementar las conclusiones del Grupo Técnico de Trabajo (GTT) sobre sostenibilidad del material sanitario.

05.06. Creación de GTT sobre uso racional de prótesis y material sanitario.

Explicación de la ejecución e información adicional:

05.01. Ampliando la información del apartado 03.07, exponemos algunas cifras:

- *Desde mayo (creación del hospital de día polivalente y pluripatológico) a diciembre se han producido 1.288 asistencias en los hospitales de día de polivalentes y de crónicos, correspondiendo 1.044 a pacientes pluripatológicos.*
- *Se ha producido un incremento de un 5,43% en consultas médicas (15.485), un 8,4% de consultas de enfermería (66.525) y 2,1% de tratamientos (18.788) por parte del hospital de día correspondiente al servicio de oncología médica.*
- *Ha aumentado las altas por CMA en un 11,8% (7.709 altas)*
- *Se ha aumentado en un 44% el número de ingresos de hospitalización a domicilio (903 en el año 2015).*

05.02. Hay 15 especialidades que utilizan diferentes locales para esta actividad por las tardes, dentro de su actividad ordinaria. Se trata de Alergología, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Vascular, Dermatología, Digestivo, Endocrinología, Neumología, Neurología, Oftalmología, ORL, Pediatría, Reumatología, Rehabilitación, Traumatología y Urología. Se emplean locales del Centro de Consultas Príncipe de Viana, San Martin o Conde Oliveto. El número de consultas lógicamente varía entre especialidades, con hasta 4-5 consultas/día en Neurología a 1 quincenal de Cirugía Vascular, y día de la semana.

De los 42 quirófanos atendidos por facultativos del CHN en jornada ordinaria, 5 son en horario de tarde.

05.03. Los distintos servicios clínicos utilizan guías de práctica clínica según la evidencia científica dentro de su práctica habitual. No obstante, no conocemos que se hayan desarrollado o que se hayan evaluado distintas guías de práctica clínica en nuestro contexto para elegir la mejor en función del criterio coste-efectividad.

05.04. En 2015 se ha comenzado a digitalizar los ecocardiogramas (ECGs) en los propios centros de salud, principalmente para el Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal; técnicamente estará disponible para ser aplicado a todas las consultas no presenciales y presenciales de anestesia. Estas imágenes están accesibles desde la Historia Clínica Informatizada (HCI) de AE en la versión 5.

Dentro del acuerdo marco relativo al expurgo, clasificación, digitalización, custodia y movimiento de historias clínicas previsto para los años 2014-2017 se continúa con la digitalización de las historias clínicas -formato papel- del Complejo Hospitalario de Navarra. Durante el año 2015 se prosigue con la digitalización de las historias del Centro de Consultas 'Príncipe de Viana' (60.000 historias) y se comienza con la digitalización de las historias del Centro Sanitario 'San Martín' (27.000 historias), encontrándose totalmente digitalizadas las historias cuyo último movimiento es anterior a mayo de 2013 y junio de 2005 respectivamente.

Además, se continúa con la digitalización, por el personal de los archivos del CHN, de todos los documentos generados diariamente en la asistencia sanitaria de los pacientes en cualquier área del CHN que no pueden volcarse en Historia Clínica Informatizada (HCI): 8.161 documentos diarios en el año 2015.

En cuanto a Imagen Digital, se incorpora en HCI las pruebas complementarias que se encontraban dentro de la historia clínica que se ha digitalizado, que aporta el paciente o que son realizadas por centros externos dentro de las derivaciones acordadas por el SNS-Osasunbidea.

05.05. El grupo mantuvo 10 reuniones, entregó el documento final en octubre de 2014, presentándose a la Junta Técnico Asistencial en diciembre 2014. A lo largo de 2015 desde la Dirección de Enfermería han gestionado la introducción progresiva de los acuerdos en referencia al material sanitario no reutilizable.

05.06. No se dispone de información que indique la creación de ese grupo.

---

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.

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.

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

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

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

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

06.07. Operativizar todo lo necesario para la atención de los ciudadanos según el Programa de atención al crónico. Espacio común en Historia Clínica.

06.08. Soporte en la Experiencia piloto de Atención Sociosanitaria en Rehabilitación funcional.

Explicación de la ejecución e información adicional:

06.01. Durante el año 2015 se realizaron 33.045 intervenciones quirúrgicas frente a 31.596 en el año 2014. El porcentaje de intervenciones fuera de la ley de garantías fue de 18,3% en 2015 frente a 19,6% en 2014.

En cuanto a consultas, se realizaron 272.262 primeras consultas frente a 261.469 primeras consultas realizadas en el año 2014. El 64,1% de las consultas en 2015 se atendieron fuera de la ley de garantías frente al 60,9% de al 2014.

Se puede apreciar tanto en consultas como en intervenciones quirúrgicas un volumen de actividad mayor en el año 2015 frente al año 2014 pero un % mayor de intervenciones fuera de la ley de garantías.

06.02. Las actividades asistenciales de carácter programado y urgente dependen de la patología y características del paciente. Aproximadamente el 15% de las intervenciones quirúrgicas se realizan de forma programada. De la misma forma el % de urgencias ingresadas suele estar alrededor del 15%. La presión de urgencias (ingresos urgentes con respecto al total) es de aproximadamente 63%. Estas cifras tienen una estabilidad a lo largo de los 3 últimos años.

06.03. En 2015 se han realizado diferentes acciones para mejorar las listas de espera:

- *Revisión de la lista de espera en determinados servicios como Alergología, Cirugía General-Sección Proctología y Cirugía Colorrectal, Dermatología, Oncología Radioterápica, Oftalmología y Traumatología, entre otros.*

- *Revisión de circuitos:*

  - *Traumatología: acceso a las unidades de Trauma desde AP exclusivamente por INP con cierre del acceso a cita presencial, aumento de la oferta de la unidad general de Traumatología, con carácter más resolutivo.*

  - *Digestivo: Pilotaje de INP en 8 centros de salud con INP previa a cualquier derivación a consulta presencial, acceso a rectosigmoidoscopia desde AP, derivación a consultas de enfermería de pacientes en control de pólipos o con antecedentes familiares de cáncer*

  - *Cirugía: acceso directo a la lista de espera quirúrgica para cirugía menor*

- *Reestructuración de agendas en Oftalmología, Traumatología, Neumología, Hematología, Neurología, Digestivo, Urología.*

- *Revisión de protocolos de seguimiento en determinadas patologías en Digestivo, Dermatología, Cirugía Vascular.*

También se ha trabajado en otras especialidades intentando adecuar la oferta a la demanda introduciendo nuevas formas de atención a los pacientes.

06.04. Tal y como se especifica en el punto 5.01, el número de altas por CMA paso en el Complejo de 6.894 (año 2014) a 7.709 (año 2015), lo que supone un incremento del 11,8%.

06.05. Desde el CHN se participó en la realización del estudio de opinión liderado desde la Dirección de Atención al Paciente y Calidad del Servicio Navarro de Salud sobre satisfacción de los pacientes en el proceso oncológico.

06.06. El Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal (PDPCCR) de Navarra, contempla de manera indisoluble los procesos de detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la patología encontrada. En las fases de diagnóstico, tratamiento y seguimiento el Programa trabaja totalmente imbricado con Atención Especializada, en concreto con los Servicios de: citación, anestesia, digestivo, anatomía patológica, cirugía y oncología. En el caso del CHN, se ha diagnosticado y tratado toda la patología detectada por el programa en las zonas básicas cuya Atención Especializada se provee en el CHN.

Con los datos provisionales proporcionados por el Instituto de Salud Pública y Laboral, de aproximadamente 27.400 pacientes invitados, han participado aproximadamente 65% de los pacientes, resultando positivos un 7% de los mismos, requiriendo estos pacientes la realización de colonoscopia de cribado. Como consecuencia del programa, se diagnosticaron en el Complejo 72 carcinomas infiltrantes.

06.07. El pilotaje de la estrategia de atención al crónico y pluripatológico se ha desarrollado desde octubre 2014 a octubre 2015. Una vez realizada la evaluación del pilotaje, a partir

de abril 2016 se va a extender progresivamente a toda la población navarra. Desde el CHN se ha atendido a los pacientes de los tres perfiles de la población incluida en el pilotaje (pluripatológicos, pacientes con insuficiencia cardiaca y demencia). Para la atención de estos pacientes, se habilitó un hospital de día de crónicos; el registro de las atenciones y de la información clínica se ha realizado en la Historia clínica informatizada, en el tapiz de historia común EUNATE y en Host.

06.08. En relación al servicio de Convalecencia Residencial posthospitalización, servicio que ofrece a pacientes y familias pasar temporalmente del contexto hospitalario con cuidados de alta intensidad y especialización, a un contexto residencial al que se le añaden tratamientos rehabilitadores. Las conclusiones son:

- *La experiencia del pilotaje ha sido positiva y ha puesto de manifiesto acciones encaminadas a mejorar la oferta y los procedimientos.*
- *Sobre una población de 59 pacientes intervenidos en la Zona de Tafalla, se han atendido 25.*
- *El criterio de inclusión, para la fractura de cadera, debe ser indicado a la Unidad de Trabajo Social desde los Servicios de Rehabilitación o de Traumatología.*
- *Debe quedar claro el criterio de derecho o no para los traslados en ambulancia.*
- *Consideración de co-pago.*
- *Pendiente evaluación de resultados por parte del Servicio de Rehabilitación.*
- *Redefinir circuito de pacientes perfil Accidente Cerebro Vascular (ACV) y trabajar con Rehabilitación y Neurología.*

---

07. Impulso de prácticas seguras en el Hospital.

07.01. Desarrollo y evaluación del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (Programa SiNASP).

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

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

07.04. Adhesión al programa de comunicación de eventos adversos del Ministerio.

07.05. Adhesión al programa de conciliación del medicamento.

07.06. Evaluación del programa de listado de validación quirúrgica (LVQ).

07.07. Limpieza de manos.

07.08. Desarrollo del Programa de Bacteriemia Cero.

Explicación de la ejecución e información adicional:

07.01 El SINASP está implantado en el ámbito de atención especializada (incluidos el servicio de psiquiatría del CHNA) desde el año 2014 y Atención Primaria (incluido salud bucodental y urgencias extrahospitalarias) desde el año 2015.

La implantación tuvo lugar mediante un intensísimo programa de formación (presencial y on-line), tanto para notificantes como formación de formadores.

Durante el año 2015 se realizaron en el Complejo 267 notificaciones, alcanzando un ratio de 24,18 por cada 100 camas, frente al 16,25 por cada 100 camas de la media de otros centros nacionales que utilizan SiNASP.

El Complejo recibió del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el año 2015 un Reconocimiento al Compromiso con la Mejora de la Seguridad del Paciente como gestor del SINASP.

07.02 Desarrollada la parte de la prescripción segura en estos tratamientos: permite cálculo seguro de dosis, con los componentes que contiene el protocolo y los días de administración, así como dosis máximas y cálculo de reducciones de dosis (por toxicidad). Permite preparación correcta de las mezclas en el servicio de Farmacia, por informar del diluyente adecuado, y del volumen del medicamento necesario para contener la dosis prescrita, así como conocer si debe prepararse en cabinas de seguridad biológica.

Falta por desarrollar la extensión de este sistema de prescripción a todos los hospitales de día, especialmente oncohematología pediátrica aunque este último está planificado.

También faltaría por desarrollar la planificación para poder identificar mediante el lector de la secuencia de los diferentes medicamentos que debe recibir el paciente en una sesión.

07.03 Desde el hospital además del programa de incidencia, participan en el estudio de prevalencia de infecciones nosocomiales EPINE con la misma metodología de estudio que la que se aplica a nivel nacional. Está previsto el inicio de implantación del programa PROA a lo largo del año 2016, como actividad dependiente de la Comisión de Infecciones, Profilaxis y Política antibiótica del CHN.

07.04 Misma información que la aportada en el capítulo que información 07.01.

07.05 La conciliación a la medicación se ha realizado al ingreso por parte del Servicio de Farmacia para los pacientes pertenecientes al pilotaje del programa de crónicos. Está prevista la extensión de la conciliación a todos los pacientes crónicos habilitados de circuito especial tanto al ingreso como al alta.

07.06 Se han registrado para su posterior análisis un total de 3.350 intervenciones quirúrgicas para analizar el grado de cumplimentación del LVQ. Está pendiente de conclusión el informe. Asimismo, falta de extender esta buena práctica a la mayor parte de los servicios quirúrgicos pertenecientes al antiguo Hospital Virgen del Camino y a la Clínica Ubarmin.

07.07 La evaluación de los 5 momentos ser realizó en el año 2014 en 3 unidades aprovechando una colaboración con la UPNA siendo el proyecto de fin de grado de una estudiante. Desde el Servicio de Medicina Preventiva e Higiene Hospitalaria se hace formación continuada sobre higiene de manos. Asimismo hay un panel de indicadores sobre higiene de manos que se envían a servicios centrales con datos del Complejo para reportar al Ministerio.

07.08 A pesar de que el programa de Bacteriemia Cero impulsado por el Ministerio ha finalizado, desde el CHN se siguen aplicando los mismos protocolos que cuando estaba vigente.

---

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

08.01 Existencia y desarrollo de un programa de FC unificado y con carácter multidisciplinar.

08.02 Promover las actividades de formación en servicio/unidad y entre servicios.

08.03 Impulsar la formación específica en metodología de investigación.

08.04 Desarrollo de un programa de promoción de la investigación, innovación y docencia en las áreas funcionales de gestión clínica.

08.05 Desarrollo de nuevas metodologías docentes y de gestión del conocimiento basados en las TIC's. Número de actividades docentes ofertadas desde CHN en modalidad a distancia o semi-presencial.

08.06 Revitalización del currículum formativo de las diferentes especialidades MIR del Complejo. Unificación de la política formativa de las diferentes Unidades docentes del Complejo. Sesiones clínicas MIR interdisciplinares.

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

08.08 Aumento de número de proyectos de investigación financiados por el Departamento de Salud.

Explicación de la ejecución e información adicional:

08.01 No existe en estos momentos un programa de estas características.

08.02

MEMORIA DEL CHN DEL AÑO 2015. FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN.

	1-ACTIVIDADES DE FORMACIÓN Y DOCENCIA					*2-INVESTIGACIÓN Y ACTIVIDADES CIENTÍFICAS*						
COMPLEJO HOSPITALARIO NAVARRA-	*Actividad Formativa organizada por los Servicios y/o los Centros. Número de actividades*	*Cursos, Congresos, y Reuniones Científicas (PARTICIPACIÓN ACTIVA-Docente, Moderador, Comité Organizador, etc.). Número de participantes*	*Otras actividades de Formación. Número de actividades*	*Docencia Pregrado. Número de alumnos*	*Docencia Postgrado. Número de residentes*	*Publicaciones/Artículos. Número de publicaciones*	*Ponencias, pósteres y comunicaciones. Número que se han presentado*	*Premios recibidos. Número de premios recibidos*	*Proyectos de Investigación. Número de proyectos en desarrollo*	*Tesis Doctorales. Número de tesis en desarrollo*	*Ensayos Clínicos. Número de ensayos en desarrollo*	*Libros. Número de libros editados y/o capítulos libro*	*Otros Trabajos de Investigación. Número de trabajos en desarrollo*
	237	***820***	***1.176***	***1.376***	***555***	***326***	***1.000***	***21***	***120***	***47***	***131***	***61***	***19***

08.03 La formación específica en metodología de investigación se está desarrollando desde el Departamento de Salud. En concreto, dentro del Plan Docente del 2015 se realizó la siguiente formación en investigación: Biblioteca virtual en ciencias de la salud (formación on line), Elaboración de proyectos de investigación en ciencias de la salud (formación on line), Estadística aplicada a la investigación en ciencias de la salud y Taller de publicación de trabajos de investigación (formación on line).

08.04 Desde el Departamento de Salud, se publicó una convocatoria para la intensificación de la investigación a dos profesionales. Ambas plazas fueron adjudicas a profesionales del Complejo (Endocrinología y Medicina Interna). Asimismo, el grupo de investigación de Cardiología Traslacional está compuesto por investigadores básicos del Centro de Navarrabiomed-Fundación Miguel Servet e investigadores clínicos del Área Clínica del Corazón del Complejo Hospitalario de Navarra y su objetivo fundamental es el estudio de nuevos biomarcadores relacionados con el pronóstico y la respuesta al tratamiento de pacientes con distintos tipos de patologías cardiovasculares.

Asimismo a través de Navarrabiomed se está apoyando la investigación en Cardiología.

Para fomentar la investigación-innovación operativa, desde el Departamento de salud se publicó también una convocatoria para promover la realización de un proyecto de investigación comisionada para el desarrollo de modelos de eficiencia del sistema sanitario público aprobándose para el desarrollo en las urgencias hospitalarias del Complejo Hospitalario de Navarra.

08.05 A lo largo de los dos últimos años se ha impulsado la utilización del Portal de Gestión del Conocimiento desarrollado en el CHN. En esta herramienta se promueve la comunicación entre Servicios, el acceso a la información, además de la formación del personal facultativo y de enfermería a través de distintos tutoriales.

Se está utilizando esta tecnología para permitir que procedimientos de trabajo que implican a más de un ámbito de la organización del CHN se realicen a través de esta herramienta. Esto está facilitando el acceso del personal, la normalización de los procedimientos de trabajo, además de recoger toda la información necesaria al respecto para evaluar necesidades y áreas de mejora.

Respecto al número de actividades

08.06 Desde la Comisión de Docencia del CHN se han actualizado las Guías o Programas Formativos en Formación Sanitaria Especializada correspondientes a las 36 especialidades hospitalarias acreditadas en el período comprendido entre noviembre del año 2014 a enero del año 2015 adecuándolas a sus respectivos programas de las Comisiones Nacionales de Especialidad así como a los estándares definidos en educación médica.

A destacar la tramitación de la acreditación docente de la UDM de Geriatría del CHN para 2 MIR y 2 EIR enviada al MSSSI en octubre del año 2015. En elaboración la documentación para la acreditación de la UDM de Obstetricia y Ginecología del CHN previsto envío al MSSSI en octubre 2016 y posteriormente en el año 2017 la UDM de Pediatría y Áreas Específicas del CHN.

La gestión del proceso docente en la Formación Sanitaria Especializada en el Complejo se unifica a través del II Plan de Gestión de la Calidad Docente del CHN aprobado en febrero del año 2015. A través del mapa de procesos docentes definiendo los procesos operativos o clave, los de apoyo y los estratégicos, evaluados y corregidos a través de los resultados obtenidos en los indicadores de calidad docente.

Como herramienta para la adquisición de competencias trasversales de todos los MIR se realizan con carácter mensual las Sesiones Clínicas Generales Docentes con duración de un ahora y con la participación de varias especialidades con carácter multiprofesional y multidisciplinar y de manera quincenal las denominadas English Clinical Sessions.

08.07 Explicado en el punto 08.05.

08.08 Durante el año 2015 se ha conseguido financiación procedente de la Convocatoria del Departamento de Salud para 2 proyectos, cifra idéntica a la conseguida en el año 2014.

---

09 Proyectos de Participación y Comunicación.

09.01 A partir de la constitución de la nueva Junta Técnico Asistencial crear y reorganizar las comisiones clínicas y grupos técnicos de trabajo.

09.02 Impulsar la comunicación Interna y Externa del CHN a través de una estrategia de comunicación.

Explicación de la ejecución e información adicional:

09.01 A partir de la constitución de la nueva Junta Técnico Asistencial crear y reorganizar las comisiones clínicas y grupos técnicos de trabajo.

Se han creado y están en funcionamiento: Comisión de Farmacia y Terapéutica, Comisión de Infecciones, Profilaxis y Política Antibiótica (con la Subcomisión de Política Antibiótica), Comisión de Atención a la Urgencia Vital, Comisión de Diagnóstico Prenatal. Funcionando y en fase de re-estructuración está la Comisión de Seguridad del Paciente. En fase de organización están: Comisión Quirúrgica, Comisión de Morbimortalidad, Comisión de Investigación y Formación, Comisión de Calidad, Comisión de Garantía de Calidad en Medicina Nuclear, Comisión de Enfermedad Tromboembólica. Además en funcionamiento desde antes de la constitución de la JTA: Comisión de Diagnóstico Pre-implantacional, Comisión de Toxicología, Comisión de Atención Temprana 0-3 años. Por otro lado están en funcionamiento los siguientes Comités: Comité de Fingolimod de Navarra (Esclerosis Múltiple). Comité de Seguridad Quirúrgica. Comité de Transfusión. Comité de Cáncer de Mama. Comité de Tumores Oncológicos Pediátricos. Comité de Cáncer Hereditario. Comité de Rehabilitación Neurológica. Comité Multidisciplinar de Patología Endocrina. Comité Multidisdiplinar de Patología Hipotálamo-Hipofisaria. Comité Multidisdiplinar de Patología Suprarrenal. Comité de Hipertensión Pulmonar. Comité de Expertos en Daño Cerebral Adquirido Infantil. Comité de Melanoma. Comité de Cáncer colorectal. Comité de Cáncer Esófago-gástrico. Comité de Cáncer Hepatobiliar y Pancreático. Comité de Cáncer Urológico. Comité de Oncología Ginecológica. Comité de Neuro-oncología. Comité de Tumores ORL. Comité de Tumores Maxilofaciales. Comité de Tumores Óseos y Partes Blandas. Comité de Cáncer de Pulmón. Comité de Cáncer de Tiroides. Comité de Sarcomas. Comité de Radiocirugía. Comité de Patología Carotídea. Además se ha propuesto el Comité de Tumores Hematológicos.

09.02 La estrategia de comunicación se ha puesto en marcha utilizando las Tecnologías de Información, en concreto el portal de Gestión del Conocimiento del CHN, que permite la comunicación interna entre todo el personal del CHN. Esta plataforma que también se ha desarrollado en otros ámbitos del SNS-O nos ha permitido comunicarnos externamente tanto con la Gerencia del SNS-O así como con otras Direcciones como la de Profesionales.

---

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

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

10.02 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.

10.03 Realización de encuestas de satisfacción y de calidad percibida en al menos 5 servicios/año.

Explicación de la ejecución e información adicional:

10.01 El proceso de incorporación de la opinión del ciudadano (encuestas, quejas y reclamaciones, grupos focales o estudios cualitativos) se llevó el año pasado, al igual que en años anteriores de forma centralizada en las estructuras del Servicio Navarro de Salud.

10.02 El proceso de incorporación de la opinión del ciudadano (encuestas, quejas y reclamaciones, grupos focales o estudios cualitativos) se llevó el año pasado, al igual que en años anteriores de forma centralizada en las estructuras del Servicio Navarro de Salud.

ASISTENCIA ESPECIALIZADA DEL ÁREA DE SALUD DE TUDELA

11. Actividades relativas a la formación, información y organización.

11.01. Firma de Pactos de Gestión entre la Gerencia del SNS-O y la Comisión de Dirección del hospital.

11.02. Firma de Pactos de Gestión entre la Dirección y el 100% de los servicios del hospital.

11.03. Implantación del programa SAP en farmacia.

11.04. Implantación del programa COGNOS en personal y admisión.

11.05. Realización de al menos un curso de técnicas de gestión y liderazgo para jefaturas de Servicio, Sección y Unidad.

11.06. Cumplimiento del 100% del Plan Docente.

11.07. Definición y estructura del modelo de calidad del hospital.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- *No se han firmado Pactos de Gestión entre la Gerencia del SNS-O y la Comisión de Dirección del hospital.*
- *No se han firmado pactos de gestión entre la Dirección y los servicios del hospital,*
- *No se ha implantado el programa SAP en farmacia.*
- *No se ha implantado el programa COGNOS en personal y admisión.*
- *Se ha realizado un curso de técnicas de gestión y liderazgo para jefaturas de Servicio, Sección y Unidad.*
- *Se han realizado los siguientes cursos del plan docente financiados por el SNS-O:*

- *Recomendaciones para la transmisión de infecciones en el Hospital (12 de noviembre de 2015)*

- *Curso de Electrocadiografía básica (16,18,19, 23 y 24 de noviembre de 2015)*

- *Seguridad del paciente (26 de noviembre de 2015)*

- *Definición y estructura del modelo de calidad del hospital.*

---

12. Actividades relacionadas con los procesos internos.

12.01. Equipamiento y apertura en el primer cuatrimestre de 2015 del nuevo edificio quirúrgico y de partos.

12.02. Traslado (obra y equipamiento) del hospital de día onco-hematológico a la 5ª planta del hospital.

12.03. Implementación de una unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

12.04. Apertura de una segunda sala para realización de endoscopias.

12.05. Adaptación de los antiguos quirófanos para la CMA.

12.06. Apertura del nuevo servicio de esterilización.

12.07. Agendas abiertas en al menos 3 meses en todas las especialidades.

12.08. Traslado del 100% de la analítica de Atención Primaria del Área de Tudela al Laboratorio Unificado de Navarra.

12.09. Expurgo y digitalización de al menos 20.000 historias clínicas (HC) en papel.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- *Se ha realizado el equipamiento del nuevo edificio quirúrgico y de partos por importe de 2.060.993,82 €; la actividad se inició en junio de 2015.*

- *Se ha realizado la obra del nuevo hospital de día onco-hematológico a la 5ª planta del hospital por un importe de 286.050,31 €.*

- *Se ha implementado una unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).*

- *Se han realizado obras de acondicionamiento para la apertura de una segunda sala para realización de endoscopias. El equipamiento se realizará en 2016.*

- *Se han realizado obras de adaptación de los antiguos quirófanos para la CMA.*

- *En junio de 2015 se abrió el nuevo servicio de esterilización.*

- *En 2015 no hay agendas abiertas en al menos 3 meses en ninguna especialidad.*

- *No se ha producido el traslado del 100% de la analítica de Atención Primaria del Área de Tudela al Laboratorio Unificado de Navarra, debido a la suspensión por parte del Departamento de Salud de la unificación de laboratorios (LUNA)*

- *Se ha realizado el expurgo y digitalización de 5.717 historias clínicas (HC) en papel.*

---

13. Actividades relacionadas con los pacientes.

13.01. Cumplimiento al 100% de la ley de garantías sanitarias en todas las especialidades.

13.02. Pilotaje junto a Atención Primaria del plan de pacientes crónicos y pluripatológicos.

13.03. Consolidación de la consulta no presencial en todas las especialidades.

13.04. Actividad básica prevista:

	Descripción Indicadores	*Previsto*	*Realizado*
13.04.01	*Altas hospitalarias*	*9.500*	*8.740*
13.04.02	*Consultas externas primeras visitas*	*55.000*	*57.879*
13.04.03	*Ratio de sucesivas/primeras*	*1,4*	*1,38*
13.04.04	*Urgencias*	*45.000*	*48.459*
13.04.05	*Intervenciones quirúrgicas con anestesia general*	*2.600*	*3.266*
13.04.06	*Intervenciones quirúrgicas con anestesia local*	*2.200*	*2.066*
13.04.07	*Partos*	*800*	*836*

Explicación de la ejecución e información adicional:

- *No se ha cumplido al 100% la ley de garantías sanitarias en todas las especialidades. Concretamente en lo que a intervenciones quirúrgicas se refiere cirugía general se incumple por 2 pacientes, en ORL por 3, en traumatología por 197 y en dermatología por 11. En consultas externas hay 3.981 pacientes fuera de la ley de garantías, lo que supone el 8% de la capacidad logística anual.*

- *Se ha pilotado el plan de pacientes crónicos y pluripatológicos en el centro de salud Gayarre (Tudela Oeste)*

- *Se han instaurado consultas no presenciales en cardiología, urología, anestesia; en cardiología se solicitan directamente desde Atención Primaria.*

---

14. Objetivos económico-presupuestarios.

14.01. Pilotaje de la contabilidad analítica desarrollada por los Servicios Centrales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

14.02. Crecimiento del gasto en capítulo 1 inferior al 3% respecto al cierre real del año anterior.

14.03. Crecimiento del gasto en capítulo 2 inferior al 3% del gasto real de 2014.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- *Se ha pilotado desde los Servicios Centrales del SNS-O el programa de contabilidad analítica.*
- *Crecimiento del gasto en capítulo 1 ha sido del 1,5% respecto al cierre real del año anterior (presupuesto obligado).*
- *El crecimiento del gasto del capítulo 2 ha sido del 17,5% respecto a 2014, debido fundamentalmente: incremento del 10 al 21% en el IVA de una buena parte de productos sanitarios, apertura del nuevo edificio quirúrgico, esterilización y partos e incorporación de nuevos fármacos aprobados por el ministerio de sanidad para patologías hepáticas.*

ASISTENCIA ESPECIALIZADA DEL ÁREA DE SALUD DE ESTELLA

15. Definición de la cartera de servicios.

15.01. Seguir potenciando la cirugía mayor ambulatoria en las especialidades de traumatología, ginecología y urología.

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

15.03. Implantar la consulta no presencial en todos los Servicios dentro del marco del nuevo modelo asistencial.

15.04. Desarrollo del Programa Prevención Cáncer Colo Rectal.

15.05. Implantación y seguimiento Programa Crónicos dentro de la Estrategia Pacientes Crónicos.

Explicación de la ejecución e información adicional:

15.01. Incremento de la CMA en un 20,98%

15.02. Se evalúa en los Pactos de Gestión y los incentivos corresponden a la puntuación para la Carrera Profesional.

15.03. Pendiente parte técnica dependiente de Pamplona

15.04. Se sigue con el programa marcado por Salud Pública

15.05. Se ha implantado y evaluado.

---

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

Descripción Indicadores		*Previsto*	*Realizado*
16.00.01	*Urgencias*	*24.500*	*25.824*
16.00.02	*Ingresos*	*5.000*	*4.622*
16.00.03	*Consultas primeras*	*31.800*	*29.702*

Descripción Indicadores		Previsto	Realizado
16.00.04	*Consultas sucesivas*	*48.000*	*49.585*
16.00.05	*Consultas matrona*	*2.500*	*2.686*
16.00.06	*Intervenciones quirúrgicas*	*2.700*	*2.753*
16.00.07	*Cirugía mayor ambulatoria*	*950*	*1.182*
16.00.08	*Cirugía menor ambulatoria*	*3.000*	*3.091*
16.00.09	*Colonoscopías con sedación*	*1.400*	*1.486*
16.00.10	*Partos*	*400*	*420*
16.00.11	*Índice de ocupación*	*68%*	*60,56%*
16.00.12	*Índice de rotación enfermo/cama*	*40%*	*54,59%*
16.00.13	*Estancia media*	*4,20*	*4,06*
16.00.14	*Índice consultas sucesivas/primeras*	*1,52*	*1,67*
16.00.15	*Pacientes atendidos en Hospital de día*	*345*	*475*
16.00.16	*Pacientes atendidos en Hospitalización en domicilio*	*250*	*255*

Explicación de la ejecución e información adicional:

El incremento de la actividad quirúrgica va en detrimento de la actividad de consultas. Bajas de facultativos que no se pueden sustituir merman actividad.

---

17. Mejora de algunos indicadores de la actividad.

17.01. Reducir o como máximo, mantener el índice de relación primeras visitas/sucesivas.

17.02. Reducir el índice de presión de urgencias.

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

17.04. Estancia media ajustada tipo de GRD.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- *17.01. Se mantienen.*
- *17.02. Se ha incrementado un 1,76%.*
- *17.03. Se ha reducido un 0,41%.*
- *17.04. Están ajustados a la norma los GRD más frecuentes de cada Servicio quirúrgico.*

---

18. Mejora de la calidad técnica de los servicios.

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

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

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

18.04. Seguimiento y promoción de la lista de verificación quirúrgica.

18.05. 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.

18.06. Fomentar el uso de videoconferencia como medio de conexión entre los Servicios del Hospital García Orcoyen y los Hospitales Terciarios de referencia.

Explicación de la ejecución e información adicional:

- *18.02 Han elaborado protocolos en este sentido, los siguientes Servicios: Medicina Interna, Medicina Intensiva, Rehabilitación, Anestesiología, Urgencias y Traumatología*
- *Cumplimiento del resto de puntos.*

---

19. Mejora de la información al paciente.

19.01. Información diaria y personalizada a familiares de pacientes ingresados, de acuerdo con la normativa de funcionamiento del Hospital García Orcoyen.

19.02. Facilitar la atención por parte de la Trabajadora Social en aquellas situaciones que lo requieran.

Explicación de la ejecución e información adicional:

19.01. Se realiza en todos los casos

19.02. Se realiza en todos los casos

---

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

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

Explicación de la ejecución e información adicional:

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 y Laboral del Gobierno de Navarra.

---

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

21.01. Potenciar las Interconsultas on-line entre Atención Primaria y Atención Especializada.

21.02. Proporcionar a los profesionales de los equipos de atención primaria información sobre tiempos de espera.

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

21.04. Elaboración de protocolos de funcionamiento entre profesionales de ambos niveles en aquellas patologías más relevantes.

21.05. Cursos formativos y de actualización de los profesionales de atención especializada dirigidos a los profesionales de atención primaria.

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

21.07. 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:

- *21.03.- Todas las Agendas están abiertas en Atención Primaria*
- *21.05.- Cursos a lo largo de 2015:*
  - *I Curso de Actualización en Urgencias: Patología Torácica*
  - *1er. Taller de comunicación activa en lactancia materna para profesionales HGO*
  - *Curso dermatología en Atención Primaria*
  - *III Curso Actualización en Patología médica*
  - *Radiología simple de tórax: Anatomía e interpretación de las patologías más comunes*
- *Resto de puntos: cumplimiento de todos ellos.*

---

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

22.01. Fomentar la prescripción con los criterios marcados por el comité de farmacia.

22.02. Implementar medidas para la contención del gasto farmacéutico intrahospitalario y del consumo de material sanitario quirúrgico.

22.03. Ejecución del Plan de necesidades.

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

Explicación de la ejecución e información adicional:

- *22.01. Existencia de un farmacéutico de Área. Información mensual del gasto farmacéutico.*
- *Reuniones periódicas de equipo con farmacéutico de Área.*
- *22.02 y 22.04. Se facilita a los Servicios mensualmente su gasto en farmacia para facilitar su control*
- *22.03. En los Presupuestos de 2015 se asignaron 100.000 euros para Equipamiento médico y 65.000 euros para Obras menores. Se ha ejecutado el 100%.*
- *Del equipamiento adquirido cabe destacar:*
  a) Campímetro para Oftalmología: 23.413 €.
  b) Esterilizador de vapor: 52.030 €

c) *Fibrolaringoscopio para O.R.L.: 4.235 €.*

d) *Equipo otoemisiones para Pediatría: 4.356 €.*

e) *Termodesinfectador lavabacinillas: 6.720 €.*

- *En obras menores cabe destacar:*

a) *Actualización climatización Urgencias: 32.276 €.*

b) *Actualización climatización Quirófanos: 21.746 €.*

Ejecución presupuestaria

GASTOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1- Gastos de personal	294.858.794,00	301.350.956,97	301.279.675,32
2- Gastos corrientes en bienes y servicios	190.359.562,00	201.018.430,95	199.003.047,91
3- Gastos financieros	0,00	0,00	0,00
4- Transferencias corrientes	101.935,00	101.935,00	101.935,00
6- Inversiones reales	10.275.816,00	10.607.816,00	10.537.287,78
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	**495.596.107,00**	**513.079.138,92**	**510.921.946,01**

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	7.890.000,00	8.186.785,79	8.777.439,81
4- Transferencias corrientes	5.000,00	56.809,82	99.809,82
5- Ingresos patrimoniales	0,00	0,00	0,00
6- Enajenación inversiones reales	0,00	0,00	0,00
7- Transferencias de capital	19.968,00	19.968,00	183.343,15
8- Activos financieros	0,00	0,00	0,00
9- Pasivos financieros	0,00	0,00	0,00
TOTAL	**7.914.968,00**	**8.263.563,61**	**9.060.592,78**