PROGRAMA 543: *COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA*

Unidad responsable: *Gerencia del Complejo Hospitalario de Navarra*

Objetivos/
Acciones**/**
Indicadores del programa

COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA

01. Disponer de infraestructuras del hospital mejoradas y adecuadas.

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

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

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

01.04. 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, destacando el equipamiento de los nuevos quirófanos de HVC, equipos de endoscopia y ecógrafos de diferentes prestaciones.

01.02. Se ha puesto en marcha, en los plazos previstos, obras menores de adecuación de seminarios y consultas de varios servicios por todo del complejo, y destacando la finalización del hospital de día de Hematología, y las salas de endoscopias en el Hospital de Navarra.

01.03. Se han mejorado las infraestructuras y condiciones hoteleras de diversos servicios y unidades, destacando la 4ª planta de hospitalización infantil. Se han acondicionado servicios y duchas en varias unidades. Se han renovado ascensores en diferentes centros del CHN. Se han llevado a cabo actuaciones en materia de eficiencia energética, y otras indicadas por Salud Laboral.

01.04. Se sigue trabajando en 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 en el Complejo Hospitalario de Navarra pero no se ha configurado como área.

02.02. Se ha redactado una nueva Orden Foral sobre el área del corazón. Se está trabajado en el Área del Corazón para dotarle de mayor autonomía de gestión. Se ha creado, el Comité de Dirección del Área, se ha realizado un análisis de la situación con puntos fuertes y áreas de mejora. Se han definido los principales procesos clínicos y procedimientos.

02.03. Se han elaborado los distintos planes funcionales de los Laboratorios del CHN implicados en el Proyecto de Unificación, en concreto los de Anatomía Patológica, Microbilogía, Genética y Análisis Clínicos.

02.04. En mayo del año 2016, la unidad docente multiprofesional (UDM) de geriatría se acreditó. En noviembre de 2016 se ha solicitado la acreditación de la UDM de obstetricia y ginecología. La unidad docente de Salud Mental ya está acreditada. Se está trabajando en la Unidad docente multidisciplinar de Pediatría.

---

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 CHN.

03.04. Incremento de la actividad asistencial no presencial orientada a la mejora de la coordinación con Atención primaria (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. Se firmaron pactos de gestión en el año 2016 con todos los servicios clínicos y unidades de enfermería. Durante el primer trimestre del 2017 se ha procedido a su evaluación. Los nuevos pactos de gestión están organizados en los epígrafes: atención de salud integral e integrada (25% de los puntos), accesibilidad, orientación al ciudadano y promoción de su autonomía (30% de los puntos), eficiencia y sostenibilidad (25% de los puntos), innovación, evaluación y mejora continua (10%),

implicación y desarrollo profesional (10%) y créditos extras (20%). En ellos se incluyen múltiples indicadores de resultados de y de calidad. Algunos son comunes para todo el hospital y otros son específicos por Servicio y Unidad de Enfermería.

03.02. 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 Cardiología, de Digestivo, de Enfermedades Músculo-esquelético, de Angiología y Cirugía Vascular, Alergología, Dermatología, Espacio Socio-Sanitario, Neurología, Demencia, Diabetes, EPOC, Retinografía no Midriática y Pruebas complementarias. En todos estos grupos hay profesionales del Complejo. En los grupos se ha trabajado criterios de derivación, listado de "Not to do", etc.

03.03. Durante el año 2016 se han solicitado 16472 interconsultas no presenciales (INP), lo que implica un incremento del 44,12% sobre las INP solicitadas en el año 2015. En total son 32 los servicios y unidades del Complejo que son receptores de INPs.

03.04. Las consultas no presenciales han tenido un importante incremento durante el año 2016 a expensas de origen de especializada llegando a ser un 36,1% mayor que 2015 pasando de 30767 a 41866 en 2016. No obstante ha disminuido las de origen Primaria en un 12% pasando de 5206 a 4556 en 2016.

Los Servicios que mayor actividad de consulta no presencial han tenido son Anestesia, Alergología y Traumatología, sobre todo de origen especializada. El descenso de origen Primaria hay que continuar trabajando.

Anestesia ha incrementado su actividad no presencial con origen Atención Primaria en un 46,7%, pasando de 1715 en 2015 a 2516 en 2016.

Alergología ha aumentado también en un 9,5%, realizando 2021 consultas no presenciales con origen Atención Primaria en 2016, frente a las 1845 realizadas en el año 2015.

Traumatología no ha realizado ninguna CNP con origen AP en 2016. Las del 2015 fueron revisiones de Historias Clínicas, no propiamente CNP

La actividad global del CHN de Interconsultas No Presenciales ha aumentado un 44,7%, pasando de 11.686 interconsultas respondidas en el año 2015, a 16.912 en el año 2016. En Junio comienza a funcionar el volante electrónico de INP. Se han incorporado dos nuevos Servicios, Genética y Unidad del Dolor.

03.05. La implantación del pilotaje de la estrategia de crónicos supuso la creación de unos circuitos específicos de atención para los pacientes incluidos en ella. La estrategia de crónicos se está extendiendo a toda Navarra (formación, diseño e implantación de circuitos especiales, diseño de cuadro de mandos, etc.). La extensión a toda Navarra de los perfiles Pluripatológicos, insuficiencia cardiaca, diabetes y demencia acabará en Junio del año 2017. Se ha creado una unidad de referencia para cada grupo de patologías seleccionadas para el pilotaje y además se ha incluido la diabetes. Se ha ampliado el horario de atención del hospital de día pluripatológico, en la que se atienden pacientes desde las 8 de la mañana a las 8 de la tarde. Asimismo, se han trabajado los circuitos de atención urgente de los pacientes de los perfiles.

03.06. Mediante Resolución 61/2014 se constituyó la Unidad de Ontogenética y Cáncer hereditario del Complejo Hospitalario de Navarra. Se realizan estudios de cáncer hereditario coordinando el diagnóstico en Genética y el seguimiento en la consulta de Oncología.

03.07. En este apartado se ha realizado un gran esfuerzo en aras de optimizar recursos y priorizar las expectativas de los pacientes en cuanto a confort y seguridad, sin detrimento de la calidad asistencial

Se ha continuado la extensión de camas asignadas a Hospitalización a Domicilio pasando de 29 a 76. Un total de 1708 pacientes se beneficiaron de esta modalidad de ingreso, frente a 903 de 2015. Estos datos son en parte debidos a la potenciación del programa de Atención a pacientes crónicos y pluripatológicos

Hospitales de Día. Las consultas médicas se han incrementado un 14% pasando de 33282 en 2015 a 37961 en 2016. Así mismo hay un aumento de las consultas de enfermería también en 14,1% de 9511 en 2015 a 13314 en 2016. Los tratamientos han aumentado un 6%. Cabe resaltar el incremento en Hospital de Día de Insuficiencia Cardíaca y del Pluripatológico

Cirugía mayor ambulatoria (CMA). Durante 2016 se ha aumentado el nº de altas por CMA en un 1,8% pasando de 7702 en 2015 a 7834 en 2016. Este aumento ha sido a expensas de CMA por Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) quirúrgico que se ha incrementado en 479 con disminución de GRD médico en (-347).

03.08. Se difundió en el Complejo a finales del 2016 el Modelo de Gestión Avanzada por parte de la Fundación Navarra de la Excelencia. Dado que es un objetivo estratégico del SNS-O que los centros se evalúen según el Modelo de Gestión Avanzada, profesionales de los distintos centros se han ido formando en este modelo. El objetivo es que durante el año 2017 las gerencias del SNS-O tengan realizada una autoevaluación según este modelo.

---

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*	*43.104*	*43.934*
04.00.02	*Recién nacidos sanos*	*4.256*	*3.741*
04.00.03	*Estancia media*	*6,4*	*6,3*
04.00.04	*Intervenciones quirúrgicas*	*32.549*	*34.113*
04.00.05	*Cirugía mayor ambulatoria*	*7.255*	*7.847*
04.00.06	*Primeras consultas*	*274.201*	*245.753****
04.00.07	*Consultas sucesivas*	*471.805*	*515.788****
04.00.08	*Urgencias*	*169.687*	*177.916*

	Descripción Indicadores cuantitativos	*Previsto*	*Realizado*
04.00.09	*Hemodiálisis*	*30.513*	*33.565*
04.00.10	*Hospital de día Tratamientos*	*37.697*	*39.903*
04.00.11	*Consultas de HD*	*48.409*	*37.961*
04.00.12	*TAC*	*38.200*	*38.714*
04.00.13	*Endoscopias*	*15.313*	*17.145*

**Cambia el criterio de contabilización de autoderivaciones*

Explicación de la ejecución e información adicional:

04.01. El desarrollo de los nuevos pactos de gestión que se firmaron con todos los servicios y unidades clínicas y de cuidados está basado en la gestión clínica. Por otra parte, se está ultimando por parte de la Dirección General de Salud el Nuevo Modelo de Gestión Asistencial, modelo en el que el Complejo ha participado muy activamente. De hecho, durante el año 2016, se creó un grupo de debate sobre el Nuevo Modelo de Gestión Asistencial y se realizó formación.

04.02. Durante el año 2016 se ha producido la migración de la herramienta de trabajo de los profesionales clínicos en la atención a los pacientes, la Historia Cínica Informatizada.NET. Con este cambio se han podido implementar mejoras y avances en el manejo clínico diario que se encontraban pendientes históricamente. Destaca por la repercusión en la integración con otros entornos (volante entre entornos, prescripción con receta electrónica LAMIA, unificación de vademécum y mejoras para prescripción hospitalaria, imagen digital, acceso a plataformas comunes en la estrategia de crónicos, etc…) y mejoras en la accesibilidad y seguridad (orden de ingreso, validación de informes, cumplimentación de acude/no acude en consultas)

Finalizada la unificación de los Servicios con su dependencia a nivel informático, se ha conseguido disponer de herramientas comunes de trabajo, inclusión de fichas, protocolos y unificación de criterios.

Todavía nos encontramos inmersos en la evolución a la Historia Clínica Integrada, en la cual se trabaja conjuntamente con el Servicio Navarro de Salud

En cuanto al Portal de Gestión del Conocimiento, hemos introducido en los apartados de los Servicios Clínicos, la información referente a los objetivos e indicadores Calidad y Resultados de los Pactos de Gestión. Se está trabajando en la actualización de la Web y diseñando la nueva herramienta para que sea útil, ágil y que sirva de un medio importante de comunicación entre los profesionales y la Dirección. Disponible a lo largo del año 2017.

04.03. Se ha desarrollado un Cuadro de Mando para la Dirección y los Servicios Clínicos en formato dinámico Tableau de la Actividad y Lista de espera, panel de indicadores de datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), cuadro de mando de Atención al Paciente y de encuestas de satisfacción. En desarrollo y proyecto se trabaja con el Departamento para la inclusión de un Cuadro de Mando de los indicadores derivados del CMBD en herramienta de Decisys (SIGESA), previsiblemente operativos en segundo trimestre de 2017

En el marco de los Pactos de Gestión se incorporan indicadores de calidad y seguridad del paciente que son propuestos por los propios servicios para su seguimiento

Con esta información avanzamos en la autogestión y en la coordinación de los objetivos marcados en la Estrategia del Complejo Hospitalario de Navarra, del SNS y del Plan de Salud del Departamento

Se está trabajando de cara al próximo año, para que se disponga de nueva herramienta de Cuadro de Mando Integral para la Dirección del Complejo Hospitalario.

04.04. Los nuevos pactos de gestión, a través del panel de indicadores promueven la autoevaluación y la mejora continua de los servicios/unidades. Algunas especialidades han renovado la certificación de la Organización Internacional de Normalización (ISO). El Servicio de Hematología y Hemoterapia del Complejo Hospitalario de Navarra ha obtenido en junio de 2016 la certificación de calidad en la Norma Internacional ISO9001:2008, reconocimiento otorgado por el Bureau Veritas Quality Internacional (BVQI). En concreto, esta certificación comprende la realización de pruebas pretransfusionales y estudios inmunohematológicos de pacientes, así como distribución de hemoderivados en actos programados de autotransfusión y transfusión, la realización de aféresis terapéuticas, extracción de progenitores hematopoyéticos y/o médula ósea, así como manipulación, criopreservación e infusión de cph (células progenitoras hematopoyéticas) para trasplante autólogo y alogénico emparentado y no emparentado y la hemovigilancia: análisis y registro de los efectos adversos producidos durante la transfusión de hemocomponentes.

04.05. El desarrollo de los Pactos de Gestión ha supuesto una mayor implicación de los profesionales en la Gestión clínica orientada a la consecución de los objetivos pactados con la Dirección y alineados con la Estrategia para la evaluación de resultados cuantitativos y cualitativos.

---

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. Datos reflejados en apartado 03.07.

05.02. Durante el año 2016 se han abierto consultas en horario de tarde en los siguientes Servicios: Alergología, Cirugía Torácica, Dematología, Endocrino, Neurología, Oftalmología, ORL, Traumatología, Urología, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Vascular, Neumología, Pediatría, Rehabilitación.

En cuanto a pruebas complementarias también se realiza actividad en horario de tarde en mamografías jornada completa en CHN-A y RMN los fines de semana en horario de Mañana y 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. <u>En lo que se refiere a la digitalización de historias clínicas</u>:

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 por parte de la empresa adjudicataria.

Durante el año 2016 se continua con la digitalización de las historias del Centro Sanitario 'San Martín' (167.000 historias) que se había iniciado el año anterior.

Se encuentran totalmente digitalizadas las historias de pacientes vivos del Centro de Consultas 'Príncipe de Viana' y del Centro Sanitario 'San Martín' cuyo último movimiento es anterior a mayo de 2013 y septiembre de 2013 respectivamente. En Ubarmin únicamente se encuentran totalmente digitalizadas las historias de pacientes fallecidos en función de la fecha de fallecimiento e historias muy antiguas.

El número total de documentos digitalizados fue de 2.365.887, lo que supone un promedio diario de 9.617 documentos.

Al margen de la digitalización del Centro Sanitario 'San Martín' realizada por la empresa mediante el acuerdo marco anteriormente comentado, en los archivos del Centro de Consultas 'Príncipe de Viana' y del Centro Sanitario 'San Martín' se continúa con la digitalización de historias completas del Centro Sanitario 'San Martín' por dos vías:

a) en el Centro de Consultas 'Príncipe de Viana' en función de la terminación del número de historia de las historias clínicas, encontrándose digitalizadas las terminaciones 00-04 (5 terminaciones -5%-).

b) en el Centro Sanitario 'San Martín' se digitalizan las historias que van a acudir próximamente a consulta, evitando los movimientos de préstamo y devolución de historias entre el archivo y las consultas): 1.894 historias.

<u>En cuanto a Imagen Digital</u>, se incorporan en la historia clínica informatizada (HCI) las pruebas complementarias existentes en las historias clínicas cuando se incorporan al proceso de digitalización, las aportadas por los pacientes y las realizadas en centros externos dentro de las derivaciones acordadas por el SNS-Osasunbidea.

Se han incorporado estudios correspondientes a 906 pacientes.

<u>Respecto a los movimientos de préstamo y devolución de historias clínicas</u>, a finales del año 2016 se elimina el préstamo de historias a las últimas consultas que aún se les enviaba (consultas de ORL).

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.

Siguiendo la estrategia de "Protocolo seguro de reutilización de materiales", en el año 2016 en el CHN se han elaborado las "INSTRUCCIONES DE LIMPIEZA DEL INSTRUMENTAL/MATERIAL SANITARIO PARA SER ENVIADO A LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DEL CHN" y se puso en marcha el circuito de traslado de este material desde Atención Primaria.

Además, hay un grupo de trabajo sobre trazabilidad de material protésico implantable para avanzar en la mejora de seguridad y eficiencia.

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 2016 se realizaron 34.113 intervenciones quirúrgicas frente a 33.045 en el año 2015. El porcentaje de intervenciones fuera de la ley de garantías fue de 19,2% en 2016 frente a 18,3% en 2015.

En cuanto a consultas, se realizaron 245.753 primeras consultas frente a 230.587 primeras consultas realizadas en el año 2015. El 60,2% de las consultas en 2016 se atendieron fuera de la ley de garantías frente al 65,8% del 2015, dato que es muy positivo teniendo en cuenta el incremento de actividad.

06.02. Las actividades asistenciales de carácter programado y urgente dependen de la patología y características del paciente. Aproximadamente el 17,5% de las intervenciones quirúrgicas se realizan de forma urgente. De la misma forma el % de urgencias ingresadas está alrededor del 15% (este año el 14,6%). La presión de urgencias (ingresos urgentes con respecto al total) en el 2016 ha sido del 61,5%, un punto menos que en el 2015. Estas cifras tienen una estabilidad a lo largo de los 3 últimos años.

06.03. Revisión de circuitos para la mejora y adecuación de listas de espera:

- *Urología y RHB "patología del suelo pélvico"*

- *Oncología RT y Cirugía "cáncer de mama"*
- *ORL y RHB "trastornos de la deglución"*
- *Plan de LE de Radiología para ECO y TAC*
- *Derivación de pacientes de Raquis a Hospital San Juan de Dios (HSJD)*

Incremento de nuevos huecos de Primera visita en las siguientes especialidades, lo que también ha supuesto contratación de personal en todas ellas: Alergología, Cirugía General (Unidad de pared y colorrectal), ORL, Dermatología, Unidad del Dolor, Neurología.

Para LE de pruebas complementarias de Colonoscopias se han ampliado 5 salas en CHN-A.

06.04. Se ha realizado un estudio basado en los datos de 2015 tras finalizar la codificación a cierre anual, para analizar los procedimientos susceptibles de ser ambulatorizables, y determinar las necesidades de CMA en el Complejo Hospitalario. Con este informe se ha tomado la decisión de ampliar puestos de CMA modificando la distribución actual en los centros existentes y con reforma estructural, que va a posibilitar optimizar recursos y aumentar de forma importante este tipo de procedimientos.

El estudio de las Unidades de CMA presenta las siguientes conclusiones:

a) Creación de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del CHN (UCMA-CHN) bajo una única coordinación. Nombramiento de un Coordinador y un grupo de trabajo.

b) Creación administrativa de las unidades UCMA (desaparición de terminología previa) con 4 Unidades: UCMA-HA, UCMA-HB, UCMA-HB Pediátrica y UCMA-HD.

c) Creación de un nuevo espacio físico en el Hospital B para la realización de una UCMA-HB adultos con 16 puestos.

d) Ampliación de la UCMA-CHN HB Infantil.

e) Planteamiento de utilización de la nueva UCMA-HA; pendiente de traslado a la nueva unidad con 8 puestos (2017).

f) Adecuación de los espacios de CMA del HD; ampliación de 5 a 9 puestos a partir de enero de 2017, junto a la adecuación de los circuitos del HD.

Con estas premisas se plantea el cambio durante 2017 cuando está previsto implantar estas modificaciones

06.05. Durante el año 2016, el Complejo participó en el diseño de los cuestionarios de satisfacción que se iban a pasar a los pacientes que hubieran sido atendidos en el conjunto de Atención Especializada. Durante el año 2017 hemos entregado a cada servicio los resultados de satisfacción de los pacientes de su ámbito así como un cuadro de mandos sobre quejas, reclamaciones sugerencias y agradecimientos. Se les ha solicitado a los servicios clínicos en el pacto de gestión del año 2017 que implanten al menos un proyecto en relación con un área de mejora en función de los resultados obtenidos basados en la percepción de los pacientes.

06.06. El CHN colabora con el Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal (PDPCCR) del Gobierno de Navarra en el diagnóstico y tratamiento de la patología detectada en las zonas básicas dependientes. Los Servicios implicados son varios, Digestivo, Anatomía Patológica, Anestesia, Cirugía general, Oncología y Admisión, y

se coordinan para poder dar la atención adecuada cumpliendo el compromiso adquirido desde 2014.

Existen dos salas de endoscopias asignadas para la citación de agendas desde Atención Primaria por Salud Pública a pacientes del PDPCCR, de manera que se asegura la citación coordinando con el resto de la demanda.

La actividad de las colonoscopias realizadas durante 2016 se ha visto incrementada en un 27%, muy relacionada con un aumento de demanda del 26%. La espera media se ha reducido 15,8% y el nº de pacientes en espera también ha disminuido 6,3%.

El material de biopsias recibido en el Servicio de en Anatomía Patológica de PDPCCR corresponde al 30% de las colonoscopias y al 35% de las muestras.

Estos datos apoyan el compromiso firme que ha adquirido el CHN con este Programa.

En 2016 se ha invitado de las zonas básicas que tienen como referente el CHN a 62.400 personas. De estas han participado 41.821 (67%) y 3178 (7,6%) han resultado con test SOH positivo. Se han diagnosticado 100 cánceres invasivos.

06.07. Sobre este tema, se han realizado las siguientes actuaciones a lo largo de 2016:

- *Continuación de la extensión de los perfiles pluripatológico, insuficiencia cardíaca y demencia e inclusión del perfil diabetes.*
- *Inclusión en HCI de los Datos Generales del Paciente (DGPs) unidad de referencia, especialidad de referencia, especialista de referencia, enfermera de enlace, teléfono de la enfermera de enlace, posibilitando la inclusión de dos perfiles y que esta información vuelque a EUNATE.*
- *Cambio al volante electrónico de la Interconsulta no presencial (INP) de Crónicos.*
- *Inclusión de las siguientes escalas en HCI: inventario neuropsiquiátrico de Cummings, escala SPPB de valoración funcional, escala PAINAD de valoración del dolor en paciente con demencia, escalas FIQ y HAD para valoración de la fibromialgia, escala Barthel de valoración funcional (HCI e IRATI), escalas MUST y EAT-10 de valoración de la desnutrición y disfagia (HCI e IRATI), GDS y tipo de demencia, escala NYHA de grado funcional de la insuficiencia cardíaca, y ficha "complicaciones crónicas de la diabetes".*
- *Creación de la Pestaña Observa en HCI para conciliación de la medicación del paciente crónico.*
- *Visualización de los pacientes ingresados cubo rojo en HCI.*
- *Visualización de los pacientes cubo rojo y cubo azul en la aplicación de Hospital de Día.*
- *Actividad de enfermería mediante registro en HCI o IRATI de: informe de continuidad de cuidados, autocuidados, consejo a pie de cama e identificación del cuidador principal y registro de las escalas anteriormente mencionadas.*
- *Creación de circuitos de atención al paciente crónico desde Urgencias.*
- *Planificación precoz del alta*

06.08. A principios del 2017 se ha presentado el informe que se ha trabajado durante el año 2016 denominado "Plan de Mejora Funcional". El mencionado Plan tiene 10 líneas de

acción. La que se relaciona más con la experiencia piloto de Atención Sociosanitaria en Rehabilitación funcional es la línea 9 "Convalecencia Residencial". La población diana son personas a las que su estado general de salud les permitiría retornar al domicilio, pero carecen de apoyo social que les asista en la realización de las actividades básicas de la vida diaria e instrumentales que constituyen en sí mismas un elemento rehabilitador. El recurso supone un elemento clave para garantizar la continuidad en los cuidados y precisa una adecuada integración socio-sanitaria.

El perfil de paciente puede ser variado, pero la casuística disponible de recursos de media estancia orienta a que los procesos síndrome de inmovilización, fractura de cadera o ictus son el mayor porcentaje que requieren este tipo de atención debido a que son procesos con mayor repercusión social. Prolongar la estancia en un centro hospitalario (de agudos o de media estancia) por un motivo social constituye una inadecuación de la prestación.

El proyecto piloto de innovación "Unidad de Cuidados Rehabilitadores Sociosanitarios en la Zona de Tafalla" realizado en 2015 supone un avance en la integración asistencial entre niveles con la inclusión del ámbito social. El servicio ofrecía 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.

---

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.

07.07. Limpieza de manos.

07.08. Desarrollo del Programa de Bacteriemia Cero.

Explicación de la ejecución e información adicional:

*07.01. Durante el año 2016 se realizaron en el Complejo 492 notificaciones, frente a las 267 del año 2015. Esto supone un incremento en términos absolutos de un 84%. En términos de ratio supone 43,82 notificaciones*100/número de camas frente a los valores nacionales del 18.32 por cada 100 camas.*

07.02. Con respecto a la prescripción de medicamentos de alto riesgo en Hospital de Día, se han realizado las siguientes acciones:

Reorganización de la preparación de medicamentos de alto riesgo en el Hospital de Día con las agendas, para adecuar mejor los horarios. Además de mejorar los tiempos

de espera de los pacientes, se añade seguridad por repartir mejor el tiempo empleado para la preparación.

Se completa la trazabilidad del proceso: se registra en el programa de prescripción, además de la prescripción médica, la validación farmacéutica, y la confirmación del tratamiento, la preparación por enfermería de Farmacia, y la administración al paciente por enfermería del Hospital de Día.

Falta avanzar en la prescripción al H polivalente del B, y en oncohematología..

07.03. En relación al control de la infección nosocomial, se han realizado las siguientes acciones:

- *Vigilancia global de la incidencia de infección nosocomial (IN) en los servicios/unidades del CHN con elaboración periódica de informes. Se realizan un informe trimestral y uno anual para todos los servicios y unidades.*
- *Vigilancia de la IN en UCIs de adultos a través del estudio ENVIN.*
- *Desarrollo del Programa resistencia zero en UCI.*
- *Desarrollo del programa Flebitis zero en las unidades de hospitalización de adulto.*
- *Realización del estudio de prevalencia anual de infección nosocomial y uso de antimicrobianos: EPINE 2016.*
- *Formación del personal sanitario del CHN (UCIs, y otras unidades) en precauciones estándar y precauciones de aislamiento. Se han realizado 11 sesiones a lo largo del 2016.*
- *Revisión y actualización de recomendaciones en zonas/situaciones específicas: habitaciones de presión negativa, gripe en urgencias-unidades, aislamiento en hemodiálisis, etc.*
- *Seguimiento y control de pacientes con microorganismos multirresistentes y actualización del apartado antecedentes personales en la HCI para identificación al ingreso y valoración instauración de aislamiento.*
- *Elaboración de protocolos relacionados con la higiene hospitalaria: utilización de antisépticos, asepsia en anestesia regional, informe para la unidad de Endoscopias.*

- *Bioseguridad ambiental: elaboración de recomendaciones para obras y actuaciones en el sistema de climatización de bloques quirúrgicos, elaboración de informes para la realización de reformas de nuevas dependencias (UCI pediátrica, nuevo quirófano cesáreas, sala de broncoscopias...), control y seguimiento de obras en zonas de alto riesgo (quirófanos materno-infantiles, traumatología, etc.), seguimiento del programa de Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control (APPCC) de Cocina del CHN y elaboración de informes con propuestas de mejora, seguimiento preventivo de las instalaciones de agua sanitaria.*

  En el año 2016 se han elaborado en el CHN las "INSTRUCCIONES DE LIMPIEZA DEL INSTRUMENTAL/MATERIAL SANITARIO PARA SER ENVIADO A LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DEL CHN" y se puso en marcha el circuito de traslado de este material desde Atención Primaria.

- *Se crea un grupo de trabajo específico para seguimiento, control e implementación de dispositivos de bioseguridad.*

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

07.05. La conciliación del medicamento se realiza para todos los pacientes cubos rojos incluidos en la estratégica de crónicos que ingresan en el hospital o en hospitalización a domicilio. El circuito está diseñado e implantado. Al ingreso, la enfermera de enlace revisa la medicación prescrita en LAMIA junto con el paciente confirmando la actualización, el médico prescribe en HCI y el Servicio de Farmacia revisa y propone cambios. Al alta, el médico realiza la prescripción en LAMIA y comunica a Farmacia el alta del paciente en 24 horas antes con una llamada de teléfono. Farmacia realiza la conciliación y en caso ce cambios, los propone en la pestaña de prescripción de LAMIA. La conciliación de la medicación al alta de los pacientes cubos rojos incluidos en la estrategia es un indicador clave de la estrategia de crónicos y se evalúa periódicamente.

07.06. En el año Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ) se ha analizado el grado de cumplimentación del LVQ desde el año 2010 al 2016. En concreto en el año 2016, el 64% y el % de ítems cumplimentados en el conjunto de listados alcanzó el 59%. Existe variabilidad por profesional en el cumplimiento del LVQ. En el año 2016, las profesionales de enfermería de planta cumplimentaron el 82% de los ítems, los anestesiólogos el 73,1%, los cirujanos el 40,1%, los anestesiólogos conjuntamente con los cirujanos el 28,5% y las enfermeras de campo el 91%. El % de cumplimentación de los ítems por servicios fluctuó en el año 2016 desde el 9,4% al 86,1%. El grado de cumplimentación de los ítems correspondientes a enfermería tanto en planta como en quirófano es bastante homogéneo, superando prácticamente siempre el 80%.

07.07. Con respecto a la limpieza de manos, se han realizado las siguientes acciones:

- *Participación en la Jornada mundial de la Higiene de Manos el 5 de Mayo de 2016 (difusión de pósters y entrega de chapas por unidades/servicios del CHN).*
- *Monitorización del consumo de preparados de base alcohólica por unidades.*
- *Revisión de dotación de preparados de base alcohólica en todas las zonas de hospitalización de pacientes.*
- *Impartición de varias sesiones de formación, acreditada, para el personal sanitario en H.M siguiendo metodología OMS: auxiliar de enfermería y enfermería.*

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 formación continuada (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 basado en las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Número de actividades docentes ofertadas desde CHN en modalidad a distancia o semi-presencial.

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. 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.

<u>Explicación de la ejecución e información adicional:</u>

08.01. RESOLUCIÓN 84/2016, de 24 de noviembre, del Gerente del Complejo Hospitalario de Navarra, designó los integrantes y las funciones de la Comisión de Investigación y Formación Continuada del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN). Para el año 2017 se ha diseñado un programa de formación continuada unificado y con carácter multidisciplinar.

08.02. En los pactos de gestión correspondientes al año 2016, el objetivo de implicación y desarrollo profesional contempla la planificación de la formación. En concreto, el apartado E1.1.1.- indica "El servicio ha planificado las necesidades formativas del servicio, las ha plasmado en el plan plurianual y ha realizado el seguimiento anual del plan". Este es un objetivo obligatorio para todos los servicios. Además, el Hospital organiza las sesiones generales para todo el Hospital, siendo este un ámbito de encuentro para profesionales de distintas especialidades.

Según la memoria, el número de actividades de formación realizada en el Complejo Hospitalario de Navarra es la que aparece en la siguiente tabla:

	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
COMPLEJO HOSPITALARIO NAVARRA-enf	**387**	**1.121**	**569**	**1.188**	**537**

08.03. El Departamento de Salud organiza para toda la red, cursos de metodología de investigación, siendo esta una línea clásica. En concreto, durante el año 2016, se realizaron los siguientes cursos: Biblioteca virtual en ciencias de la salud, Elaboración de Proyectos de Investigación en Ciencias de la Salud, Estadística Aplicada a la Investigación en Ciencias de la Salud y Taller de Publicación de Trabajos científicos.

08.04. El Departamento de Salud ha organizado durante el año 2016, la siguiente formación para el desarrollo y capacitación de los profesionales en Gestión Clínica. En concreto, la formación realizada en relación a esta temática durante el año 2016 ha sido: Gestión clínica: modelo de autogestión y evaluación clínica, Impulso de la gestión clínica en el Complejo Hospitalario de Navarra, y se ha realizado también con la

coordinación del Complejo el curso Trabajo en equipo en el área quirúrgica (formación semipresencial con simulación).

A continuación se presentan las actividades relacionadas con la Investigación, y según la memora del 2016:

	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
COMPLEJO HOSPITALARIO NAVARRA-enf	**361**	**913**	**30**	**144**	**63**	**112**	**54**	**31**

08.05. En relación a los cursos realizados a distancia o semipresenical, realizados en el Complejo, los datos son los siguientes:

Curso	*Población objetivo*	*Modalidad*	*fechas*	*Inscritos*	*Nº sesiones/ talleres*
Atención a la Urgencia Vital	*Todos los profesionales*	*Semipresencial*	*Todo el año*	*350*	*62*
Implantación de guías de buenas prácticas	*Todos los profesionales*	*A distancia*	*Todo el año*	*> 1400*	*--*
Actualización de accesos vasculares: BPSO	*Enfermería*	*Semipresencial*	*Todo el año*	*> 400*	*18*
Actualización en a tención al Ictus: BPSO	*Todos los profesionales*	*Semipresencial*	*Todo el año*	*> 400*	*6*
Actualización en prevención de úlceras de presión: BPSO	*Enfermería y TCAE*	*Semipresencial*	*Todo el año*	*> 400*	*12*
Metodología enfermera aplicada a la práctica clínica	*Enfermería*	*Semipresencial*	*Octubre-nov2016*	*87*	*8*

08.06. Desde la Comisión de Docencia del CHN se ha gestionado el plan de mejora continua de actualización y adaptación de las Guías o Programas Formativos en Formación Sanitaria Especializada correspondientes a las 36 especialidades hospitalarias acreditadas adecuándolas a sus respectivos programas de las Comisiones Nacionales de Especialidad así como a los estándares definidos en educación médica.

Se ha logrado la acreditación desde el MSSSI de la Unidad Docente Multiprofesional de Geriatría del CHN para 2MIR y 2 EIR, recibida en junio 2016.

Además se envió toda la documentación al MSSSI para la tramitación de la acreditación docente de la Unidad Docente Multiprofesional de Obstetricia y Ginecología del CHN en noviembre para 3MIR y 4EIR enviada al MSSSI en octubre del año 2016.

La gestión del proceso docente en la Formación Sanitaria Especializada en el Complejo se unifica a través del III Plan de Gestión de la Calidad Docente del CHN elaborado en el año 2016 y aprobado en enero del año 2017. 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 en educación médica.

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. Se han realizado 10 sesiones clínicas generales con una participación total de 1562 personas. Además, se han organizado 12 English Clinical Sessions.

08.07. Ver apartado 08.05.

08.08. Atendiendo a los resultados obtenidos en el año 2016, del total de 19 proyectos de investigación presentados a la convocatoria del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra por parte de profesionales del Complejo Hospitalario de Navarra + Salud Mental, sólo uno fue financiado, lo que supone una tasa de éxito del 5%. Por otra parte, del total de 8 proyectos de investigación presentados a la convocatoria de la AES del Instituto de Salud Carlos III por parte de profesionales del Complejo Hospitalario de Navarra + Salud Mental, sólo uno fue financiado, lo que supone una de éxito del 13%.

---

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. Ante la necesidad de establecer e impulsar el Registro Hospitalario de Cáncer se solicita la renovación de los Comités de Cáncer por Resolución del Gerente del CHN en cuanto a funciones y miembros, para sustentar las consultas que puedan surgir de cara a la validación de propuestas del Registro. Se realiza la revisión de dichos Comités y se traslada a la Junta Técnico Asistencial para su aprobación en la primera reunión de Febrero 2017.

En total se han reformado los siguientes Comités:

1. *comité de tumores óseos*
2. *comité de cáncer de colon*
3. *comité de cáncer esofágico*
4. *comité de cáncer hepático*
5. *comité de melanoma*
6. *comité de cáncer de pulmón*
7. *comité de medicina nuclear*

8. *comité de enfermedad tromboembólica*
9. *comité de daño cerebral adquirido infantil*
10. *comité para el tratamiento de la obesidad mórbida*

09.02. Durante el año 2016 y en el marco del Complejo Hospitalario, se ha propuesto como uno de los objetivos marcados, la realización de un Plan de comunicación interna. Se diseñó una ficha con objetivos generales, específicos, hitos e indicadores.

Se ha revisado el modelo actual y nos encontramos en fase de nuevo diseño para la mejora de la comunicación con la recogida de propuestas y sugerencias de los profesionales y del Equipo Directivo.

Asimismo, se diseñó la arquitectura de un mapa de contenidos en relación con la comunicación. Para un desarrollo eficaz de este objetivo se requiere la designación de un responsable de comunicación. La gerencia del Complejo está estudiando la viabilidad del proyecto.

La implantación del nuevo Portal del Conocimiento es un hito importante para la consecución de este objetivo a desarrollar en 2017.

Por otra parte se trabaja conjuntamente con el SNS en el diseño de una web de comunicación externa vía Internet, para pacientes y 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 a través de encuestas se ha realizado de forma centralizada en las estructuras del Servicio Navarro de Salud. Se han realizado 6150 entrevistas. Para el diseño de los cuestionarios el Complejo participó de forma activa en la elaboración de 14 cuestionarios en función del ámbito (consultas, ingresos, etc.) o tipo de pacientes (obstétricas, pediátricos, etc.).

10.02. A finales del año 2016, se diseñó un cuadro de mandos con las quejas, sugerencias, reclamaciones, etc. que se recogen en la Unidad de Atención al Paciente y se han distribuido a cada uno de los servicios médicos. Este aspecto era uno de los elementos del pacto de gestión 2016 con todos los servicios y unidades.

10.03. Se ha obtenido información sobre la percepción de pacientes de 42 servicios, 62 unidades y 7 centros de salud sexual y reproductiva. Las modalidades de atención fueron ingresos, consultas, urgencias, CMA y salud mental y reproductiva.

---

11. Promoción de las donaciones y donantes.

11.01. Promoción de la donación con la colaboración de ADONA (Asociación de Donantes de sangre de Navarra) a través de las campañas programadas.

11.02. Aumento de la cifra de donantes en activo.

	Descripción Indicadores	*Previsto*	*Realizado*
11.02.01	*Donantes en activo (% sobre población en edad de donar)*	*5,1%*	*5,31%*

11.03. Aumento del número donaciones/año por donante.

	Descripción Indicadores	*Previsto*	*Realizado*
11.03.01	*Nº Donaciones al año/donante*	*1.6*	*1,74*

Explicación de la ejecución e información adicional:

Se ha conseguido tener una base estable de donantes fidelizados, que permiten asegurar el suministro de sangre a los hospitales de la Comunidad Foral.

Con esta base de donantes está asegurada tanto la reposición, como la seguridad de la donación.

---

12. Mejorar el servicio y la opinión de los centros hospitalarios.

12.01. Producción de componentes sanguíneos que cubran las necesidades planteadas en los servicios de transfusión.

	Descripción Indicadores	*Previsto*	*Realizado*
12.01.01	*Inactivación patógenos en plaquetas y plasma de uso clínico*	*>80%*	*92,48%*

12.02. Coordinar el programa de Hemovigilancia Autonómica.

12.03. Coordinar el programa de Biovigilancia Autonómica.

12.04. Dinamizar e impulsar las propuestas generadas en el seno de la Comisión de Hemoterapia de Navarra.

12.05. Dinamizar e impulsar las propuestas generadas en el seno de la Comisión Técnica de Tejidos de Navarra.

12.06. Participación en los Comités Hospitalarios de Transfusiones.

	Descripción Indicadores	*Previsto*	*Realizado*
12.06.01	*Mejora en la nota global de la encuesta de satisfacción*	*≥ 3,50 (en una escala del 1 al 4)*	*3,50*

12.07. Estabilización de la actividad de almacenamiento/distribución de tejido osteotendinoso, dentro del plan de Tejidos de Navarra. Inicio del procesamiento de tejidos y la posibilidad de incorporar otros tejidos según las necesidades hospitalarias.

12.08. Actividad como Nodo del Biobanco de SNS-O, para impulsar la Investigación Biomédica.

Explicación de la ejecución e información adicional:

Se han mantenido reuniones con los centros hospitalarios, tanto públicos como privados para asegurar que el producto elaborado responde a las necesidades de los centros.

---

13. Mejorar la opinión de los donantes.

	Descripción Indicadores	*Previsto*	*Realizado*
13.01.01	*Donantes con atención muy buena y/o excelente*	*≥ 60%*	*81,19%*

Explicación de la ejecución e información adicional:

Este es el aspecto fundamental, ya que la donación se nutre del altruismo de los donantes y por tanto medimos el porcentaje de donantes que esperan un servicio muy bueno y les hemos atendido conforme a lo esperado o incluso mejor de lo esperado (atención muy buena y/o excelente).

Ejecución presupuestaria

GASTOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1- Gastos de personal	260.835.299,00	262.229.679,36	261.978.675,84
2- Gastos corrientes en bienes y servicios	177.461.776,00	182.578.905,65	180.490.574,76
3- Gastos financieros	0,00	0,00	0,00
4- Transferencias corrientes	36.105,00	36.105,00	36.105,00
6- Inversiones reales	11.450.000,00	9.259.195,00	5.476.997,88
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	**449.783.180,00**	**454.103.885,01**	**447.982.353,48**

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	7.063.000,00	7.741.061,79	7.666.470,29
4- Transferencias corrientes	5.000,00	125.624,59	120.624,59
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
9- Pasivos financieros	0,00	0,00	0,00
TOTAL	**7.068.000,00**	**7.866.686,38**	**7.787.094,88**