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. Continuar con la 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.-Nueva resonancia Magnética de 3 Teslas. Sustituciones de 2 escaners. Digitalización de una sala de Rayos en Tafalla. Inicio de la instalación de un laboratorio de bioseguridad en Microbiología.

01.02.-Reforma en el servicio de Genética. Creación de un nuevo laboratorio y zona administrativa.

Reforma de la 5ª maternal mejorando las consultas.

Reforma de quirófano maternal, con lámparas, puertas automáticas y ampliación del vestuario femenino.

01.03.- Renovación de los sistemas de llamadas en las habitaciones de paciente en D1, D2 y 3ª Maternal y se sustituyeron cabeceros de camas con luminarias Led en pabellones N1-2-3 y D2

Sectorización de la 5ª planta de Clínica Ubarmin.

Se renovaron sistemas de llamadas de paciente en D1D2 y 3Maternal y se sustituyeron cabeceros de led en N1-2-3 y D2

Renovación de la cubierta del pabellón Norte.

Renovación de 2 Ascensores en el pabellón E., 1 del office y otro del edificio de la general para mejorar los accesos del público.

Eficiencia energética. Certificación de varios pabellones. Sustitución de luminarias a led en varias localizaciones.

01.04.-Comienzo de la obra de alergología, Remodelación de la CMA en HVC

Proyecto de ampliación de urgencias.

02. Proyectos de Integración.

02.01. Promover la creación de Nuevas Áreas Clínicas: Impulsar el Área de Corazón.

02.02. Potenciación de las unidades funcionales multidisciplinares de cáncer de pulmón, mama y Fracturas de cadera. Seguimiento de cáncer colorrectal y ginecológico.

02.03. Concentración de recursos tecnológicos. Proyecto de traslado del LUNA. Proyecto de obras del edificio de unificación de laboratorios.

Explicación de la ejecución e información adicional:

02.01.- Se sigue trabajando en facilitar que el Área del Corazón pueda seguir avanzando en el modelo de gestión de asistencial. En este sentido, se está avanzando en la estrategia del área y se ha elaborado un contrato de gestión

02.02.- Creación y puesta en marcha de la Unidad Multidisciplinar(UM) de Cáncer de Pulmón y del Equipo Hospitalario de Soporte Paliativo.

En abril de 2019 se puso en marcha el grupo técnico de trabajo de la Unidad Multidisciplinar de Cáncer de Pulmón. Dicho grupo ha elaborado durante todo el año 2019, los documentos base para la organización, protocolización, registro y evaluación de la atención prestada por la citada Unidad Multidisciplinar a todos los casos de cáncer de pulmón diagnosticados y tratados en la red sanitaria pública de Navarra. Algunos de los temas se han seguido trabajando durante 2020, hasta la implantación efectiva de la Unidad Multidisciplinar de Cáncer de Pulmón en febrero 2020

El grupo técnico de trabajo de la Unidad Multidisciplinar de fractura de cadera, ya constituido anteriormente ha seguido elaborando algunos documentos de base durante todo el año. En el segundo semestre de 2019 se elabora el documento "Manejo del tratamiento anticoagulante/antiagregante previo a la cirugía en pacientes con fractura de cadera" consensuado por los servicios de Medicina Interna, Geriatría, Anestesia, Traumatología y Hematología. Se propone comenzar a elaborar el documento "Valoración integral precoz de paciente con fractura de cadera" por los servicios de Medicina Interna, Geriatría, Anestesia, Traumatología y Urgencias.

A finales de año se produce la incorporación al grupo de trabajo de un internista y un traumatólogo en sustitución de otros componentes de dichos servicios.

Los trabajos previos a la constitución de la Unidad Multidisciplinar de Cáncer de Mama se han paralizado durante 2019.

Las Unidades Multidisciplinares de Cáncer Colorrectal y de Cáncer Ginecológico, han trabajado durante todo el año 2019, de forma sistematizada y existe ya un registro de los casos atendidos durante el año, como base para el cálculo de indicadores y la evaluación de lo realizado. El registro es aún incompleto y se está trabajando en la adecuación de algunas de las fichas y en la concienciación de todo el personal de las respectivas Unidades Multidisciplinares en la importancia de este registro. Ambas UM tienen cubiertas las funciones de Coordinación, de Enfermería de Gestión de Casos y de apoyo administrativo. Se está trabajando también para incorporar cuestionarios y evaluaciones de calidad de vida de las personas atendidas en las UM, como paso importante en la implantación de la cultura de atención centrada en las personas.

Por último, añadimos la puesta en marcha en septiembre de 2019 del Equipo Hospitalario de Soporte Paliativo, como primer paso hacia la implantación de una Unidad Multidisciplinar de Atención Paliativa en el CHN. El proceso de trabajo ha sido similar al llevado a cabo con el resto de UM, constituyendo un grupo de trabajo técnico al inicio y desarrollando después los documentos base, organización e instrumentos de registro de la actividad

02.03. La adjudicación de la obra quedó desierta tras su licitación. Queda pendiente de nueva licitación.

03. Proyecto de Gestión.

03.01. Continuar con el despliegue de los pactos de gestión por objetivos con los servicios/secciones asistenciales incorporando indicadores de las distintas dimensiones 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 susceptibles de tener esa modalidad de atención del CHN.

03.04. Incremento de la actividad asistencial no presencial orientada a la mejora de la coordinación con AP.

03.05. Seguimiento de la Estrategia de Crónicos en los perfiles pluripatológicos, insuficiencia cardiaca, demencia, diabetes, EPOC, Enfermedades neurodegenerativas, niño pluripatológico.

03.06. Potenciar la ambulatorización de la asistencia: hospitalización a domicilio, hospitales de día y CMA.

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

Explicación de la ejecución e información adicional:

03.01.- Los Pactos de Gestión del año 2019 se acordaron durante el segundo trimestre de ese año a la vez que se realizaba la evaluación de los de 2018 con todos los Servicios clínicos y Unidades de enfermería. Durante el primer trimestre del 2020 se ha procedido a la recogida de datos para la evaluación, estableciendo un calendario durante el mes de marzo y abril para la firma de la evaluación de los de 2019 y pactar los de 2020. Este calendario de firmas no se ha podido cumplir por la pandemia del COVID-19, estando todo el trabajo previo realizado.

A lo largo del año 2019 se ha logrado definir junto con los servicios médicos, los indicadores de calidad, de seguridad y las medidas de no hacer para el 95% del total, teniendo datos para la mayor parte de ellos. Durante los años venideros se irá depurando la definición de estos indicadores y la forma de explotar los datos. Cuando se haya logrado el objetivo o deje de tener interés la monitorización, se irán sustituyendo por nuevos.

03.02.- El CHN, durante todo el año 2019, ha trabajado con Atención Primaria (AP) para mejorar la coordinación entre niveles asistenciales mediante diferentes acciones, como la mejora de la adecuación de la demanda y de la atención a pacientes con determinados procesos.

Dentro de las acciones realizadas en aras de la mejora de la adecuación de la demanda, se ha realizado la apertura de la unidad de Dermatología Pediátrica, la revisión y actualización de las prestaciones del CASSyR, la mejora de la derivación a Oncología Médica mediante la apertura a citación desde AP a las diferentes unidades oncológicas, la divulgación en AP de los criterios de derivación a cada una de las subunidades de Endocrinología, la implantación de la fisioterapia grupal para procesos de baja complejidad con derivación directa desde AP y Rehabilitación, la formación en dermatoscopia al personal facultativo de AP por el Sº de Dermatología, para mejorar su derivación y la puesta en marcha de sangrías terapéuticas en el Banco de Sangre con posibilidad de derivación desde AP, entre otras.

En cuanto a las acciones para la mejora de la atención a pacientes en determinados procesos, se ha puesto en marcha el programa de Rehabilitación cardíaca para síndrome coronario agudo, en colaboración con AP, Salud Pública y el Centro de Estudios Investigación y Medicina del Deporte (CEIMD) como herramienta de prevención secundaria. También se ha puesto en marcha el nuevo protocolo de seguimiento de largas supervivientes de cáncer de mama, en colaboración con AP y Salud Pública, el nuevo protocolo de seguimiento de pacientes con epilepsia, y el nuevo protocolo

de seguimiento de la enfermedad celíaca infantil. Desde el CHN se ha participado en el grupo GANED para la implantación de la nueva estrategia de diabetes.

Hemos participado en el grupo técnico de trabajo de Oftalmología, coordinado por el Sº de Efectividad y Seguridad Asistencial, para la mejora del circuito de despistaje de la retinopatía diabética. Desde el CHN se ha apoyado a AP para la implantación de los retinógrafos no midriáticos en AP. Asimismo Oftalmología del CHN participa en un grupo de trabajo para implantar tecnología de inteligencia artificial para la interpretación de las imágenes de retinografía no midriática.

Se ha puesto en marcha el Equipo Hospitalario de Soporte Paliativo para proporcionar la mejor asistencia integral posible a pacientes con enfermedad avanzada y terminal e ingreso en el CHN, prestando apoyo y asesoramiento en soporte paliativo a profesionales sanitarios, pacientes y familiares dentro del CHN, y sirviendo de enlace entre diferentes servicios del CHN, y entre el CHN y AP y Hospital San Juan de Dios para ayudar en la continuidad asistencial.

Además, se han incorporado los servicios de Cirugía Torácica, Medicina Preventiva, las secciones de Pediatría, y el Banco de Sangre a la modalidad de Interconsulta no Presencial (INP) entre especialistas para mejorar la coordinación entre los diferentes servicios.

03.03.- Durante 2019 se ha trabajado en la extensión de la INP de especializada implantándose en seis Servicios más (Anestesia-Unidad del dolor, Geriatría, Hematología-Banco de Sangre, Medicina Preventiva, Obstetricia-Ginecología y Pediatría) y se han realizado las actuaciones previas para la extensión en 2020 a otros Servicios.

El número de INPs de AE ha pasado de ser 135 en 2018 a 465 en 2019, lo que representa un incremento del 244,44%.

03.04.- Durante 2019 se ha estudiado el impulso de la actividad no presencial en determinadas patologías como una forma de mejorar su grado de resolución, en servicios como Cardiología, Endocrino, Dermatología, Neurología y Cirugía Vascular. Finalmente se implantó para pacientes de la Unidad Venosa No Quirúrgica de Cirugía Vascular.

A lo largo de 2019 se han realizado 4.922 consultas no presenciales en el CHN con origen Atención Primaria, lo que supone un 16% más que en 2018. Además, en el mismo periodo se han respondido 26.392 interconsultas no presenciales (INP) solicitadas desde AP, lo que supone un incremento del 15,6% respecto de las INPs respondidas en 2018.

En 2019 se han incorporado ORL, Hematología-Coagulación, Banco de Sangre, Neonatología y Nefrología a esta modalidad de asistencia entre AP y AE. Asimismo, la INP de Neurología se abrió a paciente nuevo. En total son 39 los servicios y unidades del CHN que son receptores de INPs, además de las 6 unidades de patologías crónicas.

Desde el CHN se ha participado en la implantación de la INP entre enfermería, que se ha iniciado entre enfermería de enlace hospitalaria y enfermería de enlace de AP dentro de la estrategia de patologías crónicas.

Tal y como hemos comentado, se han incorporado Cirugía Torácica, Medicina Preventiva, las secciones de Pediatría, y el Banco de Sangre a la modalidad de INP entre especialistas.

03.05.- En 2019 se afianzaron los perfiles de pacientes con pluripatologías crónicas, Insuficiencia cardíaca, EPOC y Demencia en el CHN. Se ha realizado un estrecho seguimiento y apoyo a las distintas unidades.

Las unidades de atención a pacientes con pluripatologías crónicas y con insuficiencia cardíaca realizan atención en el día a demanda y tratamientos programados de pacientes en sus hospitales de día. El Hospital de día de patologías crónicas (CHN-B) atiende a pacientes de todos los perfiles en horario continuado hasta las 21 horas. Desde mayo 2019 la unidad de insuficiencia cardíaca dispone de nuevos locales en la planta baja del Pabellón Norte.

El Servicio de Endocrinología ha trabajado para definir el perfil idóneo de pacientes a incluir en la unidad. Cinco profesionales médicos del servicio realizan la atención a pacientes con descompensación en coordinación con enfermería de enlace hospitalaria. Profesionales del Complejo participaron en el grupo de trabajo sobre el Proceso Diabetes junto con SSCC y Atención Primaria.

La Unidad de Demencias atiende a pacientes con demencia diagnosticada en fase moderada-grave, realizando ingresos programados en determinados casos. Desde la Unidad se ha realizado formación en prevención del delirium en paciente frágil y hospitalización en diferentes unidades y servicios del CHN. Asimismo, a lo largo de 2019 se han mantenido reuniones por videoconferencia con diferentes centros de salud para comentar casos clínicos y realizar formación en manejo de trastorno conductual.

Después de 4 años de funcionamiento, las Unidades están consolidadas en su función y se trabaja la interacción entre ellas y con el resto de especialidades y servicios (Urgencias).

Durante el año 2019 se ha consolidado la organización para la atención a pacientes con perfil EPOC crónico respiratorio. Asimismo, se ha realizado el diseño del plan funcional para la atención a pacientes de pediatría con patologías crónicas complejas, creando distintos circuitos para garantizar un abordaje multidisciplinar. Esta reorganización supone cambios de actividad desde consultas externas a dichas unidades de patologías crónicas, tras la valoración de pacientes susceptibles de beneficiarse de dicha atención.

A partir de junio 2019 se inició la actividad con pacientes con perfil de enfermedad neurodegenerativa crónica (ELA, ELA, Parkinsonismo atípico) y la de pediatría con patologías crónicas complejas. En estos casos, son las Unidades de especializada las que realizan la valoración integral (valoración clínica, de cuidados y de necesidades sociales) y las que proponen la inclusión de cada paciente en la estrategia de patologías crónicas.

03.06.- 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 la cifra de camas medias anuales de 88,3 en 2018 a 92 en 2019. Un total de 3.255 pacientes se beneficiaron de esta modalidad de ingreso, frente a 3.672 de 2018. El incremento de atención en Hospital de Día médico de pacientes crónicos pluripatológicos ha influido en los datos de descenso que se presentan en los pacientes hospitalizados a domicilio

Hospitales de Día. Las Consultas Médicas en los hospitales de día se han incrementado un 6,66% pasando de 45.808 en 2018 a 48.858 en 2019. Así mismo hay un aumento de 8,4% en las Consultas de Enfermería, siendo 20.079 en 2018 y 21.766 en 2019. Los tratamientos han aumentado un 14,58%, de 70.209 a 80.448 en 2019. Cabe destacar también el incremento en las Consultas no Presenciales que han pasado de ser 6.508 en 2018 a 8.886 en 2019, lo que representa un 36,5%.

CMA. Durante 2019 la actividad en Cirugía Mayor Ambulatoria ha sido de 14.174 intervenciones, un dato levemente inferior a la de 2018 con 14.391.

03.07 - Apoyo en el diseño e implantación de vías clínicas:

Durante 2019, se ha dado apoyo a los grupos multidisciplinares creados en cada caso, para el uso de la herramienta informática de elaboración de las vías, el diseño de indicadores de evaluación y la modificación o creación de fichas de registro en HCI de las siguientes Vías Clínicas: Cirugía cardíaca, Foramen Oval Permeable, Arteritis de células gigantes, Iodo 131, Neutropenia, y Miotomía endoscópica por vía oral (POEM).

.- Apoyo en la acreditación y certificación de procesos:

Central de Esterilización: En octubre de 2019 se pone en marcha el grupo de trabajo que va a realizar el proceso de certificación de la central de esterilización del CHN. Se trata de un grupo multidisciplinar con representación de profesionales de las tres unidades de esterilización del CHN. Se planifican reuniones periódicas con el objetivo de finalizar los trabajos de documentación en un año aproximadamente. Se crea un grupo de colaboración en la Intranet del CHN en el que está disponible la documentación que se está trabajando. Se inicia la elaboración de documentos relacionados con el sistema de gestión de la calidad de la central de esterilización.

Sº de Endocrinología y Nutrición y Sº de Pediatría: En junio de 2019 se pone en marcha el grupo de trabajo que va a realizar la acreditación del programa educativo en terapia con sistemas de infusión de insulina entre los servicios de Endocrinología y Nutrición y Pediatría. Se trata de un equipo multidisciplinar de la unidad de diabetes de ambos servicios. Se planifican reuniones

periódicas y se calcula completar el programa en un año. Se va a elaborar un programa para adultos y un programa infantil. Se crea un grupo de colaboración en la Intranet del CHN en el que está disponible la documentación que se está elaborando respecto a las características de calidad del programa educativo.

Anatomía Patológica: En octubre de 2019, se inicia con una consultora externa de apoyo, las reuniones de trabajo para la certificación ISO 9001:2015 del Sº de Anatomía Patológica. Se planifican reuniones periódicas para elaborar la documentación necesaria para implantar un sistema de gestión de la calidad según dicha norma.

.- Apoyo en la organización de las consultas de medicina interna

En 2019 se configuró un grupo de trabajo para la definición del modelo de atención en consultas de medicina interna. En él participaron 7 profesionales (3 de Medicina y 3 de Enfermería de dichas consultas y 1 enfermera del Servicio de Apoyo a la Gestión como coordinadora). Se analizaron las funciones de cada profesional, las dificultades y puntos de mejora del modelo vigente hasta ese momento y se exploraron otros modelos. El grupo consideró continuar en el modelo, proponiendo mejoras administrativas y de recepción a pacientes a su llegada a las consultas.

---

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 mejora continua en servicios/unidades.

04.05. Establecer objetivos de Gestión.

	Descripción Indicadores cuantitativos	*Previsto*	*Realizado*
04.05.01	*% de consultas ordinarias atendidas <45 días para primera consulta*	*95%*	*51,08%*
04.05.02	*% de consultas preferentes atendidas <15 días para primera consulta*	*95%*	*49,57%*
04.05.03	*% de altas sobre sobre el total de altas de consultas externas*	*22%*	*22,96%*
04.05.04	*Tasa de ambulatorización quirúrgica*	*40%*	*29,40%*
04.05.05	*Satisfacción global con el hospital*	*8*	
04.05.06	*Tasa de reingresos urgentes<30 días mismo Servicio*	*3%*	*7,36%*
04.05.07	*% de ingresos de pacientes cubo rojo con informe de continuidad de cuidados*	*98%*	*45,11%*
04.05.08	*Prevalencia de Infección Nosocomial*	*<6,5%*	*5,4%*

Explicación de la ejecución e información adicional:

04.02. Se sigue avanzando en la evolución a la Historia Clínica Integrada (ANDIA), en la cual se trabaja conjuntamente con el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Las mejoras implantadas a lo largo del 2019 se resumen en las siguientes:

- *Incorporación de diagnósticos CIE-10 para codificación en origen*
- *Implantación de volante electrónico de análisis clínicos, anatomía patológica y genética*
- *Extensión de Interconsultas no presenciales entre especialidades*
- *Nuevo módulo de prescripción de receta electrónica*
- *Difusión de Andia sociosanitario*
- *Pilotaje e implantación de Andia alergias*
- *Revisión de Consentimientos informados en todos los Servicios*

Respecto al Portal de Gestión del Conocimiento (intranet) durante el año 2019 se ha definido la estructura y navegación, se han desarrollado utilidades, bibliotecas, espacios de colaboración, buscadores, espacios de noticias y esto se ha implementado en sus correspondientes páginas. Además, se han revisado los contenidos de la antigua Intranet Sanitaria y se han migrado a la nueva. Todo esto ha permitido su presentación y difusión a principios de 2020. Así mismo, se ha introducido en los apartados de los Servicios Clínicos, un enlace por el que se accede a los resultados de los indicadores y objetivos de los Pactos de Gestión de forma individualizada para cada Servicio.

En cuanto a la web externa del CHN, se ha definido también su estructura y navegación, y se han maquetado y elaborado plantillas de páginas para incorporar contenidos. Posteriormente se han construido la portada, buscadores y utilidades, introduciendo el contenido general del sitio. En cuanto a contenidos específicos de cada apartado se ha difundido entre los diferentes responsables, solicitando los diferentes contenidos a mostrar, que se empiezan a recopilar y componer en sus páginas correspondientes. Igualmente se han desarrollado formaciones para el personal encargado de la publicación de contenidos.

04.03.-Se ha avanzado en la mejora de la difusión de información para la Dirección y los Servicios Clínicos, modificando los informes mensuales en PDF que se van sustituyendo progresivamente por informes en formato dinámico Tableau que permiten, además de ver los datos, la visualización gráfica de los mismos.

Por otro lado, se realiza mensualmente un Cuadro de Mando Integral para el equipo Directivo en el que se recogen los principales indicadores económicos, de personal, de actividad, de accesibilidad y de atención al paciente del CHN. Se está trabajando en la confección de un nuevo Cuadro de Mando dinámico que se presentará en 2020.

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. Durante el 2019 se ha conseguido que más del 95% de los Servicios que tienen Pactos de Gestión, hayan definido sus propios indicadores de calidad y se hayan obtenido datos de su explotación.

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

04.04. Los Pactos de Gestión, a través del seguimiento de los indicadores promueven la autoevaluación y la mejora continua de los servicios/unidades.

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.

El seguimiento de la variabilidad en la práctica médica se proporciona con la aportación que han realizado los Servicios sobre protocolos y procedimientos comunes que han propuesto. También

se evalúan los resultados de porcentajes de altas de consultas por profesional como manera de medir la implicación en los objetivos pactados

En cuanto a la implicación en mejora de procesos se valora la participación en acreditaciones y certificaciones oficiales. Tienen el certificado ISO en el CHN la Sección de Nutrición, el Servicio de Hematología, y el Banco de Sangre. En proceso está Anatomía Patológica. En proceso, pero menos avanzado está Esterilización. Con solicitud por parte de los Servicios para certificarse y pendiente de que se le pueda prestar apoyo están: esterilización, alimentación (de cocinas), Medicina Preventiva y Radioterapia con Radiofísica.

---

05. Mejora de la sostenibilidad.

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

05.02. Propuesta y evolución en el CHN de medidas de efectividad definidas en MAPAC.

Explicación de la ejecución e información adicional:

05.01.- Durante el año 2019 se han abierto consultas médicas y de psicólogo de jornada ordinaria en horario de tarde sumando un total de 60.413, frente a las 71.505 de 2018.

En cuanto a pruebas complementarias también se realiza actividad en horario de tarde en jornada ordinaria con un total de 82.541 en 2019, frente a 78.942 en 2018.

Los quirófanos también realizan intervenciones en horario de tarde durante la jornada ordinaria. Así en 2019 se realizaron 4.226 intervenciones y en 2018 se realizaron prácticamente las mismas, 4.261.

05.02.- Los siguientes proyectos están definidos e implantados tanto de manera integrada tanto a nivel de Atención Primaria como Especializada, con la participación activa del CHN

- *Revisión de los protocolos de solicitudes de pruebas radiológicas urgentes*
- *Indicaciones del cribado de vitamina D*
- *Uso de palivizumab en la inmunoprofilaxis de infección por virus respiratorio sincitial (VRS)*
- *Uso del plasma enriquecido en plaquetas (PRP) en Traumatología*
- *Indumentaria en el bloque quirúrgico e higiene*
- *Determinación de vitamina D en los siguientes perfiles: infertilidad, sobrepeso en pediatría y valoración nutricional.*
- *Utilización de soluciones para perfusión que contienen hidroxietil almidón*
- *Nefroprotección en estudios con contraste yodado*
- *Coste-efectividad de la medición de proteína C reactiva ante sospecha de infección del tracto respiratorio inferior*

En curso y pendientes de estudio y aprobación en la Comisión MAPAC para implantar en 2020 se encuentran los siguientes proyectos:

- *Uso del plasma enriquecido en plaquetas (PRP) como hemostático y sellante en cirugías*
- *Test de creatin quinasa CK-MB para el diagnóstico del IAM.*
- *Proteinograma en pacientes menores de 50 años sin sospecha de gammapatía monoclonal y no repetir en 1 año.*
- *Prevención de osteoporosis en pacientes en tratamiento corticoideo*

- *Metamizol y riesgo de discrasias sanguíneas en población general y en el subgrupo específico de poblaciones con mayor riesgo.*
- *Evidencia sobre el uso de suero glucosado vs. Fisiológico*
- *Profilaxis antitrombótica en cirugías ortopédicas*
- *Cribado de síndrome de Down en la población obstétrica*
- *Coste-efectividad del test del aliento y la detección del antígeno de Helicobacter pylori en pacientes con dispepsia o para el seguimiento tras tratamiento erradicador*
- *Indicación, utilidad y preferencias de uso de albúmina y resto de hemoderivados plasmáticos (antitrombina III, inmunoglobulinas, etc.)*
- *Transfusión de componentes sanguíneos (plasma, plaquetas, concentrados de hematíes) en diferentes escenarios.*
- *Prueba de reacción en cadena de polimerasa (RCP) para la detección de patógenos en heces vs. cultivo de heces.*

---

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

06.01. Alcanzar objetivos de espera de acuerdo a plazos determinados por la Ley de Garantías.

	Descripción Indicadores	*Previsto*	*Realizado*
06.01.01	*% de personas en lista de espera con cita*	*90%*	*37,40%*
06.01.02	*% de procedimientos quirúrgicos con Ley de Garantía < 120 días realizados dentro de Ley*	*95%*	*79,70%*

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

06.03. Seguimiento del plan de Humanización en el CHN.

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

06.02.- Revisión de medidas "Not to do" e inclusión en el apartado para los pactos de gestión de los diferentes servicios clínicos.

Se han realizado consultas telefónicas a pacientes en lista de espera de la Unidad de Venosa No Quirúrgica de Cirugía Vascular como una medida de mejora de la gestión de pacientes en espera.

Mejora de la derivación a fisioterapia grupal para procesos de baja complejidad, haciendo innecesario el envío por valija del volante al CHN al permitir la citación directa desde los centros de salud, de manera que cada paciente pudiera elegir el grupo más adecuado a sus preferencias en función del tiempo de espera que hubiera.

En 2019 se ha organizado un grupo de trabajo multidisciplinar para analizar las diferentes necesidades que presenta la gestión de pacientes en los sistemas de cita y registro de la información. Se realizó un informe sobre necesidades de pacientes en consultas externas de manera que se pudiera gestionar mejor el proceso de cita y de gestión de la lista de espera. Este informe se trasladó a Servicios Centrales para que se pudieran ir implantando las diferentes medidas propuestas.

Realización de protocolos de seguimiento de pacientes que favorezcan una mejor gestión de algunas listas de espera, como en pacientes con epilepsia, cáncer de mama, enfermedad celíaca pediátrica, etc.

06.03.- Seguimiento del plan de Humanización en el CHN.

En la estrategia de Humanización del CHN se han trabajado 5 líneas:

1. Cultura de Humanización. 20 acciones relacionadas con guías y protocolos

2. Calidez del Trato. 23 acciones contando en varias con la participación de agentes externos con visitas a pacientes hospitalizados

3. Información y comunicación. 18 acciones que promueven la difusión, como charlas, trípticos y carteles informativos

4. Adecuación del entorno. 17 acciones que han modificado espacios y adecuado diseños en todo el recinto hospitalario y de consultas

5. Directrices para la Gestión. 8 acciones relacionadas con control de calidad, encuestas de satisfacción y evaluación de resultados

---

07. Impulso de prácticas seguras en el Hospital.

07.01. Evaluación y seguimiento 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. Uso seguro del medicamento.

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 conciliación del medicamento en la Estrategia de pacientes crónicos, UCI y Observación de Urgencias.

07.05. Evaluación del programa de listado de validación quirúrgica.

07.06. Higiene de manos.

07.07. Desarrollo del Programa de sepsis.

Explicación de la ejecución e información adicional:

07.01 El SINASP está en funcionamiento en el Complejo Hospitalario de Navarra desde 2014. En 2019 se han notificado 394 incidentes, 35,82 incidentes por cada 100 camas. Nuestro nivel de notificaciones es superior al nacional (20,24 incidentes por cada 100 camas). En nuestro centro se comunica un mayor número de incidentes con riesgo lo que indica una buena madurez del sistema y confiabilidad en el mismo por parte de nuestros profesionales. Comunicamos lo más grave.

Los principales factores contribuyentes identificados son los factores relacionados con pacientes, con profesionales, con el entorno de trabajo y con aspectos organizativos.

En el año 2019 se han gestionado 16 incidentes de seguridad notificados en el SINASP.

Las acciones formativas sobre el SINASP realizadas a diferentes profesionales han tenido un efecto positivo en el incremento de notificaciones.

El equipo de trabajo formado por gestores del SiNASP realiza el seguimiento de las acciones de mejora que surgen tras el análisis de las notificaciones.

Coordinación y docencia del curso de análisis causa-raíz

En 2019 se han realizado dos ediciones del Curso: Metodología de Análisis Causas-Raiz, en octubre y diciembre. El curso se dirige a profesionales sanitarios de Medicina, Enfermería, Farmacia, Fisioterapia, otros de los ámbitos de Atención Primaria, Salud Mental y Atención Especializada.

Los objetivos generales del curso son:

- Aumentar la cultura de seguridad de los profesionales sanitarios y hacerles conscientes de la importancia del aprendizaje del error y del análisis de los factores latentes en el sistema.
- Proporcionar una metodología estructurada, el conocimiento y habilidades necesarias para involucrarse en procesos de solución de problemas ya sea como individuos o formando parte de un equipo de análisis.

Gestión de incidentes en relación con los materiales y productos sanitarios

En el año 2019 se realiza la difusión y seguimiento de 226 alertas de productos sanitarios y medicamentos, con un incremento del 3% respecto a 2018.

Apoyo para la adecuación de determinados fármacos: hidroxi-etil almidón y de acenocumarol en el CHN

Tras recibir la alerta desde la Agencia Española del Medicamento, desde la Coordinación de Alertas Sanitarias del Complejo se trabajó en equipo multidisciplinar con el fin de detectar las situaciones y servicios que empleaban dichos fármacos y trabajar en su sustitución. Se revisaron las indicaciones y se tramitó la acreditación como centro usuario de los mismos. En la actualidad el hidroxi-etil almidón y el acenocumarol se utilizan como expansores plasmáticos por los servicios de Anestesia y Ginecología. Un Farmacéutico del servicio de farmacia realiza el seguimiento de estas prescripciones.

Apoyo en la Autoevaluación de la Seguridad del Sistema de utilización de Medicamentos en los hospitales

En la reunión ordinaria de la Comisión de Seguridad del Paciente del CHN de 6 de abril de 2019, se presentó el proyecto de "Autoevaluación de la Seguridad del Sistema de utilización de Medicamentos en Hospitales" propuesto desde el Ministerio. Se considera una iniciativa interesante y positiva que permitirá detectar aspectos de mejora. Se crea un equipo de trabajo multidisciplinar que realiza la autoevaluación en la primera quincena de mayo.

El 17 de septiembre de 2019 se presenta en la comisión el informe enviado desde el Ministerio sobre la autoevaluación. Se acuerda trabajar en las áreas de mejora detectadas. El Complejo realizará la autoevaluación de forma bianual siguiendo las recomendaciones del Ministerio de Sanidad.

07.02.- A lo largo del 2019 se ha desarrollado el programa de uso seguro del medicamento en los hospitales de día. Dentro de este programa se han trabajado dos partes críticas del proceso, como son la preparación y la administración.

El trabajo que aborda la administración ha sido un trabajo de desarrollo propio por parte del área de informática de salud (FARhO y Movilidad). Dada su complejidad, se ha comenzado por el hospital de día de Oncología Médica y la total implantación del mismo en 2020 se ha visto ralentizada por el COVID 19.

El trabajo que aborda la preparación está siendo valorado tras un estudio de viabilidad entre hacer desarrollo propio o valorar solución comercial según la complejidad y el coste económico de ambas alternativas. De la misma manera que el anterior se ha ralentizado por el COVID 19.

07.03.- El Complejo Hospitalario de Navarra participa en los siguientes proyectos de minimización de la infección nosocomial: Bacteriemia Zero, Flebitis Zero, Neumonía Zero y Resistencia Zero. En el año 2019 se ha realizado el seguimiento según el Programa Infección Quirúrgica Zero en cuatro procedimientos.

Impulsado desde la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica está funcionando desde 2018 el Programa PROA de optimización del uso de antibióticos en los pacientes adultos y pediátricos del centro.

07.04.- La conciliación del medicamento es una de las garantías de atención para el conjunto de pacientes cubo rojo con inclusión en la estratégica de patologías crónicas, que ingresan en el hospital o en hospitalización a domicilio. Al ingreso, se realiza una primera revisión de la medicación prescrita en LAMIA junto con cada paciente. Una vez confirmada, su responsable médico prescribe en HCI y el Servicio de Farmacia la valida.

Al alta, cada médico-a realiza la prescripción en LAMIA y comunica a Farmacia el alta de cada paciente, 24 horas antes con una llamada de teléfono (este paso "manual" está previsto que pueda ser eliminado en el momento en que se automatice el proceso a nivel informático). Farmacia realiza la conciliación y en caso de necesidad propone cambios en la prescripción que de nuevo son comunicados vía telefónica. La conciliación de la medicación al alta de pacientes cubo rojo e inclusión en la estrategia de patologías crónicas es un indicador clave de dicha estrategia y se evalúa periódicamente.

Es necesaria la mejora de la aplicación OBSERVA para que la conciliación sea un proceso más automático con un mejor acceso para el personal sanitario, lo que redundará en un mejor cumplimiento del indicador.

En las camas de observación de Urgencias se realiza la conciliación de la medicación de cada paciente durante su ingreso.

07.05.- En 2019 se realiza la evaluación de la verificación quirúrgica según el modelo iniciado en todo el CHN en el año 2017. Dicha evaluación consta de una parte prequirúrgica (pasaporte quirúrgico) que realiza enfermería antes del traslado de cada paciente al quirófano y una parte quirúrgica (listado de verificación quirúrgica) que realiza el equipo quirúrgico en el quirófano.

Se realiza la evaluación global y la evaluación por cada servicio quirúrgico (n=16) y cada unidad de cuidados (n=18). En el año 2019, en el CHN el porcentaje de intervenciones con LVQ ha sido del 82% y el porcentaje de cumplimentación ha sido del 63%, con un incremento de un 5% y un 2% respectivamente, sobre el año 2018.

07.06.- En 2019 se ha ofertado y realizado formación en higiene de manos en el Complejo en las distintas categorías profesionales.

-Se realiza monitorización de los indicadores de Higiene de Manos que pide el Ministerio a nivel de Comunidad Autónoma.

-El consumo de PBA (preparado de base alcohólica) en 2019 ha aumentado de manera global en el Complejo con respecto a lo consumido el año anterior. Las unidades de hospitalización también muestran incremento en su consumo.

-El día de la Higiene de Manos (5 de mayo 2019) se celebró un concurso de carteles promovido por el Sº de Medicina Preventiva.

07.07.- El "Código Sepsis Navarra" se desarrolló en 2018. En su elaboración participó un nutrido grupo de trabajo con amplia participación de profesionales del Complejo Hospitalario de Navarra. Los principales elementos del código sepsis son: Identificación y activación. Código Sepsis activado. Primera hora. Resucitación inicial. Antibioterapia y control del foco. Resucitación hemodinámica. Otras medidas de atención continuada. Criterios de consulta con UCI Continuidad de los cuidados. Ajuste de los objetivos de cuidado.

Durante 2019 se ha consolidado su funcionamiento.

---

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. Seguimiento de la Comisión de Investigación y formación.

08.04. Promover los contratos de intensificación para investigación.

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. Realización de sesiones clínicas MIR interdisciplinares.

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

Explicación de la ejecución e información adicional:

08.-En 2019 el Complejo Hospitalario de Navarra participa, acogiendo a dos participantes HOPE, del Programa de Intercambio Europeo de Hospitales durante dos semanas. En el mismo periodo, una profesional del CHN tuvo la oportunidad de realizar una rotación de un mes para conocer el Sistema Sanitario Finlandés. La experiencia HOPE es sumamente enriquecedora tanto para profesionales de nuestro centro que participan en ella directamente como para quienes tenemos contacto con los HOPE cuando nos visitan. Las reuniones con profesionales visitantes propician un intercambio mutuo de información y conocimientos de sumo interés.

08.01.- Se recibieron 41 propuestas formativas dentro de las 18 áreas temáticas establecidas.

Etiquetas de fila	*Cuenta de AÑO*
B. Promoción de salud y autocuidados en población adulta	*2*
G. Atención a las urgencias tiempo dependientes	*1*
L. Seguridad del paciente	*4*
L1. Prevención y promoción salud infantil y adolescente	*2*
L10. Atención a pacientes pluripatológicos	*1*
L12. Seguridad del paciente	*5*
L2. Promoción de la salud y autocuidados en adultos	*1*
L3. Atención a la discapcidad y prevención de la dependencia	*2*
L6. Atención a la demencia y enfermedades neurodegenerativas	*1*
L7. Atención a las Urgencias tiempo dependientes	*5*
L9. Prevención y atención a enfermedades respiratorias	*1*
O. Calidad Técnica	*1*
O. Ética	*1*
O. Gestión Clínica	*2*
O. Historia clínica informática 2.0	*1*
O. Promoción de la investigación en el SNS-O	*1*
P3. Humanización	*5*
P4. Gestión clínica y Sistemas de registro	*5*
Total general	*41*

08.02.- Se han realizado un total de 76 actividades formativas, 43 de las cuales, multiprofesionales y 32 uniprofesionales.

Desde el punto de vista cursos ofertados a más de una Unidad/servicio, han sido 38 en todo el año, siendo 33 los dirigidos a una sola Unidad/Servicio.

08.03.-Durante el año 2019, se han celebrado 3 reuniones de la comisión de investigación y formación. Los temas abordados han sido la concesión de ayudas del Gobierno de Navarra a los proyectos de investigación, la acreditación del IDISNA como instituto de investigación sanitaria, el

desarrollo del degrado de medicina, fórmulas para potenciar la investigación en los MIRES, las propuestas de actividades para el Plan Docente coordinado 2019, la constitución de un área de docencia y formación para el CHN, la potenciación del apoyo metodológico de investigación, el impulso de la sala blanca y la potenciación de la importancia del currículo investigador para que sea valorado en las contrataciones temporales.

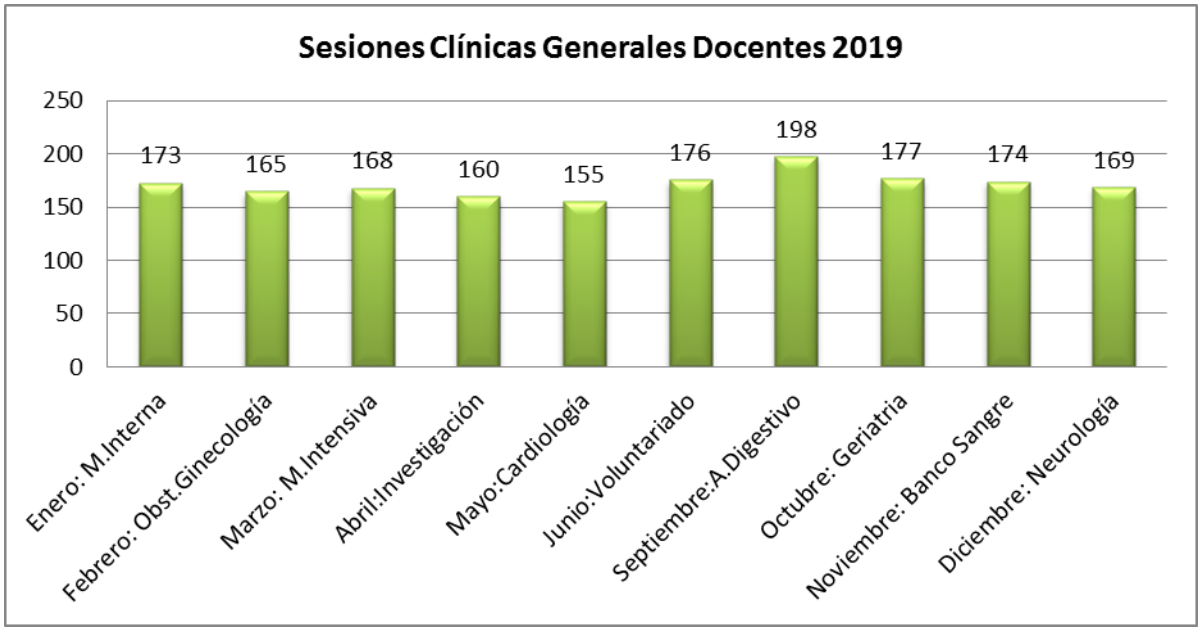
08.04 El número de profesionales que han sido intensificados durante el año 2019 según convocatorias realizadas son los siguientes:

1) *Por el convenio Caixa-Navarrabiomed, el nº de investigadores por servicio del CHN que consta:*
   a) *PROGRAMA DE INTENSIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA DEL PERSONAL FACULTATIVO DEL SERIVICO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDA: 4 contratos de personas de los siguientes Servicios: Neurología, Oncología Médica, Geriatría, Digestivo*
2) *Otro tipo de convenios:*
   a) *Proyectos Estratégicos del Departamento de Desarrollo Económico con 7 contratos y 6 personas de los siguientes Servicios: Genética, Nefrología, 2 contratos de Cardiología, 2 contratos de Endocrinología,*
   b) *Proyectos Organismos investigación del Departamento de Desarrollo Económico con un contrato y una persona, Servicio de Neurología*
   c) *Fondos estudios clínicos del Servicio de Neurología, un contrato con una persona*

08.05.-Del total de cursos realizados en 2019 (76), 5 han sido impartidos en modalidad on-line, a través de la plataforma MOODLE, 1 en modalidad semipresencial.

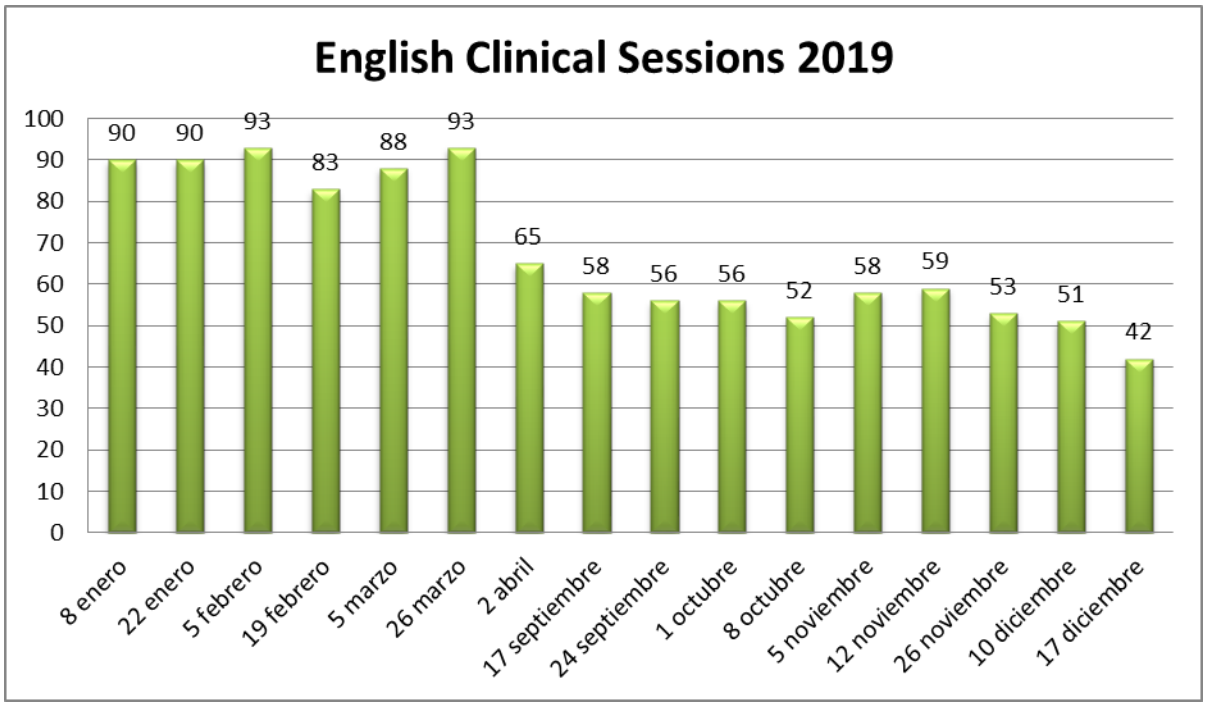
08.06.- Las SCGD han sido acreditadas por la Comisión de Formación continuada con 0,2 créditos por sesión para Médicos, Farmacéuticos, Biólogos, Físicos y Psicólogos Clínicos. Elaboramos el correspondiente certificado a los asistentes.

La asistencia a las sesiones queda recogida en el siguiente gráfico, la sesión con mayor número de asistentes ha sido la de septiembre con 198 asistentes, la de menor afluencia la de mayo con 155 asistentes. La media de asistentes por sesión 171,5.



La asistencia a las English Clinical Sessions queda recogida en el siguiente gráfico, se han celebrado 16 sesiones de las cuales, la sesión con mayor número de asistentes ha contado con 93 personas y la de menor afluencia con 42. La media de asistentes por sesión es de 67,93. Se

observa disminución en la media respecto al año anterior ya que hasta septiembre las sesiones eran conjuntas para R1 y R2.



08.07.- Número de proyectos de investigación financiados por el Departamento de Salud del GN cuyo IP pertenece a la plantilla del CHN por servicio del CHN asignado:

1) *convocatoria año 2019 con 2 proyectos*
   a) *Proyecto 11/19, Servicio Microbiología*
   b) *Proyecto 62/19, Servicio de Anatomía Patológica*
2) *Número de proyectos de investigación financiados por el Departamento de Salud del GN dirigida a profesionales de enfermería del CHN, no se han dado en 2019*

---

09. Realizar proyectos de Participación y Comunicación.

09.01. Desde la Junta Técnico Asistencial realizar el seguimiento las comisiones clínicas y grupos técnicos de trabajo, así como creación de nuevos según necesidades.

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

09.01. Se adjunta la relación de Comisiones dependientes de la JTA, las cuales se actualizan en sus miembros y funciones en cada reunión trimestral que se realiza de la JTA. Se han reciben propuestas y se trasladan a los profesionales implicados.

- *Comisión de Atención a la Urgencia Vital del CHN*
- *Comisión de Farmacia y Terapéutica del CHN*
- *Comisión de Infecciones, Profilaxis y Política Antibiótica del CHN*
- *Comisión de Investigación y Formación Continuada del CHN*
- *Comisión de Nutrición CHN*
- *Comisión de Seguridad del Paciente del CHN*

- *Comité de Cáncer Colo-Rectal del CHN*
- *Comité de Cáncer de Pulmón del CHN*
- *Comité de Cáncer Esófago-Gástrico del CHN*
- *Comité de Cáncer Hepatobiliopancreático del CHN*
- *Comité de Cáncer Hereditario del CHN*
- *Comité de Carótidas del CHN*
- *Comité de Enfermedad Tromboembólica*
- *Comité de Estudio Diagnóstico de Miopatías del CHN*
- *Comité de Expertos en Terapia Intravenosa del CHN*
- *Comité de Fingolimod de Navarra*
- *Comité de Interlocutores de HCI*
- *Comité de Melanoma del CHN*
- *Comité de Neuro-Oncología del CHN*
- *Comité de Patología Endocrina del CHN*
- *Comité de Patología Hipotálamo-Hipofisiaria del CHN*
- *Comité de Patología Mamaria del CHN*
- *Comité de Pie Diabético*
- *Comité de Radiocirugía del CHN*
- *Comité de Rehabilitación Neurológica del CHN*
- *Comité de Salud de Daño Cerebral Adquirido Infantil (DCAI)*
- *Comité de Seguridad Quirúrgica del CHN*
- *Comité de Transfusión del CHN*
- *Comité de Tumores Aparato Urinario y Reproductor Masculino del CHN*
- *Comité de Tumores de ORL*
- *Comité de Tumores del Área Maxilofacial (CMF) del CHN*
- *Comité de Tumores Oncológicos Pediátricos del CHN*
- *Comité de Tumores Óseos y Partes Blandas del CHN*
- *Comité de Tumores Ginecológicos del CHN*
- *Comité Multidisciplinar de Hipertensión Pulmonar*
- *Comité Multidisciplinar para el Tratamiento de la Obesidad Mórbida*

---

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

10.01. 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.

10.02. Diseño e implementación de encuestas de satisfacción en Servicios específicos.

Explicación de la ejecución e información adicional:

10.01.- En los Pactos de Gestión de Servicios Médicos y Unidades de Enfermería se contempla un indicador en el que se valora la propuesta de una acción de mejora en relación con la opinión de los pacientes a partir de la información sobre reclamaciones a Atención al paciente y encuestas de satisfacción propias. Este punto se valora especialmente si se ha realizado con participación multidisciplinar.

La mayoría de los Servicios han implantado y evaluado medidas de este tipo durante el 2019. El resto ha presentado propuestas para acometer durante el 2020. No se dispone del dato exacto porque la evaluación del 2019 no se ha podido realizar por la situación del Covid-19, como ya se ha comentado en el punto 03.01 pero el criterio es continuista con el 2018.

10.02.- En 2019 se ha apoyado en el diseño e implementación de la encuesta de satisfacción de cliente interno del Servicio de Radiología CHN, en el diseño del cuestionario de satisfacción de pacientes de Oncología Radioterápica y de pacientes usuarios de Cirugía Mayor Ambulatoria.

El CHN ha participado en el diseño de los cuestionarios de satisfacción de pacientes usuarios de Hospitales de día, y de mujeres durante su proceso maternal. Asimismo, se ha apoyado al Servicio de Atención a Ciudadanos y Pacientes del SNS-O para la realización de las encuestas de satisfacción de pacientes de 2019 en las que se ha diferenciado por especialidad.

---

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. Se han establecido objetivos e indicadores dentro del Convenio de Colaboración entre el Departamento de Salud y ADONA.

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%*	*5.2% #*

11.03. Aumento del número donaciones/año por donante.

	Descripción Indicadores	*Previsto*	*Realizado*
11.03.01	*Nº Donaciones al año/donante*	*1,65*	*1,78 **

Explicación de la ejecución e información adicional:

11.01. Objetivos:	*24500 +/- 500 donaciones;*	*Obtenido: 23914*
	2000 aféresis;	*Obtenido: 1883*
	7500 donaciones en unidad móvil;	*Obtenido: 7213*
	1500 donantes nuevos:	*Obtenido: 1620*
	5% donantes activos edad donar Tudela:	*Obtenido 5,5%*

---

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/plasma de uso clínico*	*>85%*	*Plaquetas*: 74,14%* *Plasma: 68,16%*

12.02. Potenciación de la actividad de almacenamiento/distribución de tejido osteotendinoso, dentro del Plan de Tejidos de Navarra. Continuar con el procesamiento de tejidos en Sala Blanca e incorporar otros tejidos según las necesidades hospitalarias.

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

Explicación de la ejecución e información adicional:

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

(#) Enviados y no devueltos a los centros hospitalarios y otros centros de transfusión.

(*) Por un problema de varios lotes de los equipos de transferencia de la casa comercial Terumo®, durante varios meses se suspendió la inactivación, y se sustituyó por la irradiación. El plasma no inactivado había sido "cuarentenado" al menos 4 meses procedía principalmente de donaciones realizadas en años anteriores (hasta 36 meses)

12.02.- Potenciación de la actividad de almacenamiento/distribución de tejido osteotendinoso, dentro del Plan de Tejidos de Navarra. Continuar con el procesamiento de tejidos en Sala Blanca e incorporar otros tejidos según las necesidades hospitalarias.

- *Fueron distribuidos 303 productos osteotendinosos procesados y decontaminados.*

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

- *Fueron cedidos 59 "buffy coats" para 7 proyectos de investigación.*

---

13. Mejorar la opinión de los donantes.

	Descripción Indicadores	*Previsto*	*Realizado*
13.00.01	*Donantes con atención muy buena y/o excelente*	*≥ 65%*	*95,64%*

Ejecución presupuestaria

GASTOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1- Gastos de personal	290.252.602,00	308.428.490,78	305.538.772,08
2- Gastos corrientes en bienes y servicios	199.475.294,00	204.030.411,00	203.188.667,67
3- Gastos financieros	0,00	0,00	0,00
4- Transferencias corrientes	0,00	0,00	0,00
6- Inversiones reales	7.759.431,00	7.759.431,00	5.635.728,30
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	**497.487.327,00**	**520.218.332,78**	**514.363.168,05**

INGRESOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1- Impuestos directos	0,00	0,00	0,00
2- Impuestos indirectos	0,00	0,00	0,00
3- Tasas y otros ingresos	7.470.030,00	10.510.255,34	10.283.490,94
4- Transferencias corrientes	0,00	287.423,04	375.082,08
5- Ingresos patrimoniales	321.000,00	321.000,00	362.909,54
6- Enajenación inversiones reales	0,00	0,00	0,00
7- Transferencias de capital	0,00	0,00	1.293.490,00
8- Activos financieros	0,00	0,00	0,00
9- Pasivos financieros	0,00	0,00	0,00
TOTAL	**7.791.030,00**	**11.118.678,38**	**12.314.972,56**