CUENTAS GENERALES DE NAVARRA 2024 - MEMORIA PROGRAMAS

ÍNDICE
Departamento de Salud

PROGRAMA 511: CIUDADANÍA SANITARIA, ASEGURAMIENTO Y GARANTÍAS
PROGRAMA 512: PLANIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO
PROGRAMA 520: SALUD PÚBLICA Y LABORAL DE NAVARRA
PROGRAMA 540: SERVICIOS CENTRALES DEL SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA
PROGRAMA 541: SALUD MENTAL
PROGRAMA 543: HOSPITAL UNIVERSIATARIO DE NAVARRA
PROGRAMA 545: ÁREA DE SALUD DE TUDELA
PROGRAMA 546: ÁREA DE SALUD DE ESTELLA
PROGRAMA 547: ATENCIÓN PRIMARIA

PROGRAMA 511: CIUDADANÍA SANITARIA, ASEGURAMIENTO Y GARANTÍAS

Unidad responsable: Servicio de Humanización, Aseguramiento y Coordinación Interdepartamental, Servicio de Ordenación e Inspección Sanitaria y de Farmacia

II. OBJETIVOS, ACCIONES E INDICADORES DEL PROGRAMA

Objetivos/
Acciones/
Indicadores

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

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

01.02. Colaborar con el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios en los grupos de trabajo sobre normativa.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
01.02.01	Proyectos de normativas sobre autorización y acreditación de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Foral de Navarra.	3	1

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

02.01. Elaborar y ejecutar el Plan de inspección de centros y servicios sanitarios y actividades sanitarias.

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

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

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

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

02.06. Colaborar con el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios en los programas y actividades de inspección.

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

02.08. Acreditar los Comités Éticos de Investigación.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
02.08.01	Centros y servicios autorizados.	400	542
02.08.02	Auditorías realizadas para la acreditación de centros con programas de extracción e implantación de órganos y tejidos.	6	9
02.08.03	Procedimientos y/o guías de inspección.	3	30
02.08.04	Centros y servicios inspeccionados.	450	581
02.08.05	Traslados de cadáveres comunicados.	350	403

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

03.01. Elaborar y ejecutar el plan de inspección de establecimientos sanitarios.

03.02. Redactar procedimientos normalizados de trabajo y/o guías para la realización de las inspecciones.

03.03. Mantener y actualizar el catálogo de establecimientos sanitarios autorizados en la Comunidad Foral de Navarra.

03.04. Tramitar las solicitudes de autorización de establecimientos sanitarios.

03.05. Verificar y certificar el cumplimiento de normas de correcta fabricación en la industria farmacéutica.

03.06. Verificar y certificar el cumplimiento de Buenas Prácticas de Distribución en almacenes mayoristas.

03.07. Acreditar el cumplimiento de normas de correcta elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficiales.

03.08. Verificar el cumplimiento de los requisitos para la preparación de sistemas personalizados de dosificación.

03.09. Acreditar el cumplimiento de las normas de Buena Práctica Clínica en ensayos clínicos de medicamentos.

03.10. Verificar el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Laboratorio en ensayos preclínicos.

03.11. Acreditar el cumplimiento de las normas de Buena Práctica de Farmacovigilancia en la industria farmacéutica.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.11.01	Inspecciones a farmacias para acreditación de sistemas personalizados de dosificación.	30	2
03.11.02	Inspecciones a farmacias y servicios de farmacia para acreditación de elaboración de fórmulas magistrales.	10	2
03.11.03	Farmacias autorizadas para elaboración de fórmulas a terceros.	4	0
03.11.04	Expedientes de tramitación de acreditación oficinas de farmacia para la elaboración y dispensación de tratamientos sustitutivos con opiáceos.	6	10
03.11.05	Comunicaciones de actividad de farmacias tramitadas (Dietética, venta por internet…).	20	203
03.11.06	Inspecciones a industrias farmacéuticas para acreditar normas de correcta fabricación.	2	2
03.11.07	Inspecciones a industrias farmacéuticas para acreditar buenas prácticas de laboratorio.	1	0
03.11.08	Inspecciones a industrias farmacéuticas/centros sanitarios para acreditar buenas prácticas clínicas.	2	1

03.11.09	Expedientes de nuevas oficinas de farmacia autorizadas/denegadas/archivadas.	10	2
03.11.10	Expedientes de modificación de oficinas de farmacia.	30	37
03.11.11	Expedientes de establecimientos sanitarios de productos sanitarios tramitados: ópticas, audioprótesis, ortopedias, laboratorios protésicos dentales, distribuidores de productos sanitarios.	50	25
03.11.12	Comunicaciones de establecimientos de productos sanitarios tramitadas.	25	54
03.11.13	Expedientes de otros servicios o establecimientos sanitarios: servicios farmacéuticos y depósitos de medicamentos de centros hospitalarios y de socio-sanitarios.	25	28
03.11.14	Procedimientos y/o guías redactados/renovados.	5	0
03.11.15	Inspecciones a oficinas de farmacia.	80	63
03.11.16	Inspecciones a almacenes de distribución para acreditar buenas prácticas de distribución.	1	0
03.11.17	Inspecciones a industrias farmacéuticas para acreditar buenas prácticas de farmacovigilancia.	1	0
03.11.18	Inspecciones a Industrias de cosméticos para acreditar normas de correcta fabricación.	0	0
03.11.19	Auditoría realizada al Centro de Farmacovigilancia de Navarra.	1	0

04. Garantizar la atención farmacéutica continuada.

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

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
04.01.01	Cambios en el calendario de guardias.	250	630
04.01.02	Quejas y reclamaciones tramitadas.	15	1

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

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

05.02. Realizar un seguimiento de la publicidad de actividades sanitarias, medicamentos, productos sanitarios y asimilados.

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
05.02.01	Expedientes de autorización o comunicación de publicidad tramitados.	85	142
05.02.02	Medios de comunicación controlados.	6	6
05.02.03	Anuncios analizados.	40	78
05.02.04	Requerimientos de retirada de publicidad.	8	0
05.02.05	Comunicaciones a la Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios y a otras comunidades autónomas.	4	0

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

06.01. Garantizar el derecho a la utilización de los procedimientos de reclamación y de propuestas de sugerencias.

06.02. Tramitar y resolver las quejas, sugerencias y reclamaciones.

06.03. Tramitar las denuncias presentadas por la ciudadanía.

06.04. Informar sobre los derechos y deberes de los ciudadanos en materia de administración y asistencia sanitaria.

06.05. Tramitación de propuestas de expedientes sancionadores, derivados tanto de denuncias como de actuaciones de oficio.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
06.05.01	Propuestas de expedientes sancionadores.	20	12
06.05.02	Quejas, sugerencias y reclamaciones tramitadas.	25	5
06.05.03	Denuncias tramitadas.	35	10

07. Impulsar el desarrollo de la Planificación anticipada de decisiones.

07.01. Difusión a la ciudadanía de la Planificación Anticipada de Decisiones y el Documento de Voluntades Anticipadas.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
07.01.01	Difusión en página web del observatorio de la muerte digna en Navarra y en medios de comunicación.	Si	Sí

07.02. Tramitar y registrar los documentos de voluntades anticipadas de Navarra.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
07.02.01	Incremento Documentos de voluntades anticipadas registrados en el año anterior.	>=5%	6,56 %

08. Asegurar el derecho a la asistencia sanitaria pública.

08.01. Reconocimiento del derecho para el acceso a las prestaciones del régimen de universalización de la asistencia sanitaria pública recogidos en la nueva normativa estatal.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***

08.01.01	Resoluciones tramitadas de autorización o denegación RDL 7/2018 Artículo 3 ter.	>=100	15
08.01.02	Resoluciones tramitadas de autorización o denegación Real Decreto 576/2013.	>=100	69

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

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
09.01.01	Alertas farmacéuticas tramitadas.	1000	973
09.01.01	Difusión de alertas de mascarillas EPIs e higiénicas (Colaboración con el Servicio de Consumo y Arbitraje).	10	0

09.02. Actuaciones de vigilancia en el mercado de productos sanitarios utilizados en la COVID-19.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
09.02.01	Actuaciones de vigilancia en el mercado de productos sanitarios utilizados en COVID-19.	10	0

09.03. Actuaciones de vigilancia y supervisión de medicamentos utilizados en los centros sanitarios.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
09.03.01	Tramitación de expedientes de comunicación de venta directa de medicamentos a centros sanitarios.	90	106

09.04. Gestionar las notificaciones de reacciones adversas a medicamentos y de incidentes adversos asociados a productos sanitarios y a productos cosméticos.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
09.04.01	Notificaciones de reacciones adversas a medicamentos.	1000	1244
09.04.02	Edición de Boletín de Farmacovigilancia.	1	1
09.04.03	Generación y evaluación de señales de seguridad.	2	1
09.04.04	Notificación y gestión de incidentes adversos a productos sanitarios.	4	2
09.04.05	Notificación y gestión de incidentes adversos a productos cosméticos.	2	0

09.05. Control de sospechas de recetas de medicamentos falsas.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
09.05.01	Comunicación de sospechas de recetas falsas.	50	35
09.05.01	Total de casos de recetas falsas de medicamentos diferentes detectadas y tramitadas.	25	32

09.06. Control de estupefacientes.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
09.06.01	Declaraciones anuales de estupefacientes.	600	615
09.06.02	Vales de petición de estupefacientes de las farmacias controlados.	73948	0
09.06.03	Talonarios de vales de estupefacientes.	60	41

09.07. Evaluación de estudios observacionales con medicamentos de seguimiento prospectivo de Navarra.

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
09.07.01	Total estudios observacionales evaluados.	30	6

10. Homologar titulaciones de profesiones sanitarias no universitarias.

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

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
10.01.01	Titulaciones homologadas.	5	0

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

11.01. Participar en comisiones y grupos técnicos de trabajo relacionados con el ámbito sanitario: Comisión de Farmacia; Comisión Asesora Técnica de Farmacovigilancia; Comité de expertos para la conciliación y mejora de la adherencia al tratamiento de los pacientes crónicos; Comisión Asesora Técnica de Vacunas; Comité Técnico de Inspección; Grupos Técnicos de trabajo del Comité Técnico de Inspección: Buena Práctica Clínica, Buenas Prácticas de Distribución; Buenas Prácticas de Farmacovigilancia; Buenas Prácticas de Laboratorio; Cosméticos; Estupefacientes; Formulación Magistral; Medicamentos Ilegales y Falsificados; Normas de Correcta Fabricación Industrial; Normas de Correcta Fabricación de Medicamentos en Investigación; Productos Sanitarios; Venta a distancia de medicamentos por Internet; Sistemas personalizados de dosificación; Grupo de coordinación y Formación; Comisión del Sistema Español de Farmacovigilancia; Grupos Técnicos de Trabajo del Comité del sistema Español de Farmacovigilancia: Armonización de criterios de Codificación; Formación, estudios y estrategias; Diploma de acreditación en Farmacovigilancia; Comité de Seguridad de Medicamentos.

11.02. Asegurar la adecuación de las condiciones físicas y psíquicas de los ciudadanos con discapacidad y/o enfermedad para la obtención del permiso de armas y de conducción.

11.03. Autorizar centros de formación sanitaria para impartir cursos de auxiliar de transporte sanitario y de desfibriladores semiautomáticos.

11.04. Informar sobre la apertura y clausura de nuevos cementerios.

11.05. Inspeccionar e informar sobre la adecuación de las instalaciones sanitarias de las mutuas de accidentes de trabajo ubicadas en Navarra para que el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales autorice la creación y funcionamiento de estos centros sanitarios.

11.06. Aportar datos sanitarios de Navarra para el Ministerio de Sanidad y Consumo con el fin de elaborar el Catálogo Nacional de Hospitales y el Sistema de Información de Centros con Régimen de Internamiento.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
11.06.01	Inspecciones realizadas por encargo.	4	6
11.06.02	Desfibriladores de instalación obligatoria censados a partir del nuevo Decreto Foral.	50	58
11.06.03	Centros de formación autorizados.	15	10
11.06.04	Actuaciones relacionadas con permisos de conducción y armas.	60	40
11.06.05	Participaciones en grupos técnicos de trabajo.	2	20
11.06.06	Participaciones en Comisiones y comités.	3	14
11.06.07	Informes sobre apertura y clausura de cementerios.	6	0
11.06.08	Informes sobre instalaciones sanitarias de las mutuas de accidentes de trabajo.	20	27

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

12.01. Tramitar, proponer y evaluar la concesión de ayudas para programas de salud a entidades y asociaciones.

12.02. Apoyar a las asociaciones, entidades e instituciones que realicen actividades para personas con problemas de la salud.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
12.02.01	Proyectos realizados.	65	69

12.02.02	Proyectos que justifican adecuadamente los gastos realizados.	>99%	88,85 %
12.02.03	Proyectos que incorporar aspectos de género.	>80%	75,36 %

13. Apoyar la realización de tratamientos rehabilitadores específicos.

13.01. Tramitar, proponer y controlar la concesión de ayudas a familias con niños afectados de parálisis cerebral en tratamiento Petö.

13.02. Tramitar, proponer y controlar la concesión de ayudas para el tratamiento de niños y niñas con discapacidad diagnosticada de daño cerebral adquirido (DCAI) y patologías neurológicas afines.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
13.02.01	Personas beneficiadas en Tratamiento Petö.	35	37
13.02.01	Personas con discapacidad diagnosticados de DCAI y patologías neurológicas afines beneficiadas.	30	42

14. Ofrecer apoyo psicológico a enfermos de cáncer.

14.01. Gestión y seguimiento del convenio con la Asociación Española Contra el Cáncer (Junta provincial de Navarra).

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
14.01.01	Sesiones de tratamientos individualizados realizados.	>=3.500	5.750
14.01.02	Sesiones grupales realizadas.	>=20	137
14.01.03	Personas beneficiadas.	>=1000	1.356

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

15.01. Gestión y seguimiento del convenio con la Asociación de Donantes de Sangre de Navarra, ADONA.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.01.01	Donantes nuevos (con 1ª donación).	>=1.000	1.727
15.01.02	Donaciones realizadas.	>=20.000	20.573
15.01.03	Donantes menores de 39 años.	>=40%	38 %

16. Índice corrector de márgenes de oficinas de farmacia.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
16.00.01	Farmacias autorizadas para la aplicación del índice corrector de márgenes.	65	23

17. Campañas de control de mercado.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
17.00.01	Inspecciones por campañas de control de mercado de medicamentos.	3	3
17.00.02	Inspecciones por campañas de control de mercado de productos sanitarios.	2	2
17.00.03	Inspecciones por campañas de control de mercado de cosméticos.	2	0
17.00.04	Inspecciones de control de uso racional de medicamentos de uso veterinario.	2	0

18. Establecimiento de espacios de encuentro entre profesionales y pacientes para definir objetivos comunes.

18.01. Realizar una nueva edición de Foro Salud como espacio compartido de participación entre profesionales y usuarios para la formulación de propuestas de mejora.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
18.01.01	Número de ediciones de Foro Salud.	1	0
18.01.02	Nº de participantes.	20	0
18.01.03	Nº de propuestas de mejora formuladas.	<=20	0
18.01.04	Nº de propuestas de mejora aceptadas.	<=10	0

19. Impulso y desarrollo del Observatorio de la Muerte Digna en Navarra.

19.01. Desarrollo de entorno web de acceso a la ciudadanía y profesionales con contenidos del Observatorio de la Muerte Digna en Navarra.

19.02. Análisis de encuesta sobre el contexto y deseos en torno a los procesos de la muerte en Navarra e inclusión en el Plan de Estadística de Navarra 2017-2020.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
19.02.01	Número de personas encuestadas.	500	es bianual
19.02.02	Nº de propuestas de mejora formuladas.	5	0
19.02.03	Nº de propuestas de mejora aceptadas.	2	0

19.03. Realización de itinerario formativo.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
19.03.01	Número de acciones formativas realizadas.	>2	10
19.03.02	Nº de personas asistentes.	40	187

20. Coordinación de la Estrategia de Prevención y Promoción Infantil y Adolescente.

Se traslada al Servicio de planificación, estrategia sanitaria e investigación

20.01. Coordinación de la Estrategia e impulso de los programas.

20.02. Evaluación de los 6 Programas que forman la Estrategia y desarrollo de los planes de acción correspondientes.

20.03. Coordinación con los Departamentos de Derechos Sociales y Educación para el desarrollo del Plan de Infancia Adolescencia y Familia, incluyendo el Programa de intervención integral en desigualdad y riesgo psicosocial infantil.

20.04. Impulso Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.

20.05. Impulso de Estrategia de Humanización en la Atención al Nacimiento y Lactancia (IHAN) en el Departamento de Salud.

21. Impulso a la Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra.

Impulso de la Orden Foral 344E/2024, de 30 de octubre, del consejero de Salud, por la que se aprueba la nueva Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra y se establecen las estructuras organizativas y de gestión para el impulso de la Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra. Coordinación de la Estrategia de Humanización e impulso de los programas. Actualización de la información sobre la composición de los comités y subcomités de humanización de los diferentes ámbitos. Coordinación e impulso de la III Jornada de Buenas Prácticas realizada el 7 de noviembre.

21.01. Coordinación de la Estrategia e impulso de los programas.

21.02. Evaluación de los Programas que forman la Estrategia y desarrollo de los planes de acción correspondientes.

21.03. Coordinación evaluación proceso participativo Estrategia.

21.04. Coordinación estudio y análisis unidades de Atención al Paciente.

21.05. Coordinación Congreso Humanización en la Atención.

22. Impulso de la Estrategia de Género del Gobierno de Navarra.

Participante en la comisión intradepartamental de igualdad, ORDEN FORAL 341E/2024, de 21 de octubre, del consejero de Salud, por la que se crea la comisión intradepartamental para la igualdad del Departamento de Salud. Participación con programa en los presupuestos con enfoque de género anualmente

22.01. Participación en Mesa Técnica y Unidad de Igualdad del Departamento de Salud para definir propuestas al INAI y materialización de planes de igualdad del Gobierno de Navarra en el Departamento.

22.02. Puesta en marcha de las acciones correspondientes al Servicio y al ámbito de la Dirección General en relación con el Plan de Igualdad anual.

VI. EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

Gastos del Programa

GASTOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1. Gastos de personal	806.777,00 €	827.498,86 €	753.507,31 €
2. Gastos corrientes en bienes y servicios	208.582,00 €	186.582,00 €	142.208,91 €
3. Gastos financieros	0,00 €	0,00 €	0,00 €
4. Transferencias corrientes	1.659.295,00 €	1.659.295,00 €	1.653.424,79 €
5. Fondo de contingencia	0,00 €	0,00 €	0,00 €
6. Inversiones reales	8.232,00 €	8.232,00 €	4.076,00 €
7. Transferencias de capital	0,00 €	0,00 €	0,00 €
8. Activos financieros	0,00 €	0,00 €	0,00 €
9. Pasivos financieros	0,00 €	0,00 €	0,00 €
TOTAL	**2.682.886,00 €**	**2.681.607,86 €**	**2.553.217,01 €**

Ingresos del Programa

	Inicial	Consolidado	Realizado

INGRESOS			
1. Impuestos directos	0,00 €	0,00 €	0,00 €
2. Impuestos indirectos	0,00 €	0,00 €	0,00 €
3. Tasas y otros ingresos	58.500,00 €	58.500,00 €	71.366,00 €
4. Transferencias corrientes	0,00 €	0,00 €	0,00 €
5. Ingresos patrimoniales	0,00 €	0,00 €	0,00 €
6. Enajenación inversiones reales	0,00 €	0,00 €	0,00 €
7. Transferencias de capital	0,00 €	0,00 €	0,00 €
8. Activos financieros	0,00 €	0,00 €	0,00 €
9. Pasivos financieros	0,00 €	0,00 €	0,00 €
TOTAL	**58.500,00 €**	**58.500,00 €**	**71.366,00 €**

PROGRAMA 512: PLANIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Unidad responsable: Servicio de Planificación, Estrategia Sanitaria e Investigación

II. OBJETIVOS, ACCIONES E INDICADORES DEL PROGRAMA

Objetivos/
Acciones/
Indicadores

01. Promover la evaluación y actualización del Plan de Salud 2014-2020, actualmente vigente, y de las Estrategias de Salud previstas en el mismo.

Durante 2024 se ha trabajado principalmente en la evaluación del Plan de Salud 2014-2020. Se ha seguido dando soporte a las estrategias que han seguido trabajando y reuniéndose. estas Estrategias son la de Cuidados Paliativos, Atención a las Urgencias tiempo dependientes y la de Seguridad del Paciente. Se difundió la evaluación del Plan y se realizaron notas de prensa informando de la misma y del proceso de participación del nuevo Plan de Salud.

01.01. Difundir e informar en la Organización Sanitaria y en la población, de las estrategias definidas en el Plan de Salud 2014-2020.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
01.01.01	Acciones de presentación de la evaluación final del PS realizadas	4	4
01.01.02	Porcentaje de acciones realizadas sobre las programadas	75%	100%
01.01.03	Otras acciones de difusión	SI	SI

01.02. Apoyar la estructura de Responsabilidades prevista en el Plan de Salud y definir sus funciones.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
01.02.01	Responsables de Estrategias/ Estrategias del PS	9	9
01.02.02	% de mujeres en la coordinación de las estrategias	%	89%

01.03. Colaborar y apoyar a las personas responsables y Comités Técnicos para el impulso y desarrollo de cada estrategia mediante el desarrollo de los correspondientes planes operativos.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
01.03.01	Nº Estrategias que definen su plan de acción anual	8	no procede
01.03.02	Nº Estrategias que realizan informe de evaluación anual	8	no procede
01.03.03	Nº Estrategias que definen indicadores	8	8
01.03.04	Colaboraciones para desarrollo de Estrategias	Si	si
01.03.05	Nº Reuniones de los Comités Técnicos en las que participa activamente la sección de Planificación	A demanda	5
01.03.06	Nº Grupos de Trabajo de las Estrategias en los que participa la sección de Planificación	3	no hay GT en la actualidad

01.04. Puesta en marcha del sistema de seguimiento de las acciones previstas y de evaluación de los resultados del Plan de Salud 2014-2020.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
01.04.01	Existencia de documento con indicadores clave, en relación con resultados del Plan de Salud	Si	SI
01.04.02	Indicadores clave con presentación de valores	80%	65%

	desagregados por sexo y con análisis de resultados		
01.04.03	Informe de evaluación final del Plan de Salud 2014-2020 que incluya la perspectiva de género y utilice lenguaje inclusivo	Si	SI

01.05. Desarrollo de herramientas de comunicación de resultados del Plan de Salud Navarra.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
01.05.01	Rendición de cuentas a la ciudadanía sobre los resultados del Plan de Salud mediante plataforma interactiva.	Si	SI
01.05.02	Desarrollo y mantenimiento en Auzolan del espacio destinado al Plan de Salud y cada una de las Estrategias.	Si	SI

02. Elaboración del nuevo Plan de Salud Navarra.

Se han realizado todas las acciones previstas. Además, se han realizado 3 grupos de participación para la elaboración del nuevo Plan de salud y se ha contado con la colaboración de la UPNA en el análisis de la evaluación del Plan de Salud 2014-2020.

02.01. Definir cronograma y metodología de trabajo.

02.02. Revisión bibliográfica.

02.03. Análisis de situación y estado de salud de la población navarra con enfoque de género.

02.04. Presentación del proceso de participación ciudadana y de profesionales en la elaboración del nuevo Plan de Salud.

03. Participar junto al resto de agentes implicados en la Planificación del modelo de atención integrada Sociosanitaria.

Se participó el inicio de 2024 en la finalización de la Evaluación del PAISS y en propuestas para su extensión. No han requerido de más colaboraciones.

03.01. Elaborar junto con Derechos Sociales, Gerencia de Atención Primaria y SSCC del SNS-Osasunbidea, el Plan de Evaluación del Proyecto PAISS.

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
03.01.01	Seguimiento del Cuadro de Mando de Indicadores del Plan de Evaluación.	Anualmente	No han demandado colaboración

04. Planificar la Ordenación territorial sanitaria de la Comunidad Foral, análisis de las existentes y nuevas propuestas de ordenación.

Habitualmente los informes relacionados con la Ordenación territorial sanitaria surgen a petición de la Dirección General de Ordenación del Territorio, cuando surgen planeamientos urbanísticos nuevos. también se ha colaborado con la DG de salud en el estudio de Isocronas para determinar la ordenación de los puntos de atención continuada

04.01. Estudios y análisis de nuevas necesidades o actuaciones que afecte a la actual estructura de Zonas Básicas de Salud.

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
04.01.01	Informes de ordenación del territorio.	A demanda	7
04.01.02	Estudios de nuevas necesidades y servicios.	A demanda	Entre los informes realizados, uno de ellos uno de ellos de nuevas necesidades.

04.02. Analizar y realizar propuestas de ordenación geográfica que responda a las nuevas necesidades de salud y sociosanitarias y que proporcione a las personas atención integrada lo más cercana de su domicilio.

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
04.02.01	Reuniones de coordinación e información.	>5	2

05. Coordinar y participar en el mantenimiento y desarrollo de los sistemas de información sanitaria propios del Departamento de Salud, interdepartamentales del Gobierno de Navarra o del Ministerio de Sanidad.

Se ha trabajo junto con la DG de Salud, ISPLN y el SNS-O en la definición de los Operaciones estadísticas para el nuevo Plan de estadística. Se continúa enviando diariamente la información de pruebas CIVD realizadas diariamente tanto en el ámbito público como privado. En cuanto a los informes de Interrupciones del Embarazo, se ha comenzado a realizar un informe correspondiente a 2014-2023

05.01. Coordinar las Operaciones Estadísticas del Departamento de Salud (OE), incorporar mejoras y seguimiento de la actualización de las OE, elaborando propuesta de OE del Departamento de Salud para cada programa anual dentro del Plan de Estadística 2021-2024.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
05.01.01	Nº de OE del Departamento de Salud aprobadas anualmente.	28 - 30	26

05.02. Actualización de los datos sobre Covid para el Ministerio.

05.03. Mantenimiento del Registro de Interrupciones Voluntarias de Embarazo (IVE´s) del Ministerio de Sanidad. Elaboración de análisis e informes de los datos del registro.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
05.03.01	Informes realizados.	A demanda	4

05.04. Colaboración en el diseño, elaboración y realización de encuestas relacionadas con la salud y elaboración de informes y análisis.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
05.04.01	Número de grupos de trabajo en que se participa.	A demanda	Se colabora con el Ministerio en el Gt a demanda y en las sesiones de formación que organizan. Con NASTAT, se colaboró en la planificación para 4 años, de la Encuesta Social y de Condiciones de Vida.

06. Participar y colaborar con grupos de trabajo y comisiones interdepartamentales del Gobierno de Navarra y del Ministerio.

Se participa en el GT de Operaciones estadísticas, Gobernanza del CMBD del SNS_O, Grupo de Trabajo de la Estrategia en Ictus de Navarra, GT para la Elaboración de la estrategia de abordaje del Suicidio en Navarra, Atención Integral a la Infancia, Comisión IHAN. Estrategia Medicina Personalizada, Los grupos de trabajo del Ministerio son: Comité Técnico CSUR, CT del RAE_CMBD Y CT de la Estrategia Nacional en Ictus., Comisión CINS Infancia, ISCII foro Investigación, Guía Salud

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
06.00.01	Participación en grupos de trabajo y comisiones del Gobierno de Navarra.	A demanda	6
06.00.02	Participación en grupos de trabajo y comisiones del Ministerio de Sanidad.	A demanda	5

07. Garantizar la evaluación de los aspectos éticos en materia de investigación a través del Comité Ético de Investigación Clínica de Navarra.

Se ha seguido evaluando Ensayos Clínicos, EPA-SP (ahora denominados EOM), Proyectos de investigación y Cesiones de muestras al Biobanco. Además, tras la última revisión de los PNT se ha añadido una nueva categoría de estudios: Estudios con producto sanitario. La reducción frente a lo previsto, en el punto 07.05.01, se debió principalmente a dos factores: 1- La separación de los ensayos con productos sanitario de los ensayos clínicos con medicamentos, tras la aprobación de una nueva versión de los PNT que tuvo lugar en mayo de 2024. Así la partida 07.05.01 queda para los ensayos con medicamentos. Los ensayos con producto sanitario, junto con los estudios observacionales con productos sanitario pasan a formar una nueva categoría de estudios, denominada Estudios con producto sanitario. A esta nueva categoría pertenecen 14 estudios evaluados en 2024, que previamente habrían estado entre Ensayos Clínicos y Proyectos de investigación. 2- En septiembre de 2025 se produjo una cierta inestabilidad en la composición del CEIm, debido a la inspección de re acreditación, que aconsejo dejar de recibir solicitudes iniciales de evaluación de ensayos clínicos. Recibiendo desde entonces, solamente aquellos con los que nos habíamos comprometido previamente. La reducción frente a lo previsto, en el punto 07.05.01, se debió principalmente a dos factores: 1- La separación de los ensayos con productos sanitario de los ensayos clínicos con medicamentos, tras la aprobación de una nueva versión de los PNT que tuvo lugar en mayo de 2024. Así la partida 07.05.01 queda para los ensayos con medicamentos. Los ensayos con producto sanitario, junto con los estudios observacionales con productos sanitario pasan a formar una nueva categoría de estudios, denominada Estudios con producto sanitario. A esta nueva categoría pertenecen 14 estudios evaluados en 2024, que previamente habrían estado entre Ensayos Clínicos y Proyectos de investigación. 2- En septiembre de 2025 se produjo una cierta

inestabilidad en la composición del CEIm, debido a la inspección de re acreditación, que aconsejo dejar de recibir solicitudes iniciales de evaluación de ensayos clínicos. Recibiendo desde entonces, solamente aquellos con los que nos habíamos comprometido previamente.

07.01. Mantener y apoyar la gestión de la Secretaría del Comité Ético de Investigación Clínica de Navarra.

07.02. Mantener la actividad de evaluación de Ensayos Clínicos, EPA-SP, Proyectos de Investigación y protocolos del Biobanco.

07.03. Mantener y actualizar los Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNTs), y los mecanismos de control para velar por el adecuado cumplimiento de los requisitos establecidos para cada Ensayo Clínico.

07.04. Garantizar una correcta evaluación bioética de los ECA que mantenga al CEIm de Navarra como Comité de referencia.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
07.04.01	Ensayos Clínicos evaluados	54	39
07.04.02	Dictamen favorable	90 %	93%
07.04.03	Estudios Observacionales	19	25
07.04.04	Dictamen favorable	80 %	84%
07.04.05	Proyectos de investigación	100	151
07.04.06	Dictamen favorable	75 %	85%
07.04.07	Número de sesiones	24	25

08. Desarrollar agendas de investigación alrededor de las principales necesidades y capacidades del Sistema Sanitario público de Navarra, incrementando el impacto de las actividades de investigación orientadas a la mejora de la salud de la ciudadanía y su contribución a la generación de riqueza, atendiendo a las diferencias entre hombres y mujeres.

Desde el Departamento se ha analizado con la FMS como abordar la orientación de los procedimientos de investigación y se ha elaborado una guía orientativa que está en proceso de revisión.

08.01. Impulsar los retos de investigación en áreas clave (como son el Plan de Salud y otros documentos estratégicos del Departamento) en la convocatoria de proyectos de investigación para la mejora de la eficiencia y los resultados en salud, manteniendo su peso en los criterios de evaluación de los proyectos.

08.02. Mantener en la convocatoria de investigación un apartado específico que priorice estas áreas clave en la valoración global del proyecto a financiar.

08.03. Participar en la elaboración de una Guía de orientación que facilite el conocimiento de los trámites de los proyectos de investigación entre los profesionales del SNS-O.

09. Mejorar el aprovechamiento de los sistemas de información y la utilización de datos de fuentes diferentes del sistema sanitario público con fines e investigación.

Se mantiene la valoración del acceso a los datos clínicos por parte de las personas investigadoras, se orienta a los investigadores e investigadoras hacia las bases de datos disponibles en el sistema, se colabora con el Servicio de evaluación y difusión de resultados en salud.

09.01. Utilizar los sistemas de información del sistema sanitario público para armonizar y simplificar los procesos relacionados con la investigación.

09.02. Mantener los Procedimientos Normalizados de Trabajo del Registro de Investigación de acceso a la documentación clínica con datos de identificación.

10. Colaborar activamente con la Fundación Miguel Servet-NavarraBiomed en el desarrollo de la promoción de la investigaciónn en el sistema público de salud. Seguimiento y control de su actividad.

Se mantiene la colaboración establecida.

10.01. La FMS-NB garantizará el asesoramiento metodológico en el inicio del desarrollo de la línea de investigación, en la presentación de propuestas y en general a lo largo del ciclo de vida del proyecto.

10.02. Facilitar la captación de fondos para garantizar el desarrollo de líneas de investigación e innovación en el sistema sanitario.

10.03. Gestionar la parte administrativa y económica de los proyectos de Investigación e innovación.

10.04. Crear, coordinar y gestionar de la Red de Asesores Temáticos en Investigación.

10.05. Evaluar la actividad investigadora a través de la medición del impacto bibliométrico.

10.06. Impulsar la publicación en revistas de open access.

10.07. Apoyar la comunicación y difusión de la investigación.

10.08. Gestionar la realización de Ensayos Clínicos y Estudios Observacionales en el SNS-O.

10.09. Elaboración de un plan de igualdad de la FMS-NB.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
10.09.01	Personas en la Red de Asesores Temáticos	5	Sin dato
10.09.02	Número de asesorías metodológicas realizadas	30	168
10.09.03	Asesorías realizadas que a proyectos con la finalidad de acudir a convocatorias competitivas que obtienen financiación	40 %	26% (Bien evaluados sin dotación presupuestaria 37%)
10.09.04	Incremento de financiación obtenida para proyectos de investigación	20 %	45%
10.09.05	Proyectos presentados a convocatorias competitivas que obtienen financiación	50 %	37%
10.09.06	Número de proyectos de investigación que gestionan	100	19 internacionales y 138 nacionales. En total 157 proyectos
10.09.07	Traducción/revisión de artículos para su publicación en inglés	25	2 (esta ha dejado de ser una necesidad para los investigadores del Departamento de Salud)
10.09.08	Financiación publicación en open access	15	financiación que se ha concedidos a investigadores del Departamento de Salud para la publicación en JCR cuartil 1 y 2 cuando no tienen otros fondos)= 12

10.09.09	Incremento del número de Ensayos Clínicos	5%	Activos 7,1%
10.09.10	Incremento del número de Estudios Observacionales	5%	(activos): 11%
10.09.11	Incremento del número de actividades de apoyo gráfico a publicación científica	10%	4,65%
10.09.12	Plan de igualdad de la FMS realizado	Sí/No	Activo en la FMS

11. Apoyo y seguimiento del proceso de acreditación del IdiSNA

En 2024 se ha concedido la renovación de acreditación como instituto de investigación sanitaria al del Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IDISNA), por un periodo de cinco años. P400.000 euros a favor de la Fundación Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA), con cargo a la partida 512002 51300 4300 465103 Transferencia a la Fundación IdiSNA, de los Presupuestos Generales de Navarra de 2024. 400.000 euros a favor de la Fundación Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA), con cargo a la partida 512002 51300 4300 465103

11.01. Coparticipación en la financiación de la estructita de soporte del IdisNa.

11.02. Participar e impulsar las comisiones del Instituto de Investigación de Navarra (IdisNa) y en concreto las comisiones de Formación, calidad y la de grupos emergentes.

12. Gestionar la convocatoria de proyectos de investigación del Departamento de Salud.

Los procedimientos están actualizados y revisados según lo previsto.

12.01. Mantener y actualizar los siguientes procedimientos normalizados de trabajo: gestión de la convocatoria, evaluación y seguimiento de los proyectos.

12.02. Evaluar el impacto de las modalidades de las convocatorias en el sistema sanitario público, atendiendo a las diferencias entre hombres y mujeres.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
12.02.01	Solicitudes presentadas a la convocatoria	60	55
12.02.02	Solicitudes cuya IP mujer	60%	54,54%
12.02.03	Proyectos de investigación solicitados con evaluación buena o excelente por la AEI	70%	82%

12.02.04	Proyectos concedidos	25%	38,18%
12.02.05	Concedidos si IP es mujer	50%	52,38%

13. Incrementar la calidad, viabilidad e impacto de los proyectos de investigación promovidos por profesionales del Sistema Público de Salud, fomentando el reconocimiento de las actividades de Investigación y facilitando el desarrollo de itinerarios profesionales, atendiendo a las diferencias entre hombres y mujeres.

13.01. Aumentar el volumen y la calidad de los Proyectos de Investigación presentados a convocatorias competitivas por profesionales del SNS-O, de tal manera que su calidad sea similar al de todos los proyectos de investigación.

13.02. Garantizar el apoyo metodológico a los profesionales del Sistema Público de Salud mediante revisión previa a la presentación de proyectos por parte de la Unidad metodológica de la FMS y la Red Asesores Temáticos en Investigación.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
13.02.01	Solicitudes con IP del SNS-O	35%	38,18%
13.02.01	Proyectos de investigación solicitados por IP del SNS-O con evaluación buena o excelente por la AEI	45%	38,09%
13.02.02	Concedidos si IP SNS-O	45%	38,09%

13.03. Incrementar el volumen y la calidad de las publicaciones científicas realizadas por profesionales del SNS-O.

13.04. Incrementar el impacto bibliométrico y la repercusión sanitaria y social de la investigación realizada en el seno del SNS-O.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
13.04.01	Artículos indexados en JCR	5%	- 19,25% (Se han modificado criterios en WOS)

13.04.02	Autoría principal	40%	28%
13.04.03	Artículos en el primer cuartil	50%	64%
13.04.04	Artículos en el Top 3	7%	3%
13.04.05	Factor de Impacto promedio	=> 4	5,2

13.05. Ampliar el número de profesionales del SNS-O que desarrollan una actividad investigadora.

13.06. Consolidar el número de grupos estables de investigación del SNS-O y el número de los integrados en redes de investigación.

13.07. Incrementar la exigencia de méritos de investigación e innovación, que tengan en cuenta las diversas aportaciones (personas investigadoras, personas de apoyo, innovadores, etc.), y considerar esos méritos en el acceso y progreso los profesionales.

13.08. Promocionar la valoración de las actividades de investigación en los currículos de los profesionales del sistema.

13.09. Incorporar los indicadores de producción científica y otros (I+D+i) a los procesos de gestión como los contratos-programa, considerando y reconociendo la I+D+i como una "línea de producción" de las organizaciones.

13.10. Facilitar la dedicación de tiempo a las actividades de I+D+i y desarrollar marcos generales coherentes para facilitar el desempeño y seguimiento de estas actividades.

13.11. Introducir prospectiva y planificación para adecuar las necesidades de estructura, perfiles, etc. a la realización de actividades de investigación en el conjunto del sistema sanitario.

13.12. Promover la investigación en el sistema sanitario público mediante ayudas de intensificación de la investigación.

13.13. Promover la investigación de enfermería y trabajo social en el SNS-O manteniendo criterios diferenciados en las valoraciones de la convocatoria de proyectos de investigación.

13.14. Promover la investigación en Atención Primaria (AP) manteniendo criterios diferenciados en las convocatorias de proyectos de investigación y desarrollando una convocatoria de intensificación específica para este nivel asistencial.

13.15. Promover la investigación e innovación en cuidados sanitarios mendiante el desarrollo de una convocatoria de subvenciones específica.

13.16. Incrementar a partida presupuestaria dedicada a los proyectos de investigación de los centros públicos de Navarra.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
13.16.01	Presupuesto de la convocatoria 2024	1.260.000	1.347.395
13.16.02	Modalidad A	700.000	1.029.516,90
13.16.03	Modalidad B	400.000	270.378,10
13.16.04	Modalidad C	80.000	47.500
13.16.05	Modalidad D	80.000	0
13.16.06	Convocatoria de innovación cuidados enfermería 2024	30.000	25.000
13.16.07	Convocatoria intensificación de la investigación en SNS-O	90.000	90.000
13.16.08	Convocatoria intensificación Atención Primaria	30.000	30.000

14. Gestionar el Registro de Investigación del SNS-O.

Se ha gestionado el registro y se ha procedido a la revisión del procedimiento para poder ofrecer mayores garantías de seguridad.

14.01. Realizar actividades de difusión del registro y de la normativa relacionada con el acceso a la documentación clínica con y sin autorización del paciente.

14.02. Evaluar los proyectos de investigación que pretenden acceder a documentación clínica sin consentimiento.

14.03. Elaborar el informe motivado y propuesta de resolución.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
14.03.01	Estudios dados de alta en el Registro	85	84

14.03.02	Estudios evaluados por el Comité mixto	25	49

15. Impulsar y difundir la cultura de la innovación, facilitar la implementación de proyectos innovadores, dar soporte al desarrollo de soluciones innovadoras, trabajar con todo el sistema innovador de Navarra.

Se ha participado en diferentes foros y eventos, e impartiendo formaciones de innovación en salud. Se está trabajando en la articulación de los procesos de transferencia tecnológica del sistema sanitario público, como por ejemplo la creación de spinoff sanitarias. Se colabora estrechamente con SNS-O y con otros departamentos de Gobierno de Navarra de dando apoyo en diferentes proyectos de innovación, como por ejemplo relacionados con CPI (en colaboración con el equipo de radiología del HUN y SNS-O), y con la validación de tecnologías sanitarias (en colaboración con el servicio de anatomía patológica del HUN). En 2024 se solicitó una patente europea en el ámbito de los dispositivos médicos, y una PCT en el campo de la oncología. Se está fomentando la colaboración con el ecosistema innovador de la región, a través de la participación en diferentes grupos de trabajo (Navarra Health Cluster, Observatorio de Innovación, Estrategia de Medicina Personalizada de Navarra) así como con diversas entidades privadas, con CEIN, etc. Así como con otros agentes externos (REGIC, ITEMAS).

15.01. Implementar la estrategia de innovación en el sistema público de salud.

15.02. Crear una cartera de servicios de la Unidad de Innovación.

15.03. Difundir la innovación en el sistema sanitario público de Navarra.

15.04. Trabajar con los profesionales de la salud en el desarrollo de ideas y productos innovadores.

15.05. Mantener la colaboración con otros departamentos del Gobierno y otras entidades institucionales relacionados con convocatorias de ayudas en salud, atendiendo a las diferencias entre hombres y mujeres.

15.06. Colaborar con otros departamentos de Gobierno de Navarra en el desarrollo de iniciativas relacionadas con Salud.

15.07. Participar en el Clúster de Salud de Navarra.

15.08. Colaborar con entidades nacionales e internacionales en evaluación de proyectos de innovación.

15.09. Dar soporte a SNS-O para la implementación de la Compra Pública Innovadora.

15.10. Apoyar al sistema sanitario público en la transferencia de conocimiento: propiedad intelectual y patentes.

15.11. Participación en la Plataforma de dinamización e innovación de las capacidades industriales del Sistema Nacional de Salud (ITEMAS).

15.12. Colaboración con el Observatorio de la innovación en Navarra.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.12.01	% Gasto en I+D en el sector salud	0,4	
15.12.02	Número de sesiones formativas	3	3
15.12.03	Número de grupos de trabajo en los que se ha participado	4	5
15.12.04	% de proyectos evaluados sobre los solicitados	100	100
15.12.05	Número de proyectos del Sistema Sanitario Público apoyados en la unidad	5	6
15.12.06	Número de proyectos competitivos en los que se ha conseguido financiación	1	1

16. Garantizar a todos/as los/as profesionales del Sistema Público de Salud de Navarra la información científica relevante para su actividad clínica, docente y/o investigadora.

El uso de la biblioteca virtual se ha estabilizado, el acceso a revistas de los profesionales es adecuado dando respuesta a la práctica totalidad de las solicitudes, el número de usuarios sufre mínimas variaciones interanuales, al igual que el uso del servicio de obtención de documentos y en el número de artículos descargados. En 2024, se ha llevado a cabo la redacción y gestión del expediente de contratación y del procedimiento para la adjudicación de un contrato de servicios para la gestión del tratamiento y acceso a la información de la Biblioteca Virtual del Departamento de Salud para el año 2024

16.01. Coordinar el Centro de Documentación e Información Biomédica constituido por la integración de las bibliotecas presenciales del SNS-O y optimizar el proceso de compra de fondos bibliográficos.

16.02. Aumentar el número de revistas con acceso online.

16.03. Promocionar la Biblioteca Virtual en los profesionales del Sistema Público de Salud.

16.04. Garantizar la suscripción a recursos de síntesis de práctica clínica basada en la evidencia.

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
16.04.01	Mantener el número de revistas científicas en ciencias de la salud a las que se proporcionará acceso electrónico online	Si/No	Si
16.04.02	Aumento del número de profesionales registrados en Biblioteca Virtual	10%	16,6%
16.04.03	Aumento del uso del servicio de obtención de documentos	10%	Sin dato
16.04.04	Incremento del número de artículos descargados	10%	Sin dato

17. Mantener y mejorar la gestión editorial de la revista Anales del Sistema Sanitario de Navarra.

17.01. Revisión y actualización de los PNTs de la revista con el objetivo de mejorar la gestión interna de la misma y garantizar su continuidad en cualquier circunstancia.

17.02. Revisión y actualización de los PNTs de la revista con el objetivo de mejorar la gestión interna de la misma y garantizar su continuidad en cualquier circunstancia.

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
17.02.01	Número de PNTs actualizados	4	7

17.03. Posicionar la revista en los índices nacionales e internacionales incrementando el factor de impacto de la revista.

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
17.03.01	Inclusión DOAJ	Si/No	No (en evaluación)
17.03.02	Mantener el Factor de Impacto	Si/No	Sí

17.04. Mantener actualizados los cuadros de mandos de la actividad editorial, desagregando los datos por sexo.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
17.04.01	Solicitudes de publicación recibidas	175	182
17.04.02	% de manuscritos enviados cuya primera autoría es femenina	40-60%	52,2%
17.04.03	% de revisores mujeres	40-60%	52,6%
17.04.04	Artículos aceptados	<25%	20,3%
17.04.05	% de manuscritos aceptados cuya primera autoría es femenina	40-60%	68,6%
17.04.06	% de manuscritos aceptados cuya última autoría es femenina	40-60%	41,9%
17.04.07	Artículos recibidos de Navarra	<30%	11,5%
17.04.08	% de manuscritos de Navarra cuya primera autoría es femenina	40-60%	52,4%
17.04.09	% de mujeres en los consejos de la revista	40-60%	47,7%
17.04.10	Tiempo medio desde que se reciben hasta que se publican los artículos en meses	3	6
17.04.11	Tiempo medio desde que se recibe hasta se realiza la revisión en meses	2	4
17.04.12	Incrementar el Factor de Impacto	5%	0%

18. Gestión y coordinación de los acuerdos con los Institutos de Educación Secundaria para la implantación del Bachillerato de Investigación en la Comunidad Foral.

Colaboración en el proyecto "Caracterización de Alteraciones Moleculares en el Desarrollo de la Enfermedad de Alzheimer y Disfuncionalidades Celulares Asociadas. Implicación de la Variable Sexo", de IES plaza de la Cruz, premiado. Elaboración bases nuevo convenio de colaboración.

18.01. Coordinar la relación entre los centros sanitarios y centros docentes participantes.

18.02. Hacer propuestas de proyectos de investigación en los que puedan participar estudiantes de bachillerato.

18.03. Participar en la difusión de los resultados obtenidos.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
18.03.01	Nº de proyectos de investigación en los que participan estudiantes de bachillerato	2	0
18.03.02	Nº de estudiantes tutelados	4	0

19. Uniformizar la mención de la autoría y la afiliación institucional del Sistema Sanitario Público de Navarra y difundir su adecuada utilización.

La guía elaborada para la unificación se encuentra en disponible en Auzolan.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
19.00.01	Número de consultas atendidas	20	No hay dato
19.00.02	Participación en la acogida de Residentes	Si/No	Si

20. Promover e impulsar la formación continuada de las/los profesionales del sistema sanitario de Navarra a través de una estrategia de formación y desarrollo de competencias profesionales coherente con las necesidades sanitarias emergentes y las estrategias de intervención establecidas.

Acciones en webex realizadas según planificación.

20.01. Coordinación y apoyo a la planificación y gestión de los planes docentes de las Gerencias del SNS-O e ISPyLN.

20.02. Dotar Apoyo a la implantación de herramientas para la gestión integrada de la formación en los centros dependientes del Departamento de Salud.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
20.02.01	Consolidar aplicación webEx	7 centros	7 centros

20.03. Incorporación en webEx Formación de las sugerencias de lenguaje inclusivo para la elaboración de materiales docentes.

20.04. Incorporación en webEx Formación de una nueva funcionalidad para sesiones clínicas.

21. Planificación, gestión y evaluación del Plan Docente de formación continuada del Departamento de Salud, atendiendo a las diferencias entre hombres y mujeres.

21.01. Planificación, gestión y evaluación del Plan Docente de formación continuada del Departamento de Salud, atendiendo a las diferencias entre hombres y mujeres.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
21.01.01	Número de Acciones	111	122
21.01.02	Acciones realizadas sobre las programadas (%)	>95%	109%
21.01.03	Diplomas emitidos (participantes)/plazas ofertadas	>75%	72,58%
21.01.04	Satisfacción global (sobre 100)	>85%	88,6%

21.02. Convocatoria anual de ayudas a profesionales, destinadas a estancias formativas en Ciencias de la Salud.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
21.02.01	Número de Ayudas	136	125
21.02.02	Ayuda concedida sobre solicitado-ajustado (%)	>66%	88.68%
21.02.03	Grado de ejecución presupuestaria de la convocatoria	100%	100%

21.03. Colaboraciones en materia de formación, con otras instituciones.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
21.03.01	Horas docentes en colaboración	500	800

21.04. Planificación, gestión y evaluación del Centro de Experiencias Sanitarias (CES) dotado de equipos específicos para la práctica de técnicas de laparoscopia, ecografía, comunicación y cuidados críticos con la metodología de simulación y debriefing.

21.05. Avanzar en el equipamiento del centro en dotación y en equipos de simulación.

21.06. Implementar la propuesta de intensificación de profesionales para la docencia práctica en el centro de simulación.

21.07. Planificación, gestión y evaluación de actividades en el CES.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
21.07.01	Formación de instructores de simulación	6	1
21.07.02	Coordinación de los Comités pedagógicos (reuniones)	6	6
21.07.03	Nº de actividades programadas en el CES	35	32
21.07.04	Porcentaje de acciones realizadas sobre las programadas	100%	100
21.07.05	Porcentaje de horas docentes realizadas sobre las programadas	100%	100%
21.07.06	Estudiantes participantes/plazas ofertadas.	>97%	96%
21.07.07	Satisfacción global de las acciones realizadas	96%	95%

21.08. Promover la realización de actividades programadas por los servicios y unidades clínicas en el CES.

21.09. Reforzar la innovación en metodología docente y apoyada en el uso de las nuevas tecnologías (e-learning).

21.10. Mantener el aula virtual corporativa en Moodle (Aula Salud) en coordinación con los diferentes ámbitos del Departamento de Salud.

21.11. Aumentar las actividades organizadas en formato e-learning.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
21.11.01	Nº de actividades e-learning	25	22

21.12. Gestión de los espacios docentes del Pabellón de Docencia para formación.

21.13. Gestionar el procedimiento de "Reconocimiento de interés sanitario" de los actos científicos en materia de salud.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
21.13.01	Nº de expedientes gestionados	5	1

22. Gestión y coordinación de los Convenios para la formación práctica de estudiantes de grado y formación profesional en los centros sanitarios.

Revisión del convenio con la Universidad de Navarra. Revisión del procedimiento de asignación de prácticas con educación (formación profesional). Acuerdo de procedimiento con los centros locales de UNED.

22.01. Revisión del convenio de colaboración Docente con la Universidad Pública de Navarra.

22.02. Revisión de los Convenios de Colaboración Docente con la Universidad a Distancia (UNED) definiendo los perfiles docentes y homogenizando los sistemas y modelos de certificación de los profesionales que colaboren en la formación de pregrado.

22.03. Revisión del Acuerdo de colaboración formativa en materias relacionadas con la formación profesional establecido en coordinación con el Departamento de Educación del Gobierno de Navarra.

22.04. Participación en las Comisiones de seguimiento de los Convenios establecidos con las Universidades de Navarra.

22.05. Verificación e informe del cumplimiento de requisitos de los centros sanitarios para concierto o convenio con las universidades, de acuerdo con el Real Decreto 1558/1986, de 28 de junio, por el que se establecen las bases generales de conciertos entre universidades y las instituciones sanitarias.

22.06. Gestión e informe de solicitudes de prácticas individualizadas de alumnos de universidades sin convenio con el Departamento de Salud, conforme a la Orden Foral 467/2001, de 23 de octubre, del Consejero de Salud.

23. Contribuir a la formación especializada en ciencias de la salud, atendiendo a las diferencias entre hombres y mujeres.

23.01. Definir y acordar necesidades de Formación especializada en ciencias de la salud. Tramitar ante el Ministerio de Sanidad las modificaciones, actualizaciones de las Unidades docentes.

23.02. Valoración, informe, tramitación y seguimiento de las solicitudes de acreditación de Unidades Docentes de formación especializada ante el Ministerio de Sanidad.

23.03. Planificación y gestión de la oferta de plazas de formación especializada en Navarra, tanto de los centros públicos como privados, en colaboración con el Ministerio de Sanidad y los centros sanitarios.

23.04. Realizar un estudio sobre capacidad docente de las Unidades Clínicas.

23.05. Planificación, gestión y evaluación del programa común complementario para especialistas en formación.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
23.05.01	Acciones docentes	15	13
23.05.02	Participantes	400	799

23.06. Coordinación de las Comisiones de Docencia de formación especializada de Navarra.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
23.06.01	Reuniones de coordinación de las Comisiones de Docencia y Jefes de Estudios de Navarra	2	3
23.06.02	Participación activa en las Comisiones de Docencia de los centros y unidades docentes de formación especializada	20	25
23.06.03	Evaluación e informe de rotaciones externas de los	300	340

	profesionales en formación especializada		
23.06.04	Colaboración en autorización estancias formativas de profesionales extranjeros en centros sanitarios de Navarra	68	76

23.07. Gestión de personas usuarias de las comisiones de docencia en el registro de especialistas en formación (SIREF).

23.08. Elaborar una propuesta para el desarrollo normativo del Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero, en lo referente a las Comisiones de Docencia, tutores y jefes de estudios.

23.09. Participación en la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud en los temas de formación especializada.

23.10. Participación en el Grupo de trabajo de Especialización de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.

23.11. Finalización del EV que permita la licitación de la aplicación de gestión de Formación sanitaria especializada de Navarra.

24. Gestionar el sistema de acreditación de actividades de formación continuada en Navarra, en el marco del sistema nacional de acreditación.

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
24.01.01	Actividades acreditadas anualmente	700	1296
24.01.02	Reuniones de Pleno de la Comisión	1	1
24.01.03	Reuniones de la Comisión Permanente	18	18

24.02. Mantener el nivel de formación de los/las evaluadores/as de formación continuada.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
24.02.01	Reunión formativa con evaluadores	1	0

24.03. Asesoría y seguimiento de los proveedores de formación que solicitan acreditación de actividades.

24.04. Colaborar con la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud y con las comisiones de las comunidades autónomas.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
24.04.01	Reuniones	5	2

24.05. Continuar con el desarrollo e Implementación de la aplicación para la gestión de la acreditación de formación continuada en Navarra (Acredit@).

24.06. Formación de agentes implicados: Comisión, proveedores de formación, evaluadores.

25. Elaborar procedimientos normalizados de trabajo (PNT) en el ámbito de la gestión de formación.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
25.00.01	Número de PTN elaborados	5	2

26. Supervisar y garantizar el mantenimiento del registro de morbilidad asistida, coordinación entre los centros y facilitar información para mejorar la gestión de servicios.

Se mantiene contacto fluido y continuo tanto con centros privados como públicos para cumplir con los requerimientos del Ministerio y mandar los ficheros correspondientes. Además, se mantienen reuniones cada dos meses con el SNS_O y se gestiona la asistencia a la formación en codificación realizada por el Ministerio.

26.01. Acordar la estrategia de implantación de codificación CMBD-RAE para nuevos ámbitos asistenciales (Urgencias, Hospitales de Día).

26.02. Garantizar la capacitación y formación del personal responsable de las unidades de codificación.

26.03. Participar en la Comisiones Nacionales de CMBD y CIE.

26.04. Definir la estrategia y las acciones necesarias para incorporar nuevos procesos asistenciales en el CMBD/RAE: Hospital de Día Médico, Urgencias y Procedimientos Ambulatorios de Alta Complejidad.

27. Coordinar la actividad estadística pública en el ámbito del Departamento de Salud de acuerdo con el Plan Estadístico vigente y favorecer su divulgación integrando la información asistencial y económica del conjunto de la Red Sanitaria.

Asistencia e impulso de acciones relacionadas con la Comisión de Estadística de Navarra

27.01. Participar y dinamizar la Comisión de Estadística y Evaluación.

27.02. Garantizar la obtención de datos e información acordados para el Plan Estadístico del Gobierno de Navarra.

28. Desarrollar un proyecto transversal que incorpore la perspectiva de género en los objetivos y acciones que desarrolla directamente el Servicio.

Se ha revisado la ficha 0 para incorporar la perspectiva de género en todas aquellas acciones que sean susceptibles de ello, incluyendo indicadores que permitan su consecución. se colabora con FMS- Navarrabiomed en la línea de Investigación y Género'

28.01. Revisión de todas las convocatorias del servicio para que en su redacción se utilice un lenguaje inclusivo y no sexista.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
28.01.01	Número de Convocatorias Revisadas (Sección Formación)	2	2

28.02. Seguimiento y análisis del impacto de las acciones en las áreas de formación e investigación para evitar diferencias de género significativas en el acceso a los recursos: Plan Docente y subvenciones formativas, y subvenciones de Investigación.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
28.02.01	Desagregación por sexo de los cuadros de mando	1	1

28.03. Colaborar en potenciar la investigación en Salud y Género junto a NavarraBiomed.

VI. EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

Gastos del Programa

GASTOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1. Gastos de personal	700.786,00 €	732.524,63 €	687.193,92 €
2. Gastos corrientes en bienes y servicios	834.267,00 €	834.267,00 €	741.884,72 €
3. Gastos financieros	0,00 €	0,00 €	0,00 €
4. Transferencias corrientes	4.630.337,00 €	4.943.051,00 €	4.924.133,51 €
5. Fondo de contingencia	0,00 €	0,00 €	0,00 €
6. Inversiones reales	530.435,00 €	217.721,00 €	102.823,04 €
7. Transferencias de capital	1.606.318,00 €	1.606.318,00 €	1.558.517,77 €
8. Activos financieros	0,00 €	0,00 €	0,00 €
9. Pasivos financieros	0,00 €	0,00 €	0,00 €
TOTAL	**8.302.143,00 €**	**8.333.881,63 €**	**8.014.552,96 €**

Ingresos del Programa

INGRESOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1. Impuestos directos	0,00 €	0,00 €	0,00 €
2. Impuestos indirectos	0,00 €	0,00 €	0,00 €

3. Tasas y otros ingresos	0,00 €	0,00 €	0,00 €
4. Transferencias corrientes	10,00 €	10,00 €	0,00 €
5. Ingresos patrimoniales	0,00 €	0,00 €	0,00 €
6. Enajenación inversiones reales	0,00 €	542.500,00 €	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	**10,00 €**	**542.510,00 €**	**0,00 €**

PROGRAMA 520: SALUD PÚBLICA Y LABORAL DE NAVARRA

Unidad responsable: Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra

II. OBJETIVOS, ACCIONES E INDICADORES DEL PROGRAMA

Objetivos/
Acciones/
Indicadores

01. Fomentar programas y actividades orientadas a la promoción y educación afectivo-sexual y prevención de VIH y otras ITS, así como embarazos no deseados y violencia, teniendo en cuenta en su diseño y desarrollo las necesidades de mujeres y hombres y otros colectivos.

01.01. Apoyos y colaboraciones para el desarrollo de la promoción y educación afectivo-sexual.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
01.01.01	Reuniones con instituciones y entidades.	30	33
01.01.02	Selección, revisión o elaboración de materiales.	30	40
01.01.03	Formación y/o asesoramiento de formadores y formadoras y cursos de formación teniendo en cuenta en su diseño y desarrollo las necesidades de mujeres y hombres y otros colectivos.	20	5
01.01.04	Reuniones y sesiones de trabajo con la Escuela de artes y oficios para la maquetación de folletos informativos sobre Anticoncepción, Infecciones de Transmisión Sexual y Sexualidad y Salud.	5	5
01.01.05	Reuniones de Coordinación con entidades sociales y/ o locales y puntos de información juvenil (Voy y vengo, casa de juventud, centros juveniles,	30	10

	gaztetxes...).		
01.01.06	Sesiones de Coordinación con la coordinadora del Sida para acciones específicas en la prevención de ITS y VIH.	15	5
01.01.07	Sesiones de Coordinación. Asesoramiento y elaboración de materiales educativos del eje de Sexualidad y Buen Trato en el Programa SKOLAE. Creciendo en Igualdad.	10	30
01.01.08	Cursos y sesiones de Formación en Educación Afectivo Sexual a Profesorado del ámbito social y de educación.	10	15

01.02. Colaboraciones con entidades y ONG, subvencionando programas y actividades de promoción y educación afectivo-sexual tipo: información y comunicación social, educación y acción comunitaria, reducción de riesgos de transmisión de VIH en colectivos específicos, mediante la educación para la salud, fomento del uso de preservativos e intercambio de jeringuillas.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
01.02.01	Nº de entidades sociales y locales a subvencionar.	30	48
01.02.02	Nº de programas y actividades a subvencionar.	30	49

01.03. Programa de promoción de la salud y reducción de riesgos en prisión, mediante la educación para la salud, fomento del uso de preservativos e intercambio de jeringuillas.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
01.03.01	Nº intervenciones individuales en el programa de disminución de riesgos y daños.	50	598
01.03.02	Nº de cursos y sesiones de formación en talleres de autocuidado, talleres de diminución de riesgos y daños en los consumos, talleres de sexo seguro, y	10	3 talleres de 6 sesiones

	talleres de habilidades sociales.		

02. Promover la realización de programas de promoción, prevención y educación para la salud teniendo en cuenta en su diseño y desarrollo las necesidades de mujeres y hombres y otros colectivos.

02.01. Subvenciones a programas y actividades comunitarias de prevención y promoción de la salud realizados por entidades locales y entidades sociales relacionados con estilos de vida (tabaco, alimentación, ejercicio físico), problemas de salud y transiciones vitales promoviendo a través de la convocatoria de subvenciones que en su diseño se incluya la perspectiva de género.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
02.01.01	Nº de entidades sociales y locales a subvencionar.	90	96
02.01.02	Nº de programas y actividades a subvencionar.	100	98

02.02. Colaboración y apoyo a la comunidad educativa para el desarrollo de programas y actividades de promoción, prevención y educación para la salud teniendo en cuenta en su diseño y desarrollo las necesidades de mujeres y hombres y otros colectivos.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
02.02.01	Nº de centros participantes en la Red de Escuelas Promotoras de Salud.	10	27
02.02.02	Nº de acciones formativas dirigidas al profesorado.	6	1
02.02.03	Nº de materiales informativos (Mejorando la alimentación en edad escolar, Vuelta al cole… con salud, u otros) distribuidos.	5.000	810
02.02.04	Nº de centros y de alumnado incluido en el Programa escolar de reparto de fruta, hortalizas y leche.	155	76 leche 151 fruta

02.02.05	Nº de alumnos/as que reciben medidas de acompañamiento. Campaña de leche:	13.000	10.462
	Nº. Niñas:	6.500	Dato no disponible
	Nº. Niños:	6.500	Dato no disponible
02.02.06	Nº de alumnos/as que reciben medidas de acompañamiento. Campaña de fruta:	12.700	15.110
	Nº. Niñas:	6.400	Dato no disponible
	Nº. Niños:	6.300	Dato no disponible

02.03. Apoyos a la promoción de la salud de la infancia.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
02.03.01	Nº de acciones realizadas: promoción de vínculo y parentalidad positiva, obesidad infantil...	10	19
02.03.02	Nº de reuniones interdepartamentales y locales realizadas.	30	88
02.03.03	Escuela madres y padres: Nº Talleres.	7	9

02.04. Apoyos a la promoción de la salud de la juventud.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
02.04.01	Nº de acciones del Plan de Universidad saludable apoyadas.	2	0
02.04.02	Nº de acciones del Plan de Juventud en el que se	18	3

	participa.		
02.04.03	Nª reuniones para el mantenimiento Página web salud joven-Osasungaztea.	6	6
02.04.04	Nº de acciones para la elaboración, publicación en la web y difusión entre las entidades de los contenidos de los 3 ejes.	20	6
02.04.05	Nº de acciones de elaboración de mensajes y su difusión en Twitter, Facebook.	24	8
02.04.06	Nº de acciones coordinadas con el Instituto Navarro de la Juventud.	10	6
02.04.07	Nº de reuniones interdepartamentales y locales realizadas.	6	5

02.05. Promoción del envejecimiento activo y saludable.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
02.05.01	Nº de acciones realizadas.	6	7
02.05.02	Nº de herramientas de apoyo desarrolladas.	3	1
02.05.03	Nº de reuniones interdepartamentales y locales realizadas.	8	7
02.05.04	Escuela de Mayores: Nº de Talleres.	12	5

03. Promover la realización de programas de equidad en salud, que mejoren la situación de salud de hombres, mujeres y faciliten el acceso a los servicios y prestaciones de salud de la comunidad gitana de Navarra proponiendo que se incluya en el diseño y desarrollo la perspectiva de género.

03.01. Subvenciones a asociaciones relacionadas con la etnia gitana, para posibilitar la contratación de agentes de salud para la mediación, que promuevan la salud y apoyen al acceso a servicios de las personas gitanas en situaciones de desigualdad en salud.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.01.01	Número de entidades sociales y municipales.	6	2
03.01.02	Nº de programas a subvencionar.	7	3
03.01.03	Nº de agentes de la comunidad para la mediación, por sexo: 11 mujeres,1 hombre.	12	12
03.01.04	Nº de zonas de salud en las que se interviene.	28	30
03.01.05	Nº de personas beneficiarias por sexo: 1.510 hombres y 1.589 mujeres.	3.099	3487

03.02. Programa promoción de salud de personas migrantes en Navarra.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.02.01	Número de acciones realizadas.	3	3
03.02.02	Nº de reuniones interdepartamentales.	5	5
03.02.03	Nº de entidades y asociaciones personas migrantes participantes con las que se colabora.	10	5
03.02.04	N º de materiales elaborados y traducidos.	3	2

03.03. Encuesta de Salud a Población gitana de Navarra.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.03.01	Acciones de Presentación de la Encuesta.	6	2
03.03.02	Nº de Informes elaborados.	2	2

04. Promover la realización de programas destinados a la promoción del Bienestar Emocional, que mejoren la situación de salud de hombres y mujeres de Navarra proponiendo su desarrollo desde el análisis de los distintos ejes de desigualdad en salud.

04.01. Subvenciones a asociaciones que desarrollen programas promotores del Bienestar emocional. El objetivo será la realización de talleres grupales de Bienestar con contendido contrastado y con sesiones marcadas.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
04.01.01	Número de entidades sociales.	15	50
04.01.02	Número de entidades municipales.	30	24
04.01.03	Nº de zonas de salud en las que se interviene.	30	41

04.02. Establecer líneas de trabajo común, así como materiales de intervención destinados a promover el Bienestar Emocional.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
04.02.01	Número de reuniones de coordinación del GTT interdepartamental de Bienestar Emocional.	4	5
04.02.02	Material de formación adaptado a la metodología de la Escuela de Salud.	1	1
04.02.03	Nº de Colaboraciones con otras entidades.	10	13
04.02.04	Nº Acciones realizadas con material y criterios unificados.	> 4	4
04.02.05	Nº Acciones comunicativas realizadas.	2	9

05. Colaboración para la promoción de salud con Atención Primaria y Asistencia especializada.

05.01. Planificación de protocolos comunes (para mujeres y hombres), formación y material de asesoramiento técnico. Implantación de la estrategia navarra de atención a pacientes con procesos crónicos y pluripatologías.

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
05.01.01	Reuniones con la Dirección de Atención Primaria y Asistencia especializada para definir programas y protocolos comunes.	15	21
05.01.02	Cursos de formación de profesionales de Atención Primaria y Asistencia Especializada sobre educación y promoción de la salud teniendo en cuenta en su diseño y desarrollo las necesidades de niños, niñas, mujeres y hombres y otros colectivos.	12	21
05.01.03	Asesorías realizadas por la Sección de Promoción de la Salud a profesionales de los Centros de salud y servicios Asistencia Especializada.	40	20
05.01.04	Escuela de pacientes número de cursos presenciales y online teniendo en cuenta en su diseño y desarrollo las necesidades de mujeres y hombres y otros colectivos.	11	7
05.01.05	Escuela de cuidados número de cursos presenciales y online teniendo en cuenta en su diseño y desarrollo las necesidades de mujeres y hombres y otros colectivos.	6	3
05.01.06	Elaboración de protocolos para profesionales y de materiales para personas usuarias considerando las diferencias por sexo y otras características.	4	6

06. Promocionar la salud de la ciudadanía navarra, estimulando cambios en estilos de vida en distintos ámbitos.

06.01. Asesoramiento a Agentes de salud.

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
06.01.01	Asesoramientos anuales.	100	36

06.02. Edición, reedición y distribución de materiales informativo educativos con lenguaje inclusivo.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
06.02.01	Ediciones, reediciones y envíos de materiales con lenguaje inclusivo.	500	100%
06.02.02	Distribución de materiales.	60.000	68.713
06.02.03	Campañas, días mundiales.	10	18

06.03. Información/Comunicación pública.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
06.03.01	Notas de prensa sobre recomendaciones, actividades, campañas.	15	10
06.03.02	Presencia redes sociales (Twitter, Facebook...).	120	144
06.03.03	Reuniones con agencias de comunicación y empresas de diseño.	10	15

06.04. Colaboraciones y alianzas.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
06.04.01	Entidades y organismos con los que se colabora.	50	47

07. Actuar sobre el hábito tabáquico para disminuir su impacto tanto en hombres como en mujeres teniendo en cuenta sus características sociales y la forma de relacionarse con el tabaco.

07.01. Programa de prevención del tabaquismo.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
07.01.01	Disminución de prevalencia de consumo en hombres y en mujeres.	0,2%	No disponible
07.01.02	Aumento de personas exfumadores. Total, hombres y mujeres.	1%	No disponible

08. Plan de prevención: Drogas y Adicciones (PPDA).

Realizada la Evaluación del III Plan de Prevención: Drogas y Adicciones

08.01. Garantizar la coordinación de las actuaciones respecto al fenómeno de consumos de drogas y otras conductas adictivas relacionadas con nuevas tecnologías que se lleven a cabo en los diferentes departamentos de la Administración Foral.

08.02. Establecer líneas de trabajo y programas prioritarios con el PPDA.

a) Con Programas Municipales de Prevención de Adicciones (PMPA).

b) Con Entidades Sociales (EESS).

08.03. Continuar con el desarrollo del programa de formación teniendo en cuenta en su diseño y desarrollo las necesidades de mujeres y hombres y otros colectivos elaborado conjuntamente entre profesionales de los servicios sociales de base y personal técnico del PPDA.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
08.03.01	Profesionales de los equipos que participan en los seminarios de formación presentados por sexos.	40	177
08.03.02	Programas municipales con intervenciones en el ámbito comunitario especificando el porcentaje realizado con perspectiva de género.	42	43
08.03.03	Programas municipales con área de trabajo en el medio escolar.	35	29

08.03.04	Programas municipales con área de trabajo en el ámbito de prevención familiar.	42	38

08.04. Continuar con las acciones de sensibilización y de información dirigida a la población de nuestra comunidad (mujeres, hombres y poblaciones minoritarias) sobre el uso/abuso/dependencia de drogas y sobre las variables que inciden en la prevención de las adicciones (con y sin sustancia), modificando determinadas actitudes, hábitos, creencias y comportamientos, y reforzando aquellos que minimizan los efectos de las drogas y/o conductas problemáticas relacionadas con el juego de azar con apuestas y promocionar la salud.

08.05. Participar en la formación del profesorado incluyendo la perspectiva de género en su diseño y desarrollo sobre prevención de drogodependencias en el medio escolar.

08.06. Potenciar la acción preventiva desde y con las familias. Impulsar la utilización de las Guías para familias “Ayudar a hijos e hijas frente a las drogas”, “Guía de Prevención en familia para evitar problemas con las drogas” y ¡Que no se lo traguen todo! Orientaciones sobre el alcohol para padres y madres con hijos e hijas menores.

08.07. Potenciar la acción preventiva hacia adolescentes y jóvenes, impulsando el uso de las exposiciones “Te lo tragas todo”, “Salimos”, “On-Off”.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
08.07.01	Número de guías distribuidas.	5.000	11.061
08.07.02	Número exhibiciones previstas.	25	4

08.08. Seguir apoyando a profesionales de prevención a nivel local, con apoyo técnico e instrumentos para el desarrollo de los programas de prevención en su ámbito de actuación e impulsar la perspectiva de género en sus programas.

08.09. Seguir apoyando a la comunidad educativa (Centros, Asociaciones de madres y padres, profesionales de la educación…) tanto técnicamente como con diversas iniciativas y materiales educativos para el desarrollo de programas de prevención incluyendo la perspectiva de género.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
08.09.01	Distribución de la Guía de materiales educativos	100%	100%

	Centros Escolares.		
08.09.02	Centros educativos de educación infantil y primaria que disponen de materiales para integrar las actividades de prevención en el currículo.	25%	No realizado
08.09.03	Centros educativos de educación secundaria obligatoria que disponen de materiales para integrar las actividades de prevención en el currículo.	50%	50%
08.09.04	Centros que solicitan materiales o su préstamo.	25	129

08.10. Potenciar la participación de los Centros Educativos en la Red de Escuelas para la Salud y difundir la nueva Guía de Escuelas Promotoras de Salud.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
08.10.01	Centros educativos que participan en la red de escuelas para la salud en Europa.	10	27

08.11. Ofertar a los equipos de atención primaria de salud formación teniendo en cuenta en su diseño y desarrollo las necesidades de mujeres y hombres y otros colectivos, materiales y apoyo técnico para incrementar la captación y diagnóstico precoz de personas con problemas por uso de alcohol y otras drogas. Así como el abordaje de la prevención familiar, especialmente en la edad pediátrica.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
08.11.01	Materiales distribuidos por los Centros de Atención Primaria.	1.000	7.997

08.12. Promocionar programas y actividades orientadas al retraso del inicio y la disminución de los problemas relacionados con los consumos de sustancias y comportamientos potencialmente adictivos teniendo en cuenta la perspectiva de género.

a) Subvencionar programas y actividades a Entidades Sociales.

b) Subvencionar a programas de prevención comunitaria impulsando estrategias de trabajo en red y trabajo comunitario teniendo en cuenta la perspectiva de género.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
08.12.01	Nº de entidades sociales a subvencionar.	20	20
08.12.02	Nº de programas municipales de Prevención de adicciones.	44	47

08.13. Programa PASE de Atención Socioeducativa a Menores sancionados por consumo tenencia y tráfico de drogas (establecido en la Disposición adicional quinta de la Ley Orgánicas 4/2015 de Protección de la Seguridad Ciudadana) teniendo en cuenta la perspectiva de género.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
08.13.01	Nº de menores y familias atendidas.	40	60
08.13.02	Nº de reuniones y acciones de colaboración y derivación con entidades colaboradoras.	200	270
08.13.03	Coordinación institucional (DG de Interior GN, Delegación del Gobierno, Ayuntamiento de Pamplona.	200	195

08.14. Realizar la Evaluación del III Plan de Prevención: Drogas y Adicciones 2018-2023 y elaboración del nuevo Plan.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
08.14.01	Acciones de coordinación con agentes.	20	25
08.14.02	Personas participantes en la evaluación y elaboración del nuevo Plan por sexo.	150	149
08.14.03	Acciones comunicativas sobre el proceso.	10	8

09. Distribución e incidencia de las enfermedades transmisibles mediante la vigilancia activa y el control.

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
09.01.01	Cobertura del sistema EDO. Número de partes recibidos.	100%	100%
09.01.02	Informes semanales situación epidemiológica.	52	52
09.01.03	Nº Boletines Informativos ISPLN.	5	5
09.01.04	Participación en las reuniones de la Ponencia de Vigilancia Epidemiológica.	15	17

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

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

En el análisis de la información resultante se tendrá en cuenta la incidencia de las enfermedades por sexo estableciendo recomendaciones preventivas específicas si procede.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
10.01.01	Brotes controlados y estudiados.	30 a 40	48
10.01.02	Encuestas epidemiológicas.	1.200	1.430

11. Vigilancia Epidemiológica de gripe, COVID-19 y otros virus respiratorios.

11.01. Investigación epidemiológica de casos confirmados.

En el análisis de la información resultante se tendrá en cuenta la incidencia de las enfermedades por sexo estableciendo recomendaciones preventivas específicas si procede.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
11.01.01	Registro individualizado de casos.	100%	100%
11.01.02	Estudio de contactos.	100%	100%
11.01.03	Caracterización de casos asociados a brotes.	100%	100%
11.01.04	Ejecución de los fondos MRR destinados a la actualización del sistema de vigilancia epidemiológica.	100%	100%
11.01.05	Incidencia acumulada a 7 días.	Semanalmente	Semanalmente
11.01.06	Incidencia acumulada a 7 días en => de 65 años.	Semanalmente	Semanalmente
11.01.07	Positividad global PDIA.	Semanalmente	Semanalmente
11.01.08	Participación en las reuniones de la Ponencia de Alertas.	15	15

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

12.01. Investigación epidemiológica de factores de riesgo.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
12.01.01	Registro de factores de riesgo cardiovascular. Actualización del registro de cardiopatía isquémica. Cálculo de tasas y otros indicadores para hombres y mujeres.	Si	Si
12.01.02	Actualización del Registro poblacional de enfermedades cerebrovasculares. Cálculo de tasas y otros indicadores para hombres y mujeres.	Si	Si

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

13.01. Extensión del calendario vacunal. Calendario vacunal de personas adultas.

En el análisis de la información correspondiente a la cobertura de cada una de las vacunas infantiles se tendrá en cuenta el resultado por sexo estableciendo recomendaciones específicas si procede.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
13.01.01	Cobertura infantil global.	95%	95,67%
13.01.02	Cobertura infantil: Niñas.	95%	95,70%
13.01.03	Cobertura infantil: Niños.	95%	95,64%
13.01.04	Cobertura vacuna antigripal en > 64a.	75%	71,97%
13.01.05	Cobertura vacuna antigripal en mujeres >64a.	75%	72,04%
13.01.06	Cobertura vacuna antigripal en sanitarios.	75%	37,42%
13.01.07	Cobertura vacuna antigripal en embarazadas.	75%	43,41%
13.01.08	Cobertura vacuna frente a COVID-19 en personas de riesgo.	80%	76,69%
13.01.09	Nº de participaciones en las reuniones de la ponencia de Registro y Programa de vacunaciones.	18	18

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

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

Explicación de la ejecución e información adicional: Se recoge y se analiza la variable sexo, y se presentan resultados diferenciados para hombres y mujeres.

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
14.01.01	Número de tumores registrados: total, hombres y mujeres.	7.000	8.300 nuevos + 2.200 actualizaciones
14.01.02	Análisis epidemiológico, cálculo de tasas y otros indicadores para hombres y mujeres.	100%	100%

15. Colaborar con el Instituto de Estadística de Navarra.

15.01. Codificación causas de mortalidad.

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
15.01.01	Boletines codificados.	6.000	5.847
15.01.02	Análisis de las causas de mortalidad en Navarra, para hombres y mujeres.	100%	100%

16. Conocer la prevalencia de Enfermedades Raras en Navarra.

16.01. Registro poblacional de Enfermedades Raras de Navarra (RERNA) dentro del marco del registro estatal de Enfermedades Raras (ReeR) del Ministerio de Sanidad.

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
16.01.01	Búsqueda de nuevas fuentes de información.	100%	100%
16.01.02	Adaptación del RERNA a los requerimientos del ReeR.	100%	100%
16.01.03	Actualización y mejora del programa de gestión de base de datos.	100%	100%
16.01.04	Número de enfermedades registradas para el año en curso priorizadas por el ReeR.	25	29

17. Implementación del Observatorio de la Salud Pública de Navarra.

17.01. Indicadores del Observatorio de la Salud Comunitaria de Navarra, en los que se incorpora el análisis de desigualdades de género y otras desigualdades sociales.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
17.01.01	Actualización de los indicadores y realización de estudios.	100%	100%
17.01.02	Mantenimiento de los Mapas de activos de Salud.	100%	100%
17.01.03	Actualización de los temas de salud.	100%	100%

18. Detectar precozmente los cánceres de mama en la población objetivo.

18.01. Programa de detección precoz de cáncer de mama.

Explicación de la ejecución e información adicional: Cobertura población 45-69 años: en función de los recursos disponibles para lectura de mamografías.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
18.01.01	Cobertura población 45-69 años.	100%	100%
18.01.02	Mujeres exploradas (cribado más RI).	47.635	46.162
18.01.03	Tumores detectados (cribado más RI).	232	208

19. Detectar precozmente los cánceres colorrectales. Programa de detección precoz de cáncer colorrectal.

Explicación de la ejecución e información adicional: Se analizará la participación y otros resultados de proceso por sexo, estableciendo recomendaciones específicas si procede.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
19.01.01	Cobertura población 50-69 años.	100%	100%
19.01.02	Población explorada total.	62.240	68.103

19.01.03	Población explorada hombres.	29.688	30.149
19.01.04	Población explorada mujeres.	32.545	34.120
19.01.05	Tumores detectados total.	218	61
19.01.06	Tumores detectados hombres.	119	33
19.01.07	Tumores detectados mujeres.	78	25

20. Detectar precozmente los cánceres de cuello de útero.

20.01. Programa poblacional de detección precoz de cáncer de cuello de útero.

Explicación de la ejecución e información adicional: En función de que DGTD dedique los recursos necesarios.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
20.01.01	Cobertura población 35-65 años.	85%	92,4%
20.01.02	Mujeres exploradas.	32.500	20.363
20.01.03	Pruebas VPH realizadas.	3.250	20.363
20.01.04	Evolución del Sistema de información y gestión del programa poblacional de detección precoz de cáncer de cuello de útero.	SI*	Si
20.01.05	Ejecución de los fondos MRR para los soportes publicitarios para la campaña de sensibilización del programa poblacional de detección precoz de cáncer de cuello de útero.	100%	100%

21. Detectar precozmente las hipoacusias neonatales en Navarra.

21.01. Programa de Hipoacusias en el Complejo Hospitalario de Navarra.

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
21.01.01	Nacidos (50% niños y 50% niñas).	6.000	4.559
21.01.02	Hipoacusias detectadas.	25	10
21.01.03	Hipoacusias detectadas niños.	12-13	4
21.01.04	Hipoacusias detectadas niñas.	13-12	6

22. Detección precoz de metabolopatías congénitas:

22.01. Ampliación de las enfermedades incluidas en el programa modificando su organización y gestión.

Acción no descrita: Toda la información se analizará por género, pero dada la incidencia tan baja de estas enfermedades es imposible hacer una estimación de cuántos casos se confirmarán para cada uno.

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
22.01.01	Nacimientos (50% niños y 50% niñas).	6.000	4.472
22.01.02	Enfermedades detectadas.	4-5	3

23. Difusión de conocimiento en materia de salud pública.

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
23.00.01	Números editados y difundidos del boletín del Instituto de Salud Pública.	5	5
23.00.02	Números informes semanales sobre la situación epidemiológica de la gripe.	52	52

24. Investigación.

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
24.00.01	Participación en estudios supranacionales como, Eurocare y Europreval, Cáncer Incidence y EPIC (Estudio prospectivo europeo sobre dieta y cáncer).	5	5
24.00.02	Detección de casos incidentes de cáncer de la cohorte EPIC (Estudio prospectivo europeo sobre dieta y cáncer).	SI	Sí
24.00.03	Participación en publicaciones científicas del proyecto EPIC.	45	35
24.00.04	Participación en publicaciones científicas del Estudio de Inter-Act (Interacción de genes, estilos de vida y diabetes).	2	2
24.00.05	Participación en publicaciones científicas del Estudio EPIC-Heart Estudio prospectivo europeo sobre dieta y enfermedades cardiovasculares).	5	4
24.00.06	Realización del Estudio I-MOVE (Influenza Monitoring of Vaccine Effectiveness) en Navarra.	SI	SI
24.00.07	Estudio de efectividad de otros antígenos vacunales.	SI	SI

25. Laboratorio de Control Oficial en Salud Pública. Dar cobertura analítica a los programas de salud pública del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra y a las necesidades de otros centros del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y de otros departamentos del Gobierno de Navarra.

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
25.00.01	Análisis realizados anualmente.	10.800	10009
25.00.02	Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNTs).	275	107

25.00.03	Análisis de aguas anuales.	6.500	5939
25.00.04	Análisis de alimentos anuales.	5.000	3457
25.00.05	Análisis de muestras ambientales anuales.		
25.00.06	Nuevas técnicas analíticas acreditadas.	20	85

26. Control Oficial e inspección en programas de Sanidad Ambiental.

26.01. Inspecciones programadas y a demanda excluido el programa de control de legionelosis.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
26.01.01	Inspecciones anuales realizadas.	100	216
26.01.02	Asesorías y resolución de dudas.	3.500	3147

26.02. Informes y supervisión de expedientes en relación con la normativa de protección ambiental.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
26.02.01	Expedientes anuales informados.	100	53

26.03. Control de aguas de consumo humano Sistema Nacional de Información de Aguas de Consumo Humano (SINAC) y del uso recreativo del agua.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
26.03.01	Análisis de agua de consumo, aguas recreativas y Legionella, gestionados anuales.	3.000	2593
26.03.02	Informes de proyectos de abastecimiento (a demanda).	10	9

26.03.03	Cobertura poblacional de SINAC.	80%	89%
26.03.04	Informes de instalaciones de piscinas.	130	50

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
26.04.01	Intervenciones en brotes y casos aislados.	40	44
26.04.02	Inspecciones de instalaciones.	200	49
26.04.03	Inscripciones en el censo de torres de refrigeración.	10	16

26.05. Propuestas de expedientes sancionadores como consecuencia de inspecciones.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
26.05.01	Número de propuestas de expedientes sancionadores.	50	71

26.06. Actividades programadas en relación al control de las zonas de baño naturales.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
26.06.01	Número de propuestas de expedientes sancionadores.	150	89

26.07. Actividades programadas en relación al control de productos químicos.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
26.07.01	Proyectos de inspección europeos.	2	
26.07.02	Gestión de alertas SIRIPQ.	20	57

27. Programa de Control y Vigilancia del Mosquito Aedes albopictus en Navarra.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
27.01.01	Número de trampas a colocar.	70	91
27.01.02	Número de testigos a recoger según programa.	816	1736

28. Control oficial de la seguridad alimentaria y de zoonosis sanitarias.

28.01. Inspecciones periódicas a las empresas de elaboración y distribución de alimentos.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
28.01.01	Empresas inspeccionadas.	6.000	6104
28.01.02	Inspecciones anuales.	5.000	3958
28.01.03	Mataderos con control oficial.	13	12
28.01.04	Animales mayores de producción de carne inspeccionados en matadero.	500.000	331737

28.02. Estudio y validación de los sistemas de autocontrol de las personas operadoras alimentarias.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
28.02.01	Validación de los sistemas de autocontrol y APPCC.	100	70
28.02.02	Inscripciones de empresas registradas y censadas en el Registro de Industrias Alimentarias.	100	94
28.02.03	Inscripciones de empresas en el censo de empresas alimentarias no sujetas a registro.	240	245
28.02.04	Tiempo medio de demora en las tramitaciones del registro.	3 meses	3 meses

28.03. Gestión de alertas alimentarias.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
28.03.01	Número de alertas recibidas.	200	
28.03.02	Número de alertas con intervención.	35	78

28.04. Propuestas de expedientes sancionadores.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
28.04.01	Número de expedientes propuestos en Seguridad Alimentaria y prevención de zoonosis.	200	44

28.05. Programa de control analítico de alimentos.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
28.05.01	Número de muestras en el Plan de Control Oficial.	1.000	603
28.05.02	Número de muestras en el Plan de Control de residuos (PNIR).	1.200	1248

28.06. Edición y difusión de Guías de Prácticas correcta de higiene. Incluyendo criterios de género, redactadas conforme a la Guía de estilo del Instituto Navarro para la Igualdad-Nafarroako Berdintasunerako Institutua.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
28.06.01	Número de guías editadas.	1	0
28.06.02	Número de ejemplares difundidos.	1.200	0

28.07. Programa inspección del cumplimiento de ley de medidas sanitarias en relación con el tabaco.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
28.07.01	Inspecciones y denuncias tramitadas.	60	22

29. Desarrollo del Plan de Acción de Salud Laboral de Navarra 2022-2025.

Desarrollo de las actuaciones del Plan de acción de salud laboral previstas para el ejercicio 2024. Consta de 5 programas: Prevención del Cáncer laboral, Reducción de Accidentes de trabajo, Reducción de Lesiones Músculo Esqueléticas, Atención a riesgos psicosociales, Mejora de la gestión de riesgos y del sistema preventivo.

29.01. Programa de impulso de la integración de la actuación preventiva en la gestión de las empresas.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
29.01.01	Elaboración y difusión de herramienta informática “Gestión de la prevención de riesgos en las empresas”.	1	1
29.01.02	Elaboración y difusión de la herramienta informática “Ciclo de Gestión de la prevención de riesgos laborales”.	1	Elaboración parcial
29.01.03	Elaboración y difusión de la herramienta informática “EASYMAPO”.	1	1
29.01.04	Elaboración y difusión de la herramienta informática “Identificación y priorización de riesgos ergonómicos”.	1	0
29.01.05	Elaboración y difusión de la herramienta informática “Investigación de accidentes”.	1	Pendiente difusión tras testar varias empresas

29.02. Prevención cáncer laboral.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
29.02.01	Conocer la exposición, dar a conocer el problema, mejorar la gestión, actividades de promoción frente al cáncer.		8 soldadura inox
29.02.02	Campaña específicas ante la sílice cristalina, radiación UV y soldadura inox.		
29.02.03	Explotación datos visitas y elaboración documentación divulgativa sobre exposiciones y gestión preventiva de agentes cancerigenos		sí

29.03. Impulso del plan de eliminación del amianto.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
29.03.01	Formación de personal acreditado para identificación de materiales con amianto.	20	20
29.03.02	Impulso de un Censo de materiales con amianto presentes en los centros de trabajo.		0

29.04. Reducción de incidencia de accidentes de trabajo totales en divisiones CNAE preferentes, en empresa de mayor accidentabilidad. Visitas a empresas.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
29.04.01	Diseño y ejecución campaña visitas empresas mayor siniestralidad.	50	
29.04.02	Diseño y ejecución de campaña visitas a empresas CNAES preferentes		30
29.04.03	Diseño y ejecución campaña visitas de prevención accidentes graves y/o mortales (cubiertas y líneas alta		101

	tensión)		

29.05. Reducción lesiones musculo esqueléticas (LME):

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
29.05.01	Mejora de la gestión del riesgo, de las investigaciones de las causas de LME, impulso de afloramiento de daños laborales, atención al riesgo ergonómico en embarazo, difusión de conocimiento.		si
29.05.02	Actividades de reconocimiento del origen laboral de los procesos tramitados como enfermedad común.	30 - 30%	224
29.05.03	Sesiones EVI determinación de contingencia.	7	10
29.05.04	Investigación de las causas de LME		45

29.06. Atención a riesgos psicosociales.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
29.06.01	Impulso de creación de entornos psicosociales saludables en las empresas, impulso de la identificación y evaluación de los riesgos psicosociales, apoyo al afloramiento de daños derivados del trabajo, mejora del procedimiento de atención a los casos.		
29.06.02	Programa de daños y riesgos psicosociales		96

29.07. Impulso de la coordinación institucional y de los Servicios de Salud Laboral con el resto de Servicios del ISPLN.

29.08. Afloramiento de patología laboral. Establecer cambios de estructura organizativa del servicio de salud laboral para atender los casos de patología osteomuscular.

29.09. Programa de información, formación, investigación y sistemas de información: Apoyo al resto de programas.

30. Impulsar la información, formación y la difusión de conocimientos en materia de seguridad y salud en el trabajo, dirigida a trabajadores y trabajadoras, empresarios y empresarias, y a organizaciones empresariales y sindicales.

30.01. Desarrollo de encuentros, seminarios, cursos y jornadas específicas de los programas contemplados en el Plan de Acción para 2022-2025 referidos a 2023.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
30.01.01	Actividades formativas.	10	
30.01.02	Cursos dirigidos a delegadas y delegados de prevención		10
30.01.03	Horas de docencia		160
30.01.04	Total asistentes		207

30.02. Continuación de las actividades de difusión generales.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
30.02.01	Transformación en newsletter.	12	

30.03. Mantenimiento de mejoras y difusión de informes de siniestralidad.

30.04. Actualización del ciclo de gestión de los riesgos de la pg. Web. Desarrollo de herramienta informática, difusión y facilitación de la herramienta a través de la web 100%.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
30.04.01	Desarrollo herramienta informática		En proceso

30.05. Elaboración y difusión de alertas de ATGM.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
30.05.01	Mantenimiento Portales Web específicos.	4	1

31. Acciones de Formación sobre investigación de accidentes de trabajo dirigidas a las empresas. Específicas de los programas.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
31.00.01	Investigación de accidentes destinada a Trabajadoras y Trabajadores designados o personas que desarrollen actividades preventivas.	2	0
31.00.02	Investigación de accidentes destinada a personal técnico de prevención.	2	0
31.00.03	Investigación accidentes destinada a delegadas y delegados de prevención y/o sindicatos.	2	0

32. Promover la mejora de las condiciones de trabajo.

32.01. Asesoramiento y control en las empresas de construcción.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
32.01.01	Visitas realizadas a Obras en Campaña visitas plan de acción 2022-2025, año 2024.	125	171
32.01.02	Visitas realizadas a empresas de construcción Campaña visitas plan de acción 2022-2025, año 2024.	70	4
32.01.03	Informes emitidos a contratistas, subcontratistas de obras tras visita de obra. Campaña visitas plan de acción 2022-2025, año 2024.	150	201

32.01.04	Otros informes emitidos por visitas a obras (S.P., personal de coordinación…) en Campaña visitas plan de acción 2022-2025, año 2024.	100	334

32.02. Asesoramiento técnico-preventivo directo a empresas. Campaña de Visitas Plan de Acción 2022-2025 para el año 2024.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
32.02.01	Visitas efectuadas a empresas en Campaña Visitas Plan de Acción 2022-2025, año 2024.	300	Reflejadas en apt. 29.4
32.02.02	Informes de recomendaciones emitidos tras las visitas efectuadas a. empresas. Campaña visitas plan de acción 2022-2025, año 2024.	225	113
32.02.03	Visita de seguimiento de las empresas visitadas en Campaña visitas plan de acción 2017-2020.	96	45

32.03. Ejecución de actividades en atención a la prevención de riesgos emergentes, determinados por los cambios en el desarrollo tecnológico y en el mercado de trabajo, con especial interés en el ámbito de los factores ergonómicos y psicosociales.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
32.03.01	Intervenciones en materia ergonómica en las empresas: Consultas.	100	20
	Visitas.	10	
	Informes.	20	12
32.03.02	Intervenciones en materia psicosocial en las empresas: Consultas.	100	76

	Visitas.	100	
	Informes.	20	12
32.03.03	Visita a centros de trabajo con brotes de Trastornos Mentales Comunes derivados del trabajo (Sección Vigilancia Salud).	5	

33. Programa control del sistema preventivo en empresas con mayor siniestralidad.

33.01. Integración y coordinación de actuaciones preventivas de la Seguridad Social desarrolladas por las mutuas en la planificación de actuaciones del ISPLN.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
33.01.01	Impulso de habilitación de normativa que facilite esta coordinación.		

34. Propiciar y acrecentar la cooperación y colaboración con otros organismos relacionados con el mundo laboral.

34.01. Colaboración con diferentes organismos mediante respuesta concreta a sus solicitudes o mediante el envío de notificaciones (Administración de justicia, Inspección de Trabajo y Seguridad Social, Departamento de Desarrollo Económico, Departamento de Educación, Departamento competente en Vivienda, Instituto Nacional de la Seguridad Social, otros).

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
34.01.01	Declaraciones como peritos en juzgados.	5	2
34.01.02	Visitas conjuntas con ITSS (músculo-esquelético (10), forestal (6), riesgos mecánicos (1), construcción).	100	60
34.01.03	Comunicaciones al Dpto, Desarrollo Económico y Empresarial. (incumplimientos en máquinas nuevas).	5	
34.01.04	Expedientes revisados para el INSS.	300	57

34.01.05	Informes de adecuación de planes de trabajo con riesgo de amianto.	200	168
34.01.06	Emisión de informes a solicitud de subvenciones para adecuación de equipos y lugares de trabajo.	80	74
34.01.07	Investigaciones de accidentes a realizar.	100	99 visitas+ 99 informes

35. Profundizar en la investigación de los accidentes de trabajo y de sus causas.

35.01. Investigación de accidentes graves, mortales y leves de interés preventivo.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
35.01.01	Accidentes de trabajo investigados.	100	99
35.01.02	Seguimiento de los accidentes investigados.	5	
35.01.03	Alertas de accidentes investigados.	4	1

36. Asesoramiento a distintos agentes sobre cuestiones relacionadas con la prevención de riesgos laborales y la promoción de la mejora de las condiciones de trabajo.

36.01. Mantenimiento de las líneas de respuesta a solicitudes de terceros en relación a la gestión de la prevención y el control de los riesgos laborales.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
36.01.01	Informes sobre condiciones de trabajo por disciplina preventiva y sexo: Seguridad (10). Higiene (10). Ergonomía (30).	90	12

	Psicosocial (15). Embarazo (25).		
36.01.02	Consultas atendidas sobre normativa y condiciones de trabajo por disciplinas preventivas: Seguridad (8), Ergonomía (72), Psicosocial (88), Higiene(65) y Embarazo (23).	A demanda	261 excluidas amianto y ergonomía

37. Contribuir al control y eliminación de la exposición a amianto durante la ejecución de trabajos con presencia del mismo:

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
37.00.01	Nº de planes de trabajo con riesgo de amianto informados, año 2023.	200	168
37.00.02	Nº de visitas de trabajo con riesgo de amianto.	25	27
37.00.03	Nº de consultas relacionadas con trabajos con materiales de amianto.	80	71

38. Contribuir a divulgar y difundir conocimientos en materia preventiva.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
38.00.01	Participación en Comisiones y grupos de trabajo ámbito estatal para la definición de criterios técnicos.	15	16 grupos-100 reuniones
38.00.02	Sesiones técnicas de actualización a personal Técnico de PRL.	2	0
38.00.03	Cursos técnicos de capacitación a delegados de prevención. N º docentes técnicos. Total horas técnicas impartidas: 120.	10	10

38.00.04	Jornadas técnicas ISPLN.	2	
38.00.05	Participación en Jornadas técnicas de ámbito estatal.	2	0
38.00.06	Participación en la elaboración de contenidos técnicos de materiales divulgativos.	5	5

39. Actividades formativas para delegados y delegadas de prevención, colaboración con Departamento de Educación para inclusión curricular de contenidos preventivos en etapas prelaborales de FP medio y superior y otras.

39.01. Habilitación de materiales de uso en el aula para profesorado FOL de FP de Navarra.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
39.01.01	Publicada la guía docente de curso básico de PRL		si

39.02. Impartición de cursos dirigidos a las y los jóvenes agricultores INTÍA.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
39.02.01	Horas docencia total:		8
39.02.02	Total asistentes		50

39.03. Impartición de cursos al alumnado de FP agroforestal.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
39.03.01	Horas docencia total		16
39.03.02	Total asistentes		150

40. Desarrollar actuaciones de seguimiento y control de las incapacidades laborales, orientadas a la identificación de sus causas, a la prevención de los factores determinantes y a la reducción de sus tasas.

40.01. Mantenimiento del Registro de Incapacidad Temporal.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
40.01.01	Registros de procesos de I.T.	92.000	175.309
40.01.02	Revisión y control de incapacidades laborales.	27.000	27.339
40.01.03	Difusión de Boletines e informes sobre Incapacidad.	4	0

40.02. Mantenimiento del Registro de Incapacidad Permanente.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
40.02.01	Registro de Incapacidades Permanente.	1.350	1400
40.02.02	Registro de Sentencias.	90	100
40.02.03	Valoración casos Tribunal Funcionarios.	A demanda	14

40.03. Programa de Facturación de atenciones sanitarias de origen Laboral.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
40.03.01	Comunicaciones a la Unidad de Facturación del HCN.	100%	100%

40.04. Atención a clientes externos (empresas, Mutuas).

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
40.04.01	Respuesta a Empresas y mutuas.	A demanda	9.826
40.04.02	Respuestas a Juzgados.	A demanda	104

40.05. Implantación de sistema de trazabilidad de los casos referidos a posible contingencia de origen laboral atendidos en el Servicio.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
40.05.01	Respuesta a empresas y mutuas.	A demanda	SI

41. Promover la vigilancia de la salud de las trabajadoras y los trabajadores, y mantener los sistemas de información acerca de daños derivados del Trabajo.

41.01. Actualizar los soportes informáticos y mejorar el sistema de información y vigilancia epidemiológica en salud laboral.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
41.01.01	Registro de AT's.	10.500	25.615
41.01.02	Registro de EE.PP.	1.200	1.504

42. Mejorar la coordinación de las unidades de salud laboral con los médicos de atención primaria y asistencia especializada del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

42.01. Planificación de protocolos comunes, formación y asesoramiento técnico para la detección y respuesta frente a la patología de posible origen profesional.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
42.01.01	Visitas realizadas a los Centros de Salud.	10	4

42.02. Investigación de los casos remitidos al programa de vigilancia epidemiológica en salud laboral.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
42.02.01	PRT's declarados.	450	925
42.02.02	Registro de PLDV's.	1.000	1.305

42.02.03	Otras (Vigilancia Amianto).	600	789

43. Implementar el seguimiento, asesoría y evaluación de las actuaciones sanitarias de las Mutuas colaboradoras de la Seguridad Social.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
43.00.01	Informes sobre riesgo laboral para embarazo.	20	45
43.00.02	Informes sobre solicitud de pruebas médicas en IT común.	A demanda	827

44. Realización de los reconocimientos médicos del personal trabajador de nuevo ingreso del Gobierno Foral de Navarra, cuando así se exija en la convocatoria de plazas.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
44.00.01	Nº de reconocimientos.	A demanda	2.404

45. Impulsar la información, formación y la difusión de conocimientos en materia de seguridad y salud en el trabajo, dirigida a trabajadoras y trabajadores, empresarias y empresarios y a organizaciones empresariales y sindicales.

45.01. Desarrollo de encuentros, seminarios, cursos y jornadas específicas de los programas contemplados en el Plan de Salud Laboral 2022-2025.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
45.01.01	Actividades formativas.	10	
45.01.02	Elaboración materiales para formación online en plataforma moodle u otras.	1	

45.02. Continuación de las actividades de difusión generales.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
45.02.01	Elaboración y difusión de newsletters.	12	
45.02.02	Elaboración y distribución calendario 2025.	12.000 ejemplares	

45.03. Mantenimiento de las actuaciones de información y difusión de personal trabajador adscrito a colectivos especiales de riesgo y atención preventiva a pequeña empresa con recursos de prevención propios, trabajo autónomo y empresas de economía social.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
45.03.01	Migración Web a ISPLN.		

45.04. Formación y seguimiento sobre investigación de accidentes de trabajo dirigidas a personal.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
45.04.01	Curso sobre Investigación accidentes a personal del SSL y personal de empresas involucrado en su realización.	2	
45.04.02	Investigación accidentes al personal de Coordinación de seguridad.	1	0
45.04.03	Investigación accidentes a Técnicos de prevención (construcción).	1	0
45.04.04	Investigación accidentes a delegados de prevención y/o sindicatos (construcción).	1	0

46. Desarrollar e implementar proyecto piloto área geográfica de Tafalla para acercar los recursos de salud laboral y mejorar la atención técnico sanitaria a la población trabajadora y empresas de la zona

46.01. Diagnóstico y estudio inicial población laboral activa y tejido empresarial y búsqueda de local

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
46.01.01	Diagnóstico y estudio inicial población laboral activa y tejido empresarial		sí
46.01.02	Búsqueda y adecuación de local en la zona		sí

46.02. Elaboración de material para difusión del proyecto piloto y coordinación con diferentes agentes de la zona

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
46.02.01	Cartelería, dípticos, nota de prensa		si
46.02.02	Reuniones con Alcaldías, Atención primaria...		si

46.03. Diseño y ejecución de campaña de visitas a empresas

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
46.03.01	Visitas a empresas		80

VI. EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

Gastos del Programa

GASTOS	**Inicial**	**Consolidado**	**Realizado**
1. Gastos de personal	21.138.476,00 €	21.180.850,40 €	20.537.629,11 €
2. Gastos corrientes en bienes y servicios	11.352.190,00 €	11.245.558,43 €	10.240.622,83 €

3. Gastos financieros	0,00 €	0,00 €	0,00 €
4. Transferencias corrientes	2.226.581,00 €	2.260.212,57 €	2.239.520,94 €
5. Fondo de contingencia	0,00 €	0,00 €	0,00 €
6. Inversiones reales	1.000.000,00 €	680.000,00 €	236.736,95 €
7. Transferencias de capital	120.000,00 €	120.000,00 €	120.000,00 €
8. Activos financieros	0,00 €	0,00 €	0,00 €
9. Pasivos financieros	0,00 €	0,00 €	0,00 €
TOTAL	**35.837.247,00 €**	**35.486.621,40 €**	**33.374.509,83 €**

Ingresos del Programa

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	395.020,00 €	395.020,00 €	418.459,56 €
4. Transferencias corrientes	30,00 €	35.749,36 €	248.829,41 €
5. Ingresos patrimoniales	10,00 €	10,00 €	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	**395.060,00 €**	**430.779,36 €**	**667.288,97 €**

PROGRAMA 540: SERVICIOS CENTRALES DEL SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA

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

II. OBJETIVOS, ACCIONES E INDICADORES DEL PROGRAMA

Objetivos/
Acciones/
Indicadores

01. Inicio de un nuevo modelo de gestión de los recursos propios.

01.01. Desarrollar un modelo asistencial integral e integrado entre los diferentes profesionales y organizaciones, que preste los servicios sanitarios desde sus diferentes ámbitos de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación, y optimizando sus dimensiones de accesibilidad, seguridad, efectividad y eficiencia.

01.02. Formular y proponer los objetivos y metas de los pactos de gestión con los distintos centros asistenciales.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
01.02.01	Pactos de gestión con centros asistenciales formulados.	5	0

01.03. Incorporar un modelo de gestión, capaz de integrar la evidencia científica en el desempeño, satisfacer las necesidades y expectativas de la ciudadanía, medir su grado de consecución, potenciar la participación de profesionales y mejorar de forma continua sus resultados.

01.04. Desarrollar una política de gestión de recursos materiales y financieros que asegure el equilibrio presupuestario y contribuya a la mejor prestación de servicios y a la sostenibilidad del sistema.

01.05. Impulsar alianzas y líneas de gestión que minimicen el impacto medioambiental y contribuyan al conocimiento, participación ciudadana, innovación e impacto social de sus actuaciones.

01.06. Evaluar el grado de cumplimiento de los pactos de gestión de los distintos centros asistenciales.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
01.06.01	Evaluación del cumplimiento de los pactos de gestión realizados.	5	0

01.07. Mantener el Cuadro de Mando Integral del Servicio Navarro de Salud y asumir las funciones de control de gestión.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
01.07.01	Cuadro de Mando Integral del SNS-O actualizado cada mes.	12	4

02. Elaborar y desarrollar un plan integral de intervención para la reducción de las listas de espera.

02.01. Establecer los sistemas de control de los tiempos de espera.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
02.01.01	Balances semanales de Lista de Espera de Consultas.	52	18
02.01.02	Balances semanales de Lista de Espera Quirúrgica.	52	18
02.01.03	Balances semanales de Lista de Espera Exploraciones Complementarias.	52	18
02.01.04	Informe de Lista de Espera publicado para el día 7 de cada mes.	12	4
02.01.05	Informe de situación respecto a los objetivos de lista de espera.	12	4

02.02. Gestionar las garantías del paciente.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
02.02.01	Personas fuera de Ley de Garantías en LEC.	Descenso del 50%	No ha habido descenso
02.02.02	Personas fuera de Ley de Garantías en LEQ.	Descenso del 50%	Descenso del 12%

02.03. Estrategias para las listas de espera. Para la consecución de los objetivos y metas estratégicas del SNS-O, en lo referente a:

· Reducir los tiempos medios de espera en consultas.

· Reducir los tiempos medios de espera en pruebas especiales.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
02.03.01	Tiempo medio de espera en primeras consultas.	Reducción en un 15%	No ha habido descenso
02.03.02	Tiempo medio de espera en pruebas especiales.	Reducción en un 15%	Descenso del 6%

03. Desarrollo del Modelo de atención integrada en base a la continuidad asistencial entre los diferentes servicios del sistema.

03.01. Desplegar la estrategia de atención a pacientes crónicos y pluripatológicos.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.01.01	Zonas Básicas de Salud con despliegue de la estrategia.	100%	100%

03.01.02	Número de perfiles incorporados a la estrategia.	11	11

03.02. Implantar modelos de atención integrada adecuados a los diferentes perfiles de pacientes en los procesos priorizados en el plan de salud.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.02.01	Modelos implantados.	2	1

03.03. Establecer cauces de interrelación entre profesionales clínicos de distintos niveles asistenciales.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.03.01	Número de grupos técnicos de trabajo de integración.	20	25
03.03.02	Número de procesos asistenciales definidos.	20	13

03.04. Impulsar las interconsultas no presenciales, consultas de alta resolución y nuevas modalidades de atención.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.04.01	Número de especialidades con Interconsulta no presencial.	18	26
03.04.02	Número de procesos con Consulta no presencial.	13	13
03.04.03	Número de procesos con circuito rápido.	5	5
03.04.04	Número de procesos con interconsulta no presencial enfermera.	6	15

03.05. Reducir la variabilidad en la práctica clínica y la tasa de ingresos potencialmente evitables.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.05.01	Variabilidad en determinaciones de HbA1 en DM 2.	Reducir 5%	si
03.05.02	Tasa de intervenciones de bajo valor.	Reducir 5%	si
03.05.03	Implantación de las recomendaciones MAPAC.	3	3
03.05.04	Reducir tasa de Ingresos potencialmente evitables.	Reducir 5%	si

03.06. Incorporar evaluación de resultados en salud.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.06.01	Desarrollo de cuadros de mandos clínicos en los procesos priorizados.	1	no

03.07. Impulsar los planes de cuidados integrados entre niveles asistenciales.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.07.01	Incorporación de planes de cuidados integrados en HCE.	100%	100%
03.07.02	Porcentaje de pacientes con informe de continuidad de cuidados al alta hospitalaria.	50%	54,99%

03.08. Definición, desarrollo e implantación de herramientas de valoración sociosanitaria y de historia clínica sociosanitaria.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.08.01	Porcentaje de ZBS formadas en utilización de herramientas de valoración sociosanitaria.	100%	100%

03.08.02	Número de procesos sociosanitarios definidos.	3	3

03.09. Garantizar la continuidad asistencial en pacientes institucionalizados.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.09.01	Porcentaje de centros residenciales formados en estrategia de crónicos.	55%	75%

03.10. Promover la mejora de la capacidad funcional de los ciudadanos con el impulso de estrategias de promoción de ejercicio físico y de rehabilitación.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.10.01	Porcentaje de ZBS que pueden derivar a talleres de fisioterapia grupal en procesos de baja complejidad.	100%	100%
03.10.02	Número de procesos definidos de mejora de la capacidad funcional.	5	5
03.10.03	Procesos con modalidad de rehabilitación domiciliaria implantada.	4	4
03.10.04	Procesos incorporados en convalecencia residencial.	2	2
03.10.05	Procesos derivación directa a Fisioterapia desde AP.	8	8

03.11. Definir requerimientos funcionales de cambios tecnológicos que garanticen una asistencia integrada.

03.12. Promover la formación en los profesionales sanitarios en los programas y acciones de la estrategia de crónicos, integración asistencial, coordinación sociosanitaria y seguridad del paciente.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.12.01	Número de acciones formativas.	16	12

03.13. Impulsar la seguridad del paciente en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.13.01	Tasa de incidentes registrados en SINASP/100 camas hospitalarias.	Mantener	no
03.13.02	Tasa de incidentes registrados en SINASPS/100000 Consultas de A.P.	>5%	sí
03.13.03	Incrementar valoraciones de riesgo de caídas.	>5%	no

04. Orientar los servicios al ciudadano y promover su autonomía.

04.01. Asegurar los derechos de la ciudadanía sanitaria en todas las dimensiones sanitarias y en la calidad integral de sus servicios. Gestión del reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria y Tarjeta Individual Sanitaria. En concreto.

· Gestión de los procesos de reconocimiento de asistencia en la CFN.

· Gestión de los procesos relacionados con su mantenimiento, actualización, provisión de información y explotación de la Base de Datos de Población del SNS-O (LAKORA).

· Gestión y actualización de la información de la Base de Datos del Sistema Nacional de Salud.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
04.01.01	Respuesta al 98% de las solicitudes.	<10 días	Si

04.02. Establecer y garantizar los mecanismos de participación de pacientes que potencien la incorporación de sus necesidades, expectativas y preferencias en el diseño y desempeño de los servicios y procesos.

· Información y reclamaciones. Atención a solicitudes, quejas y reclamaciones de las personas usuarias de los servicios y la gestión de las mismas en colaboración con los responsables de los servicios correspondientes.

· Establecer las pautas para que las Secciones, Puntos y Unidades de Atención al Pacientes de todos los Centros del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, atiendan y gestionen adecuadamente las sugerencias, quejas y reclamaciones impulsando la homogeneización y coordinación de su actividad.

· Gestionar todas las demandas de información, solicitudes, reclamaciones, etc. que la ciudadanía hace llegar a Salud a través del Buzón Salud Responde, Buzón de Mí Lista de Espera y Buzón de Atención al Paciente de Servicios Centrales.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
04.02.01	Respuesta del 98% de solicitudes, quejas y reclamaciones.	<20 días	Si
04.02.02	Gestión y respuesta de las solicitudes que provienen de Buzón de Salud Responde. Buzón de Mi Lista de Espera y Buzón de Atención al Paciente.	100%	Si

05. Fortalecimiento y desarrollo de las tecnologías de información y comunicación para facilitar la relación con los usuarios y la fluidez y eficiencia de los procesos asistenciales.

05.01. Carpeta Personal de Salud.

Desarrollo e incorporación de nuevas funcionalidades a la Carpeta Personal de Salud y promoción y difusión de la misma tanto a la ciudadanía como a la propia organización.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
05.01.01	Nuevas funcionalidades de Carpeta Personal de Salud implementadas: a. Módulo de comunicación profesional-paciente y documentación para Asistencia Especializada. b. Extensión de Videoconsulta profesional-paciente. c. Módulo de incorporación de imágenes a CPS. d. TIS digital.	3	4

05.02. Telemático web salud ciudadanía. Publicación del espacio web en la nueva plataforma Liferay. Una vez publicada la web de centros de Atención Primaria, Salud

Mental y Hospital Universitario, es necesario continuar la implantación, con contenidos de otros centros sanitarios.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
05.02.01	Web Salud Navarra_Ciudadanía. Publicación con toda la información actualizada y migrada a la nueva plataforma.	1	No
05.02.02	Web Centros hospitalarios. Inicio de los trabajos necesarios para la creación y publicación de la web del HRS.	1	No

06. Oxigenoterapia y otras terapias domiciliarias.

Durante el año 2023 y 2024 se trabajó en la elaboración de un expediente de licitación del que hubo que desistir por motivo del recurso presentado por FENIN (federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria), por lo que el servicio lo continúa prestando la empresa adjudicataria de la última licitación (llevada a cabo en el año 2015), en las mismas condiciones técnicas, y por tanto, con las mismas garantías y calidad que las recogidas en el último contrato, en tanto no se disponga de una nueva contratación.

Dicho servicio da cobertura a aquellos usuarios, beneficiarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, además de a los pacientes temporalmente desplazados, con derecho a la asistencia sanitaria pública y necesidades de terapias respiratorias y técnicas de ventilación asistida domiciliarias.

La información sobre actuaciones durante el año 2024, indican que continúa la evolución alcista en cuanto al número de usuarios que precisan de esta prestación, mayoritariamente varones (71%). La media mensual de usuarios de la prestación ha sido 15.696, de los cuales, en cuanto a terapias mayoritarias se refiere, el 17,74% han precisado oxigenoterapia (en cualquiera de sus modalidades) y el 69,11% C.P.A.P.

06.01. Adjudicar el nuevo contrato de oxigenoterapia y terapias respiratorias domiciliarias.

06.02. Control y seguimiento del contrato adjudicado.

06.03. Facilitar la prestación a aquellos pacientes que lo precisen.

07. Transporte sanitario.

Durante el año se ha seguido prestando el servicio de transporte sanitario público en ambulancias, por las mismas dos empresas de, Ambulancias Baztán Bidasoa, S.L. (BB), para las Zonas de

Pamplona, Estella-Tafalla y Baztán-Bidasoa-Alsasua y por la empresa Servicios Sociosanitarios Generales S.L. (SSG) en las demarcaciones de Tudela y Sangüesa.

Según el estudio de situación de la prestación durante el año, se llega al acuerdo del precio a retribuir a las empresas implicadas, en función de las variaciones relacionadas con la aplicación del convenio colectivo, según la evolución de gastos generales justificados y, si es el caso, y el incremento de servicios que se registra obliga, a la inclusión de nuevos vehículos. Además de ello, se contempla, estando a la espera del inicio de la actividad por parte de la empresa pública BIDEAN, el pago de los alquileres y/o renting con motivo del envejecimiento de la flota de vehículos que obliga a su renovación.

Durante el año, el control y seguimiento de la prestación de transporte sanitario, incluido el facilitar el acceso a aquellos usuarios beneficiarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, con derecho a ello, requiere un control continuo del servicio prestado por las dos empresas, así como el control del procedimiento, para con ello garantizar tanto la prestación como el uso racional de la misma.

Durante el año 2024, una vez constituida en 2023 la nueva empresa pública Transporte sanitario de Navarra, Bidean, S.L., en cuya misión está prestar el servicio de traslado sanitario de los pacientes del Sistema Público de Salud de Navarra, se ha continuado con los trámites administrativos relacionados y obligados para poder iniciar la ejecución del servicio en el primer semestre de 2025.

07.01. Control y seguimiento de la prestación del servicio de transporte sanitario en la Comunidad Foral de Navarra.

07.02. Seguimiento de la Red de Transporte programado o no urgente, identificando las áreas de mejora y propiciando cambios para su buena gestión.

07.03. Mantener la adecuada coordinación con la Dirección de protección Civil para el estudio, y en su caso propuesta de modificación o implantación de nuevas bases de permanencia, así como en el análisis y actuaciones de mejora en el transporte sanitario urgente.

07.04. Mediar entre los centros sanitarios y las empresas adjudicatarias del servicio de transporte sanitario programado a fin de incrementar la coordinación entre ellos y mejorar la eficiencia de los recursos disponibles.

07.05. Coordinarse con la Subdirección de Urgencias Extrahospitalarias para todo lo concerniente al Trasporte Sanitario Urgente.

07.06. Colaborar en el inicio de actividad de la empresa Transporte Sanitario de Navarra Bidean, S.L.

08. Asistencia en centros y servicios concertados de Navarra.

Los contratos derivados del expediente de licitación de pruebas diagnósticas (resonancias magnéticas y lectura de imagen, ecografías, colonoscopias y estudios de mama) requirieron la formalización de los diferentes expedientes de prórroga, para su continuidad (el relativo a estudios de mama, adjudicado a la UTE formada por Clínica San Miguel y Clínica Universidad de Navarra, por

voluntad expresa del adjudicatario, no fue prorrogado). No así, el contrato con la Clínica Universidad de Navarra, que sigue siendo válido hasta el año 2028.

Además de ello, tanto con la Clínica Josefina Arregui como con el Hospital San Juan de Dios, ha sido necesario la negociación y acuerdo de las tarifas a aplicar a la asistencia prestada durante el año 2024, ya que, aunque se sigue presando el servicio con las mismas garantías técnicas y de calidad que las rigentes en el último contrato, se está por determinar y formalizar el tipo de relación contractual.

En relación con la asistencia sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), durante el año 2024 se comenzó el expediente para su contratación, todo ello, en cumplimiento de la normativa vigente y teniendo en cuenta lo expresado desde los servicios de Ginecología del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, sobre la existencia de ciertos supuestos en los que por la urgencia o por la falta de infraestructura en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea es necesario contratar la IVE con centros sanitarios externos. El contrato tiene previsto comenzar en mayo de 2025 y tendrá una vigencia de cinco años.

Durante el año 2024 se continuó con la remisión masiva de pacientes, ante la urgente necesidad de reducir las listas de espera, tanto en primera consulta como en listas de espera quirúrgica, en cuya actividad han participado los centros de Clínica San Miguel y Clínica Universidad de Navarra, esta última al amparo del contrato vigente, al recoger la atención puntual derivada por este tipo de necesidad.

De todo ello, se lleva un continuo control y seguimiento, garantizando tanto el acceso a las prestaciones facilitadas por los centros contratados, bajo los requerimientos contratados, como el precio aplicado, con las revisiones mensuales que se realizan a las facturaciones presentadas por los implicados.

08.01. Administrar el contrato vigente con la Clínica Universidad de Navarra y los contratos vigentes de resonancias, ecografías, colonoscopias y estudios de mama. Licitar el nuevo contrato de terapias respiratorias domiciliarias.

08.02. Identificación de nuevas necesidades para las que se considere oportuna la contratación externa y estudios para poder propiciarlas.

08.03. Adaptar las condiciones de acuerdo con los centros concertados a la nueva estrategia de conciertos del SNS-O, en términos de planificación, coordinación, seguimiento de la actividad, y control de la facturación.

08.04. Control de la asistencia prestada a los pacientes del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea en dichos centros.

08.05. Control de la facturación de los centros concertados.

08.06. Elaboración de los convenios singulares de asistencia sanitaria con las entidades que se determinen (Hospital San Juan de Dios y Clínica Josefina Arregui de Alsasua).

09. Visado de recetas.

El visado de recetas, o autorización previa necesaria para la dispensación de determinados medicamentos o productos, sujetos a receta médica para su financiación, se realiza atendiendo a las labores de inspección atribuidas al personal médico adscrito al Servicio de Gestión de Prestaciones y Conciertos.

Para ello es preciso el conocimiento actual sobre los requerimientos del Ministerio, y en base a ellos, trabajar para el desarrollo de la automatización del proceso de visado que facilite dicha tarea, a la vez que añade garantías en su aplicación.

09.01. Continuar con la colaboración con el Ministerio de Sanidad y Política Social, aplicando sus normas y directrices en visado de recetas.

09.02. Trabajar para la automatización de procesos, en el visado, que redunden en la mejora en la atención, desburocratizar y acercar mejores soluciones funcionales a nuestros usuarios.

10. Reintegro de gastos.

Al amparo de la normativa vigente existen determinadas circunstancias en las que se prevé el reintegro de asistencias realizadas fuera del Sistema Nacional de Salud.

Durante el año 2024, se han valorado positivamente un total de 168 expedientes, por cumplir los requisitos exigidos, lo que supone el 90% del total de solicitudes.

10.01. Tramitación de esta prestación de acuerdo a la normativa vigente.

11. Prestación ortoprotésica.

La normativa de aplicación para el acceso y financiación de la prestación ortoprotésica es el Decreto Foral 33/2023, de 29 de marzo, por el que se regula la prestación ortoprotésica, en su modalidad de ortoprótesis externas y se crea el Registro de establecimientos colaboradores en la gestión ortoprotésica de Navarra. Relacionado con ello, y en aras a garantizar la adecuación de la prestación prescrita, se reconocen facultades de seguimiento y control al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, para lo que, existe la Comisión asesora técnica, constituida mediante Orden Foral 48/E/2024, de 20 de febrero, y compuesta por 4 personas adscritas al Servicio de Gestión de Prestaciones y Conciertos, una de ellas, la técnica especialista en ortoprótesis y productos de apoyo y otras cuatro personas, facultativos especialistas en Rehabilitación (una de ellas la Jefa de dicho Servicio).

Continuando con lo recogido en el Decreto, en cuanto al procedimiento del pago, establece la posibilidad de que el acceso a las prestaciones ortoprotésicas pueda facilitarse directamente, y expedirse por los establecimientos sanitarios autorizados que voluntariamente se inscriban en el Registro de establecimientos colaboradores en la gestión de la prestación ortoprotésica de Navarra, que se crea a través de dicha disposición.

En octubre de 2023 se inició el pago directo, consistente en el abono directo al establecimiento dispensador, dejando a la persona usuaria la decisión de elección sobre cualquiera de los procedimientos de abono que se regulan en el presente decreto foral (reintegro de gastos o pago directo). El nuevo procedimiento fue posible tras la puesta en marcha del Registro de Establecimientos Colaboradores y la aplicación del convenio de colaboración con el Colegio de farmacéuticos de Navarra.

Como era de esperar, el porcentaje del gasto tramitado por el procedimiento de pago directo ha pasado de ser del 6,84% del total que supuso en el año 2023 (se inició en el mes de octubre), al 80% en 2024.

Para la gestión de esta prestación se ha desarrollado, además de la aplicación de solicitudes existente en el Servicio de Gestión de Prestaciones y Conciertos, un gestor ortoprotésico, en el que están implicados facultativos que prescriben y los establecimientos colaboradores, además del personal que gestiona el abono, que abarca desde la prescripción de productos hasta su dispensación, además de la financiación y facturación de los establecimientos colaboradores.

11.01. Aplicación del Decreto Foral 33/2023, de 29 de marzo, por el que se regula la Prestación Ortoprotésica en nuestra Comunidad.

11.02. Puesta en marcha del Registro de Establecimientos Colaboradores que permita el abono directo al establecimiento dispensador de la prestación ortoprotésica.

11.03. Aplicación del convenio de colaboración con el Colegio de Farmacéuticos de Navarra para la dispensación y facturación de la prestación ortoprotésica mediante abono directo al establecimiento dispensador.

12. Asistencia sanitaria, fuera de Navarra, en el Sistema Nacional de Salud.

Tramitación, a través del registro establecido, denominado SIFCO (Sistema de Información del Fondo de Cohesión), de las solitudes de asistencia para pacientes derivados a centros públicos del Sistema Nacional de Salud, además de a los servicios, centros y unidades de referencia designados por el Ministerio de Sanidad y Política Social, solicitados por facultativos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

12.01. Facilitar y tramitar las derivaciones de pacientes a centros públicos del Sistema Nacional de Salud, solicitadas por facultativos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

12.02. Facilitar y tramitar las derivaciones de pacientes a los Servicios, Centros y Unidades de Referencia designados por el Ministerio de Sanidad y Política Social, solicitadas por facultativos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

12.03. Registro de las derivaciones a centros nacionales, en el Sistema de Información del Fondo de Cohesión dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo.

13. Desplazamientos y dietas para desplazados.

Las ayudas económicas obedecen a gastos relacionados con el desplazamiento, alojamiento y manutención, con ocasión de la necesidad de derivación de pacientes del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea fuera de la Comunidad Foral de Navarra, para su asistencia sanitaria.

Para la tramitación de estas ayudas la herramienta utilizada, a partir del mes de abril de 2024, ha sido a través del gestor de Extr@, lo que hace que sea una tramitación electrónica en todas sus fases.

Durante el año 2024 se autorizaron un total de 1.180 expedientes (7,18% más que el año anterior), correspondientes a las solicitudes realizadas por 566 pacientes.

13.01. Facilitar y tramitar las solicitudes de desplazamientos y dietas según la normativa que rige en este apartado (Orden Foral 419E/2018, de 4 de octubre) y de forma telemática mediante la aplicación Extr@.

14. Asistencia dental a disminuidos psíquicos.

Al amparo de la normativa vigente, durante el año 2024 se han realizado 82 expedientes de pagos por asistencia dental, a 61 personas con un grado de discapacidad igual o superior al 75% y un alto riesgo de desarrollar enfermedades bucodentales.

14.01. Colaborar con la unidad de salud bucodental, de la Dirección de Atención Primaria, en aquellos aspectos que puedan mejorar esta modalidad de atención.

14.02. Tramitar las solicitudes de reintegro de gastos relativos al Programa de Atención dental a Minusválidos (Orden Foral 51/2003, de 9 de mayo, del Consejero de Salud).

15. Profundización en el Uso Racional del Medicamento.

15.01. Actualización del Acuerdo Marco de condiciones de concertación de las oficinas de farmacia con el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.01.01	Actualización del Acuerdo Marco de condiciones de concertación de las oficinas de farmacia con el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea		No

15.02. Licitar el proyecto y la obra para implantar el Servicio de Farmacia Sociosanitario en un nuevo local.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.02.01	Licitar el proyecto y la obra para implantar el Servicio de Farmacia Sociosanitario en un nuevo local		No

15.03. Incorporar una residencia pública al Servicio de Farmacia Sociosanitario público y robotizar dicho servicio.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.03.01	Incorporar una residencia pública al Servicio de Farmacia Sociosanitario público		No
15.03.02	Robotizar el Servicio de Farmacia Sociosanitario público		No

15.04. Subvencionar y hacer un convenio para pagar la atención farmacéutica de 2 nuevos centros sociosanitarios privados con servicio de farmacia propio.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.04.01	Subvencionar la atención farmacéutica de 2 nuevos centros sociosanitarios privados con servicio de farmacia propio		Sí
15.04.02	Establecer convenios para la atención farmacéutica con nuevos centros sociosanitarios privados con servicio de farmacia propio		1

15.05. Ampliación de la funcionalidad de LAMIA SS para poder realizar el visado de los medicamentos y productos que lo requieran a los pacientes de los centros sociosanitarios privados.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.05.02	Ampliar la funcionalidad de LAMIA SS para poder		Sí

	realizar la revisión del visado de los medicamentos y productos que lo requieran a los pacientes de los centros sociosanitarios privados		
15.05.03	15.05.03. Nº de solicitudes de visado de medicamentos y productos que lo requieran en pacientes de centros sociosanitarios privados revisadas		2805

15.06. Licitación para la compra de productos dietoterápicos para los centros sociosanitarios privados con Servicio de Farmacia propio.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.06.01	Licitar la compra de productos dietoterápicos para los centros sociosanitarios privados con Servicio de Farmacia propio		Sí

15.07. Redacción los nuevos convenios para el pago de la atención farmacéutica en los centros sociosanitarios privados para el periodo 2025-2028.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.07.01	Establecer los convenios de colaboración por los que se establecen las condiciones de la atención farmacéutica en los centros sociosanitarios privados con servicio de farmacia propio para el periodo 2025-2028		Sí

15.08. Continuar con nuevos acuerdos marco de contratación de medicamentos con arreglo a la Ley Foral de contratos.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.08.01	Total de volumen de medicamentos en importe procedimentada su adquisición mediante la Ley Foral de Contratos.	90%	79%

15.09. Avanzar en la “prescripción” enfermera bajo protocolo.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.09.01	Nº de protocolos habilitados para “prescripción” enfermera en receta electrónica.	6	0

15.10. Avanzar en ANDIA prescripción.

15.11. Migración de los indicadores de calidad de prescripción a BARDENA difusión.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.11.01	Se ha ejecutado la migración		No

15.12. Perfeccionar los sistemas de ayuda a la toma de decisiones en farmacoterapia.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.12.01	Nº de nuevas dimensiones de seguridad implementadas.	2	0

15.13. Avanzar en la integración de profesionales de la farmacia en equipos multidisciplinares de atención a pacientes crónicos.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.13.01	Nº de revisiones informadas al clínico de la medicación de pacientes crónicos polimedicados.	1.200	1.287
15.13.02	Inicio de un pilotaje de integración de profesional de la farmacia en un equipo de atención primaria.	Sí	Sí

15.14. Impulso de la prescripción única con LAMIA SS en el entorno sociosanitario privado acoplando LAMIA SS con los diferentes programas de gestión de los centros.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.14.01	Nº de centros sociosanitarios privados con servicio de farmacia propio en los que se ha implantado la prescripción única en LAMIASS, integrando LAMIASS con sus programas propios de gestión		1

15.15. Impulsar la unificación de LAMIA SS con el programa de control de facturación en centros sociosanitarios privados.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.15.01	Unificar LAMIA SS con el programa de control de facturación en centros sociosanitarios privados		No

15.16. Impulso del Plan de Optimización del Uso de Antibióticos (PROA).

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.16.01	Nº de áreas de salud que consiguen el nivel básico de certificación PROA.	3	2

15.17. Mejora en la gestión de los botiquines en los centros de salud.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.17.01	Nº de centros de salud con sistema de doble cajón.	18	25

15.18. Impulso a la coordinación entre oficinas de farmacia y equipos de atención primaria.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.18.01	% de zonas básicas que tienen implementado el canal de comunicación con las oficinas de farmacia.	90%	95%

15.18.02	% de dispensación a través de oficinas de farmacia de medicamentos extranjeros por desabastecimiento (excluidos los de dispensación hospitalaria).	100%	100%

15.19. Gasto evitado a través de la revisión de los ficheros de facturación de medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos de los centros sociosanitarios privados con servicio de farmacia propio

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.19.01	Gasto evitado a través de la revisión de los ficheros de facturación de medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos de los centros sociosanitarios privados con servicio de farmacia propio		77.706 euros

15.20. Implantar el programa informático LAMIA SS en el centro penitenciario de Pamplona

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.20.01	Implantar el programa informático LAMIA SS en el centro penitenciario de Pamplona		No

16. Intensificación en el uso de la Historia Clínica Informatizada como pieza clave de la relación paciente-profesional.

Se han seguido desarrollando mejoras en los programas de HC de SNS-O. La documentación está registrada en la herramienta Gesprona en los programas

** 44150 que corresponden a los sistemas Irati, Atenea, Andia y HCI.*

** 44151 que incluye Carpeta del paciente y SSII de paciente critico*

** 44169 que incluye Farmacia en todas sus dimensiones*

** 44171 que incluye, citaciones e ingresos, BBDD de pacientes, y programación de quirófano*

16.01. Impulso a la extensión de la Historia Clínica informatizada en el entorno Sociosanitario.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
16.01.01	Implantación de ATENEA en el entorno Sociosanitario.	92%	88

16.02. Impulso Evaluación de Resultados. Desarrollo de Paneles de Control y Cuadro de Mandos Clínicos y de Gestión. Establecer un PdC por cada perfil de paciente crónico que se vaya incluyendo en la Historia Clínica.

16.03. Completar la digitalización (conexión con el PACS) de todas las modalidades generadoras de Imagen Médica.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
16.03.01	Implantación de banda ancha en centros de salud.	100%	98

16.04. Desarrollo de programas estratégicos con relación a la Historia Clínica Integrada: Alergias, Antecedentes, DGPs, Catálogo de Prestaciones, Tabla maestra de profesionales, Circuito de Pre-altas, maestro de nomenclátor, maestro de codificación, Interconsultas no presenciales, etc.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
16.04.01	Inicio de proyectos.	87%	87
16.04.02	Implantación proyectos.	68%	68

16.05. Optimización de hardware y software para adaptar y actualizar las aplicaciones de Salud al actual escenario tecnológico. Completar migración a W7 del 99% de puestos de trabajo del SNS-O en 2020 y comenzar la migración al nuevo SO estandarizado W10.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
16.05.01	Migración a W7.	100%	100
16.05.02	Migración a W10.	98%	100

16.06. Desarrollo de Sistema de Información de Imagen Médica.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
16.06.01	Completar la digitalización (conexión con el PACS) de todas las modalidades generadoras de Imagen Médica.	85%	85

16.07. Inicio y desarrollo de trabajos de Movilidad: Carpeta de Salud, Patologías tiempo dependientes, integración de Sistemas de Información en dispositivos móviles, etc.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
16.07.01	Inicio de proyectos.	2 proyectos	2 proyectos
16.07.02	Finalización de proyectos.	4 proyectos	4 proyectos

16.08. Desarrollo de los sistemas corporativos del Departamento de Salud y sus organismos autónomos para adecuarse a las necesidades relativas a la gestión de personal.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
16.08.01	Baremación de méritos en SAP-RRHH.	87%	87

17. Priorizar proyectos que conlleven la mejora de los sistemas de telecomunicaciones, en aras de favorecer la rapidez y confiabilidad de la red corporativa.

** Se ha acometido el mallado wifi de todos los centros de salud de atención primaria de la CF de Navarra*

** Se ha empezado el estudio de cobertura de los 3 hospitales, planificando para el 2º semestre del presente año la instalación de uno de los 2 comarcales*

** Se acometerá antes de final de año, la instalación wifi en aquellos consultorios denominados "grandes" (Pdt. de definición por At Primaria)*

17.01. Renovación electrónica de red, actualización tecnológica de redes wifi, etc.

18. El Servicio de Sistemas de Información sanitaria actuará como gestor de servicios informáticos tanto para el Departamento de salud como para el Instituto de Salud Pública y Salud Laboral INSLP, además de para el SNS-O, en aras a sistematizar, integrar y unificar la gestión de los mismos. Dicha actuación se realizará a través de las partidas que el Servicio gestiona y que se ubican en el presupuesto del SNS-O.

Se ha analizado las necesidades del ISPLN y se han puesto en convergencia con las del SNS-O en pacto reflejado entre ambas gerencias donde se especifican 20 trabajos priorizados. Lista de tareas planificadas con la responsable de cuenta del STS.

Digitalización de controles oficiales para organismos externos al ISPLN

EV implantación de IFI en un servidor

Automatización de fallecidos, resucitados, empadronados, desempadronados, y cambios de direcciones

Automatización de fallecidos, resucitados, empadronados, desempadronados, y cambios de direcciones

Registro de Cáncer de Navarra (RECNA)

Registro poblacional de Enfermedades Raras de Navarra (RERNA)

Registro de Cáncer de Navarra (RECNA)

EV2 para tener en Inmunis el NHC de los pacientes

Facilitar la comunicación en carpeta de salud de decisiones tomadas en los productos del ISPLN

Adquisición módulo de citas de MEDTRA (CINTRA)

Tableau para mostrar los datos de presupuestos/subvenciones de los diferentes servicios del ISPLN

Automatización de carga de recién nacidos

Elaboración de Cuadro de mandos para la Dirección Gerencia del ISPLN

Integración de ATENEA para la prescripción de actividades de Promoción de la Salud con Localiza Salud.

Accidentes laborales de las empresas

EV Registro y visualización único para todas las administraciones de vacunas

Extensión IT's a Tudela y Estella

19. Promoción de la seguridad y salud laboral.

19.01. Incrementar la integración de la prevención de riesgos laborales en el SNS-O de conformidad con lo establecido en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
19.01.01	Evaluaciones de riesgos y otros estudios.	250	718
19.01.02	Reuniones de Grupos de Sobrecarga de AP y Especializada.	8	8

19.02. Fomentar la participación y colaboración de los agentes sociales en el ámbito de la prevención de riesgos laborales.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
19.02.01	Reuniones del comité de seguridad y salud y reuniones previas al comité.	8	8

19.03. Desarrollar los programas de vigilancia de la salud del personal, actuación en caso de accidente y reubicaciones y adaptaciones por motivos de salud.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
19.03.01	Reconocimientos médicos Vigilancia de la salud.	2.500	2.763
19.03.02	Otras actuaciones sanitarias: Consultas Adaptaciones Reubicaciones.	3.000	5.502
19.03.03	Atención a solicitudes de valoración de riesgo durante el embarazo.	350	375
19.03.04	Atención a Accidentes Riesgo Biológico.	300	350
19.03.05	Atención a profesionales tras agresiones externas.	500	754

19.04. Mantener operativos los planes de emergencia implantados en el SNS-O.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
19.04.01	Revisión de planes de emergencia.	30	8

19.05. Desarrollar el plan de formación e información en materia de prevención de riesgos laborales dirigido a los trabajadores del SNS-O.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
19.05.01	Acciones formativas.	275	173

19.06. Mantener los controles de condiciones de trabajo establecidos por la normativa en materia de prevención de riesgos laborales dirigidos a proteger la salud de los trabajadores del SNS-O.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
19.06.01	Mediciones ambientales.	180	156

19.07. Desarrollar programas de promoción de la salud.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
19.07.01	Programas de promoción de la salud grupales.	4	4

VI. EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

Gastos del Programa

GASTOS	**Inicial**	**Consolidado**	**Realizado**
1. Gastos de personal	54.868.579,00 €	48.884.698,30 €	47.172.993,84 €
2. Gastos corrientes en bienes y servicios	100.755.092,00 €	99.103.839,40 €	97.059.757,39 €
3. Gastos financieros	10,00 €	10,00 €	0,00 €

4. Transferencias corrientes	182.856.689,00 €	184.156.237,10 €	183.982.606,30 €
5. Fondo de contingencia	0,00 €	0,00 €	0,00 €
6. Inversiones reales	19.411.493,00 €	19.595.432,01 €	17.376.736,18 €
7. Transferencias de capital	10,00 €	240.010,00 €	240.000,00 €
8. Activos financieros	0,00 €	0,00 €	0,00 €
9. Pasivos financieros	0,00 €	0,00 €	0,00 €
TOTAL	**357.891.873,00 €**	**351.980.226,81 €**	**345.832.093,71 €**

Ingresos del Programa

INGRESOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1. Impuestos directos	0,00 €	0,00 €	0,00 €
2. Impuestos indirectos	0,00 €	0,00 €	0,00 €
3. Tasas y otros ingresos	32.600,00 €	937.994,69 €	1.383.980,62 €
4. Transferencias corrientes	20,00 €	20,00 €	439.757,73 €
5. Ingresos patrimoniales	0,00 €	0,00 €	0,00 €
6. Enajenación inversiones reales	0,00 €	0,00 €	8.649.930,24 €
7. Transferencias de capital	20,00 €	20,00 €	0,00 €
8. Activos financieros	0,00 €	0,00 €	0,00 €
9. Pasivos financieros	0,00 €	0,00 €	0,00 €
TOTAL	**32.640,00 €**	**938.034,69 €**	**10.473.668,59 €**

PROGRAMA 541: SALUD MENTAL

Unidad responsable: Gerencia de Salud Mental

II. OBJETIVOS, ACCIONES E INDICADORES DEL PROGRAMA

Objetivos/
Acciones/
Indicadores

01. Promover la participación de las personas usuarias y sus familias en el proceso asistencial y en la gestión de la Red de Salud Mental de Navarra.

01.01.01 Se ha modificado la forma de preguntar en las encuestas, por lo que se actualiza la definición del indicador. Indicador: puntuación >=3,5 (indicador NPS) en las encuestas de satisfacción de usuarios y usuarias, en la pregunta relativa a su participación activa en el proceso de tratamiento. Previsto: >= 3,5

01.01. Asegurar la autonomía de las personas usuarias ofreciendo información veraz sobre las alternativas de tratamiento.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
01.01.01	Puntuación >=7 en las encuestas de satisfacción de usuarios y usuarias, en la dimensión participación activa en el proceso de tratamiento.	80%	4,2

01.02. Incluir la figura de agente de apoyo mutuo en dispositivos asistenciales comunitarios.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
01.02.01	Incluido agente de apoyo mutuo en el equipo.	SI/NO	En proceso

01.03. Incluir a representantes de asociaciones de personas usuarias y familiares en grupos de trabajo y comisiones de Salud Mental.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
01.03.01	Participación en comisiones o grupos de trabajo.	>=2	3

02. Promoción y prevención de la salud mental de la población general.

02.01. Participación de profesionales de Trabajo Social de Centro de Salud Mental (CSM) en el diseño de protocolos municipales para la coordinación de la atención de violencia contra la mujer.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
02.01.01	Reuniones de trabajo realizadas.	10	>10

02.02. Promover la salud mental de la población general.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
02.02.01	Colaboración con el Instituto de Salud Pública (ISPL) en la elaboración del Plan de Promoción y Prevención de la Salud Mental.	SI/NO	SI
02.02.02	Diseño de campaña anual de comunicación positiva.	SI/NO	SI

03. Prevención de los trastornos mentales en población específica.

03.04.01: pendiente de finalización de la última fase por parte del servicio informático.

03.01. Detección e intervención en situaciones de violencia contra la mujer.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.01.01	Procedimiento de detección e intervención en los servicios de la Red de Salud Mental.	SI/NO	SI
03.01.02	Formación de los equipos asistenciales en la	>=90%	> 90%

	detección temprana.		

03.02. Detección precoz de primeros episodios de psicosis en grupos de riesgo y atención primaria (AP).

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.02.01	Duración en meses del Trastorno Psicótico no tratado (excluir outliers).	<14 meses	11,6

03.03. Detección e intervención precoz en situaciones de riesgo para la salud mental en la infancia.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.03.01	Nº de actuaciones relacionadas con crianza positiva para personas con Trastorno Mental Grave (TMG) con hijos a su cargo.	1	1

03.04. Implementar intervenciones preventivas que contribuyan a la continuidad asistencial en población infantojuvenil con factores de riesgo asociados.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.04.01	Desarrollo e implantación de panel de control de población infantojuvenil con factores de riesgo asociado en CSM.	SI/NO	En proceso
03.04.02	Participación en reuniones de Red con servicios sociales, sanitarios y entidades que intervienen en la atención.	SI/NO	SI

04. Prevención y atención a las conductas suicidas.

04.01. Desarrollo de intervenciones de prevención del suicidio.

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
04.01.01	Participación en la formación de todos los agentes intervinientes en la prevención del suicidio: profesionales sanitarios, Educación, cuerpos de seguridad y medios de comunicación.	SI/NO	SI
04.01.02	Mantenimiento y actualización de página web sobre el suicidio.	SI/NO	SI

04.02. Fomentar un adecuado seguimiento de las personas que hayan realizado una tentativa suicida, asegurando la accesibilidad y continuidad asistencial entre los distintos niveles implicados.

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
04.02.01	Código Suicidio: evolución del panel de control y seguimiento de tentativas de suicidio en Historia Clínica Informatizada (HCI).	SI/NO	SI
04.02.02	Nº de activaciones de Código Suicidio.	>=250	312

04.03. Elaboración de un protocolo de atención a las conductas suicidas en la Red de Salud Mental.

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
04.03.01	Seguimiento de la intervención en posvención.	SI/NO	SI
04.03.02	Colaboración con Atención Primaria y con el Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial en el diseño y desarrollo de un protocolo de prevención y actuación de la conducta suicida.	SI/NO	SI

05. Impulsar la mejora de la imagen y prevenir el estigma de las personas con enfermedad mental.

05.01. Aumento de la presencia proactiva en los medios de comunicación mediante noticias de Salud Mental positiva y los trastornos mentales con una finalidad educativa en la ciudadanía.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
05.01.01	Presencia en los medios de comunicación con temática relacionada con población infantojuvenil, suicidio y bienestar emocional.	>=3	22

06. Mejorar los cuidados y la experiencia de pacientes.

06.06.02 El profesional valora en cada caso la necesidad del uso de la TIC.

06.01. Orientar la organización a la mejora de la accesibilidad.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
06.01.01	% de Agendas programadas a 3 y 6 meses.	>90%	94 %

06.02. Gestionar la organización de la actividad para una adecuada y pronta atención.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
06.02.01	% de personas en lista de espera con cita.	80%	88 %
06.02.02	Reducción de los tiempos de espera (demora media prospectiva).	<=30	38
06.02.03	% de ingresos que cumplen: ingreso preferente en Hospital de Día (HD) menor a 10 días.	75%	72,4 %
06.02.04	Ingresos urgentes en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) < 1 día.	100%	96 %
06.02.05	Espera media de ingresos preferentes en UHP.	<10 días	7,9
06.02.06	Mejorar el tiempo de respuesta de interconsultas psiquiátricas urgentes del Hospital Universitario de	0 días	0,19

	Navarra (HUN).		
06.02.07	Tiempo de respuesta de interconsultas psiquiátricas preferentes del HUN.	<3 días	2,81
06.02.08	Ingreso normal o preferente en 15 días o menos en Unidad de Media Estancia (UME)+ ingresos normal o preferente en 30 días o menos en Unidad de Larga Estancia (ULE) y Hospitalización total (de lunes a domingo) en unidad de rehabilitación (R1).	90%	89 %

06.03. Promover la intervención de los equipos de salud mental comunitarios en aquellas poblaciones con mayor riesgo social y sanitario.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
06.03.01	Intervención con menores cumpliendo medidas judiciales.	SI/NO	SI
06.03.02	Coordinación mensual con el equipo del Centro Penitenciario para la detección y el análisis de áreas de mejora.	SI/NO	SI
06.03.03	Desarrollo de un programa de tratamiento asertivo-comunitario.	SI/NO	SI

06.04. Establecer modelos de intervención consensuados en el proceso de diagnóstico y planificación del tratamiento e intervención terapéutica en todos los CSM.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
06.04.01	Reuniones de equipo para análisis de casos en CSM.	SI/NO	SI

06.05. Impulsar en los CSM modelos resolutivos de intervención en crisis.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
06.05.01	Seguimiento de los indicadores clave de la intervención en crisis en los pactos de gestión.	SI/NO	SI

06.06. Potenciar la atención de los CSM en las zonas básicas rurales con menor accesibilidad.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
06.06.01	Incrementar la Interconsulta No Presencial en CSM.	>10%	2 %
06.06.02	Implantación y desarrollo de un protocolo de atención a través de TIC.	SI/NO	NO

06.07. Mejorar el abordaje integral de los Trastornos Adictivos y Patología Dual en la Red de Salud Mental de Navarra.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
06.07.01	Programa asistencial de Trastornos Adictivos y Patología Dual actualizado anualmente y accesible en la intranet de Salud Mental.	SI/NO	SI
06.07.02	Elaboración e implementación de procedimientos de intervención multidisciplinar en trastornos adictivos, en los CSM en grupos especialmente vulnerables.	SI/NO	SI
06.07.03	Reorganizar el Hospital de día de Trastornos Adictivos para intervenciones de alta intensidad.	SI/NO	NO

06.08. Colaboración de Atención Primaria con Salud Mental.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
06.08.01	Colaboración en el desarrollo e implantación del programa de psicología en Atención Primaria.	SI/NO	SI

06.08.02	Elaboración del procedimiento de detección, evaluación y actuación de riesgo de suicidio en Atención Primaria.	SI/NO	SI

06.09. Potenciar la atención psicoterapéutica grupal en pacientes con Trastorno Mental Común.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
06.09.01	Existencia de grupos Barlow en CSM.	100%	90 %

06.10. Garantizar y sistematizar actividades de apoyo y psicoeducación a familiares o cuidadores de personas con trastornos mentales.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
06.10.01	Intervención familiar de pacientes con pacientes de alta complejidad.	>=2023	2023 = 6% 2024 = 6,9%

06.11. Fomentar la cultura de Humanización.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
06.11.01	Actualización y seguimiento de la Estrategia de Humanización en Salud Mental.	SI/NO	SI
06.11.02	Nº de acciones relacionadas con la Humanización.	10	37
06.11.03	Implementación en la intranet sanitaria Auzolan de un espacio de registro de acciones de humanización.	SI/NO	SI

06.12. Potenciar la cultura de seguridad del paciente en la organización:

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
06.12.01	Notificaciones en el Sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente (SINASP) por cada 100 camas.	60	86
06.12.02	Seguimiento de la Estrategia de Seguridad en la Red de Salud Mental por la Comisión de Seguridad de Salud Mental.	SI/NO	SI

07. Mejorar la eficiencia de la red de salud mental.

07.05.02: se ha redefinido el concepto del indicador entendiendo que el referente debe ser a nivel de caso. 7.11.01: Activa la INP con nutrición - 07.13.01. La fase de implementación depende de los servicios de sistemas informáticos; por prioridades de tareas, no lo han terminado. La fase de desarrollo, realizada por Salud Mental, está terminada.

07.01. Impulsar el uso de TIC.

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
07.01.01	Desarrollo de la utilización de videoconsultas a través de la Carpeta Personal de Salud.	SI/NO	SI
07.01.02	Potenciación del uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para profesionales mediante la plataforma de AUZOLAN.	SI/NO	SI
07.01.03	Difusión de información de gestión a los profesionales a través de plataforma de AUZOLAN.	SI/NO	SI
07.01.04	Diseño, desarrollo e implantación en HCI de herramientas para la detección e identificación de situaciones de violencia contra las mujeres.	SI/NO	SI
07.01.05	Facilitar la disponibilidad del uso de gafas de realidad virtual.	SI/NO	SI

07.02. Implementar evaluaciones estandarizadas en todos los servicios de la Red de Salud Mental de Navarra (RSMNa).

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
07.02.01	Evaluación estandarizada del riesgo de suicidio: unidades de hospitalización de pacientes agudos y subagudos, y recursos intermedios de la Red de Salud Mental.	100%	100 %

07.03. Impulsar el uso racional y de calidad de los medicamentos.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
07.03.01	Uso relativo de medicamentos sin ventajas terapéuticas.	7,45	6,66
07.03.02	Reducción de la prescripción de fármacos antidepresivos y ansiolíticos.	<=2023	<=2023
07.03.03	Conciliación de la medicación al ingreso y al alta en todos los recursos de hospitalización de SM: implementación de OBSERVA.	SI/NO	SI
07.03.04	Cumplimiento del protocolo de uso y administración de Esketamina en la Red de SM.	SI/NO	SI

07.04. Aumentar la intervención psicológica en la RSMNa.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
07.04.01	Implantar y mantener programas de psicoterapia grupal (Nº agendas grupales abiertas en CSM).	>=2023	<2023
07.04.02	Mantener el número de agendas de psicología clínica abiertas a Atención Primaria.	>=2023	=2023

07.05. Impulsar el empleo de psicoterapias regladas y basadas en la evidencia.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
07.05.01	Definir en cada CSM un referente de conocimiento para el abordaje del Trastorno Límite de Personalidad.	SI/NO	SI
07.05.02	Definir en cada CSM un referente para el abordaje psicológico del Trastorno Adictivo (terapia motivacional y prevención de recaídas).	SI/NO	SI

07.06. Mejorar la efectividad y resolución de los CSM.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
07.06.01	Interconsultas no presenciales con AP con respuesta en menos de 72 horas.	80%	86,6
07.06.02	% de altas sobre el total de primeras consultas.	20-25%	27,6

07.07. Mejorar la efectividad y resolución de los Hospitales de Día.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
07.07.01	Implementación y desarrollo de programa de Trastorno Límite de Personalidad.	SI/NO	SI
07.07.02	Desarrollo de un programa intensivo en el abordaje de pacientes complejos con Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA).	SI/NO	SI
07.07.03	Estancia media en HD generalistas de adultos.	<=50 días	57,4 días

07.08. Mejorar la efectividad y resolución de los Servicios de Psiquiatría de los Hospitales Generales.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
07.08.01	Estancia media en UHP.	<20 días	17,82

07.09. Mejorar la efectividad y resolución las unidades de hospitalización de SM.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
07.09.01	Estancia media, Unidad de Media Estancia (UME) 100 días.	<100 días	77,9
07.09.02	Estancia media, Unidad de Larga Estancia (ULE) y Unidad de Rehabilitación (UR) 200 días.	<200 días	143

07.10. Mejorar la efectividad y resolución en la Unidad de Admisión y Atención al Paciente de Salud Mental (UAPA).

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
07.10.01	Asuntos resueltos en < 20 días.	>=2023	2023=79,7 2024=78,5

07.11. Promover y protocolizar medidas de atención a la salud general de las personas con trastornos mentales graves prolongados.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
07.11.01	Desarrollo de herramientas de intercomunicación necesarias para promover y protocolizar la atención a la salud general de las personas con enfermedad mental en la RSMNa (interconsulta no presencial-inp bidireccionales enfermería).	SI/NO	SI

07.12. Tendencia a contención mecánica 0.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
07.12.01	Reducción contenciones mecánicas respecto al año anterior.	SI/NO	NO
07.12.02	Ingresos involuntarios en hospitalización de Salud Mental.	<=2023	>2023 (391 en 2024, 371 en 2023)

07.13. Desarrollar los sistemas de información de RSMNa.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
07.13.01	Desarrollo e implementación del Código Suicidio en ANDIA.	SI/NO	NO
07.13.02	Evolución de las fuentes de los sistemas de información para gestión.	SI/NO	SI
07.13.03	Estudio y diseño de indicadores de atención especializada que aporten información para gestión.	SI/NO	SI

08. Coordinación intrainstitucional.

08.01. Potenciar los mecanismos de coordinación de la Gerencia de Salud Mental con los diferentes servicios asistenciales de la RSMNa.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
08.01.01	Nº de reuniones regladas.	40	>40

08.02. Mejorar la coordinación de Salud Mental con el resto de Servicios de Salud.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
08.02.01	Nº de reuniones regladas realizados.	15	>15

09. Interinstitucional.

09.01. Coordinación interdepartamental con Órganos Judiciales.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
09.01.01	Elaboración de procedimiento de coordinación con el Servicio de Ejecución Penal y Justicia Restaurativa de Navarra (SEPJURNA).	SI/NO	SI
09.01.02	Establecimiento de canales de comunicación para la toma de decisiones en casos complejos.	SI/NO	SI

09.02. Coordinación interdepartamental con Instituciones Penitenciarias.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
09.02.01	Establecimiento de reuniones anuales.	SI/NO	SI

09.03. Mejorar la coordinación con Salud Mental de los Departamentos del Gobierno de Navarra y agencias involucradas en la mejora de la salud mental y la atención a las personas con trastornos mentales.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
09.03.01	Nº de grupos interinstitucionales en que participa salud mental.	3	> 3
09.03.02	Nº de reuniones de la Comisión interdepartamental de prevención y atención al suicidio.	3	5

10. Potenciar la formación continuada de profesionales para mejorar la calidad de la asistencia.

10.01.04 No se ha llevado a cabo la Encuesta de Clima Laboral en el año 2024

10.01. Favorecer la formación continuada de profesionales gestionada desde Salud Mental.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
10.01.01	Nº de actividades de formación continuada.	>20	28
10.01.02	Nº de actividades de formación continuada sobre seguridad del paciente.	>=2	2
10.01.03	Nº de actividades de formación continuada sobre Humanización.	1	4
10.01.04	% de profesionales con puntuación>=7 en la dimensión satisfacción con la formación recibida. (Encuesta de Clima Laboral).	80%	

10.02. Dinamizar y organizar, de forma estructurada, actividades que impulsen el desarrollo profesional vinculado a la creación de conocimiento.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
10.02.01	Diseño de actividad formativa con temática acorde con las líneas estratégicas de Salud Mental adaptado en tiempo y profundidad a las necesidades de intervención de los diferentes profesionales.	>=1	>=1
10.02.02	Nº de actividades de gestión del conocimiento organizadas en los equipos (Sesiones clínicas de formación interna acreditadas).	7	7

11. Desarrollo de Unidad Docente Multiprofesional a las nuevas necesidades.

11.01. Incorporación a la nueva plaza de MIR Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
11.01.01	Residente incorporado a la plaza UDM acreditada.	SI/NO	SI

11.02. Desarrollo de la Unidad Docente Multiprofesional.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
11.02.01	Realización de talleres mensuales de profundización en las tres disciplinas (MIR/PIR/EIR).	SI/NO	SI
11.02.02	Realización de sesión multidisciplinar mensual de residentes.	SI/NO	SI

11.03. Potenciar las acciones docentes en todos los centros y equipos de la RSMNa.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
11.03.01	Nº tutores.	13	13
11.03.02	Nº colaboradores docentes.	>=65	72
11.03.03	Nº de profesionales de la Red de Salud Mental con implicación docente en sesiones docentes de residentes, por curso académico.	50	57

12. Fomentar la implicación de profesionales.

12.01. Favorecer el trabajo en equipo para la toma de decisiones.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
12.01.01	Reuniones de organización interna establecidas en agenda en la totalidad de los recursos.	SI/NO	SI

13. Participación de profesionales en la gestión.

13.01.02 Han participado en la evaluación. En 2025 se inicia la elaboración del nuevo Plan.

13.01. Impulsar la participación de profesionales para el desarrollo del Plan de Salud Mental.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
13.01.01	Nº de comisiones y grupos de trabajo en funcionamiento en la RSMNa.	10	14
13.01.02	Participación de los profesionales en la elaboración del nuevo Plan de Salud Mental.	SI/NO	SI

13.02. Potenciar el conocimiento y la autonomía en la gestión de las agendas de trabajo de los profesionales de CSM.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
13.02.01	Acciones de sensibilización con los profesionales.	SI/NO	SI

14. Mejora de la gestión de la Red de Salud Mental de Navarra (RSMNa).

14.01. Desarrollar los pactos de gestión por objetivos fundamentados en el Plan de Salud Mental de Navarra, Contrato programa con el SNS-O y otras estrategias de la organización.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
14.01.01	Pactos de gestión por cada servicio de la RSMNa.	100%	100 %

14.02. Mejorar la coordinación de los centros propios de la RSMNa con los concertados.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
14.02.01	Reuniones de seguimiento y coordinación de conciertos con CCTT.	SI/NO	SI

15. Mejora de la organización funcional de los servicios de la RSMNa.

15.01.01: El indicador se refiere al programa Trastorno Límite de Personalidad (TLP). 15.04.01. Razones presupuestarias han bloqueado el desarrollo de la obra, por lo que no se ha creado el GT.

15.01. Centros de Salud Mental.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.01.01	Designación de referentes de programas en cada CSM.	100%	100%

15.02. Servicios Infanto-Juveniles.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.02.01	Reorganización funcional del CSMIJ con equipos por sectores.	SI/NO	SI
15.02.02	Implementación de modalidad intensiva ambulatoria en hospital de día Infantojuvenil.	SI/NO	SI

15.03. Hospitales de Día.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.03.01	Implementación de modalidad intensiva ambulatoria en hospitales de día.	>=2	4

15.04. Servicios de Psiquiatría de los Hospitales Generales.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.04.01	Organización de un Grupo Técnico de Trabajo (GTT) para la planificación y ejecución de la nueva infraestructura de hospitalización del HUN.	SI/NO	

15.05. Servicios de Trastornos Adictivos.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.05.01	Informes de alta con datos mínimos establecidos.	>=90%	94 %

15.05.02	Implantar el acceso a HCI desde CCTT.	SI/NO	En proceso

15.06. Centro San Francisco Javier.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.06.01	Desarrollo e implementación del Plan Funcional de Unidades Residenciales.	SI/NO	SI
15.06.02	Desarrollo e implementación del Plan de Prevención de Caídas en Unidades Residenciales.	SI/NO	SI

16. Programa de Coordinación Socio-Sanitaria.

16.04.01 En 2024 se ha mantenido la oferta de 2023. El incremento de estas plazas depende de los conciertos que hace el Departamento de Derechos Sociales con las entidades.

16.01. Seguimiento de las personas en residencias asistidas para personas con enfermedad mental por parte de los CSM.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
16.01.01	Pacientes en plaza RAEM con evaluación anual de idoneidad según cronograma.	>80%	81,27%

16.02. Desarrollar y coordinar los programas y circuitos asistenciales integrados entre la RSMNa y otros Departamentos del Gobierno de Navarra.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
16.02.01	Programa de Centros Ocupacionales.	SI/NO	SI
16.02.02	Programa de Trastorno Mental Grave.	SI/NO	SI
16.02.03	Programa de Psicogeriatría.	SI/NO	SI

16.03. Impulsar la actualización del Plan de Acción Socio-Sanitaria en colaboración con el Departamento de Derechos Sociales, Economía Social y Empleo.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
16.03.01	Colaboración en la detección de necesidades de recursos sociosanitarios para trastorno mental grave (TMG).	SI/NO	SI

16.04. Incremento de la oferta de servicios sociosanitarios y sociales, primando los de tipo comunitario sobre los residenciales.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
16.04.01	Nº de plazas nuevas en viviendas con apoyo.	5	<5

VI. EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

Gastos del Programa

GASTOS	**Inicial**	**Consolidado**	**Realizado**
1. Gastos de personal	27.530.318,00 €	28.961.369,81 €	28.581.231,39 €
2. Gastos corrientes en bienes y servicios	13.370.918,00 €	12.031.694,36 €	11.618.793,10 €
3. Gastos financieros	0,00 €	0,00 €	0,00 €
4. Transferencias corrientes	142.000,00 €	142.000,00 €	139.342,93 €
5. Fondo de contingencia	0,00 €	0,00 €	0,00 €
6. Inversiones reales	796.500,00 €	796.500,00 €	795.117,91 €
7. Transferencias de capital	90.000,00 €	90.000,00 €	90.000,00 €

8. Activos financieros	0,00 €	0,00 €	0,00 €
9. Pasivos financieros	0,00 €	0,00 €	0,00 €
TOTAL	**41.929.736,00 €**	**42.021.564,17 €**	**41.224.485,33 €**

Ingresos del Programa

INGRESOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1. Impuestos directos	0,00 €	0,00 €	0,00 €
2. Impuestos indirectos	0,00 €	0,00 €	0,00 €
3. Tasas y otros ingresos	40.520,00 €	42.068,89 €	838.325,65 €
4. Transferencias corrientes	20,00 €	20,00 €	7.196,59 €
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	**40.540,00 €**	**42.088,89 €**	**845.522,24 €**

PROGRAMA 543: HOSPITAL UNIVERSIATARIO DE NAVARRA

Unidad responsable: Gerencia del Hospital Universitario de Navarra

II. OBJETIVOS, ACCIONES E INDICADORES DEL PROGRAMA

Objetivos/
Acciones/
Indicadores

01. Disponer de infraestructuras del hospital mejoradas y adecuadas.

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

Diverso equipamiento de asistencia vital, ecografía y monitorización, así como equipos de ginecología, laboratorio, esterilización y anatomía patológica principalmente.

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

Se han realizado diferentes intervenciones, entre las que cabe señalar: reforma Pabellones N2ª, N4ª y H4ª; refuerzo estructural quirófano HUN-B; reforma esterilización HUN-A; ampliación oficinas y despachos de la Dirección de profesionales; adecuación de salas para la implantación de 8 nuevas salas de Rx; obras de accesibilidad en baños en Centro San Martin y baño para pacientes ostomizados en CCI.

01.03. Mejora de las infraestructuras y condiciones hoteleras de los servicios y unidades priorizados. Preparación de la licitación para la reforma integral de la hospitalización edificio general de HUN-B.

Terminado y revisado el Proyecto de Ejecución de reforma del bloque general del HUN-B. Se encuentra pendiente de dotación económica para su licitación. Al mismo tiempo, se está realizando un estudio para poder ampliar la superficie de hospitalización en el HUN-B.

01.04. Continuar con la adecuación de la estructura física del Hospital Universitario de Navarra a su nueva estructura orgánica unificada.

Proyecto Unidad del Sueño, Obra Hemodinámica y Electrofisiología, Obra mejora seguridad HUN, Obra de ampliación Unidad Psiquiátrica Infanto-Juvenil.

01.06. Coordinación para la realización del módulo penitenciario.

Tras la puesta en común y visto bueno al Proyecto, la obra dará comienzo en junio de 2025 y tendrá una duración de 3 meses.

01.10. Instalación de equipos de alta tecnología: Neuronavegador, Sala de Hemodinámica, Electrofisiología y reposición equipos de Radiología:

- Salas 2 y 3 del CCI; Salas 1 y 2 Urgencias HN; Salas 23 y 25 Centro San Martín; Salas 8 y 20 del HVC.

- Arcos en C: 2 minis-arcos para HVC y CU; 3 arcos para HVC; 1 arco para CU.

01.08. Inicio licitación proyecto UCI Pediátrica

El Proyecto de Ejecución de la UCI Pediátrica se encuentra en proceso de revisión. La obra está prevista que se licite en agosto de 2025, iniciando en abril de 2026 y finalizando en diciembre de 2027.

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. Inicio de la licitación para la reforma integral de la hospitalización edificio general de HVC.

01.04. Continuar con la adecuación de la estructura física del Hospital Universitario de Navarra a su nueva estructura orgánica unificada.

01.05. Incorporación de dos aceleradores lineales con fondos europeos.

NO APLICA

01.06. Adecuación de espacios para la instalación de equipos de alta tecnología financiados con fondos europeos, PET CT, y SPECT TC, escáner y resonancia magnética, sala de cardiología y salas de radiología.

NO APLICA

01.07. Incorporación de equipos de alta tecnología, PET CT, y SPECT TC, escáner y resonancia magnética, sala de cardiología y salas de radiología.

NO APLICA

01.08. Inicio licitación proyecto UCI Pediátrica

01.09. Coordinación para la realización del módulo penitenciario.

01.10. Instalación de equipos de alta tecnología: Neuronavegador, Sala de Hemodinámica, Electrofisiología y reposición equipos de Radiología.

02. Desarrollar proyectos de Integración.

02.01. Coordinación con otros centros hospitalarios para la provisión de camas hospitalarias convencionales y de críticos.

Se ha mantenido el trabajo de coordinación con otros centros hospitalarios (Hospital San Juan de Dios, CUN, Cl. San Miguel) para procurar dar respuesta al aumento de presión hospitalaria debida a la contingencia de virus respiratorios en población pediátrica y del adulto. Se ha utilizado el recurso

para procurar disponibilidad de camas de críticos y evitar pacientes pendientes de disponer de cama para ingreso en Urgencias o tener que desprogramar cirugías.

Se ha dado soporte a las necesidades de los hospitales comarcales de pacientes complejos o críticos

Se ha establecido un grupo de trabajo en dirección con reuniones matutinas para evaluar diariamente la situación para optimizar el recurso cama, realización de acciones diarias en función de la situación y atención de las incidencias.

02.02. Plan de contingencia del centro para COVID, gripe y VRS y olas de calor.

A las reuniones de preparación desde la Dirección y las diarias de gestión de camas se ha sumado este año reuniones de trabajo periódicas con los servicios principalmente afectados para exponer la situación del centro y previsión, planificación de acciones, acuerdo común de procesos y circuitos, disminución de la variabilidad, optimización del recurso cama y de la atención y gestión de incidencias. Se han detectados áreas de mejora que han supuesto cambios organizativos y aspectos a optimizar para la próxima contingencia.

La presión hospitalaria en urgencias y hospitalización, durante el periodo de contingencia con la disponibilidad de espacio físico (camas) y profesionales es un reto asistencial y organizativo necesario para procurar una atención adecuada de los pacientes con infecciones respiratorias y otros procesos asistenciales o quirúrgicos necesarios en el mismo periodo. humanos, recursos físicos, tecnológicos y financieros para dar la respuesta adecuada.

02.03. Seguimiento del desarrollo de gestión clínica en el Área del Corazón.

Se sigue trabajando en facilitar que el Área del Corazón pueda avanzar en el modelo de gestión asistencial. En este sentido, se está avanzando en la estrategia del área, potenciando la integración de indicadores del área de enfermería.

Acciones relevantes realizadas durante 2024:

• Implementación de los circuitos de asistencia del código shock.

• Reorganización de los circuitos de derivación de consultas.

• Informatización de indicadores de resultado de los procedimientos de cardiopatía estructural, cirugía cardiaca y electrofisiología.

• Reorganización de las camas de hospitalización de la planta D1.

• Potenciación de la investigación con 3 data manager dentro del Área Clínica del Corazón.

• Publicación de los protocolos de consulta con la "Guía práctica de Cardiología".

• Iniciación del Grupo de insuficiencia cardiaca avanzada.

02.04. Potenciación de las unidades funcionales multidisciplinares y cuidados paliativos. Seguimiento de cáncer de pulmón, colorrectal, ginecológico y oncopediatría.

En 2024, se continúa potenciando el modelo de gestión clínica en las Unidades funcionales multidisciplinares (UMD) implementadas: UMD de cáncer ginecológico (UMD-CG), UMD de cáncer

colorectal (UMD CC), UMD de cáncer de pulmón (UMD-CP),) y UMD de cáncer de la infancia y adolescencia (UMD CIyA).

Así mismo se ha trabajado en la definición de la Unidad Multidisplinar de c de mama, completando la fase cero y la fase 1.

UMD-CG (cáncer ginecológico): Nueva ficha en HCI y avances en investigación.

Desde febrero de 2024 se encuentra operativa la nueva ficha de HCI "Datos generales (nueva), versión 2.0" de esta UMD. Su desarrollo ha requerido del trabajo coordinado de personal asistencial de la UMDCG, el servicio de Gestión, Información y Evaluación (sección de sistemas de información e historia clínica informatizada) y el propio SAGyCA. Esta nueva ficha pretende dar respuesta a las necesidades surgidas durante el proceso asistencial y facilitar el registro de los datos del Proyecto de investigación Regina.

A lo largo del 2024 se han mantenido diversas reuniones con el grupo de investigación del proyecto Regina centrado en el estudio de la calidad de vida de las pacientes mediante cuestionarios específicos desarrollados por la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC), dada su amplia experiencia de uso, y teniendo en cuenta que son cuestionarios ampliamente contrastados y validados. Se han incluido en la base de datos del estudio a las pacientes con cáncer ginecológico desde el año 2007 al 2018. Se han creado además diversos grupos de trabajo para la consecución de diferentes líneas de investigación según la localización de los tumores: endometrio, ovario, cérvix y vulva.

UMD-CCR (cáncer colorrectal). Formación dirigida a Atención Primaria y actualización de protocolos.

Se ha realizado una actividad formativa de actualización sobre el protocolo asistencial y el seguimiento de los pacientes con cáncer colorrectal, dirigido a Atención Primaria. Paralelamente se ha realizado una revisión y actualización de los protocolos existentes. La revisión de los protocolos y la organización del curso se ha realizado de manera coordinada con personal sanitario tanto de la UMDCCR como de AP, con el apoyo de los equipos del SAGyCA de AP y del HUN. Los protocolos actualizados están disponibles en Auzolan.

UMD-CIA (Cáncer Infantil y de la Adolescencia). Habilitación de espacio de consulta para la gestión y atención de los pacientes y familiares.

En 2024 se ha habilitado el espacio de consulta en la quinta planta del área materno infantil.

UMD-CP (cáncer de pulmón). Implantación de los 4 planes de acción del proyecto OncoHuman

Se ha continuado con el desarrollo del proyecto Oncohuman, dirigido a optimizar el proceso asistencial del cáncer de pulmón en el HUN. En consonancia con la Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra, este proyecto se orienta a identificar aspectos de mejora e iniciativas que contribuyan a mejorar la atención a los pacientes con cáncer de pulmón.

Durante 2024 se ha ultimado la priorización y establecido los grupos de trabajo y la hoja de ruta de las cuatro iniciativas priorizadas. Así mismo se ha realizado el informe global del proyecto. Las cuatro iniciativas priorizadas son las siguientes:

1. Establecer un profesional de referencia en cada servicio y una vía de contacto disponible para resolver dudas de los pacientes y contactar en caso de necesidad.

2. Consolidar la figura de enfermería gestora de casos en todas las etapas del proceso asistencial del paciente con cáncer de pulmón.

3. Establecer y definir la información que se debe compartir con los pacientes.

4. Elaborar un plan de mejora continua de la UMD de cáncer de pulmón, que incluya un cuestionario para recoger y evaluar el frado de satisfacción de los pacientes.

Estas iniciativas se encuentran en distintos momentos de desarrollo.

02.05. Inicio UMD de Cáncer de Mama

UMD-CM (Cáncer de mama). Definición de la UMD de cáncer de mama. Fase cero y fase 1

El proyecto dio comienzo con la reunión de la Fase cero en el mes de enero de 2024, en la que se confirmó el compromiso del Comité de Tumores de Mama para la transformación a UMD y se definieron los miembros que van a participar en el Grupo de Trabajo Core y el Grupo de Trabajo Ampliado. El proyecto fue comunicado al Comité Director de Atención integral y Continuidad Asistencial del SNS-O en su reunión de 9 de febrero de 2024, obteniendo su conformidad al mismo.

El grupo de trabajo CORE inició la fase 1 del proyecto el 16 de febrero de 2024. Durante 3 meses y medio, diseñó el análisis DAFO con la posterior identificación y priorización de las líneas estratégicas a seguir para la implementación de la UMD de cáncer de mama. Todas ellas tienen como objetivo implementar acciones de mejora en el proceso de atención a las pacientes.

Paralelamente, en el mes de abril de 2024, se realizó con Panel Health el estudio "Proyecto formativo y de consultoría en Experiencia de Paciente del equipo multidisciplinar de cáncer de mama del Hospital Universitario de Navarra". Se trata de un estudio de experiencia de pacientes centrado en los puntos de interacción entre los profesionales y los pacientes a lo largo de su proceso de atención, a través de entrevistas abiertas y de observación directa. Este estudio identificó necesidades, emociones, motivaciones y expectativas del ecosistema de la unidad multidisciplinar, que se incorporaron a la propuesta de acciones de mejora.

Para desarrollar las diferentes ideas de mejora propuestas, se crearon dos grupos de trabajo: el Grupo de trabajo Comité de Cáncer de Mama y el Grupo de trabajo de Gestión de casos. Ambos grupos comenzaron a trabajar en el mes de junio y propusieron acciones específicas.

El Grupo de Gestión de Casos ha realizado el análisis detallado del itinerario en fase diagnóstica de pacientes con sospecha de cáncer de mama origen programa de cribado, origen At. Primaria y origen CASSyR-Urgencias para detección de puntos de mejora y ha propuesto mejoras en el circuito de atención.

Simultáneamente y basándose en todos estos cambios planteados por el Grupo de Gestión de casos, el Grupo de Comité de Cáncer de Mama ha trabajado en la reorganización de las reuniones del comité y de la presentación de los casos con el objetivo de mejorar la eficiencia de sus reuniones. Del mismo modo, se ha trabajado en el diseño de una nueva ficha de HCI con el objetivo de facilitar

la redacción de las actas con las decisiones adoptadas por el comité y la integración de dicha información en la historia clínica de las pacientes.

02.06. Participación en el proceso de CCC con EURONET WORK

Se han mantenido reuniones tanto con el coordinador del CCC en España, el ICO, como con representantes del Ministerio para solicitar que Navarra, además de ser centro asociado, pudiera participar como centro piloto.

Se han realizado las acciones para la contratación de una gestora de proyecto.

Se ha comunicado con los servicios clínicos, así como con la dirección de Servicios Centrales el alcance del CCC.

02.07. Impulso a la coordinación Primaria – Especializada

Implementación del nuevo circuito de atención a los pacientes con sospecha de apnea obstructiva del sueño.

En el último trimestre de 2023 y primer semestre de 2024 se trabajó en un grupo multidisciplinar con Neumología y Atención Primaria para establecer un nuevo protocolo de Atenea para la apnea obstructiva del sueño, con información necesaria para realizar una valoración no presencial del paciente y posterior indicación de la prueba directa sin necesidad de consulta presencial previa en Neumología.

En octubre de 2024 se puso en marcha el nuevo circuito de atención a los pacientes con sospecha de apnea obstructiva del sueño (SAOS) derivados desde Atención Primaria.

Mejora de la coordinación entre Atención Primaria y Cardiología.

En 2024 se ha seguido trabajando en un grupo multidisciplinar el consenso de protocolos de actuación de pacientes con patología cardíaca entre Atención Primaria, HUN, HGO y HRS. Queda pendiente para principios de 2025 la divulgación del documento y la implementación de los cambios en Atenea y Auzolan.

Mejora de la derivación desde Atención Primaria a los CASSyR

Existen distintas formas de acceso a las prestaciones de salud sexual y reproductiva, en función del profesional que atiende al paciente y la necesidad o no de la realización de orden médica de derivación. En 2024 se han modificado las órdenes médicas a los CASSyR.

02.01. Coordinación con otros centros hospitalarios para la provisión de camas hospitalarias convencionales y de críticos para hacer frente a enfermedades respiratorias causadas por virus.

02.02. Plan de contingencia del centro para COVID, gripe y virus respiratorio sincitial (VRS).

02.03. Seguimiento del desarrollo de gestión clínica en el Área de Corazón.

02.04. Potenciación de las unidades funcionales multidisciplinares y cuidados paliativos. Seguimiento de cáncer de pulmón, colorrectal, ginecológico y oncopediatría.

02.05. Inicio Unidad Multidisciplinar de Cáncer de Mama

02.06. Participación en el proceso Comprehensive Cancer Center (CCC) con EURONET WORK

02.07. Impulso a la coordinación Primaria - Especializada

03. Desarrollar proyectos de Gestión.

03.01. Impulso de pactos de gestión integrados para el personal médico y de enfermería.

Evaluados los Pactos de Gestión integrados los 8 Servicios y las Unidades de Cuidados que los componen con una valoración global entre 95-100 puntos. Realizada la revisión para la firma del siguiente compromiso bianual 2025-2026 con la incorporación de algunos indicadores de mejora relacionados con el análisis de caídas, codificación de consultas y temas de seguridad de pacientes.

No ha sido posible incorporar en 2024 más Unidades funcionales integradas, pero se trabaja en la planificación de la extensión de este modelo de integración de la gestión multidisciplinar en los próximos años.

03.03. Mantenimiento de la interconsulta especializada no presencial a todos los servicios susceptibles de tener esa modalidad de atención del HUN. (INPs)

Implementación de nuevas INPs de enfermería. En 2024 se han implementado nuevas INPs de enfermería en Urología, Unidad del Dolor, Alergología, Unidad de Terapia Intravenosa y las cuatro UMDs de cáncer.

Se ha elaborado un tableau de la INP enfermera para poder conocer la actividad realizada. En 2024 ha habido un incremento de un 156,4% en la actividad de las INPs enfermera del HUN.

En cuanto a las INP médicas AP-AE en 2024 se han respondido 68.828 INPs, un 31,6% más que en 2023. En más de la mitad de los servicios el plazo de respuesta es inferior a 72 horas en más del 90% de las INPs.

Así mismo se ha implementado INP AP-AE con chat en las INPs de Pediatría y se ha extendido la INP con imagen para la atención en dermatología.

03.04. Potenciación de la telemedicina en el ámbito de atención especializada.

Avances sobre los trabajos abiertos y despliegues:

Carpeta Personal de Salud (CPS):

• Finalizado el nuevo acceso por representación.

• Disponible la opción de mostrar analíticas en CPS.

• Se inician los trabajos para poder subir ficheros PDF e imágenes no DICOM a CPS, así como para la incorporación de documentos por parte del paciente.

• Extensión de la implementación de la modalidad de teleconsulta a través de CPS en el HUN a los servicios priorizados. Se ha realizado un análisis de las dificultades que presenta la implementación de la teleconsulta a través de carpeta personal de salud (CPS) en el HUN, así como una estrategia de implementación. Se han seleccionado los servicios de Pediatría, Neurología, enfermería de Traumatología de Ubarmin y Geriatría para comenzar a implementar la teleconsulta por CPS. Firma biométrica de documentos: se extiende a Oncología Radioterápica.

En 2024 se Implementa la teledermatología como única vía de derivación desde Atención Primaria mediante interconsulta no presencial (INP) con imagen. El dermatólogo valora el caso derivado desde Atención Primaria y es capaz de resolver sin necesidad de citar al paciente en consulta en el 68% de las INPs.

Nuevo circuito de teleconsulta para pacientes con glaucoma. En septiembre de 2024, con el objetivo de mejorar la atención a los pacientes de glaucoma y ajustarse a sus necesidades de revisión, se ha puesto en marcha el circuito llamado de "teleglaucoma" donde los pacientes pueden intercalar visitas médicas presenciales con consultas de pruebas y visitas médicas telefónicas.

Plataforma Navarra MHealth: se continúa con la integración de funcionalidades externas de telemedicina. Se termina la integración de SocialDiabetes y se continúa con LibreView.

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

Se ha realizado el seguimiento y apoyo técnico a las unidades del HUN que trabajan en la Estrategia del Paciente Crónico y Pluripatológico en coordinación con el Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial del SNS-O y con el Servicio de Apoyo a la Gestión Clínica y continuidad asistencial de la Dirección de Atención Primaria.

A lo largo del año el Comité Técnico de la Estrategia se ha reunido en 6 ocasiones (6/2/24; 14/3/24; 17/6/24; 5/9/24; 26/9/24; 31/10/24).

Se han potenciado los contactos directos con las unidades de crónicos mediante reuniones programadas e impulsado acciones formativas.

El 6 de octubre se celebró en la Facultad de Ciencias de la Salud la III Jornada de cronicidad con la que se conmemoraban los 10 años del Programa. Se presentó la evaluación de la estrategia tras 10 años de andadura.

En junio se iniciaron los grupos de trabajo de Fibrosis Pulmonar Idiopática (19/6/24) y Parkinson (21/6/24 y 22/7/24) para trabajar en su adecuación a la Estrategia de Crónicos.

Se han mantenido reuniones de trabajo con los servicios implicados para revisión de criterios distribución de pacientes en ingresos y derivación de pacientes desde triaje de urgencias.

Desde la unidad de demencias se han ofertado sesiones formativas a residencias de mayores a propósito de dudas de casos clínicos que llegaban por medio de INP a la unidad. Geriatría y Neurología junto con las enfermeras de enlace hospitalaria conducían la sesión durante 60 minutos. En el año 2024 se realizaron 5 sesiones clínicas en los meses de febrero a junio (23/2,22/3,26/4,31/5,21/6). Tras esta experiencia desde el HUN se ha propuesto la realización de

sesiones clínicas a propósito de casos entre los centros de primaria y las unidades hospitalarias de referencia en el caso de los perfiles de pluripatológico y demencia.

A lo largo del año 2024 se han mantenido reuniones de trabajo en el SNS-O y en el Departamento de salud estudiando las distintas opciones organizativas y especialmente las acciones formativas necesarias para el desarrollo de la estrategia paliativa en el paciente crónico en todos los niveles asistenciales.

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

Se sigue potenciando la hospitalización a domicilio, aunque disminuye sus ingresos anuales hasta los 3.317, una disminución del 17,93% respecto a 2023, y alcanza las 29681 estancias, un 1,34% menos que el año anterior.

En cuanto a los hospitales de día médicos, aumentan casi todos sus indicadores de actividad, atendiendo en 2024 a 22.463 pacientes distintos (un 9,59% más que en 2023), con 101.804 tratamientos (+4,0%), 64.364 consultas presenciales médicas (+10,4%). En cambio, se alcanzan las 21.852 consultas presenciales de enfermería, disminuyendo ligeramente respecto al año anterior (-5,1%).

La ambulatorización quirúrgica ve también aumentada su actividad llegando a las 12.282 asistencias en hospitales de día quirúrgicos, lo que supone un aumento del 1,1% respecto a 2023.

A lo largo del año 2024 se ha avanzado en el proyecto del Hospital de Día Polivalente del HUN-B (P5).

Por un lado, se ha seguido trabajando en el diseño de su organización en dos áreas: la solicitud de tratamiento de HD por parte de los servicios y la prescripción de los tratamientos.

Por otro lado, se ha ido adecuando la programación de la agenda madre del HD en función de los recursos humanos disponibles, las peticiones de los Servicios y Unidades implicadas y las revisiones de actividad efectuadas. La última actualización de la programación de la agenda madre se realizó el pasado mes de mayo de 2024, llevándose a cabo, posteriormente, una auditoría de actividad de los meses de junio y julio de 2024, cuyos resultados muestran una adecuación a la programación establecida en la agenda madre a las necesidades.

A lo largo del año 2024, el Hospital de Día Polivalente P5 ha implementado en su rutina habitual de trabajo la utilización del cuaderno de citación diseñado en este proyecto. Este sirve a modo de control diario de pacientes citados y, además, permite ubicar a cada paciente en un sillón determinado, por lo que sirve para organizar diariamente el trabajo.

03.07. Participación en Cribado de Cáncer de Cervix.

El HUN participa activamente en el Plan de prevención de cáncer de cérvix de útero. La participación general hasta el momento es del 70,55% y la de las personas del área de pamplona, área de referencia del HUN, del 70,19%.

El análisis de muestras de toda Navarra se realiza en el Servicio de Anatomía Patológica del HUN, En 2024 Anatomía Patológica analizó: 20.348 muestras para detección de VPH, 547 cotest y 843 Citologías.

Los CASSyR, dependientes del Servicio de Ginecología del HUN realizaron: 2.077 consultas para la detección de VPH de forma presencial, realización de citologías o cotest y 364 primeras consultas para colposcopias.

03.01. Impulso de pactos de gestión integrados para el personal médico y de enfermería.

03.02. Impulso a la coordinación primaria-especializada.

NO APLICA

03.03. Mantenimiento de la interconsulta especializada no presencial a todos los servicios susceptibles de tener esa modalidad de atención del HUN.

03.04. Potenciación de la telemedicina en el ámbito de atención especializada.

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 Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

03.07. Participación en Cribado de Cáncer de Cervix.

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

04.01. Mejorar los sistemas de información, a través de la innovación y la integración de los productos y herramientas propias en la Organización, para un mejor desarrollo de la gestión clínica de los servicios.

Trabajos destacados implementados en 2024:

• Se habilita la opción de Incapacidad Temporal desde HCI para el servicio de Digestivo (Colonoscopias).

• Participación en el circuito del proyecto NAGEN

• Se realizan mejoras en HCI para las acreditaciones ISO del Servicio de Genética y Hematología.

• Creación de nuevas alertas para todos los servicios en HCI.

• Colaboración en los circuitos rápidos de detección de cáncer de pulmón.

• Realización de mejoras en el servicio de Urgencias para la atención a los pacientes (derivación inversa, código sepsis)

• Se colabora con los hospitales de día para la mejora de sus circuitos.

• Pilotaje de la INP Nefrología pediátrica con ANDIA Gestor de Peticiones y Resultados (AGPR)

• Se habilita la INP AE-AE para el servicio de Cirugía Maxilofacial.

• Se mejora la automatización de solicitud de INP a Cardiología ante la solicitud de RMN a pacientes con marcapasos.

• Se implementan prestaciones nuevas en los servicios de los CASSyR, Radiología, Rehabilitación, Cirugía Cardiaca, Genética, Medicina Nuclear, Unidad de Terapia Intravenosa.

• Se modifica el circuito de solicitud de prestaciones en Oncología Radioterápica y se crean prestaciones nuevas.

• Se modifican en HCI los protocolos de prescripción de Insulinas para todos los servicios

• Introducción del circuito de solicitud a Farmacia de medicación especial

• Se mejora la recogida de información de pacientes con disfagia en su paso por distintos servicios.

• Se diseña e implementa la ficha de maltrato para disponer de información en pacientes mayores

• Cambios en los documentos de anticoagulación entre Primaria y Especializada.

• Implementación de los siguientes documentos en HCI: 58 retirados, 98 actualizados, 19 incorporados y 109 nuevos.

04.02. Desarrollo de modelos de gestión en servicios y unidades (avance en certificaciones ISO, Modelos de gestión avanzada, certificaciones de sociedades científicas)

Certificaciones ISO:

En 2024, se obtiene la certificación inicial en los siguientes servicios/unidades:

- Las unidades de Esterilización del HUN en la Norma ISO 9001:2015

- El Servicio de Genética en la Norma ISO 15189:2023 para cinco técnicas: X frágil, Hemocromatosis (HFE), JAK-2, DPYD y Cariotipo.

Así mismo en 2024 se ha avanzado en la implementación del sistema de gestión de calidad en los siguientes servicios/unidades/técnicas en el HUN, estando prevista su certificación oficial en 2025:

- La técnica de Hemograma de los servicios de Análisis clínicos y Hematología –Hemoterapia por la Norma ISO 15189:2023. Se ha finalizado la implementación y realizado la auditoria externa de certificación.

- Las técnicas de determinación de cargas virales por la Norma ISO 15189:2023 (Muestra: Plasma; Técnica: determinación de cargas virales de: Hepatitis B, Hepatitis C, VIH, Eipstein-Barr, Citomegalovirus, BK; Equipos: Cobas 6800, Cobas 5800, Genexpery) y Aguas y líquidos de diálisis (endotoxinas y cultivo microbiológico) del servicio de Microbiología. Se ha finalizado la implementación y realizado la auditoria externa de certificación.

- La Unidad Funcional de Formación del HUN por la Norma ISO 9001:2015. Se ha iniciado el proceso de implementación.

- La técnica de coagulación por la Norma ISO 15189:2023. Se ha iniciado el proceso.

Además, se han mantenido las certificaciones ISO con las consiguientes auditorías de seguimiento y de recertificación de acuerdo a las Normas UNE-EN ISO 9001:2015 y 15189:2023 en los siguientes servicios/unidades:

- ISO 9001:2015 Farmacia (seguimiento)

- ISO 9001-2015 Genética (seguimiento)

- ISO 9001-2015 Medicina Nuclear (seguimiento)

- ISO 9001-2015 UFI de Radioterapia (seguimiento)

- ISO 15189 5 técnicas de Genética.X frágil, Hemocromatosis (HFE), JAK-2, DPYD, Cariotipo (seguimiento)

- ISO 9001:2015 de la Sección de Nutrición Clínica (recertificación)

- ISO 9001:2015 del Servicio de Anatomía Patológica (recertificación)

- ISO 9001:2015 Banco de sangre y tejidos de Navarra (recertificación).

Certificaciones CSUR:

Acreditación del HUN como CSUR (Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud) en dos técnicas que realiza el Servicio de Digestivo. Tras superar la fase de evaluación inicial en 2023, en febrero de 2024 se superaron las auditorías externas en ambos proyectos y, el 20 de noviembre de 2024, se publica la Orden Ministerial que acredita y designa al HUN como centro de referencia a nivel nacional para los siguientes procedimientos endoscópicos que realiza el Servicio de Aparato Digestivo.

- Tratamiento endoscópico avanzado mediante POEM en acalasia primaria tipo III del adulto.

- Drenaje guiado por eco endoscopia de la obstrucción bilio-pancreática compleja

Certificaciones en 2024 por Sociedades científicas y otros sistemas no ISO:

- Certificación de Excelencia en la implementación del Decálogo de eliminación de la hepatitis C en hospitales. Asociación Española para el Estudio de Hígado (AEEH) reconoce al HUN la excelencia en la implementación del Decálogo de eliminación de la hepatitis C en hospitales.

- Acreditación de la fase 2D de la IHAN (Iniciativa para la Humanización de la atención al Nacimiento y Lactancia). Iniciativa avalada por la OMS, que reconoce a los centros sanitarios comprometidos con la humanización y la mejora de las prácticas de atención a la lactancia y salud materno infantil.

*- Servicio de hematología Certificación JACIE. Estándares internacionales para la recolección, procesamiento y administración de productos hematopoyéticos de terapia celular FACT-JACIE. Versión 8.0. Unidad de Transplante de Progenitores Hematopoyéticos/TPH**

- Servicio de Neumología: Certificación por SEPAR

• Endoscopia y Neumología intervencionista (Unidad Especializada con grado de excelencia)

• Asma (Unidad Especializada de alta complejidad con grado de excelencia)

• Enfermedades pulmonares intersticiales (EPID) (Unidad Especializada con grado de excelencia)

• Cuidados intermedios respiratorios (UCRI) (Unidad Especializada)

- Servicio de Oncología Médica. American Society Clinical Oncology (ASCO) Certificación mediante el programa ASCO-QOPI

- Unidad de Diabetes Pediátrica. Programa educativo sobre terapia con sistemas de infusión continua de insulina.

- Banco de sangre y Tejidos de Navarra. Griffols (auditoría externa de plasma).

04.03. Impulso a la implantación de buenas prácticas en Cuidados (BPSO).

El Hospital Universitario Nacional (HUN) continúa participando en el Programa de Centros comprometidos con la excelencia en Cuidados BPSO®.

Después de un período de candidatura entre 2015 y 2017, el HUN se ha ido reacreditando como centro comprometido con la excelencia en Cuidados incorporando en cada redesignación una nueva guía BPSO®.

Actualmente, en el nuevo periodo de redesignación 2022-2024, el HUN ha trabajado con las siguientes guías:

- Cuidados y mantenimiento de los accesos vasculares para reducir las complicaciones

- Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión

- Atención del Ictus mediante la atención continuada

- Cuidados Centrados en la Persona y la Familia

- Valoración y manejo del dolor

- Apoyo a adultos que esperan o viven con una ostomía

Para garantizar la sostenibilidad del proyecto BPSO®, en 2024 realizamos varias acciones destacadas:

1. Nueva inscripción y participación activa de 204 profesionales, con diversos roles y perfil profesional que permite promover un trabajo interdisciplinar que integra diferentes perspectivas y habilidades para alcanzar objetivos comunes.

2. Desarrollo de nuevas formaciones continuadas con realización de mínimo 1 curso de formación específica para cada guía, con un total de 22 ediciones formativas y un volumen de 1.115 discentes matriculados y 631 discentes finalmente certificados en el 2024.

3. Realización de investigación en cuidados bajo el paraguas del proyecto con:

o Participación en proyectos de investigación liderados y vinculados a BPSO®:

1. Proyecto ReviMed: obtención de beca competitiva del GN con desarrollo de implantación de realidad virtual para disminución dolor y ansiedad en pacientes con punción venosa. Guía de accesos vasculares.

2. Proyecto Spad-Care: continuación de proyecto con beca competitiva. Evaluación de la APP SPAD-CARE como instrumento para la gestión de los PICC (catéteres centrales de inserción periférica) e integración en los sistemas de información sanitaria. Guía Accesos Vasculares

o Intensificación de profesionales para potenciar la investigación en cuidados:

1. BPSO persona y familia: intensificación anual con proyecto centrado en medir la percepción de la calidad de vida de pacientes con cáncer de útero y cérvix durante su proceso clínico.

o Difusión de resultados de investigación e implantación de evidencia mediante la presentación de 9 comunicaciones en congresos nacionales e internacionales y 4 publicaciones en revistas indexadas de alto impacto.

4. Difusión de recomendaciones basadas en evidencia, mediante redes sociales y el boletín interno del HUN, para que lleguen a todos los profesionales del centro: 1 píldora informativa por guía/mes.

5. Desarrollo de una memoria final del proyecto con presentación de todas las acciones desarrolladas dentro de cada guía.

04.04. Mejora en la difusión de la información sobre resultados de la actividad de los Servicios del HUN, incorporando indicadores de calidad y facilitando el reporte en herramientas dinámicas y personalizables.

Se continúa con la elaboración de cuadros de mando con formatos interactivo Tableau para los servicios. Se crean nuevos informes sobre: indicadores de enfermería, pactos de gestión, cuidados paliativos, procedimientos especiales de especial complejidad, urgencias, PET y gammagrafías, lista de espera de consultas, hiuperfrecuentadores y programación de consultas.

Además, se implementan 21 informes interactivos específicos para peticiones de información de profesionales y de la Dirección.

04.01. Mejorar los sistemas de información, a través de la innovación y la integración de los productos y herramientas propias en la Organización, para un mejor desarrollo de la gestión clínica de los servicios.

04.02. Desarrollo de modelos de gestión en servicios y unidades (avance en certificaciones ISO, Modelo de gestión avanzada, certificaciones de sociedades científicas, etc.)

04.03. Impulso a la implantación de buenas prácticas en Cuidados (BPSO).

04.04. Mejora en la difusión de la información sobre resultados de la actividad de los Servicios del HUN, incorporando indicadores de calidad y facilitando el reporte en herramientas dinámicas y personalizables.

04.05. Establecer objetivos de Gestión.

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
04.05.01	% de consultas ordinarias atendidas <45 días para primera consulta.	95%	44,28%
04.05.02	% de consultas preferentes atendidas <15 días para primera consulta.	95%	33,84%
04.05.03	% de altas sobre sobre el total de altas de consultas externas.	22%	22,45%
04.05.04	Tasa de ambulatorización quirúrgica.	40%	54,99%
04.05.05	Satisfacción global con el hospital.	8	8,80
04.05.06	Tasa de reingresos urgentes <30 días mismo Servicio.	3%	4,47%
04.05.07	% de ingresos de pacientes cubo rojo con informe de continuidad de cuidados.	98%	57,90%

05. Mejora de la sostenibilidad.

05.01. Uso Racional del Medicamento en el HUN (uso relativo de medicamentos de baja eficiencia, etc.)

Desde la Subdirección de Farmacia se proponen anualmente unos objetivos respecto a indicadores de uso racional, avalados con revisiones sistemáticas y referencias de bibliografía, que se incorporan a los Servicios en sus Pactos de Gestión.

En el año 2024 se consigue parcialmente los objetivos marcados para cada apartado, lo que hace necesario continuar avanzando en esta línea:

Respecto a equivalentes terapéuticos se obtiene un 37,65% frente a una meta de 36,39%, por lo que este año, a diferencia del anterior, se alcanzan los objetivos marcados. También se logran la meta pactada en AINEs y Enf. Cardiovascular, alcanzando un 4,12%. Los medicamentos sin ventajas terapéuticas, no llegan con un 14,26% a la meta del 12,15%. Los biosimilares incrementan anualmente situándose a fin de 2024 en un 90,80%, muy cerca del 91,47% del objetivo marcado. En el porcentaje de uso de morfina frente al resto de opioides se logra un 27,03%, aunque no se alcanza la meta del 30,27%.

05.02. Propuesta y evolución en el HUN de medidas de efectividad definidas en la comisión para la mejora de la adecuación de la práctica asistencial y clínica (MAPAC).

Durante el año 2024, se ha trabajado a través de la comisión MAPAC en:

- La adecuación de la radiografía de tórax de control tras diagnóstico de neumonía.

- La adecuación de las indicaciones de la ecografía dóppler cerebrovascular extracraneal y dúplex transcraneal.

- En la adecuación del cribado prenatal de la toxoplasmosis

- En la adecuación de la profilaxis y tratamiento de la osteoporosis inducida por corticoides.

Paralelamente se trabaja con los Servicios en la definición de objetivos de Choosing-wisely o medidas de "no hacer" con indicadores anuales incluidos en los Pactos de Gestión. El 100% de los Servicios tienen en 2024 indicadores con registro de fichas de indicadores, definidos y acordados con el Servicio de Gestión, Información y Evaluación.

05.03. Mejora en la eficiencia energética y en la gestión de residuos. Economía Circular.

Se continúa con la instalación de luminarias Led, así como con el plan de segregación de residuos. Se han celebrado sesiones de economía circular a los servicios asistenciales.

05.01. Uso Racional del Medicamento en el HUN (uso relativo de medicamentos de baja eficiencia, etc.).

05.02. Propuesta y evolución en el HUN de medidas de efectividad definidas en la comisión para la mejora de la adecuación de la práctica asistencial y clínica (MAPAC).

05.03. Mejora en la eficiencia energética y en la gestión de residuos. Economía Circular.

06. Mejora de la accesibilidad del ciudadano al Sistema Sanitario.

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

El incremento de listas de espera durante el año 2024, ha supuesto un reto importante para la gestión de la actividad del HUN, siendo un factor determinante diferencial con años previos, el aumento de absentismo derivado de la nueva normativa Ley foral 12/2023 de permisos por antigüedad, difíciles de cobertura en personal facultativo

Consultas:

a) Actividad propia:

- Primeras: 231.726 (-0,42% respecto a 2023)

- Sucesivas: 475.915 (+4,40% respecto a 2023)

b) Lista de espera:

- Primeras: 51.642 (-4,75% respecto a 2023)

- Sucesivas: 137.849 (+2,50% respecto a 2023)

Intervenciones quirúrgicas:

a) Actividad vinculada a LEQ: 26.036 (+0,16% respecto a 2023)

b) Lista de espera: 9.148 (+26,60% respecto a 2023)

Exploraciones complementarias de especial seguimiento:

a) Lista de espera: 24.466 (+15,57% respecto a 2023)

Con este escenario, se ha realizado un esfuerzo con los Servicios, analizando recursos, agendas y rendimientos. Acciones principales:

1. Mejora en la gestión de las LE de Alergología:

- Reorganización de las agendas de rinoconjuntivitis

2. Mejora en la gestión de las LE de Oftalmologia:

- Nuevo circuito de optometrista/oftalmólogo para derivaciones relacionadas con la agudeza visual.

- Implantación del circuito de teleglaucoma.

3. Mejora en la gestión de la LE de C Vascular

- Circuito asistencial con enfermería para patología venosa y revisiones de patología arterial

4. Mejora en la gestión de LE Cirugía General

- Circuito asistencial para el alta de revisiones para Hernia sencilla de pared abdominal y Colecistectomías

5. Mejora en la Gestión de la LE de Rehabilitación

Circuito asistencial con fisoterapeutas y logopedas

6. Nuevo circuito asistencial de Dermatología: Derivación no presencial con imagen de dermatoscopia. Se reduce la derivación y atención presencial de las primeras consultas al 30%.

7. Se ha posibilitado realizar actividad extraordinaria, que de manera global se concreta en:

- Consultas médicas: 41.616 (+27,35% respecto a 2023)

- Exploraciones complementarias: 16.955 (+29,01% respecto a 2023)

8. Así mismo, se han realizado 26 Programas extraordinarios para la Lista de Espera (PLEs) de Intervenciones quirúrgicas en distintas especialidades en los que se han llevado a cabo 4.467 intervenciones.

9. Mejora en la coordinación con AP e integración asistencial:

- Elaboración de protocolos consensuados: Cardiología, anticoagulación, CASSyR, Neumología, …

- Circuitos rápidos para procesos donde puede empeorar el pronóstico: estenosis de canal, anquiloglosia, dolor torácico.

- Promover mensajes claros en los informes, sobre todo al alta de consulta.

- Abordaje integral de la patología de raquis.

- Interconsulta no presencial: INP AP-AE, INP AE-AE, INP enfermeras.

10. Protocolización interna para disminuir variabilidad práctica médica (Oftalmología, Cardiología, ORL,…).

11 Optimización administrativa:

- Duplicidades intraservicio.

- Duplicidades por el mismo proceso en servicios relacionados.

- Identificación de volantes derivados erróneamente.

12. Filtrado de volantes para hacer primeras consultas perfiladas: Traumatología, Cardiología.

13. Valoración de volantes: Cardiología, Rehabilitación-Raquis médica, Endocrino, Digestivo, …

Objetivos:

- Captación de pacientes más graves o que requieren una atención rápida.

- Solicitud de pruebas complementarias para que la 1ª consulta sea más resolutiva.

- Consulta telefónica con informe y alta..

- Citación en agenda específica (ahorro de 1ª consulta general), inclusión directa en fisio grupal o consulta fisio individual.

14. Nuevos circuitos de atención:

- Valoración no presencial de pacientes derivados desde AP a Neumología por SAOS (30% derivación a 1ª consulta desde AP).

- Teleglaucoma: citación en consulta de enfermería para realización de pruebas y posterior consulta telefónica médica (se ven más pacientes en agenda de consulta telefónica que en consulta presencial).

- Realización de calendario vacunal por Medicina Preventiva en pacientes inmunodeprimidos en consulta no presencial.

- Potenciar la teleconsulta a través de CPS.

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%	18,29%
06.01.02	% de procedimientos quirúrgicos con Ley de	95%	73,83%

	Garantía < 120 días realizados dentro de Ley.		

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

07. Impulso de prácticas seguras en el Hospital.

07.01. Mejorar el sistema de identificación inequívoca de pacientes y muestras.

Se ha ido avanzado en los proyectos que faltan de identificación correcta. En el año 2024 se finalizó el proyecto para la identificación correcta de leche materna.

07.02. Promover el uso seguro de la medicación. Desarrollar y extender el Programa de Conciliación de medicación hospitalaria.

A lo largo de 2024, en el HUN se ha avanzado en varias líneas de trabajo relacionadas con el uso seguro del medicamento:

En relación a la elaboración de medicamentos de alto riesgo, se robotiza la preparación de la quimioterapia del paciente adulto (enero), y de las nutriciones parenterales del paciente adulto (marzo). Ambos robots tienen como objetivo minimizar al máximo los errores de preparación, introduciendo barreras por imagen, lectura de códigos y gravimétricas, además de permitir lograr la trazabilidad de todo el proceso y del resultado, incluido lote del medicamento utilizado.

En relación a la prescripción de medicamentos de alto riesgo, se comienza a pilotar la prescripción quimioterápica del paciente oncohematológico ingresado en panta. Se habilitan los protocolos terapéuticos, y se forman y dan de alta en el sistema a los usuarios (médicos y enfermeras). Permitirá, además de una prescripción más segura, la lectura de la mezcla, previa a la administración por parte de enfermería, comprobando el paciente, protocolo, medicamento y dosis.

En relación al paciente crítico, se realizan desarrollos informáticos para la nueva versión de SICCA del paciente de UCI pediátrica.

Se habilita en la base de datos de medicamentos, un marcado de Medicamento de Alto Riesgo (MAR) para su posterior utilización en los posibles aplicativos que la consumen (HCI, Irati, FarHo).

Se amplía la cartera de antibióticos que se monitorizan, desde la unidad de farmacocinética (gentamicina)

Conciliación de medicamentos: Se llevan a cabo mejoras informáticas en FarHo-validación, para facilitar el trabajo de conciliación de la medicación de los pacientes de Urgencias Observación, y se habilita una ficha de HCI para el registro de las conciliaciones farmacéuticas, para su posterior visualización por parte del facultativo de Urgencia.

07.03. Impulsar el Programa de Prevención de infección. Implantación PROA hospitalario

En el año 2024 continuamos con el impulso del Programa de Prevención de Infección, desarrollo de líneas de acción desde la Comisión de Infecciones y la Implantación del PROA en el Hospital

Universitario de Navarra. Se han mantenido las reuniones mensuales de la Comisión de Infecciones, con actas documentadas que reflejan el progreso y las acciones realizadas.

Durante este año 2024 se avanzó en la certificación del HUN como PROA básico, y se remitió la documentación necesaria tras cumplir todos los requisitos necesarios. Nuestro objetivo sigue siendo alcanzar los niveles de PROA avanzado y PROA excelente en los próximos años, para lo cual es necesario desarrollar la parte asistencial e implantar la herramienta informática del Ministerio o similar.

Se desarrollaron los mapas de sensibilidad/resistencia de los patógenos del hospital y el consumo de fármacos, con su comunicación al Hospital.

Se actualizo la guía antimicrobiana del Hospital

Se abordaron los temas sobre procesos, brotes o fármacos en la Comisión.

Se consolido la jornada de comunicación desde la Comisión a la dirección/gerencia y profesionales del HUN.

07.04. Avanzar en la prevención de complicaciones en relación con el cuidado del paciente.

En el plan de seguridad 2021-25 del Hospital, el programa 4 se dedica a la prevención de complicaciones en relación con el cuidado del paciente. El equipo de trabajo responsable continua en el desarrollo de las distintas acciones, entre otras:

Prevención de caídas:

- Adaptación de baños sin barreras arquitectónicas en las habitaciones de pacientes de todas las habitaciones del H4, 4 baños del N2º y 2 baños del N3.

- Antideslizante en las duchas (de momento pabellón E y D2) y entradas del hospital. SE está trabajando para que se eche en todas las unidades.

- Participación proyecto INCAES

- Rondas de seguridad

- Jornada de caídas 2024

- Entrega documentación a familiares " Cuida tu ingreso"

Prevención UPP

- Formación en las unidades por las guías BPSO

Prevención de falta de movilidad articular en pacientes hospitalizados durante largos periodos de tiempo.

- Fisioterapia trabaja en los pacientes de larga estancia de las unidades de críticos y los hospitalizados.

Prevención de IAAS.

- Formación en higiene de manos, avance con los proyectos Zero

- Colocación de triada en las habitaciones del HUN

- Formación en adecuación profilaxis antibiótica

Prevención del delirio y síndrome confusional en pacientes hospitalizados

- Formación en los servicios con mayor impacto, se están adquiriendo y poniendo en las unidades, medidas de soporte para mejorar, como relojes, luces etc

Mejora del registro para continuidad del cuidado

- Sesiones de formación en las unidades de hospitalización y área quirúrgica

Cirugía segura

- Implementación marcaje lateralidad de pacientes

Identificación de pacientes

- Trasvase de pacientes metodología IMASER servicio de urgencias

07.05. Desarrollar iniciativas para avanzar en Cirugía segura en el Hospital

Se ha promovido la formación de los profesionales del ámbito quirúrgico a través de los cursos de Seguridad del paciente Quirúrgico promovidos por el Ministerio de Sanidad y los cursos online de la plataforma SiNASP, Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente, nacional, al que está adherido el HUN desde 2014.

Prevención del Sangrado: se ha trabajado con el PBM (Patient Blood Management) funcional y en Cirugía cardíaca. El Hospital Universitario de Navarra participa en el MAPBM (Maturity Assessment Model in PBM). MAPBM es una herramienta para la gestión de los programas de PBM, reducción de la tasa transfusional, mejora de la seguridad y resultados en salud. Es una herramienta de análisis para el hospital que permite evaluar la madurez de las prácticas transfusionales del Centro y facilita la gestión de las mejoras para evitar la transfusión innecesaria o evitable. Permite al hospital realizar una evaluación continua y monitorizar el grado de implantación y extensión de su Programa PBM, resultados y benchmarking.

Se realiza formación continuada periódica. En concreto en el año 2023 se realizó un curso obre patient blood managment y otro sobre transfusión masiva.

07.06. Mejora de la información e implicación en seguridad de profesionales, pacientes y cuidadores

Desde el año 2022 se recoge la opinión de los pacientes ingresados a través de SMS con análisis continuado en el tiempo. El cuestionario tiene un bloque específico de seguridad que comprende 6 preguntas. Las preguntas se monitorizan para cada uno de los servicios. Las puntuaciones de este bloque oscilan entre 8.2 y 9.6 puntos.

En el año 2024 se inició con una nueva actividad "Notas de seguridad" que se publica en el boletín del HUN y en el apartado de seguridad de la intranet corporativa, Auzolan. En las notas de seguridad se emiten recomendaciones específicas a los profesionales, pacientes y familiares a raíz

de una notificación de seguridad recibida a través del SINASP. El objetivo de las notas de seguridad es visualizar a través de un caso real, qué actividades de seguridad se pueden llevar a cabo para mejorar la seguridad del centro.

Por otra parte, se publican con carácter mensual en el boletín del HUN los incidentes de seguridad notificados en el sistema SINASP.

Todos los meses hay una reunión mensual con los gestores del SINASP (profesionales de distintos servicios y unidades) para señalar los incidentes de seguridad más relevantes que se hayan producido durante ese periodo para tomar las acciones oportunas.

Por otra parte, se organizan sesiones de seguridad con los servicios, bien a raíz de una notificación, bien como acción pedagógica general.

07.01. Mejorar el sistema de identificación inequívoca de pacientes y muestras.

07.02. Promover el uso seguro de la medicación. Desarrollar y extender el Programa de Conciliación de medicación hospitalaria.

07.03. Impulsar el Programa de Prevención de infección. Implantación PROA hospitalario.

07.04. Avanzar en la prevención de complicaciones en relación con el cuidado del paciente.

07.05. Desarrollar iniciativas para avanzar en Cirugía segura en el Hospital.

07.06. Evitar intervenciones diagnósticas o terapéuticas innecesarias.

NO APLICA

07.07. Mejora de la información e implicación en seguridad de profesionales, pacientes y cuidadores.

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

08.01. Impulso a la formación en gestión clínica

En 2024 se ha continuado con el impulso a la formación en el área de gestión clínica, con la planificación y organización de actividades formativas en el Plan de Formación Coordinado del HUN y la colaboración con los planes de formación del Servicio de Desarrollo Profesional y participación del SNS-O y del Departamento de Salud.

Se llevó a cabo formación online sobre temas de gestión (indicadores, y unidades multidisciplinares), que se realiza cada dos años.

A petición del Servicio de Apoyo a la Gestión, en apoyo al desarrollo de la certificación ISO en el centro se han incluido como formación corporativa periódica anual las siguientes actividades:

- Manejo de BDI Plus, programa de gestión documental implementado en los servicios con certificación ISO, financiado por Sistemas de información de la DGTD.

- Sistemas de Calidad aplicables en el entorno sanitario" en modalidad telepresencial.

- Auditorías interna

A este programa de formación en 2024 se sumó el curso sobre la Norma "UNE seguridad del paciente" por el interés del HUN de evaluar la situación del centro en relación con la Norma.

08.02. Avance en la creación de una estructura integrada de formación continuada y de formación pregrado.

En 2024 se ha continuado en el proceso de consolidación de la estructura integrada para la planificación, organización e impulso de la formación continuada, formación académica y formación avanzada, en el marco de la denominación del centro como Hospital Universitario.

En 2024 se ha implantado el Sistema de Gestión de la Calidad de la Unidad de Formación del HUN conforme la Norma ISO 9001-2015. Está prevista la Certificación Oficial en la norma para 2025. Se han actualizado y consensuado con la Gerencia los procedimientos de planificación y gestión de los tres ámbitos de formación gestionados por la Unidad Funcional de Formación: formación académica, formación continuada y formación avanzada en el HUN.

A lo largo del año 2024, se han realizado las siguientes acciones de mejora en la gestión de la formación continuada y formación pregrado por el Equipo de formación:

Formación pregrado (académica)

• Actualización del sistema de definición del mapa de capacidad docente del HUN para mejorar la fiabilidad de los datos y facilitar el acceso al mapa a las universidades en tiempo real.

• Simplificación del sistema de distribución de los certificados a los coordinadores y tutores docentes. Desde 2024, los coordinadores y tutores docentes de alumnos de grado reciben el certificado directamente desde la universidad. Así mismo se ha mejorado el sistema de distribución de diplomas de los colaboradores en prácticas de formación profesional, se reciben desde el Departamento de Educación y se distribuyen por correo electrónico desde la UFF.

• La coordinación las prácticas de formación profesional se realiza desde el Departamento de Salud teniendo en cuenta la capacidad docente de todos los centros del SNS-O y el Departamento de Educación distribuye las plazas disponibles entre los centros de formación profesional.

• Participación en reuniones para la actualización del convenio entre el Departamento de Salud y Departamento de Educación que regula la colaboración en las prácticas de formación profesional.

Formación Continuada:

• Consolidación del procedimiento de detección de necesidades formativas en dos fases. En la primera convocatoria de 2024 (1er semestre) se presentaron 80 programas y 54 en el segundo.

• Desarrollado del panel de control de gestión de las actividades de formación.

• Actualización del procedimiento de análisis de indicadores de FC.

• Incorporación de mejoras en la aplicación de gestión de la formación (WebEx): incorporación de la modalidad de inscripción a sesiones de forma "individualizada", que requiere la matrícula

independiente a cada una de las sesiones de un programa. A su vez esta mejora ha facilitado que la emisión y firma de diplomas de asistencia a las sesiones clínicas sea en formato digital como en el resto de actividades, eliminando el papel.

• Se han habilitado nuevos mecanismos de difusión de las actividades de formación. Se ha consolidado la información a través del boletín el HUN y se ha creado una lista de distribución a las personas suscritas. A finales de 2024 esta lista incluye a más de 1.100 profesionales.

08.03. Impulsar la normalización de la capacidad docente y su gestión en el Centro.

Está consolidado el mapa de capacidad docente integrado del HUN y su gestión integrada para todos los grados universitarios, independientemente del centro universitario de origen. En 2024 se ha actualizado el sistema de definición empleado para mejorar la fiabilidad de los datos y facilitar el acceso al mapa por parte de los centros educativos en tiempo real.

En el curso académico 2023-2024 un total de 1.375 estudiantes (personas distintas) realizaron prácticas en el HUN. Las horas de prácticas desarrolladas en el HUN por los estudiantes ascienden a 282.000 horas. Este montante de horas, considerando que un trabajador realiza una jornada de 1592 horas/año, equivale a 177 personas-equivalente. Tomando como referencia la plantilla del HUN, corresponderían 2 alumnos por cada 10 trabajadores.

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

En 2024 se desarrollaron 202 programas formativos distintos, con un total de 362 actividades impartidas. Estas actividades suponen 2.954 horas impartidas. Se emitieron 7.216 diplomas.

El Plan tiene carácter multidisciplinar y aúna las necesidades de todos los colectivos profesionales. En el conjunto del programa, han participado como alumnos 2.977 personas diferentes. Dicho de otro modo, cerca de 3.000 profesionales han participado en al menos una actividad del programa de formación, ello representa (en media) el 37% del total de la plantilla del HUN a 31/12/2024. El 49% de los Facultativos especialistas de área (FEA), el 48% de los profesionales de enfermería y el 41% de los Técnicos de grado medio y superior de formación profesional han participado en el programa de formación.

La distribución de participantes en el programa por profesionales fue: Enfermería (40%), el 19 % Medicina y otros y el 31% Técnicos de FP.

08.05. Seguimiento de la Comisión de Investigación, formación continuada y académica y Comisión de Docencia.

La Comisión de Investigación se ha reunido en una ocasión en 2024 y ha trabajado los siguientes temas:

- Organización del Ciclo de Sesiones de Investigación denominado "Píldoras para la investigación 2024" El ciclo fue acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las profesiones sanitarias. Incluyó 11 sesiones entre enero y junio de 2024 abiertas a todos los ámbitos y estamentos profesionales, facilitando la asistencia al poder seguirlas tanto presencial como de forma telepresencial. Los docentes fueron profesionales del SNS-O, Navarrabiomed y UPNA y las

sesiones fueron. Estas sesiones obtuvieron una satisfacción general media de 4.4 sobre 5, teniendo todas ellas una calificación superior a 4.

- Impulso del Proyecto Nursing Research Challenge (NRCh) Es un proyecto de innovación y gestión que tiene como objetivo general impulsar la investigación enfermera dentro de las organizaciones sanitarias y sociosanitarias. La metodología se inspira en el programa BPSO (Best Practice Spotlight Organization) / CCEC (Centros Comprometidos con la Excelencia). Se ha creado un espacio de colaboración en Auzolan específico para este proyecto. Consta de 6 ejes estratégicas y 24 indicadores dentro de estos ejes seleccionados desde el HUN.

1. Detección de talento

2. Formación

3. Difusión del conocimiento

4. Fomento de la investigación enfermera dentro de equipos multidisciplinares y multicéntricos

5. Recursos destinados al fomento de la investigación enfermera

6. Incorporación de la perspectiva del paciente. Traslación de resultados

La Comisión de Formación continuada y académica ha celebrado tres reuniones, abordando temas relacionados con la formación académica de los distintos grados universitarios, formación de grados técnicos. En el campo de la formación continuada del HUN se ha valorado y aprobado las actividades que forman parte del Plan de Formación del HUN y que cuentan con partida presupuestaria para su desarrollo.

08.06. Promover los contratos de intensificación para investigación.

En 2024 se han aplicado un total de 25 contratos de intensificación en el HUN, que se corresponden con 20 profesionales intensificados. El número de intensificaciones difiere del número de profesionales intensificados en 2024 debido a que 5 de ellos han disfrutado de más de una intensificación.

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

En el Plan de Formación 2024, de las 362 actividades realizadas, el 66% se realizan en modalidad presencial, el 26% semipresencial y el 8% son en línea.

08.08. Impulsar el desarrollo de modalidades de formación avanzada (fellows, etc…).

El HUN, como hospital universitario tiene interés en el desarrollo de iniciativas de formación avanzada e investigación que redunden en la mejora de la calidad de la atención sanitaria y en la visualización y reconocimiento de los profesionales y de los servicios/unidades clínicas correspondientes.

Se incluyen en formación avanzada las visitas institucionales, las estancias formativas y los Fellowship o formación avanzada. En 2024 se han registrado un total de 73 estancias formativas avanzadas y 14 visitas institucionales.

Así mismo el HUN participa en el Programa HOPE organizado por la Federación Europea de Hospitales y Servicios Sanitarios (HOPE). En 2024 recibimos a dos profesionales Nuria De Miguel Alfonso (psicóloga organizacional. Volunteer Services Manager, Central and North West London) y Luigi Apuzzo (enfermero de National Agency for Regional Health Services, AGENAS. Roma). El tema de 2024 fue 'Keeping our health workforce' ('Retener a nuestro personal sanitario'

08.09. Realización de sesiones clínicas de especialistas en formación interdisciplinares

Se han realizado un total de 10 sesiones en 2024. Al final de cada sesión se realiza un registro de asistencia, test de conocimientos y encuesta de satisfacción. Los temas tratados han sido: Investigación en el Hospital Universitario de Navarra: ¿qué podemos aportar los Residentes y adjuntos jóvenes?, Enfermedad de Lyme y sus diferentes facetas, Donación de órganos y tejidos, Valoración bioética de paciente pediátrica con cuadro poli-malformativo, Postgrado y docencia universitaria durante la Residencia, Tratamiento de la hiperglucemia en el hospital, Actualizaciones en dolor crónico, Servicio de Genética Médica / Medicina Personalizada, PROA en Navarra, Identificación precoz del shock en Urgencias.

Además, dentro de las English Clinical Sessions se realizaron 10 sesiones, 3 teóricas y 7 prácticas.

Tanto las sesiones generales como las English Clinical Sessions tienen una buena valoración por parte de los participantes.

08.10. Seguimiento y evaluación de la satisfacción de los especialistas en formación

Se realiza una valoración de los especialistas de formación. Se pasa un cuestionario a los residentes que consigue una tasa de respuesta del 93%, suponiendo 295 respuestas. En el cuestionario se explora la disponibilidad de guías de acogida, el contenido del itinerario formativo individualizado, si conocen el protocolo de supervisión y si los criterios de este se adaptan al nivel formativo y experiencia, si conocen el mecanismo de quejas y la valoración que hacen de este último. Otros elementos que son preguntados son la valoración de las rotaciones (cumplimento del calendario de rotaciones, supervisión individual en el área a asistencial, formación recibida en las áreas asistenciales), y si las actividades asistenciales permiten adquirir competencias establecidas. Asimismo, se pregunta sobre la adquisición de competencias transversales (trabajo en equipo, etc.). Las valoraciones de todos estos elementos en conjunto bastante alta.

Además, se recoge la valoración de los tutores sobre el cargo docente.

08.11. Aumento de número de proyectos de investigación presentados y con calidad aceptable presentados a las convocatorias competitivas públicas.

En 2024, se autorizaron en el HUN 50 proyectos para presentar a Convocatorias de investigación.

Un total de 30 proyectos de investigación del HUN han conseguido ayudas en las convocatorias, con un importe total concedido de casi 4.000.000 €. El 75% de las ayudas ha ido a parar a: Servicio de Geriatría, Servicio de Oncología Médica y Servicio de Neurología. Estas ayudas proceden de:

convocatorias internacionales de la Comisión Europea (33%), convocatorias a nivel nacional (46%) y convocatorias del Gobierno de Navarra (21%).

08.12. Participación en el nuevo Convenio de formación pregraduada.

Se firmó un nuevo convenio en el año 2023 entre la Universidad Pública de Navarra y el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra para la colaboración de las instituciones sanitarias en la investigación y docencia Universitaria. Tras el mismo, el HUN ha participado a en la configuración de las plazas de profesor asociado asistencial, tanto en su número como en el baremo para la convocatoria de contratación. Fruto de ello de ello, en el año 2025 se han ofertado 116 plazas de profesor asociado asistencial.

Rotaron por el HUN el año pasado 1375 estudiantes de formación pregrado lo que supusieron 281845 horas de formación.

08.13. Colaboración en el impulso al Instituto de Investigacion Sanitaria de Navarra (IdISNA).

En el año 2023, se recibió el Informe FAVORABLE de la Comisión de Evaluación de IIS para la renovación de la acreditación de IdiSNA. El HUN es, tras la modificación de los estatutos, el núcleo del IdisNA.

El HUN participa de forma activa en Idisna con la participación activa de los investigadores, y en el Patronato del mismo.

El director científico es un profesional del HUN.

Además, tenemos profesionales del HUN participando en el comité científico interno, en la comisión de calidad, en la comisión de formación, en la comisión de recursos y en las actividades de divulgación y formación científica organizadas por el instituto.

La pertenencia al instituto de investigación ha permitido:.

- Designación como centro afiliado para las acciones europeas Crane 2 de EU4Health en relación con los Cancer Comprehensive Center.

- Designación como CSUR en 2 técnicas de Digestivo.

- Solicitud y Concesión de dos Becas Rio Hortega para investigadores del HUN en la convocatoria AES 2024.

- Solicitud de Ayudas para Mejora de Unidades de Ensayos Clínicos en convocatoria del Instituto Carlos III (no concedida).

08.01. Impulso a la formación en gestión clínica.

08.02. Avance en la creación de una estructura integrada de formación continuada y de formación pregrado.

08.03. Impulsar la normalización de la capacidad docente y su gestión en el Centro.

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

08.05. Seguimiento de la Comisión de Investigación, formación continuada y académica y Comisión de Docencia.

08.06. Promover los contratos de intensificación para investigación.

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

08.08. Impulsar el desarrollo de modalidades de formación avanzada (fellows, etc…)

08.09. Realización de sesiones clínicas de especialistas en formación interdisciplinares.

08.10. Seguimiento y evaluación de la satisfacción de los especialistas en formación.

08.11. Aumento de número de proyectos de investigación presentados y con calidad aceptable presentados a las convocatorias competitivas públicas.

08.12. Participación en el nuevo Convenio de formación pregraduada.

08.13. Colaboración en el impulso al Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA).

09. Realizar proyectos de Participación y Comunicación.

09.01. Participación de los servicios en la intranet y en la web externa.

En cuanto a la página web externa del HUN, se añade un vídeo al apartado de presentación del Hospital, y se crea una nueva página con vídeos informativos para pacientes. Se completa la página de Formación en el HUN, y se actualizan con datos, políticas de calidad y material gráfico las páginas de: Información de utilidad, Organigrama, Información para residentes, Anatomía Patológica, Cirugía Pediátrica, Farmacia, Hematología, Medicina Preventiva, Oncología Médica, Oncología Radioterápica y Urología.

En la intranet corporativa (Auzolan) se incorporan:

• Procedimiento de solicitud de productos de apoyo en el apartado de Trabajo Social Sanitario.

• Página con información sobre Nursing Research Challenge

• Página con información sobre el servicio de Análisis Clínicos, incluyendo un buzón de sugerencias.

• Nueva utilidad para solicitudes a la Unidad de Apoyo al Cuidado

• Página con logotipos del HUN

• Nuevas bibliotecas de protocolos: Análisis Clínicos, CASSyR, Pediatría, Guarda y custodia de pertenencias, Médicos de guardia, Abandono-fuga de paciente ingresado, Diabetes.

• Nuevos espacios de colaboración: Equipo de apoyo a la formación, Prog. de Att. y Educ. en Terapia con sistema Híbrido de Asa Cerrada, Cancer Comprehensive Centre, Comité Multidisciplinar de Vía Aérea, Comisón de Atención a la Urgencia Vital del HUN, Gestión de camas del HUN, Grupo

integrado de Gestión de Cuidados, Hospitales de día HUN, ISO. Responsables de calidad, grupo de Trabajo Neonatología, UMD Cáncer de mama.

09.02. Mejora del proceso de comunicación a profesionales (boletín informativo periódico)

En el año 2024 se han publicado 41 boletines informativos y ya se alcanzan 663 suores.

Se ha consolidado la publicación del boletín informativo como uno de los principales medios de comunicación interna del centro y se sigue contando con un profesional propio para, entre otros aspectos relacionados con la comunicación, la elaboración semanal de este canal.

Se consolidan como secciones fijas una sobre notificaciones de eventos adversos y otra sobre la excelencia en cuidados, a través del proyecto BPSO.

09.01. Participación de los servicios en la intranet y en la web externa.

09.02. Mejora del proceso de comunicación a profesionales (boletín informativo periódico).

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. Incorporación a Pactos de Gestión y de Objetivos de Servicios y Unidades.

En el año 2024 se ha enviado un cuestionario de calidad percibida a través de SMS a todos los pacientes que son dados de alta al día siguiente de su alta. El cuestionario tiene preguntas con escalas dicotómicas y politómicas. Al final del mismo, hay una pregunta abierta para que los pacientes puedan hacer los comentarios que estimen oportunos.

8559 pacientes contestaron a la encuesta de calidad percibida sobre la atención recibida en el año 2024 (tasa de respuesta 22,3%). De ellos, 4962 pacientes (57,9%) emitieron comentarios en la pregunta en texto libre.

La información, tanto cuantitativa como en lenguaje natural, se plasma con carácter semanal en un cuadro de mandos con acceso para los profesionales responsables de los servicios/unidades implicados. El cuadro de mando permite conocer de forma automática las puntuaciones por edad y sexo.

La información es debatida con carácter semanal en la Comisión de Dirección Ampliada del HUN.

La información, además de orientar al conjunto de la organización, proporciona una visión continua de los servicios y sirve como punto de partida para implantar las acciones de mejora que se incorporan en los pactos de gestión de servicios y unidades.

Además, en los pactos de gestión hay un indicador que recoge anualmente las propuestas de acciones de mejora en relación con la opinión de los pacientes, por lo que para la consecución de este objetivo se han implementado acciones por parte de los servicios en otros tipos de asistencia, como son las consultas o las pruebas. Este indicador tiene un porcentaje de cumplimiento del 95%.

10.02. Avanzar en implementación de metodologías para incluir la experiencia del paciente (desarrollo de encuestas, grupos focales, etc.).

Durante 2024 se puso en marcha un proyecto de experiencia de pacientes para conocer en profundidad las percepciones de las pacientes con cáncer de mama. La información se obtuvo a partir de entrevistas realizadas a pacientes y a los propios profesionales, así como la observación directa de los contactos de las mujeres con los profesionales sanitarios.

Su objetivo es identificar las necesidades, emociones, motivaciones y expectativas de las pacientes con cáncer de mama para poder extraer elementos para la implantación de acciones de mejora.

10.03. Seguimiento del Plan de Humanización del HUN

El año 2024 ha estado marcado por la elaboración de la nueva Estrategia de Humanización que vio la luz a finales de año tras un trabajo colaborativo. Se definieron nuevas líneas de trabajo, una nueva Gobernanza y regularización de los Comités de cada ámbito que se llevará a cabo en 2025.

El Comité de Humanización del HUN ha seguido trabajando con diferentes acciones, en las diferentes Unidades y Servicios con las nuevas líneas definidas en la nueva Estrategia. las acciones prioritarias fueron:

- Calidez de trato y Autonomía del Paciente

- *Colaboración con Isterria en la grabación de diferentes vídeos*
- *Proyecto de voluntariado "Maleta viajera" en colaboración con el servicio de Bibliotecas de Navarra, en la unidad de hospitalización psiquiátrica infanto juvenil.*
- *Elaboración de un espacio para la calma que integre elementos sensoriales en la unidad infanto juvenil.*
- *Atención al duelo perinatal*
- *Paseos con pacientes*
- *Conciertos en UCI*
- *Humanización de diferentes espacios en Pediatría*
- *Organización de diferentes actividades lúdicas (Conciertos, visita Unidad canina Policía Foral…) y visitas en fechas específicas (Navidad, San Fermín...)*

- Cuidado y Bienestar Profesional

- *Uniformes para profesionales de Pediatría*
- *Actualización de procedimientos y protocolos en Unidades psiquiátricas*

- Participación

- *Actividades lúdicas en el ámbito hospitalario*
- *Concurso de relatos cortos para pacientes y profesionales*

- *Concursos de dibujos y decoración navideña*

- Accesibilidad

- *Disponer de baños adaptados para pacientes ostomizados en el HUN*
- *Identificar de forma clara a profesionales sanitarios*
- *Impulsar formación sobre accesibilidad*
- *Humanización de la cesárea programada*
- *Elaboración de diferentes trípticos*

Por otra parte, se colaboró en la organización de las Jornadas de Buenas Prácticas, celebrada el 7 de noviembre en Baluarte, con el lema "El valor de lo invisible" y animando a la participación de los profesionales en la presentación de buenas prácticas del HUN.

De las 15 Buenas prácticas reconocidas, obtuvieron premio 4 del Hospital Universitario de Navarra

- Como garantizar la vacunación del paciente de riesgo a través de las consultas no presenciales – Servicio de Medicina Preventiva HUN.

- Nuestra voz, gure ahotsa – Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos HUN.

- Visibilizando lo invisible: Una medalla, una ilusión, una alegría – Subcomisión de Pediatría HUN.

- Trabajando hacia la contención cero – Unidades de hospitalización psiquiátrica HUN

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. Incorporación a Pactos de Gestión y de Objetivos de Servicios y Unidades.

10.02. Avanzar en implementación de metodologías para incluir la experiencia del paciente (desarrollo de encuestas, grupos focales, etc.)

10.03. Seguimiento del Plan de Humanización del HUN.

11. Promoción de las donaciones y donantes.

En 2024, aunque casi se realizó la cifra prevista de aféresis (3995), no se han alcanzado la cifra de plasmaféresis deseada (2330 vs 2500). El incremento de la actividad, ha sido a expensas de más donaciones por donante atendido: 3,65 vs 3,51; 2,99 vs 2,85 en el caso de las mujeres

11.01. Aumento de la cifra de donantes en activo.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
11.01.01	Donantes "activo" (% sobre población en edad de donar 18-65 años).	5,0%	4,85%

11.01.02	Donantes “fidelizados” (activo con >= 5 donaciones).	10.000	10.115
11.01.03	Donantes “nuevos” (primera vez).	>1.500	1.724
11.01.04	Donantes de REDMO registrados.	>500	310

11.02. Aumento del número donaciones/año por donante.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
11.02.01	Nº Donaciones al año/donante.	1.7	1,87

11.03. Aumento del número de donaciones de aféresis.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
11.03.01	Donación por aféresis.	>3.300	3.995
11.03.02	Tasa donación por aféresis (% aféresis/total).	>10%	16,3%
11.03.03	Aumento base de donantes de aféresis.	>750	1.009
11.03.04	Aumento de base de mujeres donantes.	>150	251
11.03.05	Donación en los "pueblos" (unidad móvil).		8.044

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

Las encuestas dirigidas a los Servicios de Transfusión de los hospitales o a los servicios implantadores de tejidos no se repetirán hasta abril o mayo de 2025, porque tenemos definido que tienen periodicidad cada 2 años.

12.03. Potenciación de la actividad de almacenamiento/distribución de tejido osteotendinoso y del tejido corneal dentro del Plan de Tejidos de Navarra.

En 2024 el BSTN ha procesado más donaciones que en año anterior (71 vs 49), con más donaciones de córneas (133 vs 91), más de esclera (9 vs 2) y más fragmentos de tejidos osteotendinoso (214 vs 194) del mismo número de donantes de tejido osteotendinoso (n: 16). Ha permitido distribuir más implantes que en el año anterior (584 vs 477), sobre todo más tejido osteotendinoso (475 vs 400).

12.04. Aumento del procesamiento de tejidos en Sala Blanca e incorporar otros tejidos según las necesidades hospitalarias.

En 2024 se ha distribuido más productos procedentes de membrana amniótica (18 vs 9), más esclera (12 vs 5) y más chips de esponjosas (388 vs 307). Sin embargo, no se ha podido procesar, ni distribuir más, por falta de espacio. Desde hace varios años se ha previsto la ampliación de la Sala Blanca, por lo que se tiene previsto tener previsto el proyecto y convocatoria pública de la obra de ampliación y acondicionamiento, e inicio de obras para el 2025.

12.05. Colaborar en la potenciación de los Programas de Patient Blood Management.

El BSTN sigue colaborando como asesor de los servicios y hospitales que solicitan su ayuda para la implantación de programas y protocolos de Gestión de Sangre del Paciente. En la actualidad sólo se ha podido colaborar con Obstetricia y Cirugía Cardíaca.

Se precisan indicadores, KPI, métricas y fuentes de datos fiables, con monitorización continua, acorde con las recomendaciones de la OMS en sus documentos (https://iris.who.int/handle/10665/380784)

Seguimos pendientes de disponer de Tableau, cuadro de mandos y la solicitud de transfusión desarrollada, con las herramientas de soporte y ayuda a la prescripción, para su puesta en marcha efectiva.

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%	97%

12.02. Aumento del fraccionamiento de hemoderivados para el suministro a los Servicios de Farmacia Hospitalario.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
12.02.01	Envío de plasma a la Industria Fraccionadora.	>6.000L	7.108,91L
12.02.02	Envío de aféresis de plasma a industria.	>10%	28,6%

12.03. Potenciación de la actividad de almacenamiento/distribución de tejido osteotendinoso y del tejido corneal dentro del Plan de Tejidos de Navarra.

12.04. Aumento del procesamiento de tejidos en Sala Blanca e incorporar otros tejidos según las necesidades hospitalarias.

12.05. Colaborar en la potenciación de los Programas de Patient Blood Management.

13. Mejorar la opinión de los donantes.

El aspecto mejor valorado sigue siendo el "Trato recibido durante la donación". Por el contrario, los dos aspectos menos valorados por los donantes son el "Tiempo de espera para ser atendidos" y la "Comodidad de las instalaciones", que son significativamente peor puntuadas por los donantes de habla euskera.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
13.00.01	Donantes con atención muy buena y/o excelente.	>=65%	84,6%

VI. EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

Gastos del Programa

GASTOS	**Inicial**	**Consolidado**	**Realizado**
1. Gastos de personal	382.317.077,00 €	410.664.285,10 €	410.151.717,00 €
2. Gastos corrientes en bienes y servicios	259.197.386,00 €	271.034.305,90 €	264.551.795,80 €
3. Gastos financieros	0,00 €	0,00 €	0,00 €
4. Transferencias corrientes	0,00 €	0,00 €	0,00 €
5. Fondo de contingencia	0,00 €	0,00 €	0,00 €
6. Inversiones reales	15.119.505,00 €	15.367.505,00 €	14.870.592,67 €
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	**656.633.968,00 €**	**697.066.096,00 €**	**689.574.105,47 €**

Ingresos del Programa

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	7.045.050,00 €	10.193.532,61 €	12.248.975,85 €
4. Transferencias corrientes	60,00 €	109.207,98 €	657.210,54 €
5. Ingresos patrimoniales	252.000,00 €	252.000,00 €	257.456,94 €
6. Enajenación inversiones reales	0,00 €	0,00 €	15.621.410,93 €
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	**7.297.110,00 €**	**10.554.740,59 €**	**28.785.054,26 €**

PROGRAMA 545: ÁREA DE SALUD DE TUDELA

Unidad responsable: Gerencia del Área de Salud de Tudela

II. OBJETIVOS, ACCIONES E INDICADORES DEL PROGRAMA

Objetivos/
Acciones/
Indicadores

01. Mejora de la salud de la población.

01.01. Cumplimiento de la Ley de Garantías en intervenciones quirúrgicas.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
01.01.01	Porcentaje de pacientes fuera de la Ley de Garantías.	< 5%	12,9%

01.02. Cumplimiento de la Ley de Garantías en Consultas Externas < 5%.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
01.02.01	Porcentaje de pacientes fuera de la Ley de Garantías.	< 5%	70,86%

01.03. Cumplimiento de la Ley de Garantías en Pruebas complementarias.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
01.03.01	Porcentaje de pacientes fuera de la Ley de Garantías.	< 5%	12,6%

01.04. Actividad básica prevista.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
01.04.01	Altas hospitalarias.	7500	7.664
01.04.02	Consultas externas primeras visitas.	47000	45.315
01.04.03	Ratio de sucesivas/primeras.	1,70	1,8
01.04.04	Urgencias.	57000	59.213
01.04.05	Intervenciones quirúrgicas con anestesia general.	2800	2.766
01.04.06	% HAD/hospitalización total.	>10%	13,6%
01.04.07	Intervenciones quirúrgicas con anestesia local.	3000	3.059
01.04.08	Partos.	750	762
01.04.09	Atención primaria. Medicina general. Consultas demandada en el centro presenciales.	200000	342.628
01.04.10	Atención primaria. Medicina general. Consultas demandadas no presenciales.	130000	78.618
01.04.11	Atención primaria. Medicina general. Consultas programadas en el centro.	70000	123.509
01.04.12	Atención primaria. Medicina general. Consultas demandadas a domicilio.	7000	8.000
01.04.13	Atención primaria. Medicina general. Consultas programadas a domicilio.	4000	3.805
01.04.14	Atención primaria. Medicina general. Consultas por habitante.	5,60	5,58
01.04.15	Atención Primaria. Pediatría.	75000	73.778

01.04.16	Atención primaria. Pediatría. Consultas programadas en el centro.	20000	26.070
01.04.17	Atención primaria. Pediatría. Consultas por habitante.	4,70	4,73
01.04.18	Atención primaria. Enfermería. Consultas demandadas en el centro.	80000	111.938
01.04.19	Atención primaria. Enfermería. Consultas programadas en el centro.	130000	180.327
01.04.20	Atención primaria. Enfermería. Consultas demandadas a domicilio.	6200	4.945
01.04.21	Atención primaria. Enfermería. Consultas programadas a domicilio.	21000	20.742
01.04.22	Atención primaria. Enfermería. Consultas por habitante.	6,40	3,12
01.04.23	Salud Bucodental. Consultas odontología general.	2000	2.787
01.04.24	Consultas Trabajo Social Atención Primaria.	20000	22.134
01.04.25	Intervenciones Trabajo Social en Hospital.	1700	2.000
01.04.26	Tasa de ecografías en Atención Primaria realizadas /1000 habitantes.	8	16,21
01.04.27	Número de derivaciones directas a fisioterapia en Atención Primaria procesos del protocolo.	400	3.410
01.04.28	Tasa de actividad de cirugía menor en Atención Primaria. por mil TIS.	18	16,74

01.05. Mejorar la gestión de listas de espera: actividad ordinaria, extraordinaria o compensatoria, así como derivaciones a centros externos, coordinación AP-AE.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
01.05.01	Realización de acciones para gestión LE.	Sí	SI

01.06. Ampliar la utilización de consulta no presencial por los diferentes servicios del HRS.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
01.06.01	Consultas no presenciales.	> 15% consultas sucesivas	20,43%

01.07. Puesta en marcha del circuito de valoración por educadora sexual a los 14 años.

01.08. Puesta del protocolo de actuación para la detección temprana de la violencia contra las mujeres en Centros de Salud, Salud Mental y CASSYR.

01.09. Puesta en marcha cribado de hepatitis C en el perfil analítico pre quirúrgico.

01.10. Ampliación de cartera del Servicio de Hematología.

01.11. Implementación de Diálisis on-line.

02. Adaptación de las infraestructuras a las necesidades del Área de Salud.

02.01. Reforma del local de Ginfer, para la cobertura asistencial de la Sección de Prestaciones y Conciertos y de consultas externas.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
02.01.01	Porcentaje de abono respecto a adjudicación.	= 100%	=100%

02.02. Realización de proyecto de Centro de Salud de Tudela Oeste (Gayarre).

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
02.02.01	Porcentaje de abono respecto a adjudicación.	= 100%	0%

02.03. Licitación de obra del Centro de Salud de Cascante.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
02.03.01	Porcentaje de abono respecto a adjudicación.	> 20%	0%

02.04. Inicio de la ejecución de la obra de Farmacia Hospitalaria.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
02.04.01	Porcentaje de abono respecto a adjudicación.	> 30%	31%

02.05. Inversión de 600.000 euros en renovación de equipamiento médico, general e instalaciones.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
02.05.01	Porcentaje de abono respecto a adjudicación.	> 75%	100%

02.06. Compra y reforma de los módulos que se encuentran junto a Urgencias, para ubicar la HAD mientras duren las obras en farmacia.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
02.06.01	Compra y reforma de módulos.	Sí	SI

02.07. Mejora de las infraestructuras del área administrativa, Dirección, Enfermería, Atención al Paciente, Codificación y Registro General.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
02.07.01	Reforma.	= 100%	50%

02.08. Realización de proyectos del Plan Director del Área de Salud.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
02.08.01	Proyecto de reforma y ampliación del servicio de urgencias.	100%	0%
02.08.02	Proyecto de hospitalización a domicilio y rehabilitación.	100%	0%

02.09. Equipamiento y apertura de los quirófanos 3 y 4.

No realizado

02.10. Adecuación de baños para personas ostomizadas

No realizado

02.11. Climatización de laboratorio.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
02.11.01	Ejecución de las instalaciones de climatización.	Sí	SI

03. Innovación y mejora continua.

03.01. Mejora del Índice de Estancia Media Ajustada.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.01.01	Índice estancia media ajustada.	< 0.85	0,8

03.02. Mejora del índice de tasa de cesáreas ajustada

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.02.01	Índice de tasa de cesárea ajustadas.	< 0.14	0,12

03.03. Mejora en la estrategia de crónicos.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.03.01	% de ingresos pacientes cubo rojo con informe de continuidad.	> 75%	31,69%

03.04. Mejoras en la seguridad del paciente.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.04.01	Extender el Equipo Seguridad Paciente a todo el AST.	Sí	SI

03.05. Mejora de la puntuación de la satisfacción con la comunicación en la organización según encuesta de clima laboral.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.05.01			Encuesta no Realizada

03.06. Mejora de la puntuación de la satisfacción con la formación según encuesta de clima laboral.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.06.01			Encuesta no Realizada

03.07. Consolidar y mejorar la formación, docencia e investigación de los profesionales del AST.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.07.01	Potenciar el desarrollo de Tableau en todas las áreas asistenciales y no asistenciales.	Sí	SI
03.07.02	Potenciar las actividades de la comisión de docencia.	Sí	SI
03.07.03	Desarrollo de nuevas metodologías docentes y gestión del conocimiento basado en los TICS, cursos virtuales, Moodle, Webex.	Sí	SI
03.07.04	Ampliar las rotaciones de personal MIR y EIR de las especialidades acreditadas, así como de los estudiantes de medicina, enfermería y FCT de distintos estamentos.	Sí	SI
03.07.05	Avanzar en la realización de sesiones clínicas interdisciplinares.	Sí	SI
03.07.06	Incrementar la participación de los profesionales del AST en proyectos de investigación.	Sí	SI
03.07.07	Impulsar la creación de una comisión de innovación.	Sí	SI
03.07.08	Implementación sistema SIGUE en C. Ext. y Urgencias Ginecológicas.	Sí	NO
03.07.09	Participar en el Proyecto nacional INCAHES.	Sí	SI

03.08. Proyectos de gestión.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.08.01	Roles definidos en el nuevo modelo de atención Primaria (enfermería escolar…).	Sí	SI
03.08.02	Elaboración de guías de criterios de derivación entre AP y AE.	Sí	SI

03.08.03	Potenciar la instauración de las áreas clínicas de Radiología y Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).	Sí	SI
03.08.04	Participación en el grupo de trabajo gestión administrativa de listas de espera.	Sí	SI
03.08.05	Elaboración del nuevo Plan Estratégico.	Sí	NO
03.08.06	Renovación de la Junta técnico asistencial.	Sí	SI
03.08.07	Creación del Consejo de Salud del AST.	Sí	SI
03.08.08	Constitución de la Comisión de Salud Comunitaria.	Sí	SI
03.08.09	Reducción respecto al año anterior de la cancelación de consultas.	10% reducción	se ha reducido el 4,6%
03.08.10	Reducción respecto al año anterior del número de intervenciones quirúrgicas canceladas.	10% reducción	se ha reducido el 1,98%
03.08.11	Potenciación del grupo de trabajo de Refinamiento de los requisitos de QREA.	Sí	NO
03.08.12	Implantación el doble cajetín en A.P.	Sí	SI
03.08.13	Constituir grupo de trabajo de accesibilidad.	Sí	SI
03.08.14	Implementación de Telemedicina en Hospitalización.	Sí	SI

03.09. Desarrollar iniciativas orientadas a fomentar la implicación de los profesionales en la gestión clínica.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.09.01	Continuar con la implantación del modelo de gestión avanzada.	Sí	SI

03.09.02	Elaboración de planes de mejora por todas las Direcciones según nuevo modelo de gestión avanzada.	Sí	SI
03.09.03	Mantener acreditación en las Áreas certificadas con ISO.	Sí	SI
03.09.04	Valorar grado de colaboración entre A.P. y A.E. mediante el Cuestionario D'amour.	Sí	SI

03.10. Consolidar modelo de empresa segura y saludable.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.10.01	Intensificar la integración de la prevención de riesgos en todas las áreas.	Sí	SI
03.10.02	Incrementar las acciones formativas e informativas del ciclo de empresa segura y saludable..	Sí	SI
03.10.03	Evaluación del programa de verificación quirúrgica.	Sí	SI
03.10.04	Promoción del programa de higiene de manos.	Sí	SI
03.10.05	Evaluación y seguimiento del sistema SINAPS.	Sí	SI

03.11. Consolidar la participación y comunicación en al AST.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.11.01	Mejora del plan de comunicación interna.	Sí	SI
03.11.02	Desarrollo de la intranet AUZOLAN y participación en la realización de la WEB externa.	Sí	NO
03.11.03	Impulsar y evaluar el buzón de sugerencias a través de AUZOLAN.	Sí	SI

03.11.04	Diseño e implementación de encuestas de satisfacción por ámbitos.	Sí	SI
03.11.05	Incorporar la opinión y visión del ciudadano a través de la mejora de la comunicación y participación con los distintos agentes sociales.	Sí	SI
03.11.06	Fomentar la utilización de la carpeta de salud.	Sí	SI
03.11.07	Diseño y renovación de la señaletica del HRS.	Sí	SI

04. Sostenibilidad.

04.01. Desviación 0 del objetivo de capítulo 1.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
04.01.01	Porcentaje de Objetivo sobre presupuesto obligado.	>= 0%	5,12%

04.02. Desviación 0 del objetivo de capítulo 2.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
04.02.01	Porcentaje de Objetivo sobre presupuesto obligado.	>= 0%	1,44%

04.03. Desviación 0 del objetivo de capítulo 4.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
04.03.01	Porcentaje de Objetivo sobre presupuesto obligado.	>= 0%	-2,45%

04.04. Ejecución del 100% del presupuesto de inversiones.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
04.04.01	Porcentaje de presupuesto Obligado sobre	>= 0%	87,52%

	consolidado.		

04.05. Mejora en la eficiencia energética y en la gestión de residuos.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
04.05.01	Incorporación de técnico de gestión ambiental.	Dic. 2024	SI

04.06. Uso racional del medicamento en el AST.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
04.06.01	Disminución de uso de medicamentos de baja eficiencia.	Sí	SI
04.06.02	Disminución de medicamentos caducados.	Sí	NO

04.07. Incorporar nuevas tecnologías con criterios de efectividad y eficiencia.

VI. EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

Gastos del Programa

GASTOS	**Inicial**	**Consolidado**	**Realizado**
1. Gastos de personal	84.880.974,00 €	89.397.215,83 €	88.914.961,95 €
2. Gastos corrientes en bienes y servicios	36.981.726,00 €	37.059.354,11 €	36.505.251,23 €
3. Gastos financieros	0,00 €	0,00 €	0,00 €
4. Transferencias corrientes	100.010,00 €	100.010,00 €	97.557,58 €
5. Fondo de contingencia	0,00 €	0,00 €	0,00 €

6. Inversiones reales	3.490.264,00 €	3.963.792,03 €	3.469.210,23 €
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	**125.452.974,00 €**	**130.520.371,97 €**	**128.986.980,99 €**

Ingresos del Programa

INGRESOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1. Impuestos directos	0,00 €	0,00 €	0,00 €
2. Impuestos indirectos	0,00 €	0,00 €	0,00 €
3. Tasas y otros ingresos	1.465.050,00 €	1.807.678,11 €	1.714.018,68 €
4. Transferencias corrientes	20,00 €	1.418,55 €	1.408,55 €
5. Ingresos patrimoniales	0,00 €	0,00 €	0,00 €
6. Enajenación inversiones reales	0,00 €	0,00 €	5.333.621,70 €
7. Transferencias de capital	10,00 €	10,00 €	0,00 €
8. Activos financieros	0,00 €	0,00 €	0,00 €
9. Pasivos financieros	0,00 €	0,00 €	0,00 €
TOTAL	**1.465.080,00 €**	**1.809.106,66 €**	**7.049.048,93 €**

PROGRAMA 546: ÁREA DE SALUD DE ESTELLA

Unidad responsable: Gerencia del Área de Salud de Estella/Lizarra

II. OBJETIVOS, ACCIONES E INDICADORES DEL PROGRAMA

Objetivos/
Acciones/
Indicadores

01. II.A. ATENCIÓN ESPECIALIZADA: HOSPITAL GARCÍA ORCOYEN DE ESTELLA/LIZARRA.

Mejorar la accesibilidad de la ciudadanía a la asistencia sanitaria.

Reducción de lista de espera quirúrgica, disminución de lista de espera en primeras consultas, consiguiendo a su vez reducir la demora media prospectiva. Disminución de porcentaje de consultas primeras y sucesivas en las que el paciente no acude. Realización de actividad quirúrgica extraordinaria de oftalmología y en consultas de los siguientes servicios: ORL, Oftalmología, Anestesia, Radiodiagnóstico, Traumatología, Rehabilitación y Raquis. Derivación a centros externos: Dermatología, Radiodiagnóstico, Oftalmología y ORL.

01.01. Reducir la lista de espera mediante la actividad ordinaria, extraordinaria o compensatoria; así como derivaciones a centros externos.

01.02. Reducir el número de cancelaciones de consultas.

01.03. Reducir el número de intervenciones quirúrgicas canceladas.

01.04. Asignar los recursos profesionales y materiales necesarios.

02. Mantener o incrementar la actividad del HGO.

Aumento de la actividad quirúrgica, vinculada y no vinculada. Disminución de la actividad de consultas tanto en primera como sucesivas.

02.01. Realizar la actividad propia del HGO en Hospitalización, Área Quirúrgica, Consultas Externas, Pruebas Complementarias y Urgencias.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
02.01.01	Urgencias.	30000	28146

02.01.02	Ingresos.	4000	3567
02.01.03	Consultas primeras.	24000	20669
02.01.04	Consultas sucesivas.	47000	38516
02.01.05	Consultas matrona.	3500	6415
02.01.06	Intervenciones quirúrgicas.	3400	3530
02.01.07	Cirugía mayor ambulatoria.	1.500 (Incluídas en las anteriores)	1710
02.01.08	Cirugía menor ambulatoria.	700	477
02.01.09	Colonoscopías con sedación.	2100	405
02.01.10	Partos.	375	346
02.01.11	Índice de ocupación.	62%	53,20%
02.01.12	Índice de rotación enfermo/cama.	36,60	43,4
02.01.13	Estancia media.	4,7	4,5
02.01.14	Índice consultas sucesivas/primeras.	2,17	1,81
02.01.15	Atenciones en Hospital de día.	900	443
02.01.16	Pacientes atendidos en Hospitalización en domicilio.	100	326

02.02. Asignar los recursos profesionales y materiales necesarios.

03. Progresar en la Coordinación Atención Primaria –Atención Especializada en el Área de Salud de Estella/Lizarra.

El Servicio de Traumatología del HGO, ha creado un protocolo de patología de hombro y se ha realizado formación de forma presencial en cada Zona Básica de Salud. Se comenzó a realizar formaciones especificas impartidas por profesionales del Servicio de Medina Interna de HGO, en las

Zonas Básicas de Salud. No ha sido posible la apertura de agendas a 90 días en atención especializada. Se ha añadido en este objetivo una nueva acción con sus indicadores. (INP´S= interconsultas no presenciales)

03.01. Proporcionar a los profesionales de A.P. información sobre tiempos de espera y abrir agendas de consultas con 3 meses de antelación.

03.02. Ampliar la utilización de la Consulta no Presencial por los diferentes servicios del HGO.

03.03. Elaborar guías de criterios de derivación de pacientes.

03.04. Elaborar guías cuidados enfermería entre AP y AE.

03.05. Realizar actividades de formación dirigidas a A.P.

03.06. INP'S realizadas en Primaria

03.07. Realización de INP'S

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.07.01	Primaria		4.173
03.07.02	Cardiología		441
03.07.03	Dermatología		2.263
03.07.04	Digestivo		305
03.07.05	Endocrinología		259
03.07.06	Maxilofacial		25
03.07.07	Medicina Interna		344
03.07.08	Neumología		59
03.07.09	ORL		121
03.07.10	Rehabilitación		77
03.07.11	Traumatología		279

04. Implementar y consolidar programas de Promoción de la salud y Prevención Sanitaria.

Ha participado el 74,76 % de la población a la que se la invitado a participar en el Programa de Detención Precoz de Cáncer Colorrectal. Reapertura de la consulta enfermería de prevención Ginecológica.

04.01. Consolidar el Programa de Detención Precoz de Cáncer Colorrectal.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
04.01.01	Número de análisis para determinación de sangre oculta en heces		6.505

04.02. Crear una consulta de Cirugía Maxilofacial

04.03. Asignar los recursos profesionales y materiales.

05. Consolidar el Programa de pluripatológicos y Crónicos.

En HGO, programa liderado por Medicina Interna en el Hospital de Día.

05.01. Asignar los recursos profesionales y materiales necesarios.

06. Implementar el Programa de Asistencia y Cuidados Paliativos.

Continuidad de la asistencia al paciente paliativo.

06.01. Asignar los recursos profesionales y materiales necesarios.

06.02. Coordinar la asistencia en consultas.

06.03. Coordinar la asistencia en Hospital de día, Hospitalización a domicilio y Hospitalización convencional.

06.04. Coordinar la asistencia en Atención Primaria.

07. Incrementar la actividad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

Se ha pasado de 1.610 en 2023 a 1.710 en 2024

07.01. Asignar los recursos profesionales y materiales necesarios.

07.02. Avanzar en la equipación de la nueva unidad de CMA.

07.03. Incremento de actividad

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
07.03.01	Número de intervenciones en CMA		1.710

08. Implementar y consolidar el Programa de Ahorro de Sangre (PBM).

Continuación del Programa de Ahorro de Sangre (PBM)

08.01. Asignar los recursos profesionales y materiales necesarios.

08.02. Coordinar de los servicios implicados: hematología, Anestesia, Cirugía ortopédica y Traumatología, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Laboratorio, Admisión

09. Implementar y consolidar la vía clínica RICA (Recuperación Intensificada de Cirugía Abdominal) y su posible traslación a otras especialidades quirúrgicas.

Actualmente, estamos en proceso de implementar la norma ISO 9001 en la vía RICA

09.01. Asignar los recursos profesionales y materiales necesarios.

09.02. Coordinar los servicios implicados: Anestesia, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Urología, Oftalmología, Admisión.

09.03. Consolidar la consulta de Enfermería Gestora de Casos para pacientes de la Guía Rica.

10. Mejorar la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria prestada.

Se han cumplimentado un 90 % de los LVQ de las intervenciones quirúrgicas

10.01. Consolidar el uso rutinario de la Lista de Verificación Quirúrgica (LVQ).

10.02. Promocionar la notificación de efectos adversos SINAPS.

10.03. Consolidar y difundir el Plan de Seguridad del HGO.

11. Mantenimiento y mejora de edificios e instalaciones.

Comienzo de las obras de nuevas Urgencias - UCI. Cambio de toda la iluminación exterior del HGO a sistema LED. Realización de los mantenimientos preventivos de las instalaciones y edificios.

11.01. Mantener las instalaciones y edificios en perfecto estado para su utilización por los pacientes y los profesionales.

11.02. Realizar las mejoras en la unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria para la correcta atención.

11.03. Hospital de Día.

11.04. Puesta en funcionamiento en la nueva ubicación de la unidad de esterilización.

11.05. Iniciar la reforma y ampliación de Urgencias UCI..

11.06. Asignar los recursos profesionales y materiales necesarios.

12. Mantener el HGO actualizado desde el punto de vista tecnológico.

Se siguen renovando los equipos en obsolescencia, en las nuevas compras de equipos se sigue el criterio de efectividad y eficiencia. A destacar, se ha comprado / instalado: una nueva sala de RX, OCT de oftalmología, lavadora de endoscopias, Respirador para urgencias. Reforma de los controles de enfermería de las dos plantas de hospitalización.

12.01. Sustituir las tecnologías obsoletas.

12.02. Incorporar nuevas tecnologías con criterios de efectividad y eficiencia.

12.03. Asignar los recursos profesionales y materiales necesarios.

13. Implementar nuevos programas innovadores en la asistencia sanitaria.

Implementación de teledermatología. Estudio para telemonitorización de pacientes en Hospitalización a Domicilio.

13.01. Fomentar entre los profesionales de medicina el diseño de programas asistenciales innovadores, eficientes y sostenibles.

13.02. Fomentar entre los profesionales de enfermería el diseño de programas asistenciales innovadores, eficientes y sostenibles.

13.03. Fomentar entre otros profesionales sanitarios el diseño de programas asistenciales innovadores, eficientes y sostenibles.

13.04. Fomentar entre los profesionales no sanitarios el diseño de programas innovadores, eficientes y sostenibles.

14. Consolidar y mejorar la formación, docencia e investigación de los profesionales del HGO.

Consolidación en la rotación de alumnos universitarios procedentes de Navarra y de otras comunidades y de alumnos no universitarios de grados medios y superiores procedentes de centros públicos y concertados de Navarra y comunidades limítrofes y en ocasiones de centros privados. Como área docente los MIR de Medicina Familiar y Comunitaria realizan su formación con rotaciones asistenciales en el Área de Salud de Estella-Lizarra.

14.01. Facilitar la asistencia de los profesionales a cursos de formación, congresos científicos, etc.

14.02. Consolidar las rotaciones de MIR de Medicina Familiar y Comunitaria en el HGO.

14.03. Consolidar y ampliar la rotación de MIR de especialidades del HUN en el HGO.

14.04. Consolidar y ampliar la rotación de alumnos de Medicina en el HGO.

14.05. Consolidar y ampliar la rotación de alumnos de Enfermería en el HGO.

14.06. Consolidar y ampliar la rotación de alumnos de Técnicos de Cuidados de Enfermería.

14.07. Consolidar y ampliar la rotación de alumnos de Técnicos de Radiología.

14.08. Consolidar y ampliar la rotación de alumnos de Laboratorio.

14.09. Consolidar y ampliar la rotación de alumnos de Técnicos de sistemas informáticos y redes.

14.10. Facilitar la participación de los profesionales del HGO en proyectos de investigación.

15. II.B. ATENCIÓN PRIMARIA: CENTROS DE SALUD Y CONSULTORIOS DEL ÁREA DE ESTELLA/LIZARRA.

Mejorar la calidad de los servicios prestados por el área de Atención Primaria.

Se ha aumentado la presencialidad en las consultas de medicina y enfermería de adultos y pediátrica.

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.01.01	Atención primaria. Medicina general. Consultas demandadas en el centro. Presencial	165.000	123.803
	No presencial	60.000	70.345
15.01.02	Atención primaria. Medicina general. Consultas programadas en el centro. Presencial	60000	38.335
	No presencial	20000	35.336

15.01.03	Atención primaria. Medicina general. Consultas demandadas a domicilio.	7800	4.560
15.01.04	Atención primaria. Medicina general. Consultas programadas a domicilio.	6500	4.938
15.01.05	Atención primaria. Pediatría. Consultas demanda en el centro. Presencial	29400	19.156
	No presencial	6000	5.244
15.01.06	Atención primaria. Pediatría. Consultas programadas en el centro. Presencial	12200	10.496
	No presencial	3400	3.037
15.01.07	Atención primaria. Pediatría. Consultas demanda a domicilio.	5	3
15.01.08	Atención primaria. Pediatría. Consultas programadas a domicilio.	2	4
15.01.09	Atención Primaria. Enfermería. Consultas demanda en el centro. Presencial	41600	42.042
	No presencial	22000	24.955
15.01.10	Atención Primaria. Enfermería. Consultas programadas en el centro. Presencial	88200	71.013
	No presencial	8200	10.961
15.01.11	Atención primaria. Enfermería. Consultas demandadas a domicilio.	4500	3.289

15.01.12	Atención primaria. Enfermería. Consultas programadas a domicilio.	20200	15.331
15.01.13	Atención primaria. Enfermería Pediatría. Consultas demandadas en el centro. Presencial	50000	9.689
	No presencial	2100	6.010
15.01.14	Atención primaria. Enfermería Pediatría. Consultas programadas en el centro. Presencial	15600	18.395
	No presencial	2200	2.793
15.01.15	Atención primaria. Enfermería Pediatría. Consultas demanda a domicilio .	30	68
15.01.16	Atención primaria. Enfermería Pediatría. Consultas programadas a domicilio.	170	390
15.01.17	Atención primaria. T. Social. Consultas demanda en el centro. Presencial	2000	2.634
	No presencial	1100	2.075
15.01.18	Atención primaria. T. Social. Consultas programadas en el centro. Presencial	1950	1.722
	No presencial	1000	2.014
15.01.19	Atención primaria. T. Social. Consultas demanda a domicilio.	40	40
15.01.20	Atención primaria. T. Social. Consultas programadas a domicilio.	300	252

15.02. Mejorar y potenciar el plan de formación dirigido a los profesionales de Atención Primaria, tanto en urgencias como en demanda y en gestión clínica.

15.03. Facilitar el acceso a los ciudadanos a las pruebas complementarias, evitando desplazamientos innecesarios. (Radiodiagnóstico en San Adrian y ecógrafos en las ocho zonas básicas de salud.

15.04. Incrementar las actuaciones socio sanitarias enmarcadas en la Estrategia del Paciente Crónico.

16. Mejorar la gestión presupuestaria en todos sus capítulos y partidas.

Remodelación del Cs de Los Arcos y creación de una nueva consulta. Remodelación del SNU de Estella-Lizarra, y creación de dos nuevas consultas. Cambio de las ventanas del CS de Villatuerta. Un nuevo vestíbulo y puertas de entrada en el CS de Ancín.

16.01. Mantener operativos los inmuebles asignados, mejorando sus condiciones de confort y tecnológicas.

16.02. Revisión de presupuesto de farmacia. Adecuación gasto/presupuesto.

17. Mejorar la calidad de los servicios prestados en la atención en situaciones de emergencia.

Continuamos trabajando y desarrollando los protocolos de urgencias.

17.01. Mejorar el tiempo de respuesta y especificidad de los dispositivos de emergencias en la atención de urgencias vitales.

18. Consolidar la implantación de las sucesivas fases del Plan de Mejora de Atención Primaria en las Zonas Básicas de Salud que ya lo han iniciado durante los años anteriores.

Potenciar el trabajo en equipo mediante la creación y consolidación de comisiones en cada Zona Básica de Salud. Impulso de la atención comunitaria en cada Zona Básica de Salud. Fomentar la coordinación entre Atención Primaria y otros niveles asistenciales. Implantación en todas las Zonas Básicas de Salud de la figura de psicólogo y fisioterapia individual.

18.01. Continuar con la implantación de las sucesivas fases de que consta el Plan de Mejora en las zonas básicas de salud que ya lo han iniciado durante los años anteriores. Implantar el plan de salud infantil 2020.

18.02. Capacitar a los profesionales en los distintos pasos del desarrollo del Plan de Mejora.

19. Mantenimiento y mejora de las instalaciones de los Centros de Salud.

Se ha instalado el doble cajetín para gestión de los almacenes de material sanitario y farmacia, en los centros de salud de Estella-Lizarra, San Adrián y Ancín. Equipación con dermatoscopios y cámaras en todos los Centros de Salud y consultorios.

19.01. Proceder a la dotación del equipamiento general y clínico necesario para los centros de salud y consultorios.

19.02. Realizar las obras de reforma necesarias en los centros de salud para adaptarlos a las nuevas necesidades de organización de acuerdo con el Plan de Mejora, en la medida de lo posible desde el punto de vista técnico y económico.

20. Consolidar el pilotaje de la estrategia de la atención a pacientes crónicos en la Zona Básica de Salud (ZBS) de Estella y extensión paulatina al resto de ZBS: Realización de reuniones periódicas con los profesionales sanitarios de las zonas básicas.

Se ha impulsado la estrategia de crónicos del SNS-O, a través de formaciones especificas en cada Zona Básica de Salud en colaboración la referente de la estrategia de cronicidad de Navarra y con el Servicio de Medicina Interna del HGO.

VI. EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

Gastos del Programa

GASTOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1. Gastos de personal	53.612.842,00 €	57.925.038,63 €	57.662.058,41 €
2. Gastos corrientes en bienes y servicios	15.866.390,00 €	16.174.664,79 €	15.625.720,48 €
3. Gastos financieros	0,00 €	0,00 €	0,00 €
4. Transferencias corrientes	0,00 €	0,00 €	0,00 €
5. Fondo de contingencia	0,00 €	0,00 €	0,00 €
6. Inversiones reales	2.450.802,00 €	2.234.802,00 €	1.913.885,88 €
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	**71.930.034,00 €**	**76.334.505,42 €**	**75.201.664,77 €**

Ingresos del Programa

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	402.040,00 €	643.314,79 €	825.945,71 €
4. Transferencias corrientes	0,00 €	0,00 €	0,00 €
5. Ingresos patrimoniales	0,00 €	0,00 €	0,00 €
6. Enajenación inversiones reales	0,00 €	0,00 €	0,00 €
7. Transferencias de capital	0,00 €	0,00 €	1.816.535,19 €
8. Activos financieros	0,00 €	0,00 €	0,00 €
9. Pasivos financieros	0,00 €	0,00 €	0,00 €
TOTAL	**402.040,00 €**	**643.314,79 €**	**2.642.480,90 €**

PROGRAMA 547: ATENCIÓN PRIMARIA

Unidad responsable: Gerencia de Atención Primaria

II. OBJETIVOS, ACCIONES E INDICADORES DEL PROGRAMA

Objetivos/
Acciones/
Indicadores

01. Mejorar la calidad de los servicios prestados por el área de Atención Primaria.

01.02. Mejorar el plan de formación dirigido a los profesionales

Se ha reunido la comisión de docencia con representación de todas las áreas con el fin de mejorar el plan de formación dirigido a profesionales.

Durante 2024 se han realizado diversas actividades formativas dirigidas a los profesionales de AP de medicina, enfermería, trabajo social, administrativo, fisioterapeutas, psicólogos, así como a los MIR y EIR. Se ha realizado formación a los nuevos profesionales que se incorporan al SNS-O, cursos de aumento de capacidad resolutiva: dermatoscopia, cirugía menor, ecografía, sedación paliativa, espirometría … y formaciones dirigidas a las enfermeras referentes de cronicidad y de procesos agudos.

01.03. Desarrollo de la estrategia de procesos agudos en Navarra

En 2024 se hizo un seguimiento del modelo por medio de una encuesta a las ERPAs para conocer las posibles áreas de mejora y dificultades detectadas tras la implantación y se ha continuado con la formación a profesionales en procesos agudos. Se ha realizado también formación a las enfermeras del SUE.

01.04. Consolidar la implantación de la estrategia de la atención a pacientes crónicos en las zonas básicas.

Para impulsar la estrategia de atención a pacientes crónicos y pluripatológicos se creó la figura de enfermera referente de cronicidad que se incluyó en varias zonas básicas de salud. Este modelo se ha ido fortaleciendo mediante formación a estos profesionales y encuentros con el objetivo de consolidar este modelo de atención.

Algunas de estas profesionales enfermeras referentes de cronicidad realizan a su vez funciones de Enfermera de Enlace Comunitaria, figura esencial en la estrategia de atención a pacientes crónicos.

01.05. Plan para la creación de plazas perfiladas de enfermería especialista Familiar y Comunitaria

Se ha realizado un examen para la conformación de listas de contratación temporal, de promoción y de libre, de enfermeras especialistas familiar y comunitaria.

Se ha solicitado la creación de plazas de especialistas familiar y comunitaria en AP ligadas a la estrategia de salud comunitaria en Navarra, en la que se está trabajando.

01.06. Facilitar el acceso a los ciudadanos a las pruebas complementarias, evitando desplazamientos innecesarios.

Se mantienen los puntos de realización de Retinografía y radiografía en las zonas rurales para evitar desplazamientos innecesarios. Así mismo se han dotado a las zonas básicas de ecógrafos y dermatoscopios con el mismo fin. También se ha potenciado la cirugía menor reincorporando la formación en el plan docente.

01.07. Mantenimiento y mejora progresiva del control de los sistemas de monitorización de glucosa en sangre a los pacientes diabéticos tipo 1.

Se mantiene.

01.08. Extensión paulatina de sistemas de monitorización de glucosa en sangre, con el correspondiente suministro de sensores, a los pacientes diabéticos tipo 2 en tratamiento con insulina bolo-basal.

Durante 2024 todos los pacientes con diabetes tipo 2 que lleven tratamiento intensivo con insulina y que requieran al menos 6 punciones digitales al día para automonitorización de glucosa en sangre tienen financiado este dispositivo para el control de su enfermedad.

Durante 2024 se ha realizado formación en forma de taller dirigido a enfermeras de AP para el manejo de los pacientes que utilicen estos dispositivos.

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
01.01.01	Atención primaria. Medicina general. Consultas demandadas en el centro.	1.300.000	1.267.068
01.01.02	Atención primaria. Medicina general. Consultas programadas en el centro.	720.000	715.096
01.01.03	Atención primaria. Medicina general. Consultas demandadas a domicilio.	22.000	22.099
01.01.04	Atención primaria. Medicina general. Consultas programadas a domicilio.	25.000	24.440

01.01.05	Atención primaria. Medicina general. Consultas por habitante.	4,50	4,69
01.01.06	Atención primaria. Pediatría. Consultas demandadas en el centro.	195.000	192.620
01.01.07	Atención primaria. Pediatría. Consultas programadas en el centro.	150.000	156.178
01.01.08	Atención primaria. Pediatría. Consultas por habitante.	4,5	3,39
01.01.09	Atención primaria. Enfermería. Consultas demandadas en el centro.	920.000	814.484
01.01.10	Atención primaria. Enfermería. Consultas programadas en el centro.	900.000	854.682
01.01.11	Atención primaria. Enfermería. Consultas demandadas a domicilio.	19.000	16.496
01.01.12	Atención primaria. Enfermería. Consultas programadas a domicilio.	77.000	72.838
01.01.13	Atención primaria. Enfermería. Consultas por habitante.	3,5	3,50
01.01.14	Salud Bucodental. Consultas odontología general.	25.000	33000
01.01.15	Salud Bucodental. Consultas PADI (programa de asistencia dental infantil).	47.000	47400

01.02. Mejorar el plan de formación dirigido a los profesionales.

Se ha creado Comisión de Docencia con representación de todas las áreas, con participación de profesionales de los diferentes estamentos que conforman los equipos de Atención Primaria. Además, se está construyendo un Plan Docente que contemple todas las necesidades formativas de todos los servicios, áreas y actividades de todos los ámbitos que abarca la Atención Primaria.

01.03. Desarrollo de la estrategia de procesos agudos en Navarra.

Atención en consulta diferenciada por parte de profesionales de enfermería.

Con criterios de edad, tiempo de evolución y signos y síntomas determinados.

01.04. Consolidar la implantación de la estrategia de la atención a pacientes crónicos en las zonas básicas.

Consolidar la implantación de la estrategia de atención a pacientes crónicos en las zonas básicas de salud, iniciada en el año 2015 y culminada en el año 2017. Seguimiento y visualización de los resultados de los perfiles de pacientes con “enfermedades neurodegenerativas”, con “enfermedades crónicas”, con “insuficiencia cardiaca”, con “diabetes”, “fibromialgia”, o con “EPOC”.

Monitorización y consolidación del perfil “atención al paciente frágil”; y su extensión paulatina a todas las zonas básicas de salud.

01.05. Plan para la creación de plazas perfiladas de enfermería especialista Familiar y Comunitaria.

01.06. Facilitar el acceso a los ciudadanos a las pruebas complementarias, evitando desplazamientos innecesarios.

Se han implementado varios proyectos de digitalización de procedimientos varios que minimizarán los desplazamientos no necesarios, la video consulta, la tele dermatología, la intercomunicación con Atención especializada hospitalaria, además de los grandes avances en el Desarrollo de la Carpeta Personal de Salud.

01.07. Mantenimiento y mejora progresiva del control de los sistemas de monitorización de glucosa en sangre, a los pacientes diabéticos del tipo I.

01.08. Extensión paulatina de sistemas de monitorización de glucosa en sangre, con el correspondiente suministro de sensores, a los pacientes diabéticos del Tipo II en tratamiento con insulina bolo-basal.

02. Mejorar la gestión presupuestaria en todos sus capítulos y partidas.

En lo que respecta al Capítulo VI se han hecho algunas actuaciones de eficiencia energética, que por tanto repercutirán en el presupuesto del Capítulo II en años posteriores, mientras en el Capítulo II se han revisado y analizado todas las partidas para intentar ajustar el gasto, sin que repercuta en la calidad de la prestación sanitaria, en todas las actuaciones que se consideran que no aportan al fin último.

02.01. Mantener operativos los inmuebles asignados, mejorando sus condiciones de confort y tecnológicas.

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
02.01.01	Se ha mejorado el contrato de mantenimiento de los centros de salud, incluyendo 2 nuevos técnicos, pues las necesidades y la demanda de las instalaciones y de las nuevas normativas es cada vez mayor. Además, uno de los ingenieros ha estudiado todos los días la temperatura de todos los centros de salud del área de Pamplona para mantener una adecuada temperatura para profesionales y usuarios. Esta tarea se ha realizado tanto en invierno como en verano.		31.12.2024

02.02. Revisión de los criterios de asignación de presupuesto de los conceptos de gasto corriente en base a la realidad de su ejecución y a las particularidades de cada zona básica de salud. Adecuación gasto/presupuesto. Revisión del sistema de evaluación a los equipos.

Contratos gestionados por una Unidad Gestora que son compartidos por otras: La Gerencia de Atención Primaria gestiona una serie de contratos que afectan al centro “Conde Oliveto” y a los centros de salud de atención primaria.

En estos centros se ubican locales de atención primaria, y en algunos de ellos además locales de salud mental, de atención a la mujer, de asistencia especializada, de servicios centrales. Es lógico y conveniente que, para determinados contratos relacionados con estos centros compartidos, y con objeto de aprovechar los recursos y las sinergias, se unifiquen los servicios a prestar en el gestionado por Atención Primaria (por ejemplo: servicio de limpieza, servicio de transporte de muestras analíticas y valija, etc.) Por ello, la unidad gestora del contrato del ámbito de Atención Primaria, en la documentación del correspondiente expediente, podrá reflejar la propuesta de imputación presupuestaria del gasto compartido contra las partidas del ámbito de Atención Primaria, del ámbito del Complejo Hospitalario de Navarra, del ámbito de Salud Mental, de los ámbitos de las Áreas de Salud de Tudela y de Estella y del ámbito de los órganos centrales. En aquellos expedientes en que la cuantía de gasto a compartir y repercutir sea de un volumen "menor”, o bien por su naturaleza, bien por no poder establecer un correcto o adecuado reparto económico, o bien por causas que así lo aconsejen en aras de la eficiencia administrativa, podrá no repercutir el gasto.

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
02.02.01	Seguimos gestionando tanto los contratos de gastos compartidos del Edificio Conde Oliveto como aquellos contratos que afectan a los centros de salud, incluidos los correspondientes a aquellas direcciones generales ajenas a Atención Primaria.: salud mental, HUN etc. En alguno de estos contratos ha sido necesario hacer cambios relevantes, como el contrato de transporte de muestras analíticas y valija adaptando la recogida de muestras analíticas a las nuevas necesidades del Laboratorio del HUN, LUNA. Esta adaptación del contrato ha afectado a las áreas de salud: Pamplona, Tudela y Estella.		31.12.2024

03. Mejorar la calidad de los servicios prestados en la atención en situaciones de emergencia.

Mejora en tiempos de respuesta a las patologías tiempo dependientes incluidos los códigos específicos de cada emergencia

03.01. Mejorar el tiempo de respuesta y especificidad de los dispositivos de emergencias en la atención de urgencias vitales.

03.02. Realizar actuaciones formativas en el área de urgencias a los profesionales.

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
03.02.01	Urgencias atendidas por médicos coordinadores SOS-Navarra	120.000	253.692
03.02.02	Media diaria de urgencias atendidas por médicos coordinadores SOS-Navarra	330	695
03.02.03	Urgencias atendidas por ambulancias medicalizadas	8000	9.176
03.02.04	Media diaria de urgencias atendidas por ambulancias medicalizadas.	22	25
03.02.05	Urgencias atendidas por ambulancias	40.000	38.687

	convencionales.		
03.02.06	Media diaria de urgencias atendidas por ambulancias convencionales. Presencial	110	105
03.02.07	Urgencias atendidas por los servicios de urgencia del área urbana	232.000	282.000
03.02.08	Media diaria de urgencias atendidas por los servicios de urgencia del área urbana	630	700
03.02.09	Urgencias atendidas por los servicios de urgencia del área rural	120.000	126.910
03.02.10	Media diaria de urgencias atendidas por los servicios de urgencia del área rural.	330	346,7

04. Consolidar las actuaciones realizadas durante los años 2017, 2018, 2019, 2020 y 2021 en el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria y Comunitaria, e implantar las nuevas actuaciones previstas para el año 2022.

04.01 Se pondrá énfasis en todas aquellas actividades en pro de la promoción de hábitos saludables y de la prevención de enfermedades, así como impulsar la participación en los programas de Detección Precoz en marcha en la Comunidad Foral y en las campañas de vacunación para la consecución de coberturas adecuadas.

Así mismo se priorizará la participación en Intervenciones Comunitarias para trabajar conjuntamente con la ciudadanía para la mejora de la salud.

Se ha revisado y actualizado conjuntamente con el ISPLN los contenidos de charlas y talleres que se ofrece a la población en las distintas zonas básicas para unificar contenidos y trabajar en un repositorio de talleres.

A lo largo del año 2024 se han realizado campañas específicas de vacunación: COVID-19, Gripe, Herpes Zoster y Virus Respiratorio Sincitial (VRS). Además, se han administrado el resto de vacunas contempladas en el calendario vacunal. Se ha trabajado con las enfermeras de consejo sanitario para dar cobertura telefónica a las dudas referentes a la vacunación.

04.02 Mantenimiento en colaboración con salud pública en programas de prevención, colon, mama, inicio de plan prevención cáncer de cérvix.

Se colabora con el ISPLN en la recogida de muestras para el cribado de cáncer de cérvix y colon. En este último AP colabora con la solicitud de la colonoscopia.

04.03. Continuar con la mejora de la capacidad resolutiva de Atención Primaria: ecografía clínica, retinografía, cirugía menor, dermatoscopia, con la dotación paulatina del equipamiento correspondiente ya iniciada durante los años anteriores.

Se ha dotado a todas las zonas básicas de un dermatoscopio de alta resolución, se ha iniciado primera fase de un proyecto de colaboración entre la Gerencia de AP y el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Navarra.

Se han realizado cursos de formación de dermatoscopia, cirugía menor, ecografía y espirometría.

En 2024 se implanta la Estrategia de Teledermatología del SNS-O en la que está implicada AP y el Servicio de Dermatología. Los médicos de AP consultan con dermatología las lesiones adjuntando una fotografía a la orden de "interconsulta no presencial". De esta forma se valoran las lesiones en un plazo breve de tiempo unas 48-72 horas y se dirige al paciente a la consulta más oportuna aumentando la resolutividad.

04.04. Inicio de implantación de usos de videoconferencias con pacientes. Pilotaje en Iturrama. Experiencia de éxito en Isaba.

04.05. Plan de Colaboración de Psicólogos en Atención Primaria.

Inicio en junio 2022 en Pamplona (Chantrea, Antsoain, Rochapea)

Inicio en agosto 2022 en Pamplona (Berriozar, San Jorge, Orcoyen y Buztintxuri).

Se ha completado la implementación en todas las zonas básicas.

Queda pendiente la implementación de la parte del proyecto orientado a niños y adolescentes. Habrá tres profesionales que darán atención en la cuenca de Pamplona.

Completado en Tudela y Estella.

Actualmente ya hay 19 profesionales contratados de los 22 previstos.

04.05.01. Implementación de psicólogos entre las tres áreas.

En 2024 se consolida la implantación de los profesionales de psicología en AP con la incorporación, en septiembre de 2024, de tres profesionales para atender a la población infantojuvenil, hasta los 17 años de edad, de las zonas básicas de la comarca de Pamplona.

En 2024 se crea el puesto de trabajo "PSICÓLOGO EN E.A.P."

El número total de profesionales que trabajan en el área de Pamplona tanto rural como urbana son 16.

04.06. Implementación del proyecto de la derivación directa desde Atención Primaria a Fisioterapia.

Inicio en septiembre de 2022 en Valles Pirenaicos.

Implementado en todas las zonas rurales, atención grupal, individual y en domicilio para patologías propuestas en grupo técnico del proyecto.

En la zona urbana se ha iniciado implementación con cuatro profesionales.

Pendiente de completar el desarrollo el proyecto en el área urbana de Pamplona.

04.06.01. Ampliar el proyecto en las tres áreas con más profesionales.

Se ha implantado el proyecto de la derivación directa desde Atención Primaria a Fisioterapia en toda el área de Pamplona, tanto rural como urbana. El número total de profesionales que realizan esta atención son 17.

04.01. Se pondrá énfasis en todas aquellas actividades en pro de la promoción de hábitos saludables y de la prevención de enfermedades, así como impulsar la participación en los programas de Detección Precoz en marcha en la Comunidad Foral y en las campañas de vacunación para la consecución de coberturas adecuadas.

Así mismo se priorizará la participación en Intervenciones Comunitarias para trabajar conjuntamente con la ciudadanía para la mejora de la salud.

04.02. Mantenimiento en colaboración con salud pública en programas de prevención, colon, mama, inicio de plan prevención cáncer de cérvix.

04.03. Continuar con la mejora de la capacidad resolutiva de Atención Primaria: ecografía clínica, retinografía, cirugía menor, dermatoscopia, con la dotación paulatina del equipamiento correspondiente ya iniciada durante los años anteriores.

Se ha dotado a todas las zonas básicas de un dermatoscopio de alta resolución, se ha iniciado primera fase de un proyecto de colaboración entre la Gerencia de AP y el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Navarra.

04.04. Inicio de implantación de uso de videoconferencias con pacientes. Pilotaje en Iturrama.

Experiencia de éxito de uso en Isaba.

04.05. Plan de Colaboración de Psicólogos en Atención Primaria.

Inicio en junio 2022 en Pamplona (Chantrea, Antsoain, Rochapea)

Inicio en agosto 2022 en Pamplona (Berriozar, San Jorge, Orcoyen y Buztintxuri).

Se ha completado la implementación en todas las zonas básicas.

Queda pendiente la implementación de la parte del proyecto orientado a niños y adolescentes. Habrá tres profesionales que darán atención en la cuenca de Pamplona.

Completado en Tudela y Estella.

Actualmente ya hay 19 profesionales contratados de los 22 previstos.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
04.05.01	Implementación de psicólogos entre las tres áreas.	22	TOTAL 16 psicólogos área de Pamplona

04.06. Implementación del proyecto de la derivación directa desde Atención Primaria a Fisioterapia.

Inicio en septiembre de 2022 en Valles Pirenaicos.

Implementado en todas las zonas rurales, atención grupal, individual y en domicilio para patologías propuestas en grupo técnico del proyecto.

En la zona urbana se ha iniciado implementación con cuatro profesionales.

Pendiente de completar el desarrollo el proyecto en el área urbana de Pamplona.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
04.06.01	Ampliar el proyecto en las tres áreas con más profesionales.	11	TOTAL 17 fisioterapeutas área de Pamplona

05. Mantenimiento y mejora de las instalaciones y equipamientos de los Centros de Salud.

Durante el año 2024 se ha mejorado el contrato de mantenimiento de centros de salud, incrementándose en 2 técnicos, debido al incremento de las necesidades de mantenimiento de las instalaciones y edificios.

05.01. Proceder a la dotación del equipamiento general y clínico necesario para los centros de salud y consultorios.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
05.01.01	Se ha continuado con la modernización del equipamiento en los centros de salud, principalmente dermatoscopios, holter, camillas eléctricas, timpanometros etc		30.11.2024

05.02. Realizar las obras de reforma necesarias en los centros de salud para adaptarlos a las nuevas necesidades de organización de acuerdo con el Plan de Mejora a la Estrategia de Atención Primaria desde el punto de vista técnico y económico.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
05.02.01	Las obras principales en este sentido han sido en los centros de salud de Ermitagaña, Burlada, Barañain I.		30.11.2024

05.03. Finalizada e inaugurada la ampliación del Centro de Salud de Berriozar.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
05.03.01	Se ha inaugurado con éxito, el centro funciona desde el 1er día perfectamente.		01.09.2023

05.04. Finalizado e inaugurado nuevo Centro de Salud de Ardoi.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
05.04.01	Se ha inaugurado con éxito, el centro funciona desde el 1er día perfectamente.		01.10.2023

05.05. Adecuadas las consultas en Centro de Salud La Milagrosa.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
05.05.01	Esta adaptación se realizó el año 2023.		30.06.2023

05.06. Creación de nuevas consultas en Sarriguren tras optimizar espacios.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
05.06.02	Esta obra, de dos nuevas consultas, se realizó el año 2023.		01.03.2023

05.07. Nueva área de admisión en C.S. Tafalla.

NO APLICA

05.08. El Centro Psicogeriátrico es ya la nueva sede administrativa del Servicio de Urgencias extra hospitalario (SUE).

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
05.08.01	Se finalizó la obra, trasladándose desde el edificio Forem y finalizando dicho alquiler.		01.03.2023

05.09. Quedan pendientes la licitación de obra de los centros de Villava, Puente La Reina y Carcastillo.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
05.09.01	La de Villava ya se licitó en 2024 estando prevista la entrega del centro en febrero de 2026.		31.01.2024

05.10. Finalizado el Plan de Necesidades del Centro de Salud de Ripagaina, queda pendiente la licitación del proyecto para posterior licitación de obra y construcción.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
05.10.01	Se ha realizado el Plan Funcional de dicho centro.		15.01.2024

05.11. Se han planteado reformas y adecuación en centros de Chantrea, Lesaka e Irurtzun.

NO APLICA

05.12. Se iniciarán obras de remodelación de Conde Oliveto. Reubicación provisional de la Gerencia AP, Servicios Generales y servicio de Profesionales.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
05.12.01	Se iniciaron en mayo de 2024.		01.05.2024

05.13. Cada Punto de Atención Continuada para la atención de las urgencias y emergencias tiene un nuevo vehículo.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
05.13.01	Ya disponía desde años anteriores.		01.01.2024

05.14. Se ha dotado de ambulancia al servicio de urgencias de Tafalla.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
05.14.01	Ya disponía en años anteriores		01.01.2024

05.15. Implantación en 8 centros de salud del Almacén inteligente (Kanban).

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
05.15.01	Durante el año 2024 se ha implantado en sólo 3 centros de salud: Sarriguren, Peralta y Berriozar.		30.09.2024

05.16. En el primer trimestre está previsto la instalación en el Centro de Salud de Peralta.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
05.16.01	Instalación en otros centros	5	30.09.2024
05.16.02	En el centro de salud de Peralta se implantó efectivamente el primer trimestre del año.		31.03.2024

06. Transformación digital.

Se está llevando a cabo desde la Sección de Salud Bucodental el pilotaje del programa PADI + CLÍNICAS.

06.02. Retirar el modelo de trabajo en entorno CITRIX. Hasta 2026.

Se continua con el cambio de entorno CITRIX que posibilita, entre otras acciones, el uso del Smartphone para toma de fotos que se integren en historia clínica y el certificado de defunción digital. Durante este año se amplían las zonas básicas de salud que ya no trabajan con el entorno CITRIX.

06.06. Tarjeta de identificación.

Se ha finalizado la fase de implantación de las tarjetas TIP.

06.01. Implementación de red WIFI en al menos 18 centros del área de Pamplona lo largo de 2024.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
06.01.01	Se ha implantado en 10 centros de salud: San Juan, Tudela Este, Chantrea, Iturrama, Ermitagaña, Noain, II Ensanche, Rochapea, Burlada y Estella		22.11.2024

06.02. Retirar el modelo de trabajo en entorno CITRIX. Hasta 2026.

06.03. Prevista para 2024 la extensión del servicio de Contact Center y aplicaciones MiCCE (Agent) en todas las ZBS.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
06.03.01	Se ha implantado el sistema de Contact Center en todos los centros de salud de Navarra y en aquellos consultorios de más de 3000 TIS.		30.11.2024

06.04. Pilotaje actual en varios centros (Sarriguren, Buztintxuri..) de proyecto de "rellamada".

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
06.04.01	Se ha implantado el sistema de rellamada en todos los centros de salud de Navarra y en		30.11.2024

	aquellos consultorios que tienen más de 3000 TIS.		

06.05. Implementación de firma biométrica.

06.06. Tarjeta de identificación.

06.07. Digitalización de archivos de 7 centros de salud más.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
06.07.01	Se han digitalizado 5 áreas básicas completas: Peralta, Olite, Milagrosa, Ezcaroz y Casco Viejo.		20.12.2024

VI. EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

Gastos del Programa

GASTOS	**Inicial**	**Consolidado**	**Realizado**
1. Gastos de personal	132.772.870,00 €	139.409.749,10 €	139.323.905,30 €
2. Gastos corrientes en bienes y servicios	21.140.300,00 €	20.039.672,92 €	19.352.998,16 €
3. Gastos financieros	0,00 €	0,00 €	0,00 €
4. Transferencias corrientes	1.021.798,00 €	1.021.798,00 €	1.021.712,58 €
5. Fondo de contingencia	0,00 €	0,00 €	0,00 €
6. Inversiones reales	6.465.215,00 €	5.463.214,55 €	4.932.287,73 €
7. Transferencias de capital	950.000,00 €	783.276,45 €	776.828,59 €
8. Activos financieros	0,00 €	0,00 €	0,00 €
9. Pasivos financieros	0,00 €	0,00 €	0,00 €
TOTAL	**162.350.183,00 €**	**166.717.711,02 €**	**165.407.732,36 €**

Ingresos del Programa

INGRESOS	Inicial	Consolidado	Realizado
1. Impuestos directos	0,00 €	0,00 €	0,00 €
2. Impuestos indirectos	0,00 €	0,00 €	0,00 €
3. Tasas y otros ingresos	1.810.030,00 €	1.818.720,43 €	2.104.219,61 €
4. Transferencias corrientes	10,00 €	58,50 €	30.058,50 €
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 €	10.773.960,41 €
8. Activos financieros	0,00 €	0,00 €	0,00 €
9. Pasivos financieros	0,00 €	0,00 €	0,00 €
TOTAL	**1.810.040,00 €**	**1.818.778,93 €**	**12.908.238,52 €**