CUENTAS GENERALES DE NAVARRA 2025 - MEMORIA PROGRAMAS

ÍNDICE
Departamento de Salud

PROGRAMA 500: DIRECCIÓN Y SERVICIOS GENERALES DE SALUD
PROGRAMA 511: HUMANIZACION, ASEGURAMIENTO Y COORDINACION INTERDEPARTAMENTAL
PROGRAMA 512: PLANIFICACIÓN, ESTRATEGIA SANITARIA E INVESTIGACIÓN
PROGRAMA 513: ORDENACIÓN E INSPECCIÓN SANITARIAS Y DE FARMACIA
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 UNIVERSITARIO DE NAVARRA
PROGRAMA 545: ÁREA DE SALUD DE TUDELA
PROGRAMA 546: ÁREA DE SALUD DE ESTELLA
PROGRAMA 547: ATENCIÓN PRIMARIA

PROGRAMA 500: DIRECCIÓN Y SERVICIOS GENERALES DE SALUD

Unidad responsable: Coordinación Sociosanitaria

II. OBJETIVOS, ACCIONES E INDICADORES DEL PROGRAMA

Objetivos/

Acciones/

Indicadores

01. Impulso de una Estrategia Sociosanitaria para la Comunidad Foral de Navarra.

01.01. Elaboración de la Estrategia e impulso de las líneas de acción.

SE HA CONTRATADO LA ELABORACIÓN DE UN DIAGNÓSTICO PREVIO DE LA SITUACIÓN SOCIAL Y SANITARIA POR VALOR DE 18.029 EUROS (IVA incluido)

01.02. Evaluación de las líneas de acción que formen la Estrategia y desarrollo de los planes correspondientes.

SIN CONSIGNACIÓN PRESUPUESTARIA

02. Coordinación de los proyectos y programas existentes en materia Sociosanitaria en el Departamento de Salud y sus organismos autónomos.

02.01. Creación de una Comisión de Apoyo a la Coordinación con representantes de todos los ámbitos, áreas y niveles asistenciales y no asistenciales con competencias en materia Sociosanitaria.

SIN CONSIGNACIÓN PRESUPUESTARIA

VI. EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

Gastos del Programa

GASTOS	*Inicial*	*Consolidado*	*Realizado*
1. Gastos de personal	*2.745.858,00 €*	*2.828.392,41 €*	*2.514.961,83 €*

2. Gastos corrientes en bienes y servicios	*280.513,00 €*	*214.048,10 €*	*159.346,05 €*
3. Gastos financieros	*10,00 €*	*10,00 €*	*0,00 €*
4. Transferencias corrientes	*20,00 €*	*4.484,90 €*	*4.464,90 €*
5. Fondo de contingencia	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
6. Inversiones reales	*54.000,00 €*	*45.000,00 €*	*44.754,46 €*
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	***3.080.401,00 €***	***3.091.935,41 €***	***2.723.527,24 €***

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	*303.730,00 €*	*303.730,00 €*	*538.818,60 €*
4. Transferencias corrientes	*10,00 €*	*10,00 €*	*6.918,58 €*
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	***303.740,00 €***	***303.740,00 €***	***545.737,18 €***

PROGRAMA 511: HUMANIZACION, ASEGURAMIENTO Y COORDINACION INTERDEPARTAMENTAL

Unidad responsable: *Servicio de Humanización, Aseguramiento y Coordinación Interdepartamental*

II. OBJETIVOS, ACCIONES E INDICADORES DEL PROGRAMA

Objetivos/

Acciones/

Indicadores

01. Impulsar la realización del documento de voluntades anticipadas.

01.01. Difusión a la ciudadanía del Documento de Voluntades Anticipadas.

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

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
01.02.01	Incremento Documentos de voluntades anticipadas registrados en el año anterior.	>=5%	No
01.02.02	Difusión actualizada en página web de la información sobre DVAs.	Sí	Si

02. Asegurar el derecho a la asistencia sanitaria pública.

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
02.01.01	Resoluciones tramitadas de autorización o denegación RDL 7/2018 Artículo 3 ter.	>=100	19
02.01.02	Resoluciones tramitadas de autorización o denegación Real Decreto 576/2013.	>=100	39

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

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

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.02.01	Proyectos realizados.	60	64
03.02.02	Proyectos que justifican adecuadamente los gastos realizados.	>99%	87,5%
03.02.03	Proyectos que incorporar aspectos de género.	>75%	86%

04. Apoyar la realización de tratamientos rehabilitadores específicos.

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
04.01.01	Personas beneficiadas en Tratamiento Petö.	35	33

04.02. Tramitar, proponer y controlar la concesión de ayudas a personas con trastorno del espectro autista.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
04.02.01	Personas beneficiadas con trastorno autista.	50	319
04.02.02	% de cobertura de costes de la actividad subvencionable		39,67%

04.03. Tramitar, proponer y controlar la concesión de ayudas a menores o mayores con discapacidad, con daño cerebral adquirido (DCAI) y patologías neurológicas afines.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
04.03.01	Personas con discapacidad diagnosticados de DCAI y patologías neurológicas afines beneficiadas.	30	47

05. Ofrecer apoyo psicológico a enfermos de cáncer.

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
05.01.01	Sesiones de tratamientos individualizados realizados.	>=3.500	6.504
05.01.02	Sesiones grupales realizadas.	>=20	160
05.01.03	Personas beneficiadas.	>=1000	1.798

06. Ofrecer apoyo psicológico al duelo complejo.

06.01. Gestión y seguimiento del convenio con la Asociación Goizargi.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
06.01.01	Sesiones de tratamientos individualizados realizados.	>= 3.500	3.623

06.01.02	Personas beneficiadas.	>= 1.000	299

07. 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.

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
07.01.01	Donantes nuevos (con 1ª donación).	>=1.000	1.562
07.01.02	Donaciones realizadas.	>=20.000	19.622
07.01.03	Donantes menores de 39 años.	>=40%	70,17%

08. Apoyar el tratamiento a personas con ludopatías.

08.01. Gestión y seguimiento del convenio con la Asociación Aralar.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
08.01.01	Sesiones de tratamientos individualizados realizados.	>= 3.500	825
08.01.02	Sesiones grupales realizadas.	>= 20	225
08.01.03	Personas beneficiadas.	>= 1.000	848

09. Apoyar procesos de rehabilitación de personas afectadas por ELA.

09.01. Gestión y seguimiento del convenio con la Asociación ANELA.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
09.01.01	Sesiones de tratamientos individualizados realizados.	>= 3.500	2.998

09.01.02	Personas beneficiadas.	>= 1.000	51

10. Apoyar actividades de rehabilitación en personas adultas con daño cerebral.

10.01. Gestión y seguimiento del convenio con la Asociación Adacen.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
10.01.01	Sesiones de tratamientos individualizados realizados.	>= 3.500	Si
10.01.02	Personas beneficiadas.	>= 1.000	79

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

11.01. Realizar procesos participativos como espacio compartido de participación entre profesionales y ciudadanía para la formulación de propuestas de mejora.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
11.01.01	Número de procesos participativos.	1	1
11.01.02	Nº de participantes.	20	28
11.01.03	Nº de propuestas de mejora formuladas.	<=5	3
11.01.04	Nº de propuestas de mejora aceptadas.	<=3	3

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

12.01. Desarrollo del Observatorio de la Muerte Digna en Navarra.

12.02. Análisis de procesos de estudio sobre 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***
12.02.01	Número de procesos de estudio realizados.	1	1

12.02.02	Nº de propuestas de mejora formuladas.	3	3
12.02.03	Nº de propuestas de mejora aceptadas.	2	2

13. Realización de programa formativo.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
13.00.01	Número de acciones formativas realizadas.	>2	6
13.00.02	Nº de personas asistentes.	40	128

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

14.01. Coordinación de la Estrategia e impulso de las líneas de acción.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
14.01.01	Número reuniones Comisión Asesora Técnica		4
14.01.02	Número de Formaciones Microcredencial en Humanizar la atención de la Salud		3
14.01.03	Número de personas formadas		88

14.02. Evaluación de las líneas de acción que forman la Estrategia y desarrollo de los planes correspondientes.

14.03. Coordinación evaluación Estrategia.

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

Participar en la comisión departamental de igualdad de salud

15.01. Participación en comisión del Departamento de Salud para definir propuestas al INAI y materialización de planes de igualdad del Gobierno de Navarra en el Departamento.

15.02. 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	*307.634,00 €*	*310.227,41 €*	*291.491,96 €*
2. Gastos corrientes en bienes y servicios	*168.462,00 €*	*168.462,00 €*	*129.777,11 €*
3. Gastos financieros	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
4. Transferencias corrientes	*1.892.776,00 €*	*1.892.776,00 €*	*1.880.989,70 €*
5. Fondo de contingencia	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
6. Inversiones reales	*182.500,00 €*	*117.500,00 €*	*75.074,60 €*
7. Transferencias de capital	*74.200,00 €*	*74.200,00 €*	*74.200,00 €*
8. Activos financieros	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
9. Pasivos financieros	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
TOTAL	***2.625.572,00 €***	***2.563.165,41 €***	***2.451.533,37 €***

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	*3.500,00 €*	*3.500,00 €*	*4.082,00 €*
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	***3.500,00 €***	***3.500,00 €***	***4.082,00 €***

PROGRAMA 512: *PLANIFICACIÓN, ESTRATEGIA SANITARIA E INVESTIGACIÓN*

Unidad responsable: *Servicio de Planificación, Estrategia Sanitaria e Investigación*

II. OBJETIVOS, ACCIONES E INDICADORES DEL PROGRAMA

Objetivos/

Acciones/

Indicadores

01. Promover el seguimiento y actualización del Plan de Salud y de las líneas estratégicas de Salud previstas en el mismo.

El Plan de Salud de Navarra Horizonte 2030 se encuentra en la fase final de redacción.

01.01. Difundir e informar en la Organización Sanitaria y en la población, de los objetivos y líneas estrategias del Plan de Salud de Navarra Horizonte 2030.

Se han realizado talleres con la finalidad de elaborar, consensuar y planificar las diferentes acciones consecuencia de los objetivo y líneas estratégicas.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
01.01.01	Acciones de presentación.	3	3
01.01.02	Otras acciones de difusión	SI	2

01.02. Mantener el apoyo a la estructura de Responsabilidades del Plan de Salud 2014-2020 durante el periodo de transición.

Se realizan reuniones periódicas y se participa en los grupos de trabajo activos. No se llevan a cabo reuniones estructuradas con los comités técnicos del plan anterior al no estar vigente y haberse evaluado.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
01.02.01	Reuniones mantenidas con los comités de Estrategias/ Estrategias del PS.	9	1

01.02.02	% de mujeres en la coordinación de las estrategias	%	89%

01.03. Mantenimiento del sistema de seguimiento de indicadores y de evaluación de los resultados del Plan de Salud 2014-2020.

Se trabaja de forma mantenida en la plataforma.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
01.03.01	Actualización de la información con indicadores clave, en relación con resultados del Plan de Salud.	Sí	Sí
01.03.02	Indicadores clave con presentación de valores desagregados por sexo y con análisis de resultados.	80%	64%

01.04. Desarrollo de mejoras del sistema de información de las herramientas de comunicación de resultados del Plan de Salud Navarra.

Se ha mantenido una reunión de trabajo para poder adaptarla al nuevo plan. Pendiente su desarrollo.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
01.04.01	Rendición de cuentas a la ciudadanía sobre los resultados del Plan de Salud mediante plataforma interactiva.	Si	Sí
01.04.02	Desarrollo y mantenimiento en Auzolan del espacio destinado al Plan de Salud.	Sí	Sí

02. Elaboración del nuevo Plan de Salud Navarra Horizonte 2030.

Se encuentra en la fase final de elaboración.

02.01. Definir cronograma y metodología de trabajo del año en curso.

Definido y actualizado. Publicado en el espacio de participación ciudadana de Gobierno Abierto.

02.02. Análisis resultados fase participación.

Una parte de la participación ciudadana (Asociaciones y Federación Navarra de Municipios y Concejos) se realizó en 2024 (participaron en dos dinámicas grupales y en un cuestionario de validación)

Durante 2025 la participación se ha centrado en los profesionales con la finalidad de definir el plan operativo del plan. Mediante un taller de cocreación al que se invitaron a 32 personas y al que finalmente asistieron 29.

De todas las acciones realizadas, la consultora que ha prestado ayuda técnica al grupo motor, ha elaborado informes con los resultados. Las propuestas han sido valoradas ayudando la la redefinición de objetivos y líneas estratégicas del Plan.

También se realizó y difundió una encuesta para ciudadanos y profesionales a través del espacio de participación de Gobierno Abierto.

02.03. Definición consensuada de objetivos, líneas estratégicas y programas relacionados.

Se formó un grupo motor formado por 7 personas, que ha ido trabajando y consensuando a lo largo de 2025 los objetivos generales, específicos y líneas estratégicas del nuevo Plan en diferentes reuniones.

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

El retorno, no se ha producido todavía. Se realizará tras la exposición pública del Plan en el espacio de participación de Gobierno Abierto

02.05. Actualización del espacio web de participación según las fases.

Se ha ido adaptando y publicado según el desarrollo de las fases

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

03.01. Estudios y análisis de nuevas necesidades o actuaciones que afectan a la zonificación sanitaria.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.01.01	Informes de ordenación del territorio.	A demanda	6
03.01.02	Estudios de nuevas necesidades y servicios.	Anualmente	1 actualización

04. 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.

04.01. 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 2025-2027.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
04.01.01	Nº de OE del Departamento de Salud aprobadas anualmente.	28 - 30	11

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

Se enviaron hasta mayo de 2025

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

Se ha elaborado una memoria con los datos de 2014-2023

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
04.03.01	Informes realizados.	A demanda	7

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

Se participa en un grupo del Ministerio de Sanidad de encuestas y se colabora con NASTAT en la encuesta social y de condiciones de vida

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
04.04.01	Número de grupos de trabajo en que se participa.	A demanda	1

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

Desde el Servicio se colabora en grupos de trabajo y comisiones de formación, planificación e investigación.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
05.00.01	Participación en grupos de trabajo y comisiones del Gobierno de Navarra.	A demanda	Si
05.00.02	Participación en grupos de trabajo y comisiones del Departamento de Salud y Servicio Navarro de Salud.	A demanda	Si
05.00.03	Participación en grupos de trabajo y comisiones del Ministerio de Sanidad.	A demanda	Si

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

Adicionalmente, se han evaluado 24 investigaciones clínicas con productos sanitarios, 19 de los cuales han sido aprobados (79.1%) y 8 solicitudes de cesión de muestras biológicas desde el Banco de Sangre y tejidos de Navarra.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
06.00.01	Ensayos Clínicos evaluados	54	28
06.00.02	Dictamen favorable.	90%	71,43%
06.00.03	Estudios Observacionales.	19	23
06.00.04	Dictamen favorable.	80%	80%
06.00.05	Proyectos de investigación.	100	176
06.00.06	Dictamen favorable.	75%	75%
06.00.07	Número de sesiones.	24	25

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

Se contrató en 2025 a una técnica que da apoyo a las funciones de la secretaría técnica del comite.

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

Tal y como se ha indicado anteriormente, la actividad de evaluación del CEIm-NA se ha visto incrementada.

06.03. 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.

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

07. 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 mujeres y hombres.

Se ha realizado el Plan de Investigación e Innovación 2026-2032 del Departamento de Salud y colaborado en la hoja de ruta de la Fundación Miguel Servet. Pendiente su publicación tras la aprobación de los informes preceptivos.

07.01. Impulsar los retos de investigación en áreas clave (como son el Plan de Salud y otros documentos estratégicos del Departamento de Salud y del Ministerrio de Sanidad) 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.

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

07.03. Fomentar la elaboración de una Guía de orientación que facilite el conocimiento de los trámites de los proyectos de investigación entre las y los profesionales del SNS-O.

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

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

En 2025 se comenzó a trabajar en un sistema de tramitación de las investigaciones en Navarra, agilizando y simplificando los trámites necesarios para su autorización y puesta en marcha

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

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
09.00.01	Número de asesorías metodológicas realizadas	30	162
09.00.02	Asesorías realizadas a proyectos con la finalidad de acudir a convocatorias competitivas que obtienen financiación.	40 %	35%
09.00.03	Incremento de financiación obtenida para proyectos de investigación	10 %	N/A
09.00.04	Proyectos presentados a convocatorias competitivas regionales y nacionales que obtienen financiación.	50 %	28,42%
09.00.05	Número de proyectos de investigación que gestionan	100	133
09.00.06	Traducción/revisión de artículos para su publicación en inglés	25	4
09.00.07	Financiación publicación en open access	15	14
09.00.08	Incremento del número de publicaciones en JCR cuartil 1 y 2.	2%	11,7%
09.00.09	Incremento del número de actividades de apoyo gráfico a publicación científica.	10%	N/A
09.00.10	Seguimiento del Plan de igualdad de la FMS.	Sí/No	SI

09.01. 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.

El indicador 09.00.02 habla de proyectos asesorados que han obtenido financiación. En ocasiones, la financiación depende de la disponibilidad presupuestaria de la convocatoria, aun teniendo la propuesta una alta calidad. Habría que consignar el % de proyectos que ha pasado el punto de corte de calidad. En 2025, ha sido del 70%.

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

El % de tasa de éxito habitual en convocatorias regionales y nacionales está entre un 20-30%. Un 50% de tasa de éxito es prácticamente imposible.

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

09.04. Favorecer la publicación en en JCR cuartil 1 y 2.

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

09.06. Impulsar la publicación en revistas de open access.

La FMS ha dado apoyo a la publicación de investigadores del departamento de Salud que publiquen en revistas como primer autor y siempre que no tengan recursos propios para hacerlo. No necesariamente la ayuda es sólo para la publicación en revistas de open access.

09.07. Apoyar la comunicación y difusión de la investigación.

Con respecto al indicador "09.00.09. Incremento del número de actividades de apoyo gráfico a publicación científica.", no se disponen datos ya que está en desuso este servicio por falta de demanda.

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

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

10. Apoyo y seguimiento del proceso de acreditación del IdiSNA

10.01. Coparticipación en la financiación de la estructura de soporte del IdisNa.

En los Presupuestos Generales de Gastos de Navarra para el año 2025 una partida denominada 512002 51300 4301 465100 Transferencia a la Fundación IdiSNA por un importe de 410.000 euros, destinados a financiar sus gastos corrientes de funcionamiento (equipos informáticos, papelería, seguros, telefonía, etc…) y gastos de personal en 2025.

Esta financiación está dirigida a apoyar la estructura de soporte del Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA).

10.02. 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.

Desde el servicio se participa en la Comisiones.

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

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

11.02. 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***
11.02.01	Solicitudes presentadas a la convocatoria	60	68
11.02.02	Solicitudes cuya IP mujer	60%	59,09%
11.02.03	Proyectos de investigación solicitados con evaluación buena o excelente por la AEI	70%	69,69%
11.02.04	Incremento de Proyectos con evaluación buena o excelente por la AEI cuya IP es mujer.	2%	9%
11.02.05	Proyectos concedidos	25%	27,7%
11.02.06	Concedidos si IP es mujer	50%	66,66%

12. 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 mujeres y hombres.

12.01. 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.

En la convocatoria de ayudas a proyectos de investigación de los 47 proyectos que superaron la nota de corte de la AEI (70 puntos para la modalidad A y B, 55 de la modalidad C y D), 18 eran del SNS-O, lo que representa el 38%. Superaban la nota de corte el 64% de los proyectos presentados por el SNS-O. 12 de los 27 proyectos presentados de entidades privadas (CUN, UN, CIMA, FIMA,

DCRA) superaron la nota de corte, lo que indica que un 44,4% de los proyectos presentados tenían alta calidad. Esta cifra es inferior a la de los proyectos del SNS-O.

12.02. Garantizar el apoyo metodológico a 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.

Datos desagregrados por sexo. Los datos de apoyo metodológico se recogen en los indicadores del punto 09.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
12.02.01	Solicitudes con IP del SNS.	35%	43,93%
12.02.02	Proyectos de investigación solicitados por IP del SNS-O con evaluación buena o excelente por la AEI	45%	39%
12.02.03	Concedidos si IP SNS-O	45%	55%

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

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
12.04.01	Artículos indexados en JCR	5%	34%
12.04.02	Autoría principal	40%	38,1%
12.04.03	Artículos en el primer cuartil	50%	57,5%
12.04.04	Artículos en el Top 3	7%	6,1%
12.04.05	Factor de Impacto promedio	=> 4	5,3%

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

En la actualidad hay más de 30 grupos de investigación vinculados del SNS-O.

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

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

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

12.09. 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.

12.10. 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.

Hay varios programas de intensificación de profesionales sanitarios, algunos a nivel nacional (ISCIII), otros a nivel regional (convocatoria departamento de salud) y un programa de microintensificaciones de la FMS. El objetivo para 2026 es coordinar todas estas ayudas para establecer un itinerario coherente y útil.

12.11. 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.

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

Hay varios programas de intensificación de profesionales sanitarios, algunos a nivel nacional (ISCIII), otros a nivel regional (convocatoria departamento de salud) y un programa de microintensificaciones de la FMS. El objetivo para 2026 es coordinar todas estas ayudas para establecer un itinerario coherente y útil.

12.13. 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.

Se ha mantenido en la convocatoria de proyectos de investigación

12.14. 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.

Se ha mantenido en la convocatoria de proyectos de investigación

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

Desarrollado en la convocatoria de At. primaria y enfermería

12.16. Mantener la partida presupuestaria dedicada a los proyectos de investigación de los centros públicos de Navarra.

Se ha ampliado con respecto a la convocatoria de 2024.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
12.16.01	Presupuesto de la convocatoria 2024	1.260.000	1.256.319,850
12.16.02	Modalidad A	700.000	730.879,900
12.16.03	Modalidad B	400.000	365.439,950
12.16.04	Modalidad C	80.000	80.000,
12.16.05	Modalidad D	80.000	80.000,000
12.16.06	Convocatoria innovación cuidados enfermería 2025	30.000	30.000
12.16.07	Convocatoria intensificación de la investigación en SNS-O	90.000	90.000
12.16.08	Convocatoria intensificación Atención Primaria	30.000	30.000

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
13.00.01	Estudios dados de alta en el Registro	85	72
13.00.02	Estudios evaluados por el Comité mixto	25	25

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

13.03. Elaborar el informe motivado y propuesta de resolución.

14. 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.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
14.00.01	% Gasto en I+D en el sector salud	0,4	0,4
14.00.02	Número de sesiones formativas	3	2
14.00.03	Número de grupos de trabajo en los que se ha participado	4	6
14.00.04	% de proyectos evaluados sobre los solicitados	100	100
14.00.05	Número de proyectos del Sistema Sanitario Público apoyados en la unidad	5	5
14.00.06	Número de proyectos competitivos en los que se ha conseguido financiación	1	2

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

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

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

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

14.05. 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.

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

14.07. Participar en el Clúster de Salud de Navarra.

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

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

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

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

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

15. Garantizar a todo profesional 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 2025 se realizó una purga de usuarios registrados, eliminando aquellos que no deberían tener acceso (personal que ya no estaba contratado, personal en formación especializada que ya no trabaja en la comunidad, y jubilados no activos).

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.00.01	Mantener el número de revistas científicas en ciencias de la salud a las que se proporcionará acceso electrónico online	Si/No	SI
15.00.02	Aumento del número de profesionales registrados en Biblioteca Virtual	10%	0%
15.00.03	Aumento del uso del servicio de obtención de documentos.	10%	2%
15.00.04	Incremento del número de artículos descargados.	10%	2%

15.01. Coordinar la biblioteca de Ciencia de la Salud

15.02. Aumentar el número de revistas con acceso online.

En 2025 se mantuvo el número de revistas. La biblioteca cuenta con 1.650 títulos de revistas electrónicas suscritas, que corresponden a paquetes de suscripciones cuya compra se gestiona de forma centralizada con las principales editoriales o distribuidoras del mercado.

15.03. Promocionar la Biblioteca Virtual entre profesionales del Sistema Público de Salud.

El número PERSONAS USUARIAS es de 4636 usuarios totales dados de alta en la biblioteca virtual (en diciembre 2025). En el año 2025 se procedió al alta de 168 nuevos usuarios. Este número representa un descenso con respecto a los años anteriores

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

El Número de visitas a la web de la biblioteca virtual ha sido de: 42.194 visitas

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

16.01. 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.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
16.01.01	Número de PNTs actualizados.	4	4

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
16.02.01	Inclusión DOAJ	Si/No	Sí
16.02.02	Mantener el Factor de Impacto	Si/No	Sí

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
16.03.01	Solicitudes de publicación recibidas	175	171
16.03.02	% de manuscritos enviados cuya primera autoría es femenina	40-60%	62,3
16.03.03	% de revisores mujeres	40-60%	50,5

16.03.04	Artículos aceptados	<25%	23,7
16.03.05	% de manuscritos aceptados cuya primera autoría es femenina	40-60%	58,1
16.03.06	% de manuscritos aceptados cuya última autoría es femenina	40-60%	52,5
16.03.07	Artículos recibidos de Navarra	<30%	15,8
16.03.08	% de manuscritos de Navarra cuya primera autoría es femenina	40-60%	57,1
16.03.09	% de mujeres en los consejos de la revista	40-60%	46,5
16.03.10	Tiempo medio desde que se reciben hasta que se publican los artículos en meses	3	4,7
16.03.11	Tiempo medio desde que se recibe hasta se realiza la revisión en meses	2	1,9
16.03.12	Incrementar el Factor de Impacto	5%	No (0%)

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

En 2025, se informó a todos los centros del acuerdo de colaboración con la Asociación de Bachillerato de Investigación y se revisó el procedimiento.

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

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

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

17.03. Participar en la difusión de los resultados obtenidos.

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
18.00.01	Número de consultas atendidas	20	20
18.00.02	Participación en la acogida de Residentes	Si/No	Si

19. 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.

Se ha conformado un grupo de trabajo que constituirá la Comisión de Coordinación de la formación continuada del Departamento de Salud y sus organismos autónomos.

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

Se coordinan las actividades mediante reuniones periódicas.

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

Se continúa con la evolución de la herramienta webex formación y MOODLE. Se ha incluido al ISPLN en la herramienta webex.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
19.02.01	Mantenimiento aplicación WebEx Formación.	7 centros	8

19.03. Mejora en Webex Formación de las sugerencias de lenguaje inclusivo para la elaboración de materiales docentes.

Implantado

19.04. Mejora del espacio del Ponente/Docente en Webex formación.

Implantado

19.05. Mejoras en el cuadro de mando de webex formación.

Implantado.

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

Se desagregan datos por hombres y mujeres, ello permite observar si hay diferencias en la asistencia entre ambos grupos y proponer medidas a partir de ello.

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

El 85% de los diplomas emitidos corresponden a mujeres, quedando pendiente observar si hay relación entre la proporción de inscritas y de personas que han obtenido el diploma en función del sexo.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
20.01.01	Número de Acciones	111	126
20.01.02	Acciones realizadas sobre las programadas (%)	>95%	>95%
20.01.03	Diplomas emitidos (participantes)/plazas ofertadas	>75%	71,41%
20.01.04	Satisfacción global (sobre 100)	>85%	89,6

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
20.02.01	Número de Ayudas	150	153
20.02.02	Ayuda concedida sobre solicitado-ajustado (%)	>66%	82,51%
20.02.03	Grado de ejecución presupuestaria de la convocatoria	100%	>99%

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

Colaboración con colegios profesionales sanitarios de Navarra

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
20.03.01	Horas docentes en colaboración	600	825,50

20.04. 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.

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

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
20.06.01	Formación de personal instructor de simulación	6	2
20.06.02	Coordinación de los Comités pedagógicos (reuniones)	6	6
20.06.03	Nº de actividades programadas en el CES	35	37
20.06.04	Porcentaje de acciones realizadas sobre las programadas	100%	100%
20.06.05	Porcentaje de horas docentes realizadas sobre las programadas	100%	100%
20.06.06	Estudiantes participantes/plazas ofertadas.	>97%	87%
20.06.07	Satisfacción global de las acciones realizadas	96%	96%

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

Se continúa con la colaboración con los servicios clínicos que cuentan con instructores propios para desarrollar actividades propias de su servicio.

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

Se realiza de forma continuada el mantenimiento y mejora de la plataforma.

20.09. Mantener las actividades organizadas en formato e-learning.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
20.09.01	Nº de actividades e-learning	25	23

20.10. Gestión de los espacios docentes del Pabellón de Docencia para formación. Nueva aplicación reservas: bookedscheduler.com.

Se conoce el uso de los espacios a través de la plataforma lo que permitirá analizar el uso para optimizar su gestión.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
20.10.01	Nº de reservas gestionadas.	1500	1380

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

21.01. Seguimiento del nuevo acuerdo de colaboración formativa en materias relacionadas con la formación profesional establecido en coordinación con el Departamento de Educación del Gobierno de Navarra.

Se han realizado reuniones periódicas que han permitido coordinar la oferta y demanda de alumnos en prácticas en todos los centros sanitarios públicos de Navarra.

21.02. Gestión de las propuestas y acciones derivadas del convenio de colaboración Docente con la Universidad Pública de Navarra.

Se ha participado activamente en la subcomisión de profesorado de la comisión mixta de la UPNA con la finalidad de implementar la figura de los profesores asociados asistenciales.

21.03. Revisión del convenio con la Universidad de Navarra.

Se han mantenido reuniones para la elaboración del nuevo convenio.

21.04. 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 profesionales que colaboren en la formación de pregrado.

En estos momentos no está previsto una revisión de la colaboración.

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

Se mantienen las reuniones establecidas.

21.06. 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.

Se elaboran informes a demanda según las solicitudes presentadas.

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
21.07.01	Nº de expedientes gestionados.	25	42

22. Contribuir a la formación especializada en ciencias de la salud.

22.01. 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.

Se participa con el Ministerio de Sanidad en la Comisión de Especialización en la que se revisan los programas formativos de las especialidades y se analizan las nuevas propuestas de especialización.

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

Se lleva a cabo el apoyo a las unidades docentes en las labores de acreditación de nuevas unidades, modificación de la capacidad docente e incorporación de nuevos dispositivos docentes. Se realizan el preceptivo informe de CCAA para elevarlo al Ministerio.

22.03. 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.

Se elabora el informe anual de la oferta docente de Navarra.

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

En elaboración.

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

Se mantienen reuniones con las comisiones de docencia para consensuar el programa común complementario y se implanta desde el Departamento.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
22.05.01	Acciones docentes	15	14
22.05.02	Participantes	400	1.297

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

Se mantienen reuniones periódicas y se resuelven incidencias.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
22.06.01	Reuniones de coordinación de las Comisiones de Docencia y Jefaturas de Estudios de Navarra	2	10
22.06.02	Participación activa en las Comisiones de Docencia de los centros y unidades docentes de formación especializada	20	40
22.06.03	Evaluación e informe de rotaciones externas de profesionales en formación especializada	300	386
22.06.04	Colaboración en autorización estancias formativas de profesionales extranjeros y extranjeras en centros sanitarios de Navarra	68	62

22.07. Gestión de personas usuarias de las comisiones de docencia en el registro de especialistas en formación (METIS).

Se mantiene actualizado el registro

22.08. 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, tutoras y jefes y jefas de estudios.

Pendiente

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

Se colabora de forma habitual.

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

Se colabora de forma habitual.

22.11. Implantación de la aplicación de gestión de Formación Sanitaria Especializada del Sistema público de Navarra.

Se ha desarrollado la plataforma GRESAN que durante el 2025 se ha pilotado.

22.12. Gestión de los expedientes de formación complementaria para la homologación de títulos extranjeros de formación sanitaria especializada.

Se realiza a demanda del Ministerio

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
22.12.01	Nº de expedientes gestionados.	10	4

22.13. Gestión de lo expedientes de certificación del ejercicio profesional en Navarra para el acceso extraordinario al título de Especialista en Medicina de Urgencias y Emergencias.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
22.13.01	Nº de expedientes gestionados.	50	87

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

23.01. Gestionar la Secretaría Técnica de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
23.01.01	Actividades acreditadas anualmente	700	806

23.01.02	Reuniones de Pleno de la Comisión	1	0
23.01.03	Reuniones de la Comisión Permanente	18	19

23.02. Mantener el nivel de formación de las personas evaluadoras de formación continuada.

En 2025 no se ha realizado formación

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

23.03. Asesoría y seguimiento de proveedores de formación que soliciten acreditación de actividades.

Se realiza de forma continuada a demanda

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
23.04.01	Reuniones	5	6

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

Se mantiene la plataforma actualizada.

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

No se han realizado acciones.

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

Se mantienen actualizados mediante su revisión continua.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
24.00.01	Número de PNT elaborados	5	5

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

25.01. 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.

Se realiza en Grupo de Trabajo conjunto con profesionales del SNS-O y de las Gerencias de Tudela y Estella.

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

Se realizó un curso de formación dentro del Plan Docente dirigido a profesionales del ámbito público y privado, y se difundió y gestionó la participación en la formación realizada por el Ministerio

25.03. Participar en las Comisiones Nacionales de CMBD, CIE y Grupo de Gobernanza del SNS-O.

Si

25.04. Realizar seguimiento de la calidad del CMBD de los centros de nueva incorporación.

Si

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

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

Se realiza de forma continuada

26.02. 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.

Los datos desagregrados por sexo permiten analizar diferencias, el análisis del impacto está pendiente de llevarse a cabo.

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

Se colabora de forma activa adoptando diferentes roles desde el diseño, evaluación y ejecución.

VI. EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

Gastos del Programa

GASTOS	*Inicial*	*Consolidado*	*Realizado*
1. Gastos de personal	*715.098,00 €*	*796.588,35 €*	*739.229,26 €*
2. Gastos corrientes en bienes y servicios	*843.902,00 €*	*889.648,76 €*	*813.444,97 €*
3. Gastos financieros	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
4. Transferencias corrientes	*4.959.158,00 €*	*4.924.158,00 €*	*4.915.587,59 €*
5. Fondo de contingencia	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
6. Inversiones reales	*162.171,00 €*	*116.424,24 €*	*55.204,43 €*
7. Transferencias de capital	*1.606.318,00 €*	*1.606.318,00 €*	*1.593.577,45 €*
8. Activos financieros	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
9. Pasivos financieros	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
TOTAL	***8.286.647,00 €***	***8.333.137,35 €***	***8.117.043,70 €***

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	*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	***0,00 €***	***0,00 €***	***0,00 €***

PROGRAMA 513: *ORDENACIÓN E INSPECCIÓN SANITARIAS Y DE FARMACIA*

Unidad responsable: *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.

Está en desarrollo el nuevo Real Decreto, por el que se establecen

las bases generales sobre autorización de centros, servicios y

establecimientos 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.	0	1

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
02.00.01	Centros y servicios autorizados.	640	753

02.00.02	Auditorías realizadas para la acreditación de centros con programas de extracción e implantación de órganos y tejidos.	14	16
02.00.03	Procedimientos y/o guías de inspección.	0	1
02.00.04	Centros y servicios inspeccionados.	484	523
02.00.05	Traslados de cadáveres comunicados.	384	443

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.

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.00.01	Inspecciones a farmacias para acreditación de sistemas personalizados de dosificación.	10	50
03.00.02	Inspecciones a farmacias y servicios de farmacia para acreditación de elaboración de fórmulas magistrales.	10	1

03.00.03	Farmacias autorizadas para elaboración de fórmulas a terceros.	4	0
03.00.04	Expedientes de tramitación de acreditación oficinas de farmacia para la elaboración y dispensación de tratamientos sustitutivos con opiáceos.	8	6
03.00.05	Comunicaciones de actividad de farmacias tramita das (Dietética, venta por internet…).	4	113
03.00.06	Inspecciones a industrias farmacéuticas para acreditar normas de correcta fabricación.	1	3
03.00.07	Inspecciones a industrias farmacéuticas para acreditar buenas prácticas de laboratorio.	1	1
03.00.08	Inspecciones a industrias farmacéuticas/centros sanitarios para acreditar buenas prácticas clínicas.	0	0
03.00.09	Expedientes de nuevas oficinas de farmacia autorizadas/denegadas/archivadas.	17	0
03.00.10	Expedientes de modificación de oficinas de farmacia.	19	39
03.00.11	Expedientes de establecimientos sanitarios de productos sanitarios tramitados: ópticas, audioprótesis, ortopedias, laboratorios protésicos dentales, distribuidores de productos sanitarios.	39	118
03.00.12	Comunicaciones de establecimientos de productos sanitarios tramitadas.	14	64
03.00.13	Expedientes de otros servicios o establecimientos sanitarios: servicios farmacéuticos y depósitos de medicamentos de centros hospitalarios y de socio-sanitarios.	24	55
03.00.14	Procedimientos y/o guías redactados/renovados.	0	0

03.00.15	Inspecciones a oficinas de farmacia.	71	1
03.00.16	Inspecciones a almacenes de distribución para acreditar buenas prácticas de distribución.	2	5
03.00.17	Inspecciones a industrias farmacéuticas para acreditar buenas prácticas de farmacovigilancia.	1	0
03.00.18	Inspecciones a Industrias de cosméticos para acreditar normas de correcta fabricación.	0	0
03.00.19	Auditoría realizada al Centro de Farmacovigilancia de Navarra.	0	1

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 personaliza dos 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.

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.	455	358
04.01.02	Quejas y reclamaciones tramitadas.	0	6

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
05.00.01	Expedientes de autorización o comunicación de publicidad tramitados	42	172
05.00.03	Medios de comunicación controlados.	3	4
05.00.04	Anuncios analizados.	50	60
05.00.05	Requerimientos de retirada de publicidad.	1	0
05.00.06	Comunicaciones a la Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios y a otras comunidades autónomas.	0	0

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.

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

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
06.00.01	Propuestas de expedientes sancionadores.	2	6
06.00.03	Quejas, sugerencias y reclamaciones tramitadas.	2	22
06.00.05	Media diaria de urgencias atendidas por los servicios de urgencia del área rural	330	0

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	Denuncias tramitadas.	3	26

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

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

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
07.01.01	Alertas farmacéuticas tramitadas.	934	923
07.01.02	Difusión de alertas de mascarillas EPIs e higiénicas (Colaboración con el Servicio de Consumo y Arbitraje).	0	0

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
07.02.01	Tramitación de expedientes de comunicación de venta directa de medicamentos a centros sanitarios.	104	141

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
07.03.01	Notificaciones de reacciones adversas a medicamentos.	984	1009
07.03.02	Edición de Boletín de Farmacovigilancia.	1	1
07.03.03	Generación y evaluación de señales de seguridad.	1	1
07.03.04	Notificación y gestión de incidentes adversos a productos sanitarios.	4	2
07.03.05	Notificación y gestión de incidentes adversos a productos cosméticos.	2	0

07.04. Control de sospechas de recetas de medicamentos falsas.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
07.04.01	Comunicación de sospechas de recetas falsas.	50	10
07.04.02	Total de casos de recetas falsas de medicamentos diferentes detectadas y tramitadas.	25	6

07.05. Control de estupefacientes.

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
07.05.01	Declaraciones anuales de estupefacientes.	600	611
07.05.02	Vales de petición de estupefacientes de las farmacias controlados.	73948	0
07.05.03	Talonarios de vales de estupefacientes.	60	88

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

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
07.06.01	Total estudios observacionales evaluados.	4	6

08. Homologar titulaciones de profesiones sanitarias no universitarias.

08.01. 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*
08.01.01	Titulaciones homologadas.	5	0

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

a. Participar en comisiones y grupos técnicos de trabajo relacionados con el ámbito sanitario: Comisión de Farmacia; Comisión Asesora Técnica de Farmacovigilancia; 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; Comité Técnico del Sistema Español de Farmacovigilancia; Grupos Técnicos de Trabajo del Comité del sistema Español de Farmacovigilancia: Armonización de criterios de Codificación; Comité de personas Expertas de Evaluación de Estudios Observacionales, Comité de la Estrategia de Seguridad de pacientes del Sistema Sanitario Navarro, Comité de redacción del Boletín Farmacoterapéutico de Navarra. Comisión de Seguridad de Medicamentos. Formación, estudios y estrategias. Grupo de trabajo para la elaboración del nuevo Decreto Foral de residuos sanitarios.

b. 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.

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

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

e. 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.

f. 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***
09.00.01	Inspecciones realizadas por encargo.	1	9
09.00.02	Inspecciones realizadas por encargo. SOIF		2
09.00.03	Desfibriladores de instalación obligatoria censados a partir del nuevo Decreto Foral.	46	95
09.00.04	Centros de formación autorizados.	12	6

09.00.05	Actuaciones relacionadas con permisos de conducción y armas.	41	45
09.00.06	Participaciones en grupos técnicos de trabajo.	0	75
09.00.07	Participaciones en Comisiones y comités.	2	33
09.00.08	Informes sobre apertura y clausura de cementerios.	2	0
09.00.09	Informes sobre instalaciones sanitarias de las mutuas de accidentes de trabajo.	18	15

10. Índice corrector de márgenes de oficinas de farmacia.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
10.00.01	Farmacias autorizadas para la aplicación del índice corrector de márgenes.	43	22

11. Campañas de control de mercado.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
11.00.01	Inspecciones por campañas de control de mercado de medicamentos.	3	3
11.00.02	Inspecciones por campañas de control de mercado de productos sanitarios.	0	0
11.00.03	Inspecciones por campañas de control de mercado de cosméticos.	1	2
11.00.04	Inspecciones de control de uso racional de medicamentos de uso veterinario.	2	2

VI. EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

Gastos del Programa

GASTOS	*Inicial*	*Consolidado*	*Realizado*
1. Gastos de personal	*728.958,00 €*	*750.897,00 €*	*668.195,56 €*
2. Gastos corrientes en bienes y servicios	*53.325,00 €*	*32.325,00 €*	*23.060,80 €*
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	*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	***782.283,00 €***	***783.222,00 €***	***691.256,36 €***

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	*55.000,00 €*	*55.000,00 €*	*116.083,00 €*
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	***55.000,00 €***	***55.000,00 €***	***116.083,00 €***

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	29
01.01.02	Selección, revisión o elaboración de materiales.	30	30
01.01.03	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.	10	8
01.01.04	Reuniones de Coordinación con entidades sociales y/ o locales y puntos de información juvenil (Voy y vengo, casa de juventud, centros juveniles, gaztetxes...).	20	15
01.01.05	Sesiones de Coordinación con la coordinadora del Sida para acciones específicas en la prevención de ITS y VIH.	10	6
01.01.06	Sesiones de Coordinación. Asesoramiento y elaboración de materiales educativos del eje de	20	30

	Sexualidad y Buen Trato en el Programa SKOLAE. Creciendo en Igualdad.		
01.01.07	Cursos y sesiones de Formación en Educación Afectivo Sexual a Profesorado del ámbito social y de educación.	Cursos: 6 Sesiones: 18	Cursos 4 Sesiones 12

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.	20	48
01.02.02	Nº de programas y actividades a subvencionar.	20	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.	300	1.181
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 talleres de habilidades sociales.	7 cursos 25 sesiones	4 cursos 27 sesiones

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.	95	116
02.01.02	Nº de programas y actividades a subvencionar.	95	118

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.	35	36
02.02.02	Nº de acciones formativas dirigidas al profesorado.	8	6
02.02.03	Nº de materiales informativos (Mejorando la alimentación en edad escolar, Vuelta al cole… con salud, u otros) distribuidos.	6.000	7.100
02.02.04	Nº de centros y de alumnado incluidos en el Programa escolar de reparto de fruta, hortalizas y leche.	150	151 frutas y hortalizas, 72 leche
02.02.05	Nº de alumnos/as que reciben medidas de acompañamiento. Campaña de leche: -Número niños. -Número niñas.	Total: 11.000 / Niñas: 5.500 / Niños: 5.500	Dato no disponible. Gestión desde otro Departamento

02.02.06	Nº de alumnos/as que reciben medidas de acompañamiento. Campaña de fruta: -Número niños. -Número niñas.	Total: 16.400 / Niñas: 8.200 / Niños: 8.200	14.935 alumnado total

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	13
02.03.02	Nº de reuniones interdepartamentales y locales realizadas.	30	70
02.03.03	Escuela madres y padres: Nº Talleres y sesiones online.	7	8

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	1
02.04.02	Nº de acciones del Plan de Juventud en el que se participa.	18	15
02.04.03	Nª reuniones para el mantenimiento Página web salud joven-Osasungaztea.	2	2
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.	15	10

02.04.05	Nº de acciones de elaboración de mensajes y su difusión en Twitter, Facebook.	16	10
02.04.06	Nº de acciones coordinadas con el Instituto Navarro de la Juventud.	10	10
02.04.07	Nº de reuniones interdepartamentales y locales realizadas.	6	6

02.05. Promoción del envejecimiento activo y saludable.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
02.05.01	Escuela de Mayores: Nº de Talleres.	12	4

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.	2	2
03.01.02	Nº de programas a subvencionar.	2	2
03.01.03	Nº de agentes de la comunidad para la mediación, por sexo: 11 mujeres y 1 hombre.	12	12
03.01.04	Nº de zonas de salud en las que se interviene.	28	18
03.01.05	Nº de personas beneficiarias por sexo: 1.581 hombres y 1.652 mujeres.	3.233	3.200

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.02.01	Nº de materiales de Promoción de salud adaptados y traducidos a idiomas más utilizados.	3	3
03.02.02	Nº de mujeres y hombres asistentes a Formación Acción Comunitaria técnicos y técnicas TECIR.	20	No realizado
03.02.03	Nº de entidades que trabajan con poblaciones migrantes y asociaciones personas migrantes participantes con las que se colabora.	5	5
03.02.04	Nº de reuniones interdepartamentales y/o grupos de trabajo.	5	2

03.03. Encuesta de Salud a Población gitana de Navarra.

No se han podido realizar las actuaciones pendientes a la espera de que el Ministerio de Sanidad publique los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de Población Gitana.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.03.01	Nº de acciones de Presentación de la Encuesta.	6	0
03.03.02	Nº de Informes elaborados.	2	0

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.	30	49

04.01.02	Número de entidades municipales.	20	32
04.01.03	Nº de zonas de salud en las que se interviene.	35	43

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	2
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	4
04.02.04	Nº Acciones realizadas con material y criterios unificados.	> 4	4
04.02.05	Nº Acciones comunicativas realizadas.	2	10

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, protocolos y acciones comunes.	15	25
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	12	14

	necesidades de niños, niñas, mujeres y hombres y otros colectivos.		
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	60
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.	8	6
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.	4	2
05.01.06	Elaboración de protocolos para profesionales y de materiales para personas usuarias considerando las diferencias por sexo y otras características.	4	10

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	35

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.	20.000	Todos los materiales se distribuyen con lenguaje

			inclusivo. Ver siguiente punto.
06.02.02	Distribución de materiales.	70.000	92.006 materiales distribuidos, dando respuesta a 3.321 peticiones
06.02.03	Campañas, días mundiales.	10	13 (2 campañas, y 11 días mundiales)

06.03. Información/Comunicación pública.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
06.03.01	Notas de prensa sobre recomendaciones, actividades, campañas.	15	11
06.03.02	Presencia redes sociales (Twitter, Facebook...).	120	136
06.03.03	Reuniones con agencias de comunicación y empresas de diseño.	8	7

06.04. Colaboraciones y alianzas.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
06.04.01	Entidades y organismos con los que se colabora.	50	47 (se incluyen grupos de trabajo y comisiones interdepartamentales)

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	Participación en el grupo técnico estatal del Plan integral del Tabaquismo. Nº de reuniones.	6	3 (todas excepto 1 que es festivo en Navarra).
07.01.02	Desarrollo y puesta en práctica de las medidas que se definan en el Plan Integral de Tabaquismo.	3	3

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

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.

Se han generado diferentes grupos de trabajo y coordinación, entre ellos el grupo interdepartamental con juventud, educación e igualdad, GT con Derechos Sociales, GT en Salud sobre adicciones, GT de vigilancia e investigación, etc.

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

a) Con Programas Municipales de Prevención de Adicciones (PMPA). Apoyo técnico y económico con Entidades locales a través de la línea de subvenciones. Aprobado en 2025: 310.419€ para programas de prevención de adicciones entidades locales.

b) Con Entidades Sociales (EESS). Entidades sociales a través de la línea de subvenciones. Se ha ejecutado en 2024: 268.000€ para programas de prevención de adicciones entidades sociales.

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	106

08.03.02	Programas municipales con intervenciones en el ámbito comunitario especificando el porcentaje realizado con perspectiva de género.	46	43
08.03.03	Programas municipales con área de trabajo en el medio escolar.	38	29
08.03.04	Programas municipales con área de trabajo en el ámbito de prevención familiar.	46	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.

Se lanzó una campaña de sensibilización innovadora y atractiva, dirigida a la población joven, para dar a conocer los riesgos asociados al vapeo y las tácticas empleadas por la industria del tabaco "Vapear no es lo que parece" / "Bapeatzea ez da dirudiena".

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.

En 2025 no se desarrollaron formaciones dirigidas a profesorado en 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.

No se realizaron formaciones con familias de forma directa con este objetivo concreto. Sin embargo, en el contexto del Programa PASE se interviene y orienta también a las familias de los y las menores que solicitan el programa.

08.07. Potenciar la acción preventiva hacia adolescentes y jóvenes, impulsando el uso de las exposiciones.

Se han contabilizado guías y otros materiales utilizados para población joven y adolescente. En 2025 se distribuyeron más de 12.000 ejemplares de materiales educativos a través de la plataforma de Auzolan.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
08.07.01	Número de guías distribuidas.	1.500	12.000
08.07.02	Número exhibiciones previstas.	6	11

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.

Se han realizado diversas acciones de apoyo a las Entidades Locales, como una jornada de Buenas Prácticas, el acompañamiento a 45 entidades locales en el desarrollo de programas preventivos a través de las subvenciones.

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.

Se ha elaborado un documento que recoge todos los materiales educativos y sus posibles usos.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
08.09.01	Distribución de la Guía de materiales educativos Centros Escolares.	100%	100%
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	74

08.10. 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.

Los materiales distribuidos en centros de AP relativos a prevención de adicciones han sido 6.842. Los materiales más solicitados en 2025 han sido: ? Libérate del tabaco (Folleto) ? Uso pantallas (Hoja informativa) ? Que no se lo traguen todo (Folleto) ? Beber lo normal (Desplegable) ? El Alcohol y tu salud (tríptico) ? El cannabis afecta a tu cerebro (Díptico) ? Hacia una generación sin tabaco (Folleto)

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
08.10.01	Materiales distribuidos por los Centros de Atención Primaria.	6.000	6.842

08.11. 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***
08.11.01	Nº de entidades sociales a subvencionar.	20	20
08.11.02	Nº de programas municipales de Prevención de adicciones.	46	46

08.12. 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***
08.12.01	Nº de menores y familias atendidas.	50	50

08.12.02	Nº de reuniones y acciones de colaboración y derivación con entidades colaboradoras.	200	200
08.12.03	Coordinación institucional (DG de Interior GN, Delegación del Gobierno, Ayuntamiento de Pamplona.	200	200

08.13. Elaboración y difusión de un nuevo Plan de Adicciones.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
08.13.01	Acciones de coordinación con agentes.	20	85
08.13.02	Personas participantes en la elaboración del nuevo Plan por sexo.	30	88
08.13.03	Acciones comunicativas sobre el nuevo Plan.	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	6
09.01.04	Participación en las reuniones de la Ponencia de Vigilancia Epidemiológica.	11	13

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	51
10.01.02	Encuestas epidemiológicas.	1.200	1.173

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	Incidencia acumulada a 7 días.	Semanalmente	Semanalmente
11.01.05	Incidencia acumulada a 7 días en => de 65 años.	Semanalmente	Semanalmente
11.01.06	Participación en las reuniones de la Ponencia de Alertas.	11	13

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	Sí
12.01.02	Actualización del Registro poblacional de enfermedades cerebrovasculares. Cálculo de tasas y otros indicadores para hombres y mujeres.	Si	Sí

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%	96,9%
13.01.02	Cobertura infantil: Niñas.	95%	96,92%
13.01.03	Cobertura infantil: Niños.	95%	96,88%
13.01.04	Cobertura vacuna antigripal en > 64a.	75%	68,66%
13.01.05	Cobertura vacuna antigripal en mujeres >64a.	75%	71,59%
13.01.06	Cobertura vacuna antigripal en sanitarios.	75%	37,2%
13.01.07	Cobertura vacuna antigripal en embarazadas.	75%	55,2%
13.01.08	Cobertura vacuna frente a COVID-19 en personas de riesgo.	80%	70,36%

13.01.09	Nº de participaciones en las reuniones de la ponencia de Registro y Programa de vacunaciones.	11	13

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.

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	10.500
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	6.280
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%	Estudio de Viabilidad para una nueva herramientas
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.

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	49.381
18.01.03	Tumores detectados (cribado más RI).	232	204

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

Se analizará la participación y otros resultados de proceso por sexo, estableciendo recomendaciones específicas si procede. Los tumores detectados se refieren a los tumores malignos detectados por cribados en ambos sexos.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
19.00.01	Cobertura población 50-69 años.	100%	100%
19.00.02	Población explorada total.	62.240	65.928
19.00.03	Población explorada hombres.	29.688	31.448
19.00.04	Población explorada mujeres.	32.545	34.480
19.00.05	Tumores detectados total.	218	93
19.00.06	Tumores detectados hombres.	119	64
19.00.07	Tumores detectados mujeres.	78	29

20. Detectar precozmente los cánceres de cuello de útero.

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

(*) En función de que DGTD dedique los recursos necesarios. En referencia a las VPH realizadas aparece el total de pruebas válidas cuyo resultado se recibió en el servicio. De ellas 988 resultaron positivas (241 para serotipos 16-18 (24,39%) y 747 (75,61%) para otros virus de alto riesgo.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
20.01.01	Cobertura población 30-65 años.	85%	96,19%
20.01.02	Mujeres exploradas.	33.500	20.576
20.01.03	Pruebas VPH realizadas.	3.350	20.565

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).	5.500	4580
21.01.02	Hipoacusias detectadas.	25	12
21.01.03	Hipoacusias detectadas niños.	12-13	8
21.01.04	Hipoacusias detectadas niñas.	13-12	4

22. Detección precoz de metabolopatías congénitas:

En las enfermedades detectadas sólo se incluyen los casos clínicos confirmados y no por portadores de la enfermedad (1 portador asintomático de fibrosis quística y 47 portadores de enfermedad de células falciformes).

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

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).	5.500	4.578
22.01.02	Enfermedades detectadas.	4-5	5

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	6
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	6
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	34
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	3
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
24.00.08	Compilación y análisis de los datos de la Red Española de Programas de Cribado de Cáncer de Mama.	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.

25.01. Análisis de muestras.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
25.01.01	Análisis de parametros fisico-quimicos		182.058
25.01.02	Análisis de parámetros Microbiológicos		26.399
25.01.03	Análisis de muestras de agua de consumo.	4.000	3466
25.01.04	Análisis de muestras de agua de piscina y zonas de baño.	650	597
25.01.05	Análisis de muestras de alimentos.	2.000	2.160
25.01.06	Análisis de muestras de residuos de medicamentos veterinarios.	1.700	1.983
25.01.07	Análisis de muestras urgentes procedentes de mataderos.	700	872
25.01.08	Análisis de muestras por sospecha de alertas alimentarias.	35	25
25.01.09	Análisis de muestras por posibles casos de Legionella.	500	298

25.02. Actividades relacionadas con el Sistema de Gestión de la Calidad implantado.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
25.02.01	Número de nuevos parámetros incluidos en el alcance de acreditación (194/LE404).	30	131
25.02.02	Número de nuevos analitos puestos a punto.	20	87

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.	120	102
26.01.02	Asesorías y resolución de dudas.	3.500	4.000

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.	50	59

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.	3.300	2.731
26.03.02	Informes de proyectos de abastecimiento (a demanda).	22	9

26.03.03	Cobertura poblacional de SINAC.	80%	89%
26.03.04	Informes de instalaciones de piscinas.	160	61

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.	60	59
26.04.02	Inspecciones de instalaciones.	60	71
26.04.03	Inscripciones en el censo de torres de refrigeración.	40	6

26.05. Propuestas de expedientes sancionadores como consecuencia de inspecciones.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
26.05.01	Número de propuestas de expedientes sancionadores.	50	108

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	102

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
26.07.01	Proyectos de inspección europeos.	2	2
26.07.02	Gestión de alertas SIRIPQ.	15	13

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
27.00.01	Número de trampas a colocar.	70	68
27.00.02	Número de testigos a recoger según programa.	816	1.300

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	3.245
28.01.02	Inspecciones anuales.	3.000	5.377
28.01.03	Mataderos con control oficial.	13	12
28.01.04	Animales mayores de producción de carne inspeccionados en matadero.	400.000	329.832

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	52
28.02.02	Inscripciones de empresas registradas y censadas en el Registro de Industrias Alimentarias.	100	350
28.02.03	Inscripciones de empresas en el censo de empresas alimentarias no sujetas a registro.	240	1.312

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	182
28.03.02	Número de alertas con intervención.	35	76

28.04. Propuestas de expedientes sancionadores.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
28.04.01	Número de expedientes propuestos en Seguridad Alimentaria y prevención de zoonosis.	100	88

28.05. Programa de control analítico de alimentos.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
28.05.01	Número de muestras en el Plan de Control Oficial.	750	688
28.05.02	Número de muestras en el Plan de Control de residuos (PNIR).	1.200	1.067

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	16

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	Testar en empresas y difundir la herramienta informática “Gestión de la prevención de riesgos en las empresas”.	1	Testado
29.01.02	Elaborar y difundir la herramienta informática “Ciclo de Gestión de la prevención de riesgos laborales”.	1	Elaboración
29.01.03	Publicar, presentar en jornada y difundir la herramienta informática “EASYMAPO” en centros sociosanitarios.	1	100%
29.01.04	Elaborar, testar y difundir la herramienta informática “Identificación y priorización de riesgos ergonómicos”.	1	No
29.01.05	Testar en empresas y difundir la herramienta informática “Investigación de accidentes”.	1	Testado

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.	-	0
29.02.02	Campaña visitas exposición sílice cristalina (finalización).	40	22
29.02.03	Campaña visitas exposición al radón.	-	0
29.02.04	Elaborar infografías y memorias divulgativas con conclusiones de las campañas visitas madera dura y soldadura inoxidable.	4	2
29.02.05	Participar en grupo de trabajo de sílice cristalina respirable de la CNSST.	1	100%
29.02.06	Participar en grupo de trabajo INSST-CCAA Cancerígenos.	1	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	2
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	Campaña visitas empresas mayor siniestralidad.	25	40
29.04.02	Campaña visitas empresas CNAE preferentes.	325	367
29.04.03	Campaña visitas prevención riesgos mecánicos.	50	6
29.04.04	Campaña visitas sector agroforestal.	15	16

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.	1	Sí
29.05.02	Elaboración de ficha divulgativa investigación AT ergonómico grupo BINVAC.	1	100%
29.05.03	Impulso de la investigación de AT ergonómico en las empresas con la herramienta informática de investigación AT.	-	No
29.05.04	Diseño de jornada divulgativa documentos del INSST para la evaluación de riesgos por manipulación manual de cargas y presentación de herramienta de identificación de riesgos ergonómicos ISPLN.	1	No
29.05.05	Definición y desarrollo de un programa de actuación sobre empresas o colectivos con especial incidencia de daños relativos a TME. Diseño, selección del colectivo y prueba piloto.	1	Sí

29.05.06	Actividades de reconocimiento del origen laboral de los procesos tramitados como enfermedad común.	30%	Si
29.05.07	Sesiones EVI determinación de contingencia.	7	33

29.06. Atención a riesgos psicosociales.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
29.06.01	Impulso de creación de entornos psicosociales saludables en las empresas.	-	Sí. Acogimiento menores
29.06.02	Elaboración y divulgación de modelo de protocolo de acoso sexual en el trabajo.	1	10%
29.06.03	Jornada sobre prevención de la violencia sexual en el trabajo.	1	No
29.06.04	Impulso de la identificación y evaluación de los riesgos psicosociales.	-	Sí
29.06.05	Apoyo al afloramiento de daños derivados del trabajo, mejora del procedimiento de atención a los casos.	A demanda	188 atenciones

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.

A pesar de la reducción radical de profesionales de medicina (de 6 a 2) en el programa, los cambios organizativos y de competencias llevados a cabo han conllevado un resultado muy positivo en el programa.

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 2025.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
30.01.01	Actividades formativas.	10	26

30.02. Continuación de las actividades de difusión generales.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
30.02.01	Transformación en newsletter.	12	0

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

Se ha realizado la elaboración y difusión de un boletín mensual de siniestralidad durante 2025

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%.

Desarrollo informático para dar soporte a la herramienta del Ciclo PR: Revisar el programa, hacer pruebas y proponer cambios en el entorno PRE. 6 reuniones de trabajo con Tracasa e Hiberus

30.05. Elaboración y difusión de alertas de ATGM.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
30.05.01	Mantenimiento Portales Web específicos.	4	0

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 2025.	250	230

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
32.02.01	Visitas efectuadas a empresas en Campaña Visitas Plan de Acción 2022-2025, año 2025.	415	367

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 / Visitas	A demanda / 30	50
32.03.02	Intervenciones en materia psicosocial en las empresas: Consultas / Visitas	A demanda / 20	188
32.03.03	Visita a centros de trabajo con brotes de Trastornos Mentales Comunes derivados del trabajo (Sección Vigilancia Salud).	5	0

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.

Esta acción no se ha llevado a cabo

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
33.01.01	Impulso de habilitación de normativa que facilite esta coordinación.	-	0

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	XXXX

34.01.02	Visitas conjuntas con ITSS.	75	88
34.01.03	Comunicaciones al Dpto, Desarrollo Económico y Empresarial. (incumplimientos en máquinas nuevas).	5	0
34.01.04	Expedientes revisados para el INSS.	70	0
34.01.05	Informes de adecuación de planes de trabajo con riesgo de amianto.	135	175
34.01.06	Emisión de informes a solicitud de subvenciones para adecuación de equipos y lugares de trabajo.	80	65

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	160
35.01.02	Alertas de accidentes investigados.	1	0
35.01.03	Fichas técnicas divulgativas de accidentes investigados.	15	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:	28	26

	Seguridad, Ergonomía, Psicosocial, Higiene, Embarazo…		
36.01.02	Consultas atendidas sobre normativa y condiciones de trabajo por disciplinas preventivas: Seguridad, Ergonomía, Psicosocial, Higiene, Embarazo…	A demanda	428

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 2025.	135	175
37.00.02	Nº de visitas de trabajo con riesgo de amianto.	45	36
37.00.03	Nº de consultas relacionadas con trabajos con materiales de amianto.	80	81

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.	40	64
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 cursos. Total horas técnicas impartidas:	10 150	10 cursos. 135 h

38.00.04	Jornadas técnicas ISPLN.	2	0
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	15
38.00.07	Curso en identificación de materiales con amianto.	2	0

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.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
39.00.01	Impartición de cursos dirigidos a las y los jóvenes agricultores INTÍA.	2	4 cursos. Alumnado 180
39.00.02	Impartición de cursos al alumnado de FP agroforestal.	11	8 cursos. Alumnado 190

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	167.000
40.01.02	Revisión y control de incapacidades laborales.	27.000	24.300

40.01.03	Difusión de Boletines e informes sobre Incapacidad.	4	1

40.02. Mantenimiento del Registro de Incapacidad Permanente.

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

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	100%
40.04.02	Respuestas a Juzgados.	A demanda	100%

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	100%

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	25.800
41.01.02	Registro de EE.PP.	1.200	1.300

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	945
42.02.02	Registro de PLDV's.	1.000	1385
42.02.03	Otras (Vigilancia Amianto).	600	600

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	15
43.00.02	Informes sobre solicitud de pruebas médicas en IT común.	A demanda	100%

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	100%

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	30
45.01.02	Elaboración materiales para formación online en plataforma moodle u otras.	1	Colaboración con UPNA agroforestal

45.02. Continuación de las actividades de difusión generales.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
45.02.01	Elaboración y difusión de newsletters.	12	0

45.02.02	Elaboración y distribución calendario 2025.	12.000 ejemplares	12.000

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.	-	sí

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	0
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

VI. EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

Gastos del Programa

GASTOS	*Inicial*	*Consolidado*	*Realizado*
1. Gastos de personal	*21.906.059,00 €*	*22.481.983,96 €*	*21.595.644,85 €*
2. Gastos corrientes en bienes y servicios	*12.015.416,00 €*	*11.991.120,07 €*	*11.416.321,55 €*
3. Gastos financieros	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
4. Transferencias corrientes	*2.263.979,00 €*	*2.262.998,48 €*	*2.237.069,31 €*
5. Fondo de contingencia	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
6. Inversiones reales	*706.211,00 €*	*648.611,00 €*	*501.453,68 €*
7. Transferencias de capital	*122.400,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
8. Activos financieros	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
9. Pasivos financieros	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
TOTAL	***37.014.065,00 €***	***37.384.713,51 €***	***35.750.489,39 €***

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	*439.226,00 €*	*439.226,00 €*	*391.815,92 €*
4. Transferencias corrientes	*84.020,00 €*	*210.469,07 €*	*307.612,45 €*

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	***523.256,00 €***	***649.705,07 €***	***699.428,37 €***

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	5

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, con especial enfoque para 2025 en la mejora de la contratación y de las infraestructuras.

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	5

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	12

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	52
02.01.02	Balances semanales de Lista de Espera Quirúrgica.	52	52
02.01.03	Balances semanales de Lista de Espera Exploraciones Complementarias.	52	52
02.01.04	Informe de Lista de Espera publicado para el día 7 de cada mes.	12	12
02.01.05	Informe de situación respecto a los objetivos de lista de espera.	12	12

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
02.02.02	Personas fuera de Ley de Garantías en LEQ.	Descenso del 50%	NO

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
02.03.02	Tiempo medio de espera en pruebas especiales.	Reducción en un 15%	NO
02.03.03	Tiempo medio de espera en intervenciones quirúrgicas estructural.	Reducción en un 15%	NO

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.	13	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	3

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.	16	23
03.03.02	Número de procesos asistenciales definidos.	20	21

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	18
03.04.02	Número de procesos con Consulta no Presencial.	13	13
03.04.03	Número de procesos con circuito rápido.	6	6
03.04.04	Número de procesos con interconsulta no presencial enfermera.	10	26

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%	NO
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%	NO

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	0

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.	55%	SI

03.08. Garantizar la continuidad asistencial en pacientes institucionalizados.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.08.01	Porcentaje de centros residenciales formados en estrategia de crónicos.	60%	60

03.09. 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***
03.09.01	Porcentaje de ZBS que pueden derivar a talleres de fisioterapia grupal en procesos de baja complejidad.	100%	100
03.09.02	Número de procesos definidos de mejora de la capacidad funcional.	5	5
03.09.03	Procesos con modalidad de rehabilitación domiciliaria implantada.	4	4
03.09.04	Procesos incorporados en convalecencia residencial.	2	2
03.09.05	Procesos derivación directa a Fisioterapia desde AP.	8	8

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

03.11. 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***
03.11.01	Número de acciones formativas.	20	25

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.12.01	Tasa de incidentes registrados en SINASP/100 camas hospitalarias.	Mantener	SI

03.12.02	Tasa de incidentes registrados en SINASPS/100000 Consultas de A.P.	>5%	SI
03.12.03	Incrementar valoraciones de riesgo de caídas.	>5%	SI

03.13. Apoyo técnico al despliegue del PAISS en todo el territorio

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.13.01	Número de reuniones con los ECOSS (Equipo de Coordinación sociosanitario)		6
03.13.02	Formación ad hoc para los ECOSS en ANDÍA SOCIOSANITARIO		0

03.14. Continuación del Proceso de Atención Sociosanitaria Integrada a las Situaciones de Violencia contra las Mujeres (Detección/Intervención/Evaluación)

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.14.01	Número de reuniones del grupo técnico de Trabajo de violencia contra las mujeres		5
03.14.02	Grado de ejecución de las medidas del Plan Sectorial de Salud dentro del Plan de Acción de la Ley Foral 14/2015 para actuar contra la violencia hacia las mujeres en Navarra		70%

03.15. Investigación, formación y transferencia del conocimiento

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.15.01	Nº de estudios, análisis o investigaciones realizadas en el ámbito Sociosanitario		1

03.15.02	Nº de jornadas, foros o eventos en que se participa dando a conocer líneas de trabajo sociosanitario de Navarra		3

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	<10 días

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	<20 días
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%	100%

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. Funcionalidades de los datos administrativos de la TIS del paciente en CPS. e. Creación de Gestor Ortoprotésico v11.x. -CPS muestra la información del estado de los productos prescritos enviada por el Gestor Ortoprotésico. -CPS notifica a Gestor Ortoprotésico cuando el usuario accede a productos que requieren autorización previa, asegurando (si fuese	3	3

	necesario), que, si falla la notificación en el momento, se reintente con posterioridad.		

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	0
05.02.02	Web Centros hospitalarios. Inicio de los trabajos necesarios para la creación y publicación de la web del HRS.	1	0

06. Oxigenoterapia y otras terapias domiciliarias.

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

La prestación de la oxigenoterapia y otras terapias domiciliarias se han seguido prestando por la última empresa adjudicataria, con las mismas garantías y calidad exigidas en el último contrato.

06.02. Licitar el nuevo contrato de oxigenoterapia y terapias respiratorias domiciliarias.

Existe autorización por parte del Gobierno de Navarra, en sesión del 29 de octubre de 2025, para la contratación del mismo servicio, mediante licitación, por un periodo máximo de 5 años.

06.03. Control y seguimiento del contrato adjudicado.

Se constata, por la información facilitada por la propia empresa, que el número medio mensual de pacientes atendidos ha sido de 16.935, de los cuales, el 17,39% han precisado de oxigenoterapia en cualquiera de sus modalidades y, el 69,11%, obedece a pacientes usuarios de CPAP.

07. Transporte sanitario.

A partir del mes de junio, el transporte sanitario comenzó a prestarse mediante el encargo del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea a la empresa pública "Transporte Sanitario de Navarra, BIDEAN S.L.", de fecha de finalización en noviembre de 2025. Para dar continuidad al servicio, fue preciso aprobar, mediante Resolución 1446/2025, de 19 de noviembre, del Director Gerente del

Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, el nuevo encargo que estará vigente hasta 30 de noviembre del 2026.

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

Con independencia de las empresas que han prestado el servicio durante 2025, de forma general todos los traslados programados requieren de la oportuna autorización por parte de este Servicio de Gestión de Prestaciones y Conciertos, en base a criterios médicos, garantizando tanto el acceso a la prestación, como el uso racional de la misma.

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

El transporte programado o no urgente se ha realizado de acuerdo a las bases recogidas en el encargo.

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.

Se ha mantenido una adecuada coordinación con la Dirección de protección Civil.

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.

Se media entre los centros sanitarios y BIDEAN para mejorar la eficiencia.

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

Es de obligada necesidad para la prestación del transporte urgente la relación de coordinación que existe entre la empresa prestadora, la Subdirección de Urgencias Extrahospitalarias y el propio Servicio de Gestión de Prestaciones y Conciertos.

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

Se ha colaborado en el inicio de la actividad y mantenido contacto permanente con BIDEAN para garantizar la adecuada prestación del encargo.

08. Asistencia en centros y servicios concertados de Navarra.

08.01. Administrar el contrato vigente con la Clínica Universidad de Navarra y los contratos vigentes, tras su prorrogación, de resonancias, ecografías y colonoscopias.

Se mantienen las actividades prestadas al amparo de los diferentes contratos, actualmente vigentes, en los términos recogidos en sus respectivos pliegos.

08.02. 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.

Se atienden las necesidades puntuales que surgen en nuestros centros para posibilitar la gestión de respuesta de las mismas por parte de los centros concertados.

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

Se han dado respuesta a las reclamaciones de pacientes atendidos en centros concertados.

08.04. Control de la facturación de los centros concertados.

Se realiza una estricta revisión de las facturas presentadas por los centros concertados.

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

En los supuestos de nuevas necesidades se han facilitado estudios de actividad y de carácter económico.

08.06. Tramitación del expediente para la contratación de la asistencia de Dermatología para el Área de Salud de Tudela (por finalización del contrato anterior).

Se ha abandonado la tramitación del expediente por haber dejado de ser necesario.

08.07. Continuar con la tramitación del expediente elaborado para la contratación de la asistencia de Interrupción Voluntaria del Embarazo en los supuestos regulados en la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, modificada por la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero.

Mediante Resolución 359/2025, del 4 de abril, el Director Gerente del Servicio Navarro de Salud, resuelve la adjudicación de dicho contrato a favor de la Clínica Ansoáin. El contrato firmado para 5 años, se inicia en el mes de mayo.

08.08. Elaboración de los convenios singulares de asistencia sanitaria con las entidades que se determinen.

Se ha seguido trabajando en los convenios singulares previstos.

09. Visado de recetas.

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

La aplicación LAMIA, a través de la cual se gestiona la prestación farmacéutica para aquellos medicamentos con requerimiento de autorización previa a la dispensación en oficinas de farmacia, atiende a las instrucciones dadas por del Ministerio de Sanidad.

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.

Se han realizado mejoras en la aplicación LAMIA que han facilitado la tarea de visado en el Servicio de Gestión de Prestaciones y Conciertos.

10. Reintegro de gastos.

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

Durante el año 2025 se han concedido el 90% de las solicitudes tramitadas (168), generando un gasto de 175.946 euros.

11. Prestación ortoprotésica.

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

En aplicación de la norma, al amparo de las prescripciones médicas habidas, se han concedido la financiación de 15.725 productos, suponiendo todo ello el reintegro de 3.616.172 euros (bien al beneficiario, bien al establecimiento).

11.02. Mantenimiento del Registro de Establecimientos Colaboradores, imprescindible, para aplicar el método de financiación de abono directo al establecimiento dispensador de la prestación ortoprotésica.

Tarea obligatoria para la gestión de la prestación ortoprotésica en todas sus fases. Durante el año 2025, como era de esperar, el procedimiento para la financiación de la prestación ortoprotésica de pago directo se estableció en el 91% del total.

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.

Se ha mantenido el convenio de colaboración con el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Navarra para la facturación de la prestación ortoprotésica de manera conjunta para las farmacias colaboradoras.

11.04. Participación en las sesiones regulares que mantiene la Comisión asesora técnica para la autorización de la prestación ortoprotésica y de ayudas técnicas, constituida según Orden Foral 48E/2024, de 20 de febrero, del Consejero de Salud, como parte integrante de ella.

La Comisión se ha reunido con la periodicidad establecida en la Orden Foral que la regula.

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

De forma general, tramitación de las derivaciones de pacientes a centros públicos del Sistema Nacional de Salud, así como a los Servicios, Centros y Unidades de Referencia designados por el Ministerio de Sanidad, solicitadas por facultativos de Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, para diagnóstico y/o tratamiento, mediante su registro en SIFCO.

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.

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@.

La tramitación de la prestación se ha realizado a través de gestor EXTR@. Resultando de ello el pago de 320.581 euros por la atención de las solicitudes presentadas por 545 pacientes.

14. Asistencia dental a personas con discapacidad intelectual.

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.

Se ha mantenido la colaboración.

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

Al amparo de dicha norma, se han formalizado 66 expedientes de pago, para 54 pacientes, resultando un gasto de 5.272 euros en el año.

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. Se está negociando el Acuerdo Marco y en 2025 se publicará en el Boletín Oficial de Navarra.

El acuerdo marco se publicó en la orden foral 81E/2025 del 21 de marzo y tiene vigor hasta el 2030

15.02. Licitar el proyecto y la obra para implantar el Servicio de Farmacia Sociosanitario en un nuevo local. Se encuentra paralizado de momento. En 2025 se volverá a valorar.

No se ha podido avanzar en el proyecto.

15.03. Incorporar una residencia pública al Servicio de Farmacia Sociosanitario público y robotizar dicho servicio. Se encuentra paralizado de momento. En 2025 se volverá a valorar.

No se ha podido avanzar en el proyecto.

15.04. Subvencionar y hacer un convenio para pagar la atención farmacéutica de 2 nuevos centros sociosanitarios privados con servicio de farmacia propio. Esta prevista la apertura de 2 nuevos centros sociosanitarios privados que habrá que conveniar.

Se han realizado los convenios con los dos centros, estando ya operativos. Son los centros de Domusvi Pamplona y Albertia El Sadar

15.05. Renovación de los convenios de colaboración entre el SNS-O y los centros sociosanitarios privados con servicio de farmacia propio que establecen las condiciones de la atención farmacia. Se está procediendo a actualizar el modelo de convenio, incluyendo mejoras. En los próximos meses se firmarán los convenios para el periodo 2025-2028.

Se han realizado todas las actualizaciones de los convenios

15.06. Subvención dirigida a los centros sociosanitarios privados con servicio de farmacia o depósitos de medicamentos para sufragar los gastos de funcionamiento de la atención farmacéutica. En trámite el Acuerdo de Gobierno para la subvención de centros sociosanitarios con Servicio de Farmacia propio para el periodo 2025-2028. Posteriormente se publicará la convocatoria, se valorarán las solicitudes recibidas, y se emitirán resoluciones de concesión a los centros que les corresponda.

Se han realizado todas las actualizaciones de las subvenciones de los convenios, publicando la convocatoria, valorando las resoluciones y emitiendo las resoluciones de los centros

15.07. Continuar con nuevos acuerdos marco de contratación de medicamentos con arreglo a la Ley Foral de contratos. Se procederá a realizar prórrogas de los acuerdos marco que finalicen en 2025. Del mismo modo, se iniciarán nuevos acuerdos marco para los medicamentos que corresponda.

En el año 2025 hubo un número importante acuerdos exclusivos que vencieron y que se fueron renovando, lo que supuso que importe de gasto renovado fuera ligeramente inferior al importe de gasto que vencio.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.07.01	Total de volumen de medicamentos en importe procedimentada su adquisición mediante la Ley Foral de Contratos.	85%	73%

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

Se está terminando el estudio de viabilidad para la prescripción de enfermería bajo protocolos. A lo largo del año 2025 estará disponible esta nueva funcionalidad en ATENEA.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.08.01	Nº de protocolos habilitados para “prescripción” enfermera en receta electrónica.	11	0

15.09. Avanzar en ANDIA prescripción.

En el primer semestre del año 2025 estará disponible el realizar la prescripción extrahospitalaria de enfermería al alta hospitalaria desde IRATI + en ANDIA Prescripción.

No está disponible la prescripción desde HCI ficha paciente ambulatorio / paciente externo en ANDIA Prescripción.

No está disponible la prescripción extrahospitalaria desde HCI y desde ATENEA en ANDIA Prescripción.

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

En el 2025 se trabajo en la migración de los indicadores de calidad a la nueva plataforma. Se estuvo trabajando pero no se pudo cerrar en el 2025. En mayo del 2026 ya está disponible y se trabaja para el acceso a los mismos desde las historias clínicas electrónicas.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.10.01	Nº de indicadores de calidad de prescripción en BARDENA difusión.	34	0

15.11. Migración nomenclátor. Se está trabajando para proceder a la migración del tecnológica del nomenclátor, para que el producto no utilice DB2 ni VB6 en un futuro. Los trabajos estarán finalizados en 2025.

En el 2025 se trabajo en la migración. Se estuvo trabajando pero no se pudo cerrar en el 2025. En abril del 2026 ya está disponible.

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

Se van a desarrollar nuevas dimensiones: DEM (dosis equivalente de morfina) y Kids List. No se pudo llevar a producción, se está trabajando en la validación y desarrollo de las mismas

	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.

El pilotaje de integración se realizó en el área de Estella, se valoró por medio de una encuesta a los profesionales sanitarios con resultados positivos.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.13.01	Nº de revisiones informadas al clínico de la medicación de pacientes crónicos polimedicados.	1.200	1322
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.

Hay 2 centros sociosanitarios acoplado LAMIA SS con su programa de gestión (Landazabal y Casa de Misericordia de Pamplona). Se trabajó con Domusvi San Adrián, Sanitas Luz de Estella Casa de Misericordia de Tudela y Nuestra Señora de Gracia.

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

Se ha impulsado la unificación trabajando en la prescripción única para que no tengan que duplicar la información. No se ha podido realizar en todas las residencias ni unificar las facturas.

15.16. Implantación de LAMIA SS en el centro penitenciario de Pamplona.

Se ha incorporado LAMIA SS en el centro penitenciario de Pamplona.

15.17. Dispensación electrónica de medicamentos a mutualistas de convenio rural.

Se ha trabajado durante el 2025 y realizado las pruebas. En abril del 2026 se ha incluido.

15.18. Prescripción y dispensación electrónica de fórmulas magistrales pretasadas a través de LAMIA.

Durante el 2025 se ha posibilitado la prescripción y dispensación electrónica de fórmulas magistrales pretasadas, evitando la impresión de recetas en papel.

15.19. Prescripción electrónica de medicamentos extranjeros en LAMIA.

NO se ha podido incluir esta medicación en lamia en el 2025. Se está trabajando en el cierre del circuito y las modificaciones informáticas.

15.20. Módulo de validación para el servicio de farmacia SS y SM.

Durante el 2025 se implantaron los procesos de revisión y conciliación en los dos ámbitos. Farmacia SS y SM.

15.21. Software de gestión para el concurso de adquisición de dietoterápicos para los centros sociosanitarios con servicio de farmacia propio.

Se ha realizado a lo largo del 2026

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

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

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.23.01	Nº de centros de salud con sistema de doble cajón.	14	27

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

Hay un canal de comunicación a través del sistema de receta electrónica implementado en todas las zonas básicas menos dos. Cuando hay que dispensar medicamentos extranjeros por desabastecimiento del nacional dispensable en oficina de farmacia, El preor no tiene que realizas taras adicionales, hay una herramienta que para la dispensación colaborativa a través de las oficinas de farmacia.

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

15.24.01	% de zonas básicas que tienen implementado el canal de comunicación con las oficinas de farmacia.	95%	95%
15.24.02	% de dispensación a través de oficinas de farmacia de medicamentos extranjeros por desabastecimiento (excluidos los de dispensación hospitalaria).	100%	100%

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

Se ha ampliado en Carpeta el uso de las imágenes radiológicas. Se han realizado modificaciones pedidas por los usuarios.

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

Se esta trabajando en la interoperabilidad estandarizada

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
16.01.01	Implantación de ATENEA en el entorno Sociosanitario.	100%	25%

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.

Se estan realizando en base a las necesidades de la D Asistencia en la rama de Bardena Difusion.

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

Se han acometido prácticamente todas las modalidades incorporadas en los últimos meses

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
16.03.01	Implantación de banda ancha en centros de salud.	100%	97%

16.03.02	Implantación de banda ancha en centros de salud.	100%	100%
16.03.03	Modernización y migración del PACS.	75%	75%

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.

Se esta trabajando en el gobierno de los datos, en la elaboracion de tablas maestras y la implantacion tacita de identificado unico.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
16.04.01	Inicio de proyectos.	87%	50%
16.04.02	Implantación proyectos.	85%	50%

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.

La optimizacion de estas areas es co-competencia con la DGTD. Dentro de esa colaboracion, el ritmo se adecua tambien a los planes que ellos tienen. Actualmente se esta migrando todo a W11 y a Oficce 365 y oficce 2024

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
16.05.01	Migración a W11.	50%	75%

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%	95%

16.06.02	Introducción de sistemas de IA en imagen digital.	25%	25%

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	2 proyecto

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.

Las entregas realizadas por la DGTD, segun el servicio de RRHH no han cumplido los objetivos propuestos. Estamos analizando los motivos.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
16.08.01	Baremación de méritos en SAP-RRHH.	99%	75%

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 realizado el mallado completo de Atencion Primaria y el hospital de Estella. PAra el 2026 se acabara el de Tudela y el HUN

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

Se ha empezado el fortalecimiento de la infraestructura de IOT en Salud, con una inversion de 750.000€

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.

El ISPLN esta funcionando correctamente en base a una priorizacion de recursos y proyectos que ellos mismos valoran siendo conocedores del coste que ello conlleva. En la D. G de Salud se esta empezando este mismo modelo.

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.	500	569
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	2556
19.03.02	Otras actuaciones sanitarias: Consultas Adaptaciones Reubicaciones.	3500	6906
19.03.03	Atención a solicitudes de valoración de riesgo durante el embarazo.	350	441
19.03.04	Atención a Accidentes Riesgo Biológico.	300	368

19.03.05	Atención a profesionales tras agresiones externas.	600	775

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	11

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.	150	198

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.	190	120

19.07. Desarrollar programas de promoción de la salud.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
19.07.01	Programas de promoción de la salud grupales.	4	3

VI. EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

Gastos del Programa

GASTOS	*Inicial*	*Consolidado*	*Realizado*
1. Gastos de personal	*42.117.424,00 €*	*33.356.616,33 €*	*31.449.781,98 €*
2. Gastos corrientes en bienes y servicios	*107.186.655,00 €*	*112.277.086,68 €*	*111.256.822,26 €*
3. Gastos financieros	*10,00 €*	*10,00 €*	*0,00 €*
4. Transferencias corrientes	*190.233.297,00 €*	*193.244.066,57 €*	*192.967.203,76 €*
5. Fondo de contingencia	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
6. Inversiones reales	*23.184.998,00 €*	*22.013.295,72 €*	*19.648.111,78 €*
7. Transferencias de capital	*2.560.206,00 €*	*1.760.623,51 €*	*1.760.623,51 €*
8. Activos financieros	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
9. Pasivos financieros	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
TOTAL	***365.282.590,00 €***	***362.651.698,81 €***	***357.082.543,29 €***

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	*32.580,00 €*	*966.727,28 €*	*1.143.114,61 €*
4. Transferencias corrientes	*50.030,00 €*	*50.030,00 €*	*3.813.004,79 €*
5. Ingresos patrimoniales	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
6. Enajenación inversiones reales	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
7. Transferencias de capital	*10,00 €*	*10,00 €*	*-123.966,94 €*
8. Activos financieros	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
9. Pasivos financieros	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
TOTAL	***82.620,00 €***	***1.016.767,28 €***	***4.832.152,46 €***

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. Asegurar la autonomía de las personas usuarias ofreciendo información clara y veraz.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
01.01.01	Puntuación media >=7 en las encuestas de satisfacción de usuarios y usuarias, en el apartado sobre información al usuario.	>=7	8,4

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

Se ha realizado en el primer trimestre de 2026.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
01.02.01	Incluido agente de apoyo mutuo en el equipo.	SÍ	NO

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	>=2

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 la elaboración e implementación de protocolos municipales para la coordinación de la atención a mujeres que sufren violencia.

	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 programas de bienestar emocional y en la elaboración del IV Plan de Prevención de Drogas y Adicciones.	Sí	Sí
02.02.02	Diseño de campaña anual de comunicación positiva.	Sí	Sí

03. Prevención de los trastornos mentales en población específica.

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.01.01	Evaluación de la implementación del procedimiento de detección e intervención en los servicios de la Red de Salud Mental	SI	SI
03.01.02	Inclusión de la dimensión de género de manera transversal en todas las acciones organizadas por la Comisión de Formación Continuada.	Sí	Sí

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.02.01	% de pacientes atendidos por primera vez en el PEP (Primeros Episodios Psicóticos) con DUP (Duración Psicosis no tratada) igual o inferior a 6 meses	>=60%	67.9%

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	2

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

03.04.01. En proceso de validación por parte de la Dirección General de Telecomunicaciones y Digitalización, previa a la implementación definitiva en la historia clínica informatizada.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.04.01	Implantación de panel de control de población infantojuvenil con factores de riesgo asociado en CSM.	SI	NO
03.04.02	Participación en reuniones de red con servicios sociales, sanitarios y entidades que intervienen en la atención.	SI	SI

03.05. Implementar la atención en personas sin hogar con Trastorno Mental Grave por parte del Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC)

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.05.01	Implementado	Sí	Sí

04. Prevención y atención a las conductas suicidas.

04.01. Desarrollo de intervenciones de prevención del suicidio.

04.01.01. En 2025 se ha realizado la formación especialmente en profesionales sanitarios de Atención Primaria (adultos y pediatría).

	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	SI
04.01.02	Mantenimiento y actualización de página web sobre el suicidio.	SI	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	Sí
04.02.02	Seguimiento diario por parte del Gestor de Casos de todas las activaciones/desactivaciones del panel de control	Sí	Sí

04.03. Participar en la elaboración del Plan Nacional de Prevención del Suicidio y en el Plan de Prevención de Conductas Suicidas de la Comunidad Foral de Navarra.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
04.03.01	Colaboración con el Ministerio de Sanidad en la elaboración del Plan Nacional de Prevención del Suicidio	SI	SI
04.03.02	Colaboración en el desarrollo del Plan de Prevención de Conductas Suicidas de la Comunidad Foral de Navarra	SI	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, población vulnerable, suicidio y bienestar emocional.	>=5	13

06. Mejorar los cuidados y la experiencia de pacientes.

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

Se realiza la programación anual, de septiembre a septiembre del año siguiente.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
06.01.01	% de agendas programadas a 3 y 6 meses.	>90%	100%

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

06.02.03. Durante 2025 se ha realizado una reorganización de los hospitales de día; este proceso repercutió inicialmente en las esperas para ingreso, hasta la implementación definitiva.

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
06.02.01	% de personas en lista de espera con cita.	80%	80% en consultas preferentes y 86% en ordinarias.
06.02.02	Reducción de los tiempos de espera (demora media prospectiva).	<=30	29 días
06.02.03	% de ingresos que cumplen: ingreso preferente en Hospital de Día (HD) menor a 10 días.	75%	60%
06.02.04	Ingresos urgentes en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) < 1 día.	100%	100%
06.02.05	Espera media de ingresos preferentes en UHP.	<10 días	8,7 días
06.02.06	Mejorar el tiempo de respuesta de interconsultas psiquiátricas urgentes del Hospital Universitario de Navarra (HUN).	0 días	0 días
06.02.07	Tiempo de respuesta de interconsultas psiquiátricas preferentes del HUN.	<3 días	2 días
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%	90%

06.03. Promover la intervención de los equipos de salud mental comunitarios en aquellas poblaciones con mayor riesgo social y sanitario.

06.03.03 Se han ampliado los criterios de derivación al Equipo tras apertura a perfiles de no sinhogarismo; también se ha ampliado el área de cobertura, y se ha consolidado el equipo de profesionales con la incorporación de psicología y TCAE.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
06.03.01	Intervención con menores cumpliendo medidas judiciales.	SI	SI
06.03.02	Coordinación periódica con el equipo del Centro Penitenciario para la detección y el análisis de áreas de mejora	SI	SI
06.03.03	Consolidar la atención a las personas sin hogar con TMG por parte del Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario	SI	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	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	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.	>2024	>2024

06.06.02	Atención a pacientes en zonas rurales con consultas no presenciales en modalidad videollamada o telefónica	SI	SI

06.07. Mejorar el abordaje integral de los Trastornos Adictivos y Patología Dual en la Red de Salud Mental de Navarra.

Se ha elaborado un Programa de intervención en pacientes con trastornos adictivos, pero no se ha finalizado su implementación.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
06.07.01	Intervención multidisciplinar con planes de tratamiento individualizados en trastornos adictivos de grupos especialmente vulnerables de los CSM	SI	SI
06.07.02	Potenciar la atención psicológica en los trastornos adictivos y patología dual	SI	PARCIAL
06.07.03	Elaboración del Plan Funcional de Hospitales de Día de trastornos adictivos para intervenciones de alta intensidad	SI	PARCIAL

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	SI
06.08.02	Colaboración con Atención Primaria para el desarrollo del Plan de Prevención del Suicidio en Navarra.	SI	SI

06.09. Potenciar la atención psicoterapéutica grupal en pacientes con Trastorno Mental Común (TMC).

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
06.09.01	Existencia de grupos Barlow en CSM.	100%	100%

06.10. Garantizar y sistematizar actividades de apoyo y psicoeducación a familiares o cuidadores de personas con trastornos mentales.

En 2025 la intervención familiar en pacientes de alta complejidad ha sido del 6,41%, muy similar pero algo inferior a 2024 (6,88%).

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
06.10.01	Intervención familiar de pacientes con pacientes de alta complejidad.	>=2024	=2024

06.11. Fomentar la cultura de Humanización.

06.11.02 En 2025 se han iniciado 12 acciones de humanización; se han continuado 3 y se han finalizado otras 3.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
06.11.01	Actualización y seguimiento de la Estrategia de Humanización en Salud Mental	SI	SI
06.11.02	N.º de acciones registradas relacionadas con la Humanización	>=10	>=10

06.12. Potenciar la cultura de seguridad del paciente en la organización:

Se elabora anualmente un informe con las acciones operativas desarrolladas por la Comisión de Seguridad de la Gerencia de Salud Mental, en las diferentes áreas de actuación: formación, seguridad en la medicación, área de cuidados y prevención de efectos adversos, área de seguridad física y del entorno, acciones derivadas de Análisis Causa Raíz, y áreas de mejora.

	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	90
06.12.02	Seguimiento de la Estrategia de Seguridad en la Red de Salud Mental por la Comisión de Seguridad de Salud Mental.	SI	SI
06.12.03	Implementación de acciones de mejora relacionadas con la seguridad del paciente.	>=3	>=3

07. Mejorar la eficiencia de la red de salud mental.

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	SI
07.01.02	Potenciación del uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para profesionales mediante la plataforma de AUZOLAN.	SI	SI
07.01.03	Difusión de información de gestión a los profesionales a través de plataforma de AUZOLAN.	SI	SI
07.01.04	Utilización de la HCI para la detección e identificación de situaciones de violencia contra las mujeres desde la Red de Salud Mental.	SI	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.	5,22	10,28
07.03.02	Reducción de la prescripción de fármacos antidepresivos y ansiolíticos.	<=2024	N.D.
07.03.03	Conciliación de la medicación al ingreso y al alta en todos los recursos de hospitalización de SM.	SI	SI
07.03.04	Cumplimiento del protocolo de uso y administración de Esketamina en la Red de SM.	SI	SI
07.03.05	Implementación de procedimiento de revisión de la caducidad de los medicamentos del botiquín.	SI	SI

07.04. Aumentar la intervención psicológica en la RSMNa.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
07.04.01	Mantener programas de psicoterapia grupal (Nº agendas grupales abiertas en CSM).	>=2024	=2024
07.04.02	Mantener el número de agendas disponibles para primeras consultas de psicología clínica.	>=2024	=2024

07.05. Impulsar el empleo de psicoterapias regladas y basadas en la evidencia.

07.05.02 Se ha modificado el procedimiento: en reunión de equipo se asigna un referente de cada caso o paciente, en lugar de un referente general para el Trastorno Adictivo.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
07.05.01	Mantener la formación continuada del referente de conocimiento para el abordaje del Trastorno Límite de Personalidad en el CSM.	SI	NO
07.05.02	Definir en cada CSM un referente para el abordaje psicológico del Trastorno Adictivo (terapia motivacional y prevención de recaídas)	SI	NO

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%	73.4%
07.06.02	% de altas sobre el total de primeras consultas.	20-25%	25,33%

07.07. Mejorar la efectividad y resolución de los Hospitales de Día.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
07.07.01	Consolidación de programa de Trastorno Límite de Personalidad	SI	SI
07.07.02	Desarrollo e implementación de un programa intensivo en el abordaje de pacientes complejos con Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)	SI	SI
07.07.03	Reorganización de la hospitalización parcial con programas ambulatorios intensivos.	SI	SI

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	17,77 días

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	69 días
07.09.02	Estancia media, Unidad de Larga Estancia (ULE) y Unidad de Rehabilitación (UR).	<200 días	149 días

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.	>=2024	>=2024

07.11. Promover y protocolizar medidas de atención a la salud general de las personas con trastornos mentales graves prolongados.

07.11.01 Se ha implementado INP bidireccionales de enfermería con algunas áreas más directamente relacionadas con servicios de Salud Mental, como Nutrición.

	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	SI

07.12. Tendencia a contención mecánica 0.

07.12.01 Se ha reducido en número de pacientes con contenciones, y en número absoluto de contenciones

07.12.02. En 2025 ha habido 475 ingresos involuntarios, frente a 490 en 2024.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
07.12.01	Reducción contenciones mecánicas respecto al año anterior.	SI	SI
07.12.02	Ingresos involuntarios en hospitalización de Salud Mental.	<=2024	<2024

07.13. Desarrollar los sistemas de información de RSMNa.

Se han incluido nuevos indicadores en el Contrato Programa de Salud Mental con el SNS-O.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
07.13.01	Desarrollo e implementación del Código Suicidio en ANDIA.	SI	Sí
07.13.02	Evolución de las fuentes de los sistemas de información para gestión.	SI	SI
07.13.03	Estudio y diseño de indicadores de atención especializada que aporten información para gestión.	SI	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. Mejorar la coordinación interinstitucional.

09.01. Mejorar la coordinación interdepartamental con Órganos Judiciales.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
09.01.01	Mejorar el procedimiento de coordinación con el Servicio de Reinserción, Mediación y Justicia Restaurativa	SI	SI
09.01.02	Establecimiento de canales de comunicación para la toma de decisiones en casos complejos	SI	SI
09.01.03	Reuniones periódicas con los Órganos Judiciales	SI	SI

09.02. Mejorar la coordinación interdepartamental con Instituciones Penitenciarias.

En 2025 hubo una reunión; en 2026 se ha establecido un calendario de reuniones periódicas.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
09.02.01	Establecimiento de reuniones periódicas	SÍ	NO

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	6

09.03.02	Nº de reuniones de la Comisión Interdepartamental de Prevención y Atención al Suicidio.	>3	6
09.03.03	Participación en la Comisión Técnica Sociosanitaria	SI	SI

10. Potenciar la formación continuada de profesionales para mejorar la calidad de la asistencia.

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	32
10.01.02	Nº de actividades de formación continuada sobre seguridad del paciente.	>=2	6
10.01.03	Nº de actividades de formación continuada sobre Humanización.	1	9
10.01.04	Puntuación media =7 en la dimensión Formación (Encuesta de Clima Laboral)	>=7	7

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	3

10.02.02	Nº de actividades de gestión del conocimiento organizadas en los equipos (Sesiones clínicas de formación interna acreditadas).	7	10

11. Desarrollo de Unidad Docente Multiprofesional a las nuevas necesidades.

11.01. Desarrollo de la Unidad Docente Multiprofesional.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
11.01.01	Realización de talleres mensuales de profundización en las tres disciplinas (MIR/PIR/EIR)	SI	SI
11.01.02	Realización de sesión multidisciplinar mensual de residentes	SI	SI

11.02. Potenciar las acciones docentes en todos los centros y equipos de la RSMNa

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
11.02.01	N.º tutores	13	13
11.02.02	N.º colaboradores docentes	>=65	104
11.02.03	N.º de profesionales de la Red de Salud Mental con implicación docente en sesiones docentes de residentes, por curso académico	50	56

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	SI

13. Participación de profesionales en la gestión.

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	17
13.01.02	Participación de los profesionales en la elaboración del nuevo Plan de Salud Mental.	SI	SI

13.02. Potenciar el conocimiento y la autonomía en la gestión de las agendas de trabajo de los profesionales de CSM.

Se incorpora al personal administrativo en la ayuda a la gestión de agendas de los profesionales de los equipos.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
13.02.01	Acciones de sensibilización con los profesionales.	SI	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	Actualización de las bases técnicas de los conciertos con las Comunidades Terapéuticas	SI	SI

14.02.02	Reuniones de seguimiento y coordinación de conciertos con CCTT.	SI	SI

15. Mejora de la organización funcional de los servicios de la RSMNa.

15.01. Mejora de la organización funcional de los Centros de Salud Mental.

Se ha modificado el procedimiento: se designan referentes de caso, no de programa.

15.02. Mejora de la organización funcional de los Servicios Infanto-Juveniles.

15.02.01. Se establece un equipo de valoración de las derivaciones de Atención Primaria al Centro de Salud Mental Infantojuvenil para primeras consultas.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.02.01	Reorganización funcional de la gestión de primeras consultas CSMIJ	SI	SI
15.02.02	Implementación de modalidad intensiva ambulatoria en hospital de día infantojuvenil	SI	SI

15.03. Mejora de la organización funcional de los Hospitales de Día.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.03.01	Consolidación y extensión de modalidad intensiva ambulatoria en hospitales de día	SI	SI
15.03.02	Unificación de la hospitalización parcial del Hospital de Día I y Hospital de Día II	SI	SI

15.04. Mejora de la organización funcional de los Servicios de Psiquiatría de los Hospitales Generales

El 11/06/2025 se inaugura la nueva unidad de hospitalización psiquiátrica infantojuvenil, aumentando el número de camas de 4 a 8.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.04.01	Reorganización de las unidades de hospitalización infantojuvenil.	SI	SI

15.05. Mejora de la organización funcional de los Servicios de Trastornos Adictivos.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.05.01	Informes de alta interservicios con planes de tratamiento establecidos.	SI	SI
15.05.02	Implantar el acceso a HCI desde CCTT	SI	SI

15.06. Mejora de la organización funcional del Centro San Francisco Javier

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.06.01	Adecuación e implementación del Plan Funcional de Unidades Residenciales tras reorganización.	SI	SI
15.06.02	Implementación del Plan de Prevención de Caídas en Unidades Residenciales	SI	SI

16. Programa de Coordinación Sociosanitaria.

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%	98%

16.02. Desarrollar y coordinar los programas y circuitos asistenciales integrados entre la RSMNa y otros Departamentos del Gobierno de Navarra.

16.02.01 Salud Mental participa pero no tiene capacidad de decisión en el Programa de Centros Ocupacionales.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
16.02.01	Programa de Trastorno Mental Grave.	SI	SI
16.02.02	Programa de Psicogeriatría.	SI	SI

16.03. Impulsar la actualización del Plan de Acción Socio-Sanitaria en colaboración con el Departamento de Derechos Sociales, Economía Social y Empleo.

16.03.02. Se desestimó la posibilidad de concierto con Aita Menni

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
16.03.01	Colaboración en la detección de necesidades de recursos sociosanitarios para trastorno mental grave (TMG).	SI	SI
16.03.02	Definición de las condiciones técnicas para Concierto de la Unidad de Psiquiatría Legal de Aita Menni para plazas judiciales	SI	NO
16.03.03	Definición de las condiciones técnicas del Convenio junto con Derechos Sociales para el desarrollo de plazas RAEM alta intensidad	SI	SI

16.04. Mejorar la atención en Salud Mental de las personan residentes en recursos residenciales sociosanitarios.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
16.04.01	Diseño de procedimiento de coordinación y seguimiento	SI	SI

VI. EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

Gastos del Programa

GASTOS	*Inicial*	*Consolidado*	*Realizado*
1. Gastos de personal	*28.528.522,00 €*	*30.063.000,71 €*	*29.407.804,45 €*
2. Gastos corrientes en bienes y servicios	*13.330.862,00 €*	*12.310.892,08 €*	*11.692.312,74 €*
3. Gastos financieros	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
4. Transferencias corrientes	*157.000,00 €*	*157.000,00 €*	*132.194,12 €*
5. Fondo de contingencia	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
6. Inversiones reales	*852.430,00 €*	*852.430,00 €*	*706.629,63 €*
7. Transferencias de capital	*85.300,00 €*	*85.300,00 €*	*50.300,00 €*
8. Activos financieros	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
9. Pasivos financieros	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
TOTAL	***42.954.114,00 €***	***43.468.622,79 €***	***41.989.240,94 €***

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	*45.520,00 €*	*47.829,26 €*	*38.827,66 €*
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 €*	*15.033,16 €*
8. Activos financieros	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
9. Pasivos financieros	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
TOTAL	***45.520,00 €***	***47.829,26 €***	***53.860,82 €***

PROGRAMA 543: HOSPITAL UNIVERSITARIO 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 y unidades.

Diverso equipamiento de asistencia vital, mejoras en tratamientos oncológicos, ecografía y monitorización, así como equipos de ginecología, laboratorio, genética, esterilización y anatomía patológica principalmente.

01.02. Mejora de espacios y obras menores de los servicios y unidades que presentan mayores carencias estructurales y orientación a la mejora de la accesibilidad y confortabilidad

Se han realizado diferentes intervenciones, entre las que cabe señalar: reforma Pabellón H en sus plantas de hospitalización 2ª y 3ª, además de todo su bloque quirúrgico; reforma esterilización HUN-A; adecuación de la sala y la zona de radiología para instalar un nuevo angiógrafo monoplano; mejoras de accesibilidad.

01.03. Mejora de las infraestructuras y condiciones hoteleras de los servicios y unidades priorizados. Inicio de la licitación para la nueva UCI pediátrica.

Terminado y revisado el Proyecto de la UCI pediátrica y ampliación del edificio de urgencias infantiles se licita la obra para ejecutar en 2026. 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.

Licitación y parte de ejecución de la Unidad del Sueño, licitación y parte de ejecución de la mejora del hospital de día de oncología infantil, adecuación de habitaciones de guardia médicas.

01.05. Incorporación de dos salas de cardiología y una planta de aguas de diálisis.

En la planta de hemodinámica incorporación de una sala de hemodinámica y otra de electrofisiología; cambio de la planta de aguas para tratamientos de diálisis en el hospital A para atender a las salas de hemodiálisis.

02. Desarrollar proyectos de Integración.

02.01. Coordinación con otros centros hospitalarios para la provisión de camas hospitalarias convencionales y de críticos para hacer frente a posibles contingencias.

Hospital San Juan de Dios: concierto de hasta 20 camas de hospitalización para recuperación de pacientes ingresados en el HUN. Existe un procedimiento de derivación y coordinación con los equipos del HSJD, con trasvase de información clínica.

Colaboración de la Clínica Universidad de Navarra para traslado de pacientes críticos cuando no existe disponibilidad de camas de UCI en el HUN, y para pacientes que precisan procedimientos de hemodinámica cuando la sala del HUN está ocupada, o hay falta de disponibilidad de camas en la Unidad Coronaria del HUN.

02.02. Coordinación con otros niveles de atención sanitaria.

• Reuniones mensuales de coordinación HUN-Atención Primaria: Dirección Asistencial, Dirección de Cuidados, Apoyo a la Gestión clínica del HUN y Subdirecciones Asistenciales y de Cuidados, Apoyo a la Gestión Clínica de Atención Primaria, y Servicio de Efectividad (Dirección de Asistencia al Paciente): revisión de circuitos, protocolos de asistencia, incidencias.

• Participación en los distintos grupos de trabajo AH-AE coordinados por el servicio de Efectividad.

• Participación en el Comité de Integración coordinado por la Gerencia y Dirección de Asistencia al Paciente del SNS-O.

• Participación en las Estrategias del Departamento de Salud: Estrategia de Cuidados Paliativos (O.F. 164E/2023 de 18 de mayo), Estrategia de Humanización de Sistema Sanitario Público de Navarra, Estrategia de Seguridad de Pacientes, Estrategia del Paciente Crónico.

02.03. Plan de contingencia del centro para contingencias estacionales e incidentes de múltiples víctimas.

Para responder adecuadamente a los aumentos de la demanda asistencial, estacionales o en periodos festivos, se han elaborado e implantado planes de contingencia (Invierno, Semana Santa, San Fermín y Puente Foral). Su objetivo ha sido anticipar necesidades, optimizar recursos y reforzar la capacidad del centro, garantizando la continuidad y calidad asistencial mediante medidas organizativas, refuerzo de personal y adecuación de circuitos.

El Plan de Contingencia Invernal se ha basado en reuniones periódicas de coordinación entre los servicios implicados, que han permitido el seguimiento de la demanda, la detección precoz de incidencias y la adopción ágil de medidas. Tras el periodo invernal, se realizó una evaluación para identificar mejoras.

En 2025 se han celebrado reuniones diarias multiestamentales para la gestión de incidencias de guardias y camas, optimizando la planificación asistencial a corto plazo, y se ha continuado actualizando el plan ante catástrofes externas (IMV).

02.04. Potenciación de las unidades funcionales multidisciplinares. Seguimiento de cáncer de pulmón, colorrectal, ginecológico y oncopediatría.

En 2025 se continúa reforzando el modelo de gestión clínica en las Unidades Funcionales Multidisciplinares, incluyendo las de cáncer ginecológico, colorrectal, pulmón y cáncer infantil y adolescente. Se impulsa la renovación y potenciación de la figura de la Enfermera Gestora de Casos, especialmente en las UMD de cáncer colorrectal y de pulmón, así como la renovación de la coordinación de esta última. Además, se desarrolla el proyecto de creación de la UMD de cáncer de mama, con la definición de un nuevo itinerario diagnóstico para pacientes procedentes de cribado o atención primaria, la elaboración de herramientas en la HCI para apoyar al Comité de Patología Mamaria y la presentación de las propuestas a los órganos directivos. También se inicia un proyecto de mejora del seguimiento hospitalario del cáncer de mama.

02.05. Participación en el desarrollo de la atención sanitaria como área funcional integrada en determinados servicios conforme a la estrategia del SNS-O.

El HUN ha participado durante el año 2025 en el desarrollo de las áreas funcionales integradas de Radiología, Anatomía Patológica y Medicina Intensiva, así como en la reconfiguración de las existentes de Cardiología y Cirugía General.

02.06. Impulsar el trabajo asistencial en red a nivel nacional: red CSUR y UNICAS

Desde el año 2024, el HUN es CSUR para el procedimiento 86 "tratamiento endoscópico avanzado mediante POEM en acalasia primaria tipo III del adulto" y para el procedimiento 86 "Drenaje guiado por endoscopia de la obstrucción bilio-pancrática compleja" para la edad adulta. Durante el 2025 se ha mantenido la certificación.

El proyecto ÚNICAS se ha consolidado como una red de alianzas para mejorar la respuesta del Sistema Nacional de Salud (SNS) a pacientes pediátricos con enfermedades raras (EEMM). Bajo el principio de "mover los datos y no a los pacientes", se busca reducir desplazamientos innecesarios y garantizar que cualquier profesional de la red pueda acceder a información clínica especializada.

Actualmente, el proyecto se encuentra en una fase de despliegue activo, priorizando cuatro grupos iniciales de patologías: trastornos sindrómicos del neurodesarrollo, trastornos neuromusculares, enfermedades mitocondriales y encefalopatías epilépticas.

02.07. Participación en la acción Crane2 del programa EURO4Health para Acreditar el HUN como como Cancer Comprehensive Centre (CCC).

El Centro Integral de Cáncer Hospital Universitario de Navarra (CCC-HUN) forma parte de la iniciativa del EUnetCCC – one for all, cofinanciada por la Unión Europea del Plan Europeo contra el Cáncer. El objetivo principal de la red EU-CCC es constituir un consorcio de CCCs (Comprehensive Cancer Centres) integrados a lo largo de Europa, con el fin de garantizar que cualquier paciente, sea cual sea su lugar de residencia, reciba una atención de alta calidad.

Durante el año 2025, se ha realizado una evaluación de los estándares CCC, así como de los criterios sintéticos del modelo de gobernanza. El CCC-HUN ha conseguido ser centro designado y formar parte de los centros pilotos para obtener en un futuro la certificación CCC.

03. Desarrollar proyectos de Gestión.

03.01. Impulso de pactos de gestión integrados para el personal sanitario.

Se ha llevado a cabo la actualización y renovación de los ocho Pactos de Gestión Integrados iniciados en 2021 para el periodo 2025-2026 en las especialidades de Geriatría, Ginecología y Obstetricia, Hematología, Neurología, Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Pediatría y Psiquiatría. Estos pactos amplían su alcance al incorporar a otras unidades implicadas en los procesos asistenciales, y se han revisado para su nuevo compromiso bianual incorporando indicadores de mejora en análisis de caídas, codificación de consultas, seguridad del paciente y sostenibilidad. Asimismo, se ha trabajado en la incorporación del Área del Corazón como nueva Unidad Funcional Integrada, integrando Cardiología y Cirugía Cardíaca con sus unidades de enfermería, y en la planificación de la extensión futura de este modelo multidisciplinar a otros servicios y unidades.

03.02. Impulso a la coordinación primaria-especializada.

Se desarrollan múltiples actuaciones para mejorar la coordinación entre Atención Primaria y la atención especializada. Destacan las reuniones mensuales de coordinación, la elaboración e implantación de documentos de consenso y protocolos en patologías cardiológicas, hematológicas, ginecológicas y neumológicas, y la consolidación de circuitos de alta resolución en optometría-oftalmología. Se mejora la derivación quirúrgica, especialmente en Traumatología, con un nuevo sistema implantado en 2025, y se priorizan derivaciones según gravedad y necesidad asistencial. Se definen circuitos específicos como vacunación de pacientes de riesgo, renovación ortoprotésica, patología oncológica de cabeza y cuello, raquis y mama. Asimismo, se refuerza la coordinación con Cardiología, CASSyR, Cirugía General y Radiología, y se actualizan criterios de cirugía menor desde Atención Primaria.

03.03. Mantenimiento de la interconsulta especializada no presencial a todos los servicios y unidades susceptibles de tener esa modalidad de atención del HUN

En 2025 se ha producido un aumento significativo de las Interconsultas No Presenciales (INP). Las INP AP-AE crecieron un 14,5% respecto a 2024 (79.318 frente a 69.292), incremento principalmente asociado al auge de la teledermatología; excluyendo Dermatología, el aumento fue del 5,1%. En el ámbito AE-AE se implantaron nuevas INP en Nefrología, Reumatología y Salud Bucodental-Odontología, esta última para mejorar la coordinación con Cirugía Maxilofacial. Además, se habilitó al Hospital San Juan de Dios para enviar INP AE-AE al HUN, reforzando la integración asistencial. En total se solicitaron 7.832 INP AE-AE, un 7,1% más que en 2024. Las INP entre enfermeras alcanzaron 517, un 23,7% más, incorporándose la INP enfermera de Dermatología.

03.04. Desarrollo e implementación de la prescripción enfermera.

Durante el año 2025 se reforzó la formación de las enfermeras en materia de prescripción en Lamia, a través de HCI, como preparación para la futura implantación de la prescripción en Andía. Esta labor incluyó la resolución de dudas en unidades concretas y acciones formativas orientadas al uso adecuado del catálogo disponible. El trabajo realizado permitió mejorar la aplicación de la prescripción dentro del ámbito competencial de enfermería y apoyar el desempeño de su labor asistencial con los pacientes.

03.05. Potenciación de la telemedicina en el ámbito de atención especializada.

En 2025 se ha avanzado en la implantación de la teleconsulta en el HUN mediante la instalación de pantallas y el desarrollo del Plan de Adopción de Teleconsultas en Atención Especializada. Tras el análisis realizado en 2024, se inició la implementación en Pediatría, Neurología, Enfermería de Traumatología de Ubarmin y Geriatría, consolidándose especialmente en TRANSBIDE, Endocrinología Pediátrica y Geriatría. Se ha trabajado con Admisión para habilitar citas específicas de teleconsulta por CPS y definir su circuito. Asimismo, se elaboró material informativo para pacientes. En 2025 se reforzó la teledermatología, con 29.142 INP respondidas, un 35,3% más que en 2024, siendo la única vía de derivación desde AP. La Carpeta Personal de Salud ha incorporado nuevas funcionalidades de intercambio de documentos, informes, PROMS e imágenes. Además, se ha iniciado el pilotaje de la plataforma de telemonitorización ARGA para pacientes en hospitalización domiciliaria.

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

Se han realizado reuniones de coordinación de la Estrategia a nivel interno (en el HUN) y a nivel de todo el SNS-O (Comité Técnico de la Estrategia, 8 reuniones).

Sesiones de trabajo y coordinación con Atención primaria en los distintos perfiles de crónicos, a resaltar la puesta en marcha de sesiones clínicas on line con los centros de salud en el perfil crónico demencia y las sesiones de trabajo y puesta en común de las enfermas de enlace Comunitarias y Hospitalarias.

Puesta en macha del perfil de Fibrosis Pulmonar Idiopática en la Estrategia de cronicidad, previa definición, formación y presentación del nuevo perfil de paciente crónico a todos los equipos implicados: Neumología y red de centros de salud de AP. A 31 de diciembre, 72 pacientes con esta patología están incluidos en la estrategia de Cronicidad.

Definición del perfil de Parkinson Avanzado y organización de la atención de los pacientes. Está previsto inicio y puesta en marcha en marzo de 2026.

03.07. Potenciar la ambulatorización de la asistencia: hospitalización a domicilio y hospitales de día médicos y quirúrgicos.

En 2025 se continúa impulsando la hospitalización a domicilio, con 3.308 ingresos, apenas 9 menos que en 2024, y 29.271 estancias, lo que supone un descenso del 1,38%. La actividad de los hospitales de día médicos aumenta en la mayoría de los indicadores, atendiendo a 20.820 pacientes distintos (+6,3%), realizando 102.305 tratamientos (+0,49%) y 75.313 consultas médicas presenciales (+8,67%). También crecen las consultas presenciales de enfermería, alcanzando las 36.290 (+15,64%). La ambulatorización quirúrgica incrementa su actividad hasta 13.792 asistencias en hospitales de día quirúrgicos (+1,1%). Además, se ha realizado un reajuste del hospital de día de Oncología Médica para ampliar su capacidad, optimizando horarios, distribución de tareas, organización de tratamientos, uso de boxes y camas, y gestión farmacéutica.

03.08. Participación en los programas de cribado de cáncer del ISPLN.

En 2025 el HUN participa activamente en varios programas de cribado y detección precoz. En el cribado de cáncer de mama se realizan pruebas de confirmación o descarte de casos con sospecha detectados en el programa poblacional, coordinadas a través del Comité de Patología Mamaria, estimándose unos 350 casos estudiados. En el cribado de cáncer de colon se llevan a cabo colonoscopias de cribado y de revisión a pacientes del PDPCCR con TSOH positivo, realizándose 1.572 colonoscopias de cribado y 847 de revisión. En el cribado de cáncer de cérvix, Anatomía Patológica analiza frotis de auto-tomas y muestras procedentes de CASSyR; los casos positivos se confirman con citología. Desde 2023 se ha invitado a más de 100.000 mujeres, incorporando en 2025 al grupo de 30-34 años. Además, el HUN participa en la detección precoz de metabolopatías congénitas mediante la prueba del talón y en el cribado neonatal de hipoacusia mediante otoemisiones acústicas.

03.09. Potenciación de la medicina personalizada de precisión.

La Medicina Personalizada de Precisión permite un abordaje preventivo, diagnóstico y terapéutico más eficaz y seguro, y en el HUN implica a múltiples especialidades y profesionales. La oferta asistencial incluye determinaciones en onco-hematología para tumores sólidos y hematológicos, cáncer hereditario en adultos y niños, farmacogenómica, cardiopatías y trastornos circulatorios, enfermedades oftalmológicas, metabólicas hereditarias y mitocondriales, neuromusculares y neurológicas, así como trastornos del neurodesarrollo. Además, el HUN participa en el proyecto SIGenES, biblioteca centralizada de información genética del Sistema Nacional de Salud, basada en una arquitectura federada que permite el intercambio y curación de variantes genéticas manteniendo la soberanía regional de los datos. Esta plataforma, alineada con el Plan de Recuperación y el PERTE Vanguard Health, facilita la integración segura y escalable de la genómica en la práctica clínica habitual.

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.

En 2025 se han implementado diversos trabajos destacados orientados a la mejora organizativa, clínica y tecnológica. Se adoptó la aplicación LYA2 para la gestión de profesionales de Traumatología y guardias de residentes, y se desplegó la plataforma ARES con la transición a HCI versión 6.0. Se ampliaron funcionalidades de la Carpeta Personal de Salud, permitiendo la gestión de imágenes y documentos por parte de los pacientes. Se integró un nuevo sistema de información de Microbiología y se desarrollaron circuitos completos y específicos para terapias CAR-T y para el procedimiento POEM en Digestivo. Se realizaron mejoras en HCI para acreditaciones ISO, en la gestión de interconsultas no presenciales, consultas de Preanestesia y detección de maltrato al adulto mayor. Además, se incorporaron nuevas escalas clínicas, mejoras en la gestión de la eutanasia, el pilotaje de la prescripción enfermera, cuadros de mando y la actualización e incorporación de numerosos documentos clínicos en HCI.

04.02. Desarrollo de modelos de gestión en servicios y unidades (avance en certificaciones ISO, Modelo de gestión avanzada, certificaciones de sociedades científicas, etc.)

Nuevas certificaciones ISO::

• ISO 9001:2015 Unidad Funcional de Formación

• ISO 15189:2023 Sº de Análisis clínicos y Hematología – Hemoterapia (técnica Hemograma)

• ISO 15189:2023 7 técnicas del Sº de Microbiología Clínica.

Nuevas certificaciones por SSCC:

• Acreditación del Sº de Neumología del HUN por la Sociedad Española de Neumología con el máximo nivel: diamante con criterios de excelencia.

• Acreditación del Laboratorio de Función Pulmonar, Déficit de Alfa-1-Antitripsina (Unidad Especializada con grado de excelencia) y Ventilación crónica domiciliaria (Unidad Especializada con grado de excelencia) del Sº de Neumología. Por la Sociedad Española de Neumología.

• Programa de Atención a pacientes pluripatológico del HUN del Sº de Med. Interna. Acreditada por la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) con nivel "Excelente"

• Certificación del Sº de Farmacia en Humanización de los Sº de Farmacia Hospitalaria. Función Humans.

04.03. Impulso a la implantación de buenas prácticas en Cuidados (BPSO).

Se desarrollaron múltiples acciones para garantizar la sostenibilidad del proyecto BPSO®. Destaca la incorporación de 292 profesionales, un 43,1% más que en 2024, y la realización de 35 acciones formativas (252 horas) con 1.002 asistentes. Se elaboraron 47 materiales, incluyendo procedimientos y materiales informativos. Se evaluaron las guías de accesos vasculares y de cuidados centrados en la persona y familia, evidenciando una reducción de la incidencia de flebitis por debajo de estándares internacionales y avances en indicadores de experiencia del paciente. Se logró la automatización de datos para la plataforma CarEviD+ en accesos vasculares. Además, se impulsó la difusión del proyecto con 92 acciones, se adaptaron sistemas de información de enfermería (77 registros), y se extendió BPSO® a A.P. Se avanzó en proyectos de investigación, se publicó un artículo científico Q1, se elaboró un informe de impacto en protección de datos y se desarrolló la memoria final del proyecto.

04.04. Mejora en la difusión de la información sobre resultados de la actividad de los Servicios y Unidades 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, BPSO accesos vasculares, Medicina Intensiva, SIFCO, pactos de gestión, indicadores ISO de Radioterapia, ICTUS, y análisis de consultas externas.

Además, se implementan 76 informes interactivos específicos para peticiones de información de profesionales y de la Dirección.

04.05. Establecer objetivos de Gestión.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
04.05.01	% de consultas ordinarias atendidas <45 días para primera consulta.	80%	43,6%
04.05.02	% de consultas preferentes atendidas <15 días para primera consulta.	90%	32,9%
04.05.03	% de altas sobre sobre el total de consultas externas	25%	23%
04.05.04	Tasa de ambulatorización quirúrgica.	55%	55,8%
04.05.05	Satisfacción global con el hospital.	8,95	8,9
04.05.06	Tasa de reingresos urgentes <30 días mismo Servicio.	3,5%	4,3%
04.05.07	% de ingresos de pacientes cubo rojo con informe de continuidad de cuidados.	80%	63,6%

05. Mejora de la sostenibilidad.

05.01. Uso Racional del Medicamento en el HUN (uso relativo de medicamentos de baja eficiencia, etc.).

Desde la Subd. 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 2025 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 38,5%, cerca del objetivo marcado del 42,0%. Tampoco se logra la meta pactada del 3,8% en AINEs y Enf. Cardiovascular, alcanzando un 4,6%. Los medicamentos sin ventajas terapéuticas, no llegan con un 6,6% a la meta del 5,3%. Los biosimilares incrementan anualmente situándose a fin de 2025 en un 81,7%, un 5,7% de incremento sobre el año anterior. El porcentaje de uso de morfina frente al resto de opioides aumenta hasta

un 28,9%, aunque no se alcanza la meta del 33,9%. En cambio, se alcanzan los objetivos propuestos en Opioides gabapentinoides y en Fluoroquinolonas.

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 2025 el HUN ha trabajado activamente en la comisión MAPAC de Navarra en la que se han elaborado los siguientes informes:

- *Vigilancia endoscópica de gastritis crónica.*
- *Tecnologías de inactivación de plasma.*
- *Cribado de displasia del desarrollo de la cadera.*
- *Tecnologías de inactivación de plaquetas.*

05.03. Diseño y desarrollo de la estrategia de sostenibilidad en todos los ámbitos del hospital. Economía Circular.

Creación de la comisión de sostenibilidad del HUN para trabajar la mejora de la sostenibilidad en nueve ejes de actuación transversales a la organización del HUN; Realización de la primera jornada de sostenibilidad del HUN.

06. Mejora de la accesibilidad del ciudadano al Sistema Sanitario.

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 de primera consulta con cita	75%	16,6%
06.01.02	% de procedimientos quirúrgicos con Ley de Garantía < 120 días realizados dentro de Ley	95%	68,1%

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

Se han desarrollado múltiples actuaciones orientadas a la reducción de tiempos de espera y la mejora de la coordinación y eficiencia asistencial. Destacan la elaboración de un informe de innovación en tiempos de espera, la minería de procesos en patología de raquis y la mejora de la integración AP-AE mediante protocolos consensuados, circuitos rápidos para procesos de riesgo, INPs y un abordaje integral del raquis. Se han impulsado medidas de optimización administrativa, depuración de listas de espera y revisión de volantes, así como la mejora de consultas sucesivas con apoyo de enfermería. Se han implementado nuevos circuitos asistenciales (SAOS, teleglaucoma), reforzado la teledermatología, ampliado circuitos en genética y cirugía menor, y ajustado agendas

y programación quirúrgica. Además, se han creado nuevas consultas de enfermería, mejorado el manejo de radiología osteoarticular y obtenido un proyecto I+D+i para el desarrollo de un gemelo digital de listas de espera.

07. Impulso de prácticas seguras en el Hospital.

Durante el año 2025, se ha realizado una revisión de los 123 ítems correspondientes al Nueva Estrategia de Seguridad del Pacientes del Sistema Nacional de Salud para el periodo 2025-2035. Se ha realizado una auto-evaluación de cada uno de las siete líneas estratégicas: cultura de seguridad, factores humanos, organizativos y formación, prácticas clínicas seguras, gestión del riesgo y sistemas de notificación de incidentes, participación de pacientes, familias y ciudadanos en su seguridad, investigación e innovación en seguridad del paciente, participación internacional y nacional y seguridad del paciente en todos los ámbitos asistenciales.

07.01. Mejorar el sistema de identificación inequívoca de pacientes y muestras.

De cada una de las líneas estratégicas se ha evaluado su grado de cumplimiento, así como las áreas de mejora en las que se el centro tiene que avanzar para seguir en el desarrollo del Plan. De los objetivos específicos establecidos, se considera que el cumplimiento es superior al 75% en 84; entre el 74 y el 50% de cumplimento hay 52 objetivos, e inferior al 50% estarían 35 objetivos.

Se han analizado 449 incidentes de seguridad de pacientes notificados durante el año 2025. Es cifra es la más alta de los últimos 6 años. En los últimos 6 años se han incrementado en un 50% el número de notificaciones recibidas. El 55% de las mismas llegaron al paciente, aunque en el 72% no generaron daño. En cuanto a los datos correspondientes al año 2025, las notificaciones más frecuentes se produjeron en unidades de hospitalización (55,6%), y en unidades de cuidados intensivos (14,2%).

07.02. Promover el uso seguro de la medicación. Desarrollar y extender el Programa de Conciliación de medicación hospitalaria.

Se continúa el trabajo y participación directa del farmacéutico en la definición de parámetros relacionados con el uso de medicamentos, en SICCA UCI pediátrica y UCI neonatal, además de su integración con el resto de sistemas.

Se estabiliza la prescripción de los protocolos de quimioterapia mediante el programa FarHo, en el paciente oncohematológico ingresado.

Implantación de la preparación segura con asistente, para la preparación de quimioterapia de pediatría en HUN

Identificación de medicamentos de Medicamentos de Alto Riesgo (MAR):

- En la BBDD (exportable para su uso en los diferentes aplicativos, informado al responsable de sistemas de información de SNS-O).

- en las ubicaciones físicas de farmacia HUN.

07.03. Impulsar el Programa de Prevención de infección.

• Informes de vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) en el HUN (UCIS)

• Informes de incidencia de infección de localización quirúrgica (ILQ) en cirugía programada de colon, prótesis de rodilla, prótesis de cadera y cirugía de by-pass aortocoronario.

• Informes de vigilancia y control de microorganismos multirresistentes (MMR) o de especial relevancia clínico-epidemiológica.

• Participación anual en el EPINE (estudio epidemiológico, transversal, de prevalencia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria)

• Participación en RENAVE (La Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) es el sistema español esencial para la detección, control y monitorización de enfermedades transmisibles y riesgos para la salud pública)

• Participación en el PRAN (Plan Nacional de Resistencia a Antibióticos) y PROA (plan de optimización de antibióticos), a nivel 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.

Se ha reforzado la formación de los profesionales del ámbito quirúrgico mediante cursos de Seguridad del Paciente Quirúrgico del Ministerio de Sanidad y formación online a través de la plataforma SiNASP, a la que el HUN está adherido desde 2014. Asimismo, se han constituido grupos de trabajo multidisciplinares para avanzar en la estrategia de Patient Blood Management (PBM), orientada a mejorar la seguridad del paciente mediante la reducción de transfusiones innecesarias, disminuir complicaciones postoperatorias y mortalidad, y optimizar el uso de recursos sanguíneos. El HUN participa en el modelo MAPBM, una herramienta que evalúa la madurez de las prácticas transfusionales, permite monitorizar la implantación del programa PBM y facilita la mejora continua, el seguimiento de resultados y el benchmarking con otros centros.

07.06. Evitar intervenciones diagnósticas o terapéuticas innecesarias.

07.07. Mejora de la información e implicación en seguridad de profesionales, pacientes y cuidadores.

07.08. Impulsar el uso del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) y la gestión de las notificaciones.

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

08.01. Impulso a la formación en gestión clínica.

Colaboración del HUN en el experto Universitario de Gestión Sanitaria. Inclusión en el programa de formación del HUN de cursos de Unidades multidisciplinares, Indicadores, Sistemas de gestión de calidad, entre otros.

08.02. Avance en la creación de una estructura integrada de formación continuada y de formación pregrado.

La declaración del centro como Hospital Universitario hace imprescindible impulsar una estructura formal que actúe como soporte de la excelencia institucional. Desde la perspectiva de la Dirección/Gerencia, se espera contar con una unidad que facilite, coordine e impulse la formación en todas sus vertientes (académica, continuada y avanzada). En el momento actual, se cuenta con la Unidad Funcional de Formación que ha obtenido la certificación ISO 9001:2015. Es objetivo estratégico alcanzar la Estructura orgánica unificada para la UFF para el 31/12/2027.

08.03. Impulsar la normalización de la capacidad docente y su gestión en el Centro.

Se ha implementado el "Mapa de Capacidad Docente" del HUN, en el que se registran las plazas disponibles para prácticas de alumnos de universidades y escuelas sanitarias de formación profesional. Los servicios y unidades del centro valoran su capacidad y proponen el número de alumnos que pueden acoger a lo largo del año. A partir de este registro, las universidades seleccionan las plazas necesarias para los alumnos de los distintos grados. En el caso de las escuelas sanitarias, las plazas disponibles se comunican al Departamento de Educación, desde donde se asignan a los centros educativos. En el curso 2024-2025 realizaron prácticas 1.772 alumnos distintos con un total de 378.655. horas docentes.

08.04. Mantenimiento de un programa de FC unificado y con carácter multidisciplinar.

El programa de FC de 2025 incluyó la realización de 367 actividades de las que 172 son cursos, 11 jornadas, 96 talleres prácticos y 88 programas de sesiones clínicas con un total de.3.070 horas impartidas. Han participado 2.997 personas diferentes, lo que representa el 36% de la plantilla del HUN. 7.410 diplomas emitidos (6.454 mujeres y 956 hombres). El 57.03% de los Facultativos Especialistas de Área (FEA), el 47,07% de los profesionales de enfermería y el 32.81% de los Técnicos de grado medio y superior de formación profesional han participado en el programa de formación.

08.05. Seguimiento de la Comisión de Investigación, formación continuada y académica y Comisión de Docencia.

La Comisión de Investigación se ha reunido en dos ocasiones y ha trabajado los siguientes temas:

- *Renovación de la Comisión de Investigación del HUN.*
- *Organización de 6 sesiones de formación "Sesiones píldoras para la investigación".*
- *Actualización de la Guía de investigación.*
- *Colaboración en el bachillerato de investigación con 4 proyectos del HUN.*
- *Informe de investigación en el HU. Durante el año 2025 se han valorado un total de 127 proyectos de investigación, Se han autorizado 91 estudios firmados con promotores. Un total de 21 proyectos de investigación del HUN han conseguido ayudas en convocatorias competitivas, con un importe total concedido de casi 2.500.000 €.*

La Comisión de Formación continuada y académica ha celebrado dos reuniones Ha valorado y aprobado las actividades que forman parte del Plan de Formación continuada del HUN asignando el presupuesto para su desarrollo.

08.06. Participación en nuevas metodologías docentes y de gestión del conocimiento basados en las TIC's y en simulación.

En el Plan de Formación 2025, el 85,80% de los programas formativos se han desarrollado en modalidad presencial, el 4,94% en formato semipresencial, el 8,64% online y 1 en formato telepresencial.

08.07. Impulsar el desarrollo de modalidades de formación avanzada (fellows, etc…)

En 2025 se autorizaron en el HUN un total de 48 estancias formativas y 14 visitas institucionales. Asimismo, el hospital participó en el Programa HOPE de la Federación Europea de Hospitales y Servicios Sanitarios, un intercambio europeo de profesionales centrado en la mejora de la calidad, bajo el lema "Juntos por la Calidad". Ese año el HUN recibió a dos profesionales europeas procedentes de hospitales universitarios de Londres y Wroclaw, vinculadas a la gestión de calidad y a la dirección de operaciones. De forma recíproca, dos profesionales del HUN realizaron estancias en centros sanitarios de Bélgica y Francia. Además, el hospital participó en el encuentro final del programa celebrado en Austria, al que también asistió la coordinadora del programa HOPE en el HUN.

08.08. Realización de sesiones clínicas de especialistas en formación interdisciplinares.

Se han realizado un total de 10 sesiones en 2025. Al final de cada sesión se realiza un registro de asistencia, test de conocimientos y encuesta de satisfacción. Los temas tratados han sido: Urología para no urólogos, Cambios en la epidemiología en la cardiopatía pediátrica, Contratación y condiciones laborales, Paciente cubo rojo: peculiaridades de manejo en el ingreso hospitalario, Te llamo de planta, el paciente está agitado: ¿es siempre delirium?, Lesión medular: una mirada integral a su clasificación, diagnóstico y abordaje multidisciplinar, Manejo de la hemorragia digestiva en Urgencias, Estudios genéticos mediante NGS en el HUN, Muerte judicial y certificado médico: cómo y cuándo cumplimentarlo, Ecografía clínica en el paciente urgente: Protocolo EFAST en el politrauma – Errores que no debes cometer.

Además, dentro de las English Clinical Sessions se realizaron 10 sesiones, 3 teóricas y 7 prácticas.

08.09. 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 95,6%, suponiendo 304 respuestas. En el cuestionario se valoran tanto las sesiones clínicas y bibliográficas recibidas, como las actividades formativas transversales y complementarias de los servicios. En cuanto a la valoración global de la Formación Sanitaria Especializada en el HUN, el 94% manifiesta que volvería a seleccionar al HUN.

Además, se recoge la valoración de los tutores sobre el cargo docente.

08.10. Coordinación de acciones formativas para todas las categorías profesionales.

El Plan de formación continuada del HUN incluye acciones dirigidas a prácticamente todas las categorías profesionales. En la tabla se relacionan los profesionales (personas distintas) que realizan al menos una actividad del programa de formación del HUN por puesto de trabajo. Son un total de 2.997 profesionales los que participan en el plan.

08.11. Aumento de número de proyectos de investigación presentados y con calidad aceptable presentados a las convocatorias competitivas públicas.

En 2025 se autorizaron en el HUN 54 proyectos para presentar a Convocatorias de investigación.

Un total de 21 proyectos de investigación del HUN han conseguido ayudas en las convocatorias, con un importe total concedido de casi 2.500.000 €. El 75% de las ayudas ha ido a parar a: Servicio de Genética, Geriatría, Medicina interna, Cardiología y Neurología. Estas ayudas proceden de: convocatorias internacionales de la Comisión Europea (28%), convocatorias a nivel nacional (44%) y convocatorias del Gobierno de Navarra (28%).

08.12. Desarrollo del Proyecto Nursing Research Challenge (NRCh).

Durante 2025 se desarrollaron diversas acciones orientadas a la formación, la investigación y la innovación en cuidados. En el ámbito formativo, se implantó el pasaporte formativo con niveles básico y medio, y se realizaron cursos acreditados y píldoras online sobre investigación, práctica basada en la evidencia (BPSO), liderazgo y gestión de datos. Se impulsó la difusión mediante la celebración de la I Jornada NRC en el HUN y la participación en jornadas y congresos de enfermería y accesos vasculares. En el plano organizativo, se constituyeron ocho grupos de trabajo especializados según líneas de investigación y mentoría, centrados en seguridad y calidad, innovación en cuidados y procesos crónicos, cuidados críticos, pediátricos y neonatales, accesos vasculares y salud de la mujer. Asimismo, se tutorizaron proyectos de investigación de residentes de enfermería en Matronas, Geriatría y Pediatría, abordando temáticas clínicas y sociales relevantes.

08.13. Participación en el Convenio de formación con universidades y escuelas profesionales.

El HUN participa en el Convenio de formación entre el Departamento de Salud y la Universidad Pública de Navarra aportando profesores intensificados para docencia universitarias (2 profesionales), 123 profesores asociados asistenciales (89 en el área de medicina), coordinadores de prácticas (48 en medicina y 66 en enfermería) y tutores de prácticas (463 en medicina y 434 en enfermería). Nº de alumnos que han realizado prácticas 848, Horas práctica

Así mismo el HUN colabora en el Convenio de formación entre el Departamento de salud y la Universidad de Navarra y también en el Convenio con el Departamento de Educación, con la participación en la coordinación y tutorización de prácticas.

El HUN forma parte de la Comisión de seguimiento de los convenios citados.

Nº de alumnos distintos que realizan prácticas en el HUN en virtud de los convenios de formación:

HUN Total alumnos total horas

GRADOS (universidad) 1.547 313.335

TÉCNICOS (Escuelas Sanitarias) 225 65.320

TOTAL 1.772 378.655

08.14. Colaboración en el impulso al Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA).

Intensificaciones para investigación: En 2025 un total de 25 profesionales del HUN se acogieron a los programas de intensificación para investigación. Los servicios de Neurología, Genética, Geriatría y Medicina Interna son los que han tenido más profesionales intensificados.

Participación en el Patronato, en el Comité científico interno, en las Comisiones de IdiSNA, entre ellas la de Formación y la de calidad.

09. Realizar proyectos de Participación y Comunicación.

09.01. Participación de los servicios en la intranet y en la web externa.

Durante 2025 se actualizó la página web externa del HUN en colaboración con los servicios del hospital y la Unidad de Gestión del Dato, renovando la información de la oferta asistencial. Se amplió el apartado de Materiales Informativos con contenidos dirigidos a pacientes, como un vídeo sobre la Unidad de Reproducción Asistida y vídeos de manejo de inhaladores para Neumopediatría. Además, se continuó utilizando la cabecera de la web como canal de difusión de información relevante para la ciudadanía.

Se completó la migración de la antigua intranet del CHN a Auzolan, incorporando todos los contenidos y utilidades existentes. Como novedades en Auzolan se añadieron herramientas para incidencias de gestión de residuos, solicitudes de horas de formación en cuidados, páginas informativas sobre selección de tutores y Análisis Clínicos, bibliotecas de protocolos de varias especialidades y nuevos espacios de colaboración.

09.02. Mejora del proceso de comunicación a profesionales.

En el año 2025 se han publicado 42 boletines informativos dirigidos a los profesionales del HUN.

Se mantienen las secciones previas y se añade una nueva sobre las funcionalidades de Irati, el programa de cuidados de enfermería en el SNS-O.

09.03. Participación de los servicios en la estrategia de sostenibilidad (Economía Circular).

Se ha promovido a través de formación, de jornada de sostenibilidad y figura de los eco embajadores, la participación de todos los servicios del HUN en mejoras de sostenibilidad en cada uno de los ejes de actuación.

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

10.01. Análisis continuado de las encuestas de satisfacción del paciente y de las actuaciones derivadas como herramienta de mejora de la gestión de los procesos asistenciales y administrativos.

En 2025 se envió por SMS un cuestionario de calidad percibida a los pacientes tras su alta hospitalaria, con preguntas cerradas y una pregunta abierta para comentarios. Respondieron 8.344 pacientes sobre la atención recibida en 2024, con una tasa de respuesta del 21,1%, y el 44,8% aportó comentarios en texto libre. La información cuantitativa y cualitativa se integra semanalmente en un cuadro de mando accesible para los responsables de servicios y unidades, que permite analizar resultados por edad y sexo. Estos datos se revisan semanalmente en la Comisión de Dirección Ampliada del HUN y sirven para orientar a la organización y promover acciones de mejora. Las propuestas derivadas de la opinión de los pacientes se incorporan a los pactos de gestión de servicios y unidades, extendiéndose también a otros ámbitos asistenciales como consultas y pruebas.

10.02. Avanzar en implementación de metodologías para incluir la experiencia del paciente (desarrollo de encuestas, grupos focales, etc.)

Además de las encuestas del apartado anterior, se han desarrollado y evaluado cuestionarios para el cumplimiento de la norma ISO 9001 de los servicios que se certifican. Se recogen PROMS y PREMS en determinados grupos de pacientes (sobre todo en pacientes oncológicos), algunos de ellos objeto de proyectos de investigación. Se está pilotando carpeta salud para la recogida de PROMS en pacientes del Servicio de Oncología Radioterápica.

Durante el año 2025 no se han desarrollado metodologías cualitativas para recoger la experiencia de pacientes.

10.03. Impulso a la Estrategia de Humanización del HUN.

En 2025 se regularizaron los subcomités del HUN conforme a la Estrategia de Humanización, desarrollando actuaciones en 4 líneas. En Accesibilidad Universal se instalaron sistemas de bucle magnético, se actualizó la web y se difundió información de seguridad vial para gestantes. En Calidez de trato y autonomía se impulsaron numerosas iniciativas dirigidas a pacientes y familias, como acompañamiento en procesos quirúrgicos y obstétricos, actividades culturales y lúdicas en UCI, mejora de espacios, proyectos pediátricos, apoyo al duelo, humanización del parto, voluntariado infantil y acciones específicas en neonatos y psiquiatría. En Cuidado y bienestar profesional se actualizaron protocolos, se realizaron grupos de autocuidado, sesiones formativas multidisciplinares, actos de reconocimiento y actividades de acogida y despedida. En Participación se desarrollaron proyectos de actividades lúdicas en el entorno hospitalario, fomentando la implicación de pacientes, familias y profesionales.

11. Promoción de las donaciones y donantes.

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%	4,76%

11.01.02	Donantes “fidelizados” (activo con = 5 donaciones en los últimos dos años)	10.000	9.995
11.01.03	Donantes “nuevos” (primera vez).	>1.500	1.553
11.01.04	Donantes de REDMO registrados.	350	303

11.02. Aumento del número donaciones/año por donante.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
11.02.01	Nº Donaciones al año/donante.	1.8	1,95
11.02.02	% global de donantes rechazados	<15%	12,43

11.03. Aumento del número de donaciones de aféresis.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
11.03.01	Donación por aféresis (nº de procesos anuales incluyendo plasmaféresis y multicomponente)	4.500	5.540
11.03.02	Tasa donación por aféresis (% aféresis/total de donaciones)	>17%	22%
11.03.03	Aumento base de donantes de aféresis.	>1.000	1.479
11.03.04	Aumento de base de mujeres donantes.	>300	495

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

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

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
12.01.01	Inactivación patógenos en plaquetas/plasma de uso clínico.	>85%	OK

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.	>7.000L	7.959,2 L
12.02.02	Envío de aféresis de plasma a industria (litros)	>20%	38%

12.03. Potenciación de la actividad de almacenamiento/distribución de tejido osteotendinoso y del tejido corneal dentro del Plan Nacional de Tejidos.

OK

12.04. Adecuación del procesamiento de tejidos según las necesidades hospitalarias y la normativa SOHO.

OK

12.05. Mejorar la seguridad de los donantes y pacientes.

Incorporación de técnicas de marcadores infecciosos efectivas y acordes con el cambio demográfico y las alertas epidemiológicas activas: desde el 2024 se ha incorporado la determinación de la NAT (PCR) para el Virus del Nilo Occidental y se plantea incorporar nuevas técnicas que requieren una inversión económica.

Optimización de la gestión de stocks y suministro de plaquetas a los hospitales con la incorporación de algoritmos informáticos (LHEMA) y la posible automatización del proceso de producción. Esto también implica una inversión económica sostenida en el tiempo.

Ambas medidas estarían encaminadas a garantizar la seguridad y sostenibilidad en la producción de componentes sanguíneos y por lo tanto afectan a la seguridad tanto de donantes como de pacientes.

13. Mejorar la opinión de los donantes.

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
13.00.01	Donantes con atención muy buena y/o excelente.	>=65%	98%
13.00.02	% de donantes con tiempo de espera > 30 minutos	<5%	1,78%

VI. EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

Gastos del Programa

GASTOS	*Inicial*	*Consolidado*	*Realizado*
1. Gastos de personal	*401.243.913,00 €*	*427.074.406,74 €*	*424.751.614,04 €*
2. Gastos corrientes en bienes y servicios	*272.824.290,00 €*	*285.699.155,20 €*	*280.896.097,96 €*
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	*7.728.917,00 €*	*13.596.197,00 €*	*6.764.521,01 €*
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	***681.797.120,00 €***	***726.369.758,94 €***	***712.412.233,01 €***

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	*7.295.050,00 €*	*11.897.010,95 €*	*13.583.015,52 €*
4. Transferencias corrientes	*40,00 €*	*113.971,17 €*	*683.787,29 €*
5. Ingresos patrimoniales	*252.000,00 €*	*252.000,00 €*	*283.517,06 €*
6. Enajenación inversiones reales	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
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	***7.547.100,00 €***	***12.262.992,12 €***	***14.550.319,87 €***

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%	22,64%

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%	54,91%

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%	57,25%

01.04. Actividad básica prevista.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
01.04.01	Altas hospitalarias y domiciliarias.	8.500	8.587
01.04.02	Consultas externas primeras visitas propias y concertadas	47.000	41.663
01.04.03	Ratio de sucesivas/primeras.	1,70	1,85
01.04.04	Urgencias.	57.000	59.910
01.04.05	Intervenciones quirúrgicas con anestesia general.	2.700	3.600
01.04.06	% HAD/hospitalización total.	>11%	14%
01.04.07	Intervenciones quirúrgicas con anestesia local.	2.300	2.526
01.04.08	Partos.	750	751
01.04.09	Atención primaria. Medicina general. Consultas demandada en el centro presenciales.	200.000	257.831
01.04.10	Atención primaria. Medicina general. Consultas demandadas no presenciales.	110.000	75.146
01.04.11	Atención primaria. Medicina general. Consultas programadas en el centro.	55.000	85.218
01.04.12	Atención primaria. Medicina general. Consultas demandadas a domicilio.	8.000	7.619
01.04.13	Atención primaria. Medicina general. Consultas programadas a domicilio.	4.000	3.907
01.04.14	Atención primaria. Medicina general. Consultas por habitante.	4,80	5,46
01.04.15	Atención Primaria. Pediatría.	62.000	68.902

01.04.16	Atención primaria. Pediatría. Consultas programadas en el centro.	14.000	21.172
01.04.17	Atención primaria. Pediatría. Consultas por habitante.	4,00	4,4
01.04.18	Atención primaria. Enfermería. Consultas demandadas en el centro.	76.000	97.022
01.04.19	Atención primaria. Enfermería. Consultas programadas en el centro.	110.000	170.058
01.04.20	Atención primaria. Enfermería. Consultas demandadas a domicilio.	5.800	3.958
01.04.21	Atención primaria. Enfermería. Consultas programadas a domicilio.	21.000	18.012
01.04.22	Atención primaria. Enfermería. Consultas por habitante.	5,0	6,13
01.04.23	Salud Bucodental. Consultas odontología general.	2.000	2.283
01.04.24	Consultas Trabajo Social Atención Primaria.	20.000	23.766
01.04.25	Intervenciones Trabajo Social en Hospital.	1.700	1.994
01.04.26	Tasa de ecografías en Atención Primaria realizadas /1000 habitantes.	8,0	15,04
01.04.27	Número de derivaciones directas a fisioterapia en Atención Primaria procesos del protocolo.	400	1.335
01.04.28	Tasa de actividad de cirugía menor en Atención Primaria. por mil TIS.	18	19,31

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	Sí

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	10,70%

01.07. Ampliación de la cartera de servicios Onco-Ginecología

Realizada

01.08. Puesta en marcha consulta multidisciplinar de riesgo cardiovascular.

Realizada

01.09. Despliegue de la estrategia de Teledermatología.

Realizada

01.10. Ampliación de la monitorización a Hospitalización a Domicilio.

Realizada

01.11. Ampliación de la Cartera de Servicios de Otorrinolaringología en Atención Primaria.

Pendiente

02. Adaptación de las infraestructuras a las necesidades del Área de Salud.

02.01. Sustitución de ascensor/montacamas en el Hospital Reina Sofía de Tudela.

Realizado

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
02.01.01	Porcentaje de abono respecto a adjudicación.	= 100%	100%

02.02. Realización de proyecto de renovación y ampliación del Centro de Salud de Tudela Oeste (Gayarre).

Resolución 1046/2024, de 24 de septiembre, adjudicación. 300.080 IVA incluido

Resolución 1539/2025, de 2 de diciembre modificación contrato. 69.018,40 IVA incluido (23%)

Resolución 1663/2025, de 18 de diciembre reconocimiento obligación. 110.729,52 (30%)

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
02.02.01	Porcentaje de abono respecto a adjudicación.	= 100%	30%

02.03. Automatización de la gestión integral del almacén del Hospital Reina Sofía de Tudela.

Realizado

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
02.03.01	Porcentaje de abono respecto a adjudicación.	100%	100%

02.04. Ejecución de la obra para la implantación de la nueva área de Farmacia Hospitalaria

Realizado

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
02.04.01	Porcentaje de abono respecto a adjudicación.	100%	100%

02.05. Inversión de 600.000 euros en renovación de equipamiento médico, general e instalaciones.

Realizado

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
02.05.01	Porcentaje de abono respecto a adjudicación.	> 75%	Sí

02.06. Mejora de las infraestructuras para adecuación de un office en la planta baja del Hospital Reina Sofía.

En 2026

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
02.06.01	Reforma	= 100%	No

02.07. Mejora de las infraestructuras del área de Profesionales y Registro General.

Realizado

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
02.07.01	Reforma.	= 100%	Sí

02.08. Realización de proyectos del Plan Director del Área de Salud.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
02.08.01	Licitación anteproyecto de reforma y ampliación del servicio de urgencias	100%	No
02.08.02	Avance estudios y proyecto de hospitalización a domicilio y rehabilitación	100%	No

02.09. Equipamiento y apertura de los quirófanos 3 y 4.

A realizar en 2026

02.10. Adecuación de baños para personas ostomizadas

Realizado

02.11. Mejora accesibilidad mostradores en los Centros de Salud de Atención Primaria.

En 2026, Centro de Salud de Corella.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
02.11.01	Reforma	50%	No

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	0,82

03.02. Mejora del índice de tasa de cesáreas ajustada

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.02.01	Índice de tasa de cesárea ajustadas.	< 0.12	0,14

03.03. Mejora en la estrategia de crónicos.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.03.01	% de ingresos pacientes cubo rojo con informe de continuidad.	> 70%	Si
03.03.02	Mejora modelo cronicidad (ERC)	Sí	No

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	Sí

03.05. Mejora de la puntuación de la satisfacción con la comunicación en la organización según encuesta de clima laboral.

Sí

03.06. Mejora de la puntuación de la satisfacción con la formación según encuesta de clima laboral.

Sí

03.07. Consolidar y mejorar la formación, docencia e investigación de los profesionales del AST.

Sí

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.07.01	Potenciar el desarrollo de Tableau en todas las áreas asistenciales y no asistenciales.	Sí	No
03.07.02	Potenciar las actividades de la comisión de docencia.	Sí	Sí
03.07.03	Desarrollo de nuevas metodologías docentes y gestión del conocimiento basado en los TICS, cursos virtuales, Moodle, Webex.	Sí	Sí
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	Sí
03.07.05	Avanzar en la realización de sesiones clínicas interdisciplinares.	Sí	Sí
03.07.06	Incrementar la participación de los profesionales del AST en proyectos de investigación.	Sí	No
03.07.07	Impulsar la creación de una comisión de innovación.	Sí	Sí
03.07.08	Participar en el Proyecto nacional INCAHES.	Sí	Sí

03.08. Proyectos de gestión.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.08.01	Roles definidos en el nuevo modelo de atención Primaria (enfermería escolar…).	Sí	No

03.08.02	Elaboración de guías de criterios de derivación entre AP y AE.	Sí	Sí
03.08.03	Potenciar la instauración de las áreas clínicas de Radiología y Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).	Sí	Sí
03.08.04	Participación en el grupo de trabajo gestión administrativa de listas de espera.	Sí	Sí
03.08.05	Elaboración de Guía de Gestión (MGA) 2024	Sí	Sí
03.08.06	Renovación de la Junta técnico asistencial.	Sí	Sí
03.08.07	Creación del Consejo de Salud del AST.	Sí	Sí
03.08.08	Potenciar la coordinación de la comisión de Salud Comunitaria con Salud Publica y los consejos de Salud de ZB	Sí	Sí
03.08.09	Reducción respecto al año anterior de la cancelación de consultas.	10% reducción	No
03.08.10	Reducción respecto al año anterior del número de intervenciones quirúrgicas canceladas.	10% reducción	No
03.08.11	Puesta en marcha de GPA	Sí	No
03.08.12	Continuar con la implementación del doble cajetín en A.P.	Sí	Sí
03.08.13	Revisión y renovación de los comités y comisiones del área	Sí	Sí

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	Sí
03.09.02	Elaboración de planes de mejora área de consultas externas según el MGA	Sí	Sí
03.09.03	Mantener acreditación en las Áreas certificadas con ISO	Sí	Sí
03.09.04	Valorar grado de colaboración entre A.P. y A.E. mediante el Cuestionario D'amour	Sí	Sí
03.09.05	Acreditar consulta ERCA	Sí	No
03.09.06	Acreditar Hematimetría de análisis clínicos de Laboratorio	Sí	En 2026

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	Sí
03.10.02	Incrementar las acciones formativas e informativas del ciclo de empresa segura y saludable.	Sí	Sí
03.10.03	Evaluación del programa de verificación quirúrgica.	Sí	No
03.10.04	Promoción del programa de higiene de manos.	Sí	Sí
03.10.05	Evaluación y seguimiento del sistema SINAPS.	Sí	Sí
03.10.06	Evaluación y seguimiento del proyecto Flebitis ZERO	Sí	Sí

03.10.07	Uniformidad del equipo de Atención Primaria	Sí	Parcialmente

03.11. Consolidar la participación y comunicación en al AST.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.11.01	Mejora del plan de comunicación interna.	Sí	Sí
03.11.02	Desarrollo de la intranet AUZOLAN y participación en la realización de la WEB externa.	Sí	Parcialmente
03.11.03	Impulsar y evaluar el buzón de sugerencias a través de AUZOLAN.	Sí	Sí
03.11.04	Diseño e implementación de encuestas de satisfacción por ámbitos.	Sí	Sí
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	Sí
03.11.06	Fomentar la utilización de la carpeta de salud.	Sí	Sí
03.11.07	Diseño y renovación de la señaletica del HRS.	Sí	Sí

03.12. Implementación de nuevas tecnologías.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.12.01	Sistema SIGUE en C. Ext. y Urgencias Ginecológicas	Sí	No
03.12.02	Sistema de registro electrónico de administración de fár macos en Hospital de Día de Oncohematología	Sí	No

04. Sostenibilidad.

04.01. Desviación 0 del objetivo de capítulo 1.

Realizado

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
04.01.01	Porcentaje de Objetivo sobre presupuesto obligado.	>= 0%	Sí

04.02. Desviación 0 del objetivo de capítulo 2.

Realizado

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
04.02.01	Porcentaje de Objetivo sobre presupuesto obligado.	>= 0%	1%

04.03. Desviación 0 del objetivo de capítulo 4.

Realizado

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
04.03.01	Porcentaje de Objetivo sobre presupuesto obligado.	>= 0%	0%

04.04. Ejecución del 100% del presupuesto de inversiones.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
04.04.01	Porcentaje de presupuesto Obligado sobre consolidado.	>95%	75%

04.05. Mejora en la eficiencia energética y en la gestión de residuos.

	Descripción indicadores	*Previsto*	*Realizado*
04.05.01	Continuar con la reducción de plástico	Sí	Sí
04.05.02	Instalación de cargadores para vehículos eléctricos	Sí	No
04.05.03	Impulsar el Plan de movilidad sostenible del área	Sí	Sí

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	No hay datos
04.06.02	Disminución de medicamentos caducados.	Sí	No

04.07. Incorporar nuevas tecnologías con criterios de efectividad y eficiencia.

Sí

VI. EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

Gastos del Programa

GASTOS	*Inicial*	*Consolidado*	*Realizado*
1. Gastos de personal	*88.507.839,00 €*	*92.777.745,32 €*	*92.197.534,67 €*
2. Gastos corrientes en bienes y servicios	*37.715.769,00 €*	*38.918.544,78 €*	*37.965.422,16 €*
3. Gastos financieros	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*

4. Transferencias corrientes	*100.010,00 €*	*100.010,00 €*	*99.747,83 €*
5. Fondo de contingencia	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
6. Inversiones reales	*3.390.470,00 €*	*5.195.604,46 €*	*3.912.483,22 €*
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	***129.714.088,00 €***	***136.991.904,56 €***	***134.175.187,88 €***

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	*1.435.030,00 €*	*2.002.805,78 €*	*1.931.817,25 €*
4. Transferencias corrientes	*10,00 €*	*2.135,91 €*	*2.135,91 €*
5. Ingresos patrimoniales	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
6. Enajenación inversiones reales	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
7. Transferencias de capital	*10,00 €*	*606.948,00 €*	*627.679,70 €*
8. Activos financieros	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
9. Pasivos financieros	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
TOTAL	***1.435.050,00 €***	***2.611.889,69 €***	***2.561.632,86 €***

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.

01.01. Reducir la lista de espera mediante la actividad ordinaria, extraordinaria o compensatoria; así como derivaciones a centros externos.

LEC a dic 2025: 4.293

01.02. Reducir el número de cancelaciones de consultas.

270 (2024: 146)

01.03. Reducir el número de intervenciones quirúrgicas canceladas.

240 (2024: 271)

01.04. Asignar los recursos profesionales y materiales necesarios.

01.05. Cumplimiento de la Ley de Garantías en intervenciones quirúrgicas.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
01.05.01	Porcentaje de pacientes fuera de la Ley de Garantías	< 5%	15 %

01.06. Cumplimiento de la Ley de Garantías en Consultas Externas < 5%

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
01.06.01	Porcentaje de pacientes fuera de la Ley de Garantías	< 5%	67.4 %
01.06.02	% de Agendas programadas a 3 meses	>40%	3 %

01.07. Cumplimiento de la Ley de Garantías en Pruebas complementarias.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
01.07.01	Porcentaje de pacientes fuera de la Ley de Garantías	< 5%	42%

02. Mantener o incrementar la actividad del HGO.

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.	30.000	28.174
02.01.02	Ingresos.	3.600	3.771
02.01.03	Consultas primeras.	18.000	19.369
02.01.04	Consultas sucesivas.	37.000	40.034
02.01.05	Consultas matrona.	3.000	5838
02.01.06	Intervenciones quirúrgicas.	3.400	4.255
02.01.07	Cirugía menor ambulatoria.	700	965
02.01.08	Colonoscopías con sedación.	700	926
02.01.09	Partos.	375	323

02.01.10	Índice de ocupación.	60%	48,4
02.01.11	Índice de rotación enfermo/cama.	36,60	38,2
02.01.12	Estancia media.	4,7	4,6
02.01.13	Índice consultas sucesivas/primeras.	2,20	2,34
02.01.14	Atenciones en Hospital de día.	900	1.003
02.01.15	Pacientes atendidos en Hospitalización en domicilio.	500	418

02.02. Asignar los recursos profesionales y materiales necesarios.

02.03. Renovación de la Junta técnico asistencial.

Realizada el 25 de noviembre de 2025

02.04. Fomento de la implicación de los profesionales en la gestión del Hospital. Establecer objetivos de Gestión.

Se están elaborando los contratos de gestión con los servicios del HGO y AP.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
02.04.01	% de consultas ordinarias atendidas <45 días para primera consulta	80%	39,3 %
02.04.02	% de consultas preferentes atendidas <15 días para primera consulta	90%	31.8 %
02.04.03	% de altas sobre sobre el total de altas de consultas externas	25%	23.9 %
02.04.04	Tasa de ambulatorización quirúrgica	75%	82.92 %
02.04.05	Satisfacción global con el hospital	8	8,39
02.04.06	Tasa de reingresos urgentes<30 días mismo Servicio	4,5%	5,15 %

03. Progresar en la Coordinación Atención Primaria –Atención Hospitalaria en el Área de Salud de Estella/Lizarra.

03.01. Proporcionar a los profesionales de A.P. información sobre tiempos de espera y abrir agendas de consultas con 3 meses de antelación.

La información se proporciona semanalmente desde el técnico de gestión.

03.02. Ampliar la utilización de la Consulta no Presencial por los diferentes servicios del HGO.

Se realiza 2024: 14.250 vs 2025: 17.011

03.03. Elaborar guías de criterios de derivación de pacientes.

Se ha realizado la guía dolor de hombro y en elaboración guía de dolor de cadera.

03.04. Elaborar guías cuidados enfermería entre AP y AE.

03.05. Realizar actividades de formación dirigidas a A.P.

Guía del dolor de hombro

Ecografía musculoesqueletica

Eutanasia

Patologías mas frecuentes de ORL en Atención Primaria

Actualización en insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular...

Cirugía menor ambulatoria

Patologías mas frecuentes en pediatría

PROA

Estrategia de crónicos

Metodología 5S, (enfermería)

Actualización en curas (enfermería)

04. Implementar y consolidar programas de Promoción de la salud y Prevención Sanitaria.

Expansión e impulso de la receta deportiva.

Talleres de caídas.

Alimentación saludable en población adulta y pediátrica.

Paseos saludables.

****Arantxa * cumplimentar*

04.01. Consolidar el Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal y Cervix.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
04.01.01	Determinación de sangre en heces.	5.700	5.600
04.01.02	Prevención del cáncer de cervix -autotoma-	2.500	2.171

04.02. Asignar los recursos profesionales y materiales.

05. Consolidar la estrategia de pacientes Crónicos y pluripatológicos.

Impulsar y actualizar la información a los profesionales involucrados mediante reuniones y formación.

05.01. Asignar los recursos profesionales y materiales necesarios.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
05.01.01	% de ingresos pacientes cubo rojo con informe de continuidad	>95%	100%
05.01.02	Incremento de valoración de pacientes incluidos en la estrategia por cada zona básica.	10%	14%

06. Implementar el Programa de Asistencia y Cuidados Paliativos.

Realización de formación en eutanasia en todas las zonas básicas y en centros sociosanitarios.

06.01. Asignar los recursos profesionales y materiales necesarios.

06.02. Coordinar la asistencia en consultas.

Se realiza la coordinación entre enfermería y el servicio de Admisión.

06.03. Coordinar la asistencia en Hospital de día, Hospitalización a domicilio y Hospitalización convencional.

Se realiza la coordinación entre enfermería de enlace hospitalaria, enfermería hospitalaria y el servicio de Admisión.

06.04. Coordinar la asistencia en Atención Primaria.

Se realiza la coordinación entre enfermería de enlace hospitalaria y enfermería de enlace comunitaria.

07. Incrementar la actividad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

Cirugía: colecistectomias

Traumatología: Artroscopia de rodilla

07.01. Asignar los recursos profesionales y materiales necesarios.

07.02. Avanzar en el equipamiento de la unidad de CMA.

Equipamiento completo.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
07.02.01	Intervenciones en CMA	1.500	1.973

08. Implementar y consolidar el Programa de Ahorro de Sangre (PBM).

Se sigue realizando.

08.01. Asignar los recursos profesionales y materiales necesarios.

08.02. Coordinar de los servicios implicados: hematología, Anestesía, Cirugía ortopédica y Traumatología, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Laboratorio, Admisión

Funcionan de forma coordinada.

09. Implementar y consolidar la vía clínica RICA (Recuperación Intensificada de Cirugía Abdominal) y su posible traslación a otras especialidades quirúrgicas.

Consolidada en el servicio de cirugía y se realiza el proyecto de implantación en artroplastias de cadera y rodilla.

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.

Al realizar el proyecto de la implantación de la ISO 9001 de calidad, el proyecto coordina los diferentes servicios.

09.03. Continuar la consulta de Enfermería Gestora de Casos para pacientes de la Guía Rica.

Se realiza el registro sistemático de todos los datos y forma parte de equipo de implantación de la vía RICA.

09.04. Implantación de ISO 9001 vía RICA.

En curso durante el año 2025, en primer trimestre de 2026 se realizará la auditoria externa.

10. Mejorar la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria prestada.

10.01. Consolidar el uso rutinario de la Lista de Verificación Quirúrgica (LVQ).

Actualización del listado de datos recogidos en LVQ

10.02. Promocionar la notificación de efectos adversos SINAPS.

Realizada formación a nivel hospitalario y de atención primaria.

10.03. Consolidar y difundir el Plan de Seguridad del HGO.

Medidas para promover la higiene de manos y la prevención de la infección.

Medidas preventivas relacionadas con los cuidados sanitarios (caídas, úlceras por presión, catéteres....)

Mediadas para potenciar el uso seguro de medicación: conciliación del paciente crónico - pluripatológico, área de observación de urgencias.

Cirugía segura.

Proyectos relacionados con la seguridad: bacteriemia zero, neumonía zero, ITU zero, resistencia zero, infección quirúrgica zero, flebitis zero, ENEAS II, higiene de manos.

10.04. Mantener ISO: 9001:2015 – Prestación de servicios de Estudio: Estudios inmunohema tológicos. Transfusión de Hemocomponentes. Hemovigilancia.

Se mantiene la ISO: 9001:2015 Prestación de servicios de Estudio: Estudios inmunohematológicos. Transfusión de Hemocomponentes. Hemovigilancia. Con vigencia hasta 04-06-2027

10.05. Implantación de ISO 15189, Acreditación del área de hemograma.

En 2025 se han realizado los trabajos para lograr la acreditación de la ISO 15189, área de hemograma. Se pasará auditoria externa en 2026

11. Mantenimiento y mejora de edificios e instalaciones.

11.01. Mantener las instalaciones y edificios en perfecto estado para su utilización por los pacientes y los profesionales.

Instalación de un nuevo grupo electrógeno.

Nuevas consultas para el servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

Salida de evacuación de la zona de partos del HGO.

11.02. Adecuación de baños para personas ostomizadas.

Instalación de baños para personas ostomizadas en HGO y CS de Viana

11.03. Ejecución de la reforma y ampliación de Urgencias UCI según plazos previstos

Ejecución de la obra según los plazos previstos.

11.04. Reforma de la zona de pediatría del hospital

Realizado estudio y contratación de la realización del proyecto

11.05. Adecuación de las instalaciones y equipamiento del Laboratorio y Microbiología.

Realizada reforma, con la ampliación del área de microbiología y nuevos despachos para el personal.

11.06. Asignar los recursos profesionales y materiales necesarios.

11.07. Mejora de accesibilidad en cartelería del hospital.

Iniciado el proyecto de renovación de la cartelería con la fundación Iddeas.

12. Mantener el HGO actualizado desde el punto de vista tecnológico.

12.01. Sustituir las tecnologías obsoletas.

Cabinas de flujo laminar de laboratorio, Eco cardiógrafo, mesas de anestesia, diverso equipamiento de rehabilitación.

12.02. Incorporar nuevas tecnologías con criterios de efectividad y eficiencia.

Se ha adquirido diferentes equipos tecnológicos, como ejemplo: ecocardiógrafo, colonoscopios, gastroscopio....

12.03. Asignar los recursos profesionales y materiales necesarios.

13. Implementar nuevos programas innovadores en la asistencia sanitaria.

13.01. Fomentar entre los profesionales de medicina el diseño de programas asistenciales innovadores, eficientes y sostenibles.

Teledermatología, planificación para la telemonitorización en hospitalización a domicilio.

13.02. Fomentar entre los profesionales de enfermería el diseño de programas asistenciales innovadores, eficientes y sostenibles.

Impulso y consolidación de la cartera de servicios de enfermería CASSYR.

Impulso y consolidación de la cartera de servicios de enfermería de cirugía, de traumatología y dermatología.

13.03. Fomentar entre otros profesionales sanitarios el diseño de programas asistenciales innovadores, eficientes y sostenibles.

Impulso de la cartera de servicios de fisioterapia individual y grupal.

Impulso de la cartera de servicios de psicología en atención primaria.

Impulso de la cartera de servicios de optometrista.

Ampliación de la cartera de servicios de odontología.

13.04. Fomentar entre los profesionales no sanitarios el diseño de programas innovadores, eficientes y sostenibles.

14. Facilitar la formación, docencia e investigación de los profesionales del HGO.

14.01. Facilitar la asistencia de los profesionales a cursos de formación, congresos científicos, etc.

Asignación de horas a los profesionales para asistencia

14.02. Consolidar las rotaciones de MIR de Medicina Familiar y Comunitaria en el HGO.

Han realizado la rotación de MIR 19 residentes (R1: 4, R2: 3, R3: 4 R4: 8)

14.03. Consolidar y ampliar la rotación de MIR de especialidades del HUN en el HGO.

Consolidadas las de medicina interna, farmacia y traumatología. Propuesta de rotación en otras especialidades (oftalmología, rehabilitación, cirugía y laboratorio)

14.04. Consolidar y ampliar la rotación de alumnos de Medicina en el HGO.

Han rotado 107 alumnos

14.05. Consolidar y ampliar la rotación de alumnos de Enfermería en el HGO.

Han rotado 23 alumnos

14.06. Consolidar y ampliar la rotación de expertos de Enfermería en el área de salud.

Han rotado 25 alumnos

14.07. Consolidar y ampliar la rotación de alumnos de Técnicos de Cuidados de Enfermería.

Han rotado 22 alumnos

14.08. Consolidar y ampliar la rotación de alumnos de Técnicos de Radiología.

Han rotado 2 alumnos

14.09. Consolidar y ampliar la rotación de alumnos de Laboratorio.

Han rotado 2 alumnos

14.10. Consolidar y ampliar la rotación de alumnos de Técnicos de sistemas informáticos y redes.

Han rotado 2 alumnos

14.11. Consolidar la rotación de alumnos de Técnicos en Documentación Sanitaria.

Han rotado 3 alumnos

14.12. Facilitar la participación de los profesionales del HGO en proyectos de investigación.

15. Sostenibilidad del área de salud de Estella-Lizarra.

15.01. Desviación 0 del objetivo de capítulo 1.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.01.01	Porcentaje de Objetivo sobre presupuesto obligado	>= 0%	105,50 %

15.02. Desviación 0 del objetivo de capítulo 2.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.02.01	Porcentaje de Objetivo sobre presupuesto obligado	>= 0%	97,15 %

15.03. Ejecución del 100% del presupuesto de inversiones.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
15.03.01	Porcentaje de presupuesto Obligado sobre consolidado	> 95%	85,84 %

16. 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.

16.01. 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***
16.01.01	Atención primaria. Medicina de familia. Consultas demandadas en el centro. - Presencial - No presencial	Presencial: 165.000 / No presencial: 60.000	130.752/ 66.737
16.01.02	Atención primaria. Medicina de familia. Consultas programadas en el centro. - Presencial - No presencial	Presencial: 60.000 / No presencial: 20.000	41.452 / 35.271
16.01.03	Atención primaria. Medicina de familia.Consultas demandadas a domicilio.	7800	4.443
16.01.04	Atención primaria. Medicina de familia.Consultas programadas a domicilio.	6500	4.943
16.01.05	Atención primaria. Pediatría. Consultas demanda en el centro. - Presencial - No presencial	Presencial: 29.400 / No presencial: 6.000	18.609 / 4.796
16.01.06	Atención primaria. Pediatría. Consultas programadas en el centro. - Presencial - No presencial	Presencial: 12.200 / No presencial: 3.400	9.859 / 2.812
16.01.07	Atención primaria. Pediatría. Consultas demanda a domicilio.	5	3
16.01.08	Atención primaria. Pediatría. Consultas programadas a domicilio.	2	7
16.01.09	Atención Primaria. Enfermería. Consultas demanda en el centro.	Presencial: 41.600 /	48.818 / 23.523

	- Presencial - No presencial	No presencial: 22.000	
16.01.10	Atención Primaria. Enfermería. Consultas programadas en el centro. - Presencial - No presencial	Presencial: 88.200 / No presencial: 8.200	79780 / 12946
16.01.11	Atención primaria. Enfermería. Consultas demandadas a domicilio.	4500	3.255
16.01.12	Atención primaria. Enfermería. Consultas programadas a domicilio.	20200	14.973
16.01.13	Atención primaria. Enfermería Pediatría. Consultas demandadas en el centro. - Presencial - No presencial	Presencial: 5.000 / No presencial: 2.100	5.221 / 2.456
16.01.14	Atención primaria. Enfermería Pediatría. Consultas programadas en el centro. - Presencial - No presencial	Presencial: 15.600 / No presencial: 2.200	13.245 / 2.040
16.01.15	Atención primaria. Enfermería Pediatría. Consultas demanda a domicilio .	30	10
16.01.16	Atención primaria. Enfermería Pediatría. Consultas programadas a domicilio.	170	286
16.01.17	Atención primaria. T. Social. Consultas demanda en el centro. - Presencial - No presencial	Presencial: 2.000 / No presencial: 1.100	3.389

16.01.18	Atención primaria. T. Social. Consultas programadas en el centro. - Presencial - No presencial	Presencial: 1.950 / No presencial: 1.000	2.121
16.01.19	Atención primaria. T.Social. Consultas demanda a domicilio.	40	32
16.01.20	Atención primaria. T.Social. Consultas programadas a domicilio.	300	184
16.01.21	Salud Bucodental. Consultas odontología general	2000	4.165
16.01.22	Número de derivaciones directas a fisioterapia en Atención Primaria	4000	5.956

16.02. Mejorar y potenciar el plan de formación dirigido a los profesionales de Atención Primaria, tanto en urgencias como en demanda y en gestión clínica.

Se realiza mediante el plan docente de salud, formación con el servicio de efectividad y seguridad del paciente. (ECG para médicos AP, taller cirugía local para AP, taller práctico ORL para AP, actualización ORL pediátrica para AP)

16.03. 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.

Formación a los profesionales en ecografía. 18 junio

16.04. Incrementar las actuaciones socio sanitarias enmarcadas en la Estrategia del Paciente Crónico.

Formación especifica en la estrategia del paciente crónico a los profesionales sanitarios de los centros residenciales. Apoyo y formación por parte de los profesionales de los equipos de atención primaria al personal de los centros residenciales cuando lo requieran.

17. Mejorar la gestión presupuestaria en todos sus capítulos y partidas.

17.01. Mantener operativos los inmuebles asignados, mejorando sus condiciones de confort y tecnológicas.

Realizadas reformas y reparaciones en los edificios del área de salud de Estella-Lizarra

17.02. Revisión de presupuesto de farmacia. Adecuación gasto/presupuesto.

Se identifican de forma proactiva las desviaciones mediante el contacto con la sección de contabilidad, analizando causas como la incorporación de nuevos fármacos de alto coste o cambios en la demanda asistencial. Realizándose un seguimiento del presupuesto adjudicado.

18. Mejorar la calidad de los servicios prestados en la atención en situaciones de emergencia.

18.01. Mejorar el tiempo de respuesta y especificidad de los dispositivos de emergencias en la atención de urgencias tiempo-dependientes.

Formación continuada de los profesionales y actualización de procedimientos de atención.

19. 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.

Dentro de la mejora en accesibilidad se ha realizado: centralita inteligente, apertura citas web, formación a la población en carpeta de salud.

Aumento de la capacidad resolutiva en AP: formación en cirugía menor, ecografías,...

Coordinación entre niveles asistenciales, Atención Primaria y Hospitalaria: revisión de criterios de derivación.

Definición de la cartera de servicios de varios profesionales: Odontólogo, optometrista, medicina interna, enfermería CASSYR.

Dentro de la promoción y prevención de la salud, implantación de la estrategia de salud comunitaria.

19.01. 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.

Se continúan con los programas específicos de pediatría infantil.

19.02. Capacitar a los profesionales en los distintos pasos del desarrollo del Plan de Mejora.

Mediante formación

Apoyo de los profesionales de la estrategia de comunitaria.

19.03. Retirar el modelo de trabajo en entorno CITRIX. Hasta 2026.

Retirado de la gran mayoría de puestos. Desde el departamento de informática realizan el seguimiento de los puestos que por necesidades de aplicaciones específicas no han podido retirar CITRIX. Se ha realizado la retirada en torno al 95% de los puestos.

19.04. Digitalización de archivos de atención primaria.

Proceso de digitalización en el CS de Estella-Lizarra.

20. Mantenimiento y mejora de las instalaciones de los Centros de Salud.

20.01. Proceder a la dotación del equipamiento general y clínico necesario para los centros de salud y consultorios.

Compra de diverso equipamiento como ejemplo: aspiradores de paradas, básculas, holter...

20.02. 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.

CS Estella-Lizarra: consultas de Psicólogo, ecógrafo.

CS Viana: reforma de consulta para facilitar la accesibilidad.

CS Los Arcos: reforma para adecuar la accesibilidad de la entrada

21. 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 han mantenido reuniones entre la jefatura de Sección de Estrategia de Crónicos y las zonas básicas que lo han solicitado.

EAP San Adrián 27/03/2025

EAP Allo 27/03/2025 y 26/06/2025

EAP Ancín 13/03/2025 - 5/06/2025 y 30/10/2025

Reunión con las enfermeras de enlace comunitario y hospitalario 10/12/2025

VI. EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

Gastos del Programa

GASTOS	***Inicial***	***Consolidado***	***Realizado***
1. Gastos de personal	*57.086.815,00 €*	*60.789.620,63 €*	*60.413.724,59 €*
2. Gastos corrientes en bienes y servicios	*16.567.450,00 €*	*16.522.950,00 €*	*16.052.032,28 €*
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	*1.611.820,00 €*	*5.933.831,00 €*	*4.813.563,64 €*
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	***75.266.085,00 €***	***83.246.401,63 €***	***81.279.320,51 €***

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	*427.040,00 €*	*547.491,95 €*	*721.147,28 €*
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	***427.040,00 €***	***547.491,95 €***	***721.147,28 €***

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.

01.01. 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	1.256.657
01.01.02	Atención primaria. Medicina general. Consultas programadas en el centro.	720.000	731.113
01.01.03	Atención primaria. Medicina general. Consultas demandadas a domicilio.	22.000	20.992
01.01.04	Atención primaria. Medicina general. Consultas programadas a domicilio.	25.000	22.422
01.01.05	Atención primaria. Medicina general. Consultas por habitante.	4,5	4.61
01.01.06	Atención primaria. Pediatría. Consultas demandadas en el centro.	195.000	176.425
01.01.07	Atención primaria. Pediatría. Consultas programadas en el centro.	150.000	154.633

01.01.08	Atención primaria. Pediatría. Consultas por habitante.	4,50	3,36
01.01.09	Atención primaria. Enfermería. Consultas demandadas en el centro.	920.000	799.971
01.01.10	Atención primaria. Enfermería. Consultas programadas en el centro.	900.000	879.444
01.01.11	Atención primaria. Enfermería. Consultas demandadas a domicilio.	19.000	16.003
01.01.12	Atención primaria. Enfermería. Consultas programadas a domicilio.	77.000	69.102
01.01.13	Atención primaria. Enfermería. Consultas por habitante.	3,5	3,46
01.01.14	Salud Bucodental. Consultas odontología general.	25.000	30.841
01.01.15	Salud Bucodental. Consultas PADI (programa de asistencia dental infantil).	47.000	46.205
01.01.16	Atención primaria. Fisioterapia individual. Consultas	24.000	30.791

01.02. Mejorar el plan de formación dirigido a los profesionales.

Mantener la Comisión de Docencia con representación de todas las áreas con la elabo

ración de 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. criterios de edad, tiempo de evolución y signos y síntomas determinados.

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.

Afianzar la implementación y supervisar el cumplimiento de la estrategia en la atención a pacientes con necesidades más complejas en la Zona Básica de Salud (ZBS) coor dinándose y garantizando la continuidad asistencial tanto con la EEH como con la ECS, evitando la variabilidad entre Unidades Básicas Atención (UBAs).

Seguimiento y visualización de los resultados de los perfiles de paciente: pluripatológi cos, demencia, insuficiencia cardíaca, diabetes, fibromialgia, EPOC, enfermedades neurodegenerativas (ELA, esclerosis múltiple), enfermedades crónicas complejas en la infancia, atención al paciente frágil y añadir el de fibrosis pulmonar y enfermedad de Parkinson avanzada.

01.05. Plan para la creación de plazas perfiladas de enfermería especialista Familiar y Comunitaria.

Durante 2025 se han creado 4 plazas 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. Avanzar en la integración con los niveles asistenciales.

Mantener reuniones mensuales con el ámbito hospitalario y trabajar de forma intergrada las estrategias.

01.08. Avanzar en el modelo de la atención integrada sociosanitaria, impulsando el registro en la Historia Social Unificada.

01.09. Desburocratización

Elaborar un documento de "No Hacer".

01.10. Impulsar la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria.

01.11. Promover y fortalecer el desarrollo de la estrategia de humanización.

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.

La acción más relevante ha sido el estudio, para un cambio en el suministro, de los productos químicos de laboratorio, sensores. Esta acción permitiría congelar el gasto en la partida económica más importante de Atención Primaria dando el mismo servicio a los usuarios y facilitando la gestión en este aspecto en los centros de salud. Los resultados ya los estamos viendo en estos primeros meses de 2026.

02.01. Mantener operativos los inmuebles asignados, mejorando sus condiciones de confort y tecnológicas.

Hemos realizado dos estudios de ingeniería en dos centros de salud de salud para evaluar estado de las instalaciones, posibilidad de renovación completa de estas e impacto económico y de eficiencia energética que tendría esta acción. En dicho trabajo se ha estudiado también como afectaría esto al confort de usuarios y profesionales y al control remoto de la instalación.

02.02. Revisión de todas las instalaciones eléctricas de los centros para conseguir una mayor eficiencia energética. Esta partida económica ha doblado su gasto en dos años por lo que es necesario analizar al detalle: zonas de poco uso en los centros de salud que permitan una mejor regulación eléctrica, posibles instalaciones que están encendidas fuera de los horarios que les corresponden, posibles medidas de ahorro energético etc

La única acción realizada en este sentido ha sido los dos estudios mencionados anteriormente, que incluían aspectos de eficiencia energética. La idea es llevar adelante las recomendaciones del estudio en los dos centros analizados.

02.03. 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 siendo gestionados 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 Hospital Universitario de Navarra, del ámbito de Salud Mental, de las Áreas de Salud de Tudela y de Estella y del ámbito de los servicios 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 econó mico, o bien por causas que así lo aconsejen en aras de la eficiencia administrativa, podrá no repercutir el gasto.

03. Mejorar la calidad de los servicios prestados en la atención en situaciones de emergencia.

Mejora de comunicaciones entre SOS Navarra y servicios de urgencias prehospitalarios (tanto internos ASVA, SUE) y externos SUR /EAP en casos de fallo de comunicación telefónica (Apagón, caída de sistema) . Solicitado compra de tetras

Nuevo sistema de triaje en los centros SUE (Dr. San Martin y Buztintxuri) que facilita y agiliza la clasificación de pacientes. Mejora, revisión y elaboración de procedimientos para enfermería de coordinación, y enfermería de ambulancia SVAE

03.01. Mejorar el tiempo de respuesta y especificidad de los dispositivos de emergencias en la atención de urgencias vitales.

Mejora en comunicación entre SOS Navarra y equipos de urgencias via radio. Precisa compra de tetras para comucnmicación por radio. facilitar la geolocalización desde SOS Navarra de los equipos SUR.

	Descripción indicadores	***Previsto***	***Realizado***
03.01.01	Urgencias atendidas por médicos coordinadores SOS-Navarra	120.00	263.127
03.01.02	Media diaria de urgencias atendidas por médicos coordinadores SOS-Navarra	330	380
03.01.03	Urgencias atendidas por ambulancias medicalizadas	8.000	9754

03.01.04	Media diaria de urgencias atendidas por ambulancias medicalizadas	22	26,65
03.01.05	Urgencias atendidas por ambulancias convencionales	40.000	37.455
03.01.06	Media diaria de urgencias atendidas por ambulancias convencionales	110	102,61
03.01.07	Urgencias atendidas por los servicios de urgencia del área urbana	232.000	181983
03.01.08	Media diaria de urgencias atendidas por los servicios de urgencia del área urbana	630	498,58
03.01.09	Urgencias atendidas por los servicios de urgencia del área rural	120.000	129.942
03.01.10	Media diaria de urgencias atendidas por los servicios de urgencia del área rural	330	356

03.02. Realizar actuaciones formativas a los profesionales en el área de urgencias que permi tan detectar de manera precoz la patología tiempo-dependiente y aplicar los tratamien tos adecuados en consonancia con los protocolos vigentes en la Comunidad Foral.

Curso de Patología tiempo-dependientes para Técnicos de Bidean. Cursos de patologías-tiempo dependientes para profesionales.

03.03. Aumentar la competencia y capacidad resolutiva de la enfermera de consejo sanitario, así como la difusión del servicio en toda la Comunidad Foral.

Mayor publicidad. Contacto con mayor nuemro de servicios hospitalarios para hacer control exhaustivo de pacientes (Digestivo etc). En Salud Mental y Ginecologóa ya se ha hecho.

03.04. Mejorar la red de comunicaciones con los equipos que asisten a la urgencia y emergen cia mediante la implantación de equipos que permitan una mejor geolocalización de los profesionales y recursos que realizan dicha actividad e implementar medidas de tele monitorización que faciliten el soporte asistencial por parte de personal del centro de coordinación sanitaria.

Geolocalización de ambulancias; provisión de tetras.

Solicitado ttaras para los centros de salud (SUR-EAP para comunicación con SOS navarra) y con plan de contingencia en caso de fallo de comunicaciones.

04. Consolidar las actuaciones realizadas hasta el año 2024 e implantar las nuevas actuaciones previstas para el año 2025.

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 campa ñas 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. Consolidar la integración de Psicólogos en Atención Primaria.

04.05. Consolidación del proyecto de la derivación directa desde Atención Primaria a Fisioterapia.

05. Mantenimiento y mejora de las instalaciones y equipamientos de los Centros de Salud.

Estamos licitando un nuevo contrato de mantenimiento de edificios e instalaciones dado que Atención Primaria cada vez dispone de más centros de salud y tiene una gran dispersión. Por eso, consideramos fundamental dotarla de más recursos humanos que, además, estén más especializados en algunas áreas especificas del mantenimiento. Así lo vamos a solicitar en la nueva licitación.

Además, hemos formado un grupo de trabajo entre las 3 áreas de Atención Primaria (Pamplona, Tudela y Estella) para estudiar cuáles, y por qué, deben ser los equipos que Atención primaria necesita tener para dar un cumplimiento adecuado a la cartera de servicios. Ya hemos realizado varias reuniones y tenemos analizados bastantes de los equipos necesarios.

05.01. Proceder a la dotación del equipamiento general y clínico necesario para los centros de salud y consultorios.

En el grupo de trabajo antes mencionado estamos analizando la dotación especifica que cada centro de salud y consultorio debería tener en función de sus circunstancias especificas (número de profesionales, dispersión de su zona básica, población a la que atiende etc)

05.02. Adquisición, a través de los fondos MRR, de más de 60 electros fijos y portátiles, 10 ecógrafos y más de 40 dermatoscopios. Este equipamiento vendrá a reforzar la estrategia de teledermatología y mejorar la conectividad de los electros en las zonas básicas.

Se han adquirido más de 175 dermatoscopios, 16 ecógrafos y más de 90 electros fijos y portátiles, más del 90% con fondos MRR, el resto con fondos propios.

05.03. Continuar con la implantación de los almacenes de doble cajetín. Está previsto hacerlo en los centros de salud de Iturrama, Ermitagaña, Ansoain y Sangüesa.

Ya se ha hecho en estos cuatro centros.

05.04. Continuar con la adquisición, alrededor de 60 unidades, de un número importante de camillas eléctricas al ser el equipamiento más demandado.

Se han adquirido más de 120 camillas en 2025.

05.05. Realizar las obras de reforma necesarias en los centros de salud para adaptarlos a las nuevas necesidades de organización, incluyendo los nuevos perfiles de profesionales incorporados a Atención Primaria.

05.06. Seguimiento de las obras de construcción del nuevo centro de salud de Villava.

El centro de salud ha finalizado su construcción el pasado mes.

05.07. Validación de proyecto de construcción del nuevo centro de salud de Ripagaina.

Validado el proyecto.

05.08. Adjudicación del proyecto de reforma del semi-sótano del centro de salud de Chantrea, que permitirá su licitación posterior e incrementar el espacio disponible en el centro en 8 consultas.

Se ha adjudicado el proyecto, se está revisando en estos momentos y hay intención de licitar esta obra en 2026.

05.09. Continuar con las actuaciones tendentes a dotar los centros de salud de accesibilidad universal: puertas automáticas, mostradores, baños etc.

Se han realizado más de 12 actuaciones de accesibilidad en distintos centros de salud, principalmente baños adaptados, mostradores y cambio de puertas convencionales por puertas automáticas.

05.10. Revisión de los sistemas de frío y calor de todos los centros de salud buscando el bienestar y comodidad de usuarios y profesionales.

05.11. Puesta en funcionamiento de un carrusel dispensador en el almacén de Atención Primaria que permitirá servir pedidos individualizados a las residencias que tienen entre 50 y 100 camas. Ahora no estamos en disposición de hacerlo.

Ya se ha puesto en marcha, lo que ha permitido atender esas residencias sin incremento de personal.

06. Transformación digital.

06.01. Activación de la red WIFI ya implantada en 16 centros del área de Pamplona lo largo de 2025.

La red Wifi se ha implantado en todos los centros de salud de Navarra y en aquellos consultorios con más de 3.000 usuarios.

06.02. Adjudicación del contrato de digitalización de los expedientes de personal de la Gerencia de Atención Primaria. Este contrato se ejecutaría a lo largo de 2025 y 2026 y terminaría con el papel de este Servicio.

Se adjudicó en 2024, se ha ejecutado el 50% del contrato en 2025 y el otro 50% en 2026.

06.03. Evaluación (percepción de los centros, impacto en el número de llamadas recibidas etc.) del sistema de Contact Center y aplicaciones MiCCE (Agent) implantado en 2024 en todas las ZBS. Incluye la funcionalidad de la "rellamada"

Se ha estudiado el impacto de los Contact Center viendo que la funcionalidad de la rellamada ha evitado miles de llamadas cada mes.

06.04. Continuar con la retirada de historias de los centros y su posterior digitalización e incorporación a Atenea. Previsión de retirar las historias de 10 zonas básicas y digitalización de 8 de ellas.

Se han seguido retirando y digitalizando historias de los centros de salud. En 2025 se digitalizaron 6 centros de salud y se retiraron las historias de otros 6.

VI. EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

Gastos del Programa

GASTOS	***Inicial***	***Consolidado***	***Realizado***
1. Gastos de personal	*138.032.756,00 €*	*143.993.430,96 €*	*143.422.168,97 €*

2. Gastos corrientes en bienes y servicios	*20.828.074,00 €*	*20.715.466,49 €*	*20.582.640,48 €*
3. Gastos financieros	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
4. Transferencias corrientes	*1.088.215,00 €*	*1.088.215,00 €*	*1.088.113,05 €*
5. Fondo de contingencia	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
6. Inversiones reales	*3.257.203,00 €*	*10.093.650,76 €*	*9.460.044,41 €*
7. Transferencias de capital	*1.150.000,00 €*	*745.000,00 €*	*728.438,56 €*
8. Activos financieros	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
9. Pasivos financieros	*0,00 €*	*0,00 €*	*0,00 €*
TOTAL	***164.356.248,00 €***	***176.635.763,21 €***	***175.281.405,47 €***

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	*1.810.030,00 €*	*1.816.446,81 €*	*2.065.415,15 €*
4. Transferencias corrientes	*0,00 €*	*520,66 €*	*520,66 €*
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	***1.810.030,00 €***	***1.816.967,47 €***	***2.065.935,81 €***