

CONTRATO DE GESTIÓN
HOSPITAL OBISPO POLANCO
SECTOR DE TERUEL

2
0
0
6

Índice

- ◆ Visión, misión y valores del Servicio Aragonés de Salud • Pág. 4

- ◆ Objetivos:

Sobre los resultados que hay que conseguir en el Sector...

- Resultados Clave • Págs. 5 a 9
- Resultados en los Clientes • Págs. 10 a 14
- Resultados en las Personas • Págs. 15 a 16
- Resultados en la Sociedad • Pág. 17

Sobre lo que hay que hacer en el Sector para obtener los resultados deseados...

- Liderazgo • Págs. 18
- Política y Estrategia • Pág. 19
- Personas • Págs. 20 a 21
- Alianzas y Recursos • Págs. 22 a 23
- Procesos • Págs. 24 a 26

- ◆ Anexo I: Población
- ◆ Anexo II: Presupuesto del Sector 2006
- ◆ Anexo III: Personal
- ◆ Anexo IV: Evaluación IT 2005

En Zaragoza, a 28 de marzo de 2006.

REUNIDOS

El Gerente de Sector de Teruel, D. Pablo Castellote García y la Directora del Hospital Obispo Polanco, Dña. Concha Thomson Llisterri,

ACUERDAN

Ratificar el Contrato de Gestión para el período 2006, firmado entre la Gerencia del Sector de Teruel y la Dirección del Hospital Obispo Polanco.

EL GERENTE DE SECTOR DE TERUEL,

LA DIRECTORA DEL HOSPITAL
OBISPO POLANCO

Fdo.: Pablo Castellote García

Fdo.:Concha Thomson Llisterri

Visión, Misión y Valores del Servicio Aragonés de Salud

Visión

El Servicio Aragonés de Salud camina hacia un escenario en el que, gestionando todos los recursos sanitarios públicos de Aragón, proporciona una atención sanitaria excelente con la que la comunidad está muy satisfecha. Además, las personas que con su trabajo la hacen posible están motivadas y altamente implicadas.

Misión

Proporcionar a los ciudadanos y residentes en Aragón una atención sanitaria integral, asegurando su accesibilidad a la misma y entendiendo como tal la promoción de estilos de vida saludables, la prevención y protección frente a factores físicos, medioambientales y biológicos, la prestación de todos los cuidados necesarios en caso de enfermedad, y el mantenimiento del mayor grado posible de autonomía e inserción en su entorno y en la sociedad para, así, satisfacer todas sus necesidades y expectativas en materia de salud.

Valores

- Equidad, solidaridad y universalidad.
- Orientación a la comunidad.
- Orientación a los resultados.
- Mejora continua, aprendizaje e innovación.
- Responsabilidad de la Dirección.
- Responsabilidad Social.

RESULTADOS CLAVE

Objetivo Estratégico 1.1.- Mejorar la atención.

Factor de éxito 1.1.1.- Atender a las demandas, necesidades y expectativas de los usuarios de SALUD, evaluando y mejorando la efectividad de las intervenciones.

Objetivo Estratégico 3.2.- Proporcionar una atención más efectiva y eficiente.

Factor de éxito 3.2.1.- Impulsar el uso apropiado de los recursos, incluyendo ingresos y estancias en centros sanitarios, elección de tratamientos, procedimientos, pruebas complementarias, interconsultas; el uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, etc.

Factor de éxito 3.2.2.- Conseguir el rendimiento óptimo de las instalaciones y tecnologías.

Objetivo Mejorar la adecuación de la atención proporcionada en los centros de atención especializada, mejorando así mismo, el rendimiento de los recursos.

Indicador

1. Índice Funcional del Centro respecto a sí mismo en el ejercicio precedente (2005).
2. Estancia media en los 6 GRD's que presentan, un mayor número de estancias evitables, según la referencia proporcionada por la Dirección General de Planificación y Aseguramiento.
3. Número de procesos en los que se realiza CMA
4. Variación del número de pacientes atendidos mediante CMA
5. Porcentaje (%) de pacientes con estancia preoperatoria en Cirugía Programada menor o igual a 1 día.

Estándar / es

1. ≤ 1
2. A determinar por la Dirección de Atención Especializada.
3. A determinar por la Dirección de Atención Especializada.
4. A determinar por la Dirección de Atención Especializada.
5. $\geq 85\%$

Observaciones

- Respecto al Indicador 1 la Dirección de Atención Especializada proporcionará la metodología para su evaluación antes del 31 de marzo.
- En el indicador 2 se mantienen los mismos GRD's del año 2005. La Dirección de Atención Especializada proporcionará los estándares de referencia antes del 31 de Marzo. En estos GRD's la tasa de reingresos debe ser inferior al 5% para cumplir el objetivo.
- Se mantienen los mismos procesos de CMA del año 2005 a los que hacen referencia el indicador 3 y 4. La metodología para la evaluación de estos indicadores será proporcionada por la Dirección de Atención Especializada antes del 31 de marzo.
- Para la evaluación del indicador 1, 2, 3 y 4 el periodo de estudio será del 1 de Octubre del 2005 al 30 de Septiembre del 2006. Los datos serán proporcionados por la Dirección General de Planificación y Aseguramiento.

RESULTADOS CLAVE

Objetivo Estratégico 1.1. - Mejorar la atención.

Factor de éxito 1.1.1. - Atender a las demandas, necesidades y expectativas de los usuarios de SALUD, evaluando y mejorando la efectividad de las intervenciones.

| | |
|----------------------|---|
| Objetivo | Mejorar la atención a los usuarios de los servicios de salud mental. |
| Indicador | <ol style="list-style-type: none"> 1. Porcentaje (%) de cumplimentación de la Hoja de Actividad Asistencial Diaria en los Centros de Salud Mental de Adultos y Centros de Salud Mental Infatojuvenil 2. Porcentaje (%) de pacientes atendidos en primera consulta por personal facultativo en los Centros de Salud Mental de Adultos o en los Centros de Salud Mental Infatojuvenil que tienen codificado el diagnóstico en la Hoja de Actividad Asistencial Diaria 3. Porcentaje (%) de Centros de Salud Mental de Adultos del Sector que tienen elaborado antes del 31 de Diciembre del 2006 el Censo de pacientes con Trastorno Mental Grave. 4. Porcentaje (%) de Centros de Salud Mental Infatojuvenil en los que se ha implantado la Historia Clínica Unificada |
| Estándar / es | <ol style="list-style-type: none"> 1.- $\geq 50\%$ 2.- $\geq 75\%$ 3.- $\geq 60\%$ 2.- $\geq 85\%$ |

- Observaciones**
- La Dirección de Salud Mental remitirá antes de 31 de marzo la Hoja de Registro del Plan Individualizado de Tratamiento del año 2005 revisada.
 - La Dirección de Salud Mental remitirá antes de 31 de marzo los items de la escala HoNOS agrupados.
 - El indicador 1 hace referencia a la cumplimentación de la Hoja de Actividad Asistencial Diaria en todas las categorías profesionales. El numerador será la suma de las Hojas de Actividad Asistencial Diaria cumplimentadas en todas las categorías y el denominador será el número total de la Hojas de Actividad Asistencial Diaria que deberían estar cumplimentadas.
 - En el indicador 2, el numerador serán los pacientes que hayan sido atendidos en primera consulta por personal facultativo (psiquiatra y psicólogo) en los Centros de Salud Mental de Adultos o en los Centros de Salud Mental Infatojuvenil y tengan codificado el diagnóstico en la Hoja de Actividad Asistencial Diaria y el denominador todos los pacientes atendidos en primera consulta por personal facultativo en dichos centros. La codificación deberá realizarse según los criterios diagnósticos de la CIE 10.
 - Los indicadores 1 y 2 se evaluarán a partir del 30 de abril, momento en el que deberá estar implantada la Hoja de Actividad Asistencial Diaria.
 - Respecto a la evaluación del indicador 3, la DSM establecerá los criterios para la elaboración del Censo de Pacientes con Trastorno Mental Grave antes del 30 de Abril del 2006.
 - Respecto al indicador 4, la Dirección de Salud Mental proporcionará el Documento de la Historia Clínica Unificada antes del 30 de Abril. Dicho documento deberá estar implementado antes del 1 de Junio.

RESULTADOS CLAVE

Objetivo Estratégico 1.1.- Mejorar la atención.

Factor de éxito 1.1.1. - Atender a las demandas, necesidades y expectativas de los usuarios de SALUD, evaluando y mejorando la efectividad de las intervenciones.

Objetivo Mejorar los resultados de actividad y la atención ofrecida en los servicios de atención sociosanitaria a los pacientes del Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes (PAECD)

Indicador 3.- Porcentaje (%) de informes de Valoración Sociosanitaria, de los pacientes dados de alta al domicilio en el hospital general que han sido remitidos al EAP y al enfermero de enlace en las primeras 48 horas

Estándar / es 3. $\geq 75\%$

- Observaciones**
- Población diana de las valoraciones
 - En traumatología, fracturas de cadera en mayores de 75 años.
 - En neurología, mayores de 65 años con ACV, demencia o enfermedad de Parkinson.
 - En medicina interna, mayores de 75 años con enfermedades potencialmente invalidantes.
 - Cuidados paliativos, especialmente en oncología.
 - Otros pacientes que las UVSS consideren en situaciones alto riesgo de dependencia.
 - Los informes de valoración, realizados según las indicaciones que se proporcionarán en adenda antes del 31 de Marzo, tienen que medir, mediante escalas acreditadas, la capacidad funcional, cognitiva y problemática social del paciente, estableciendo recomendaciones que incluyan la orientación al recurso más adecuado y el plan de cuidados personalizado.
 - Las características de la valoración a realizar por el ESAD se proporcionarán en adenda correspondiente antes del 31 de Marzo.
 - La Dirección de Atención Sociosanitaria determinará en una adenda antes del 31 de marzo los procedimientos para medir el indicador 3

RESULTADOS CLAVE

Objetivo Estratégico 3.1.- Garantizar los recursos necesarios.

Factor de éxito 3.1.1.- Garantizar la gestión de la adquisición, mantenimiento y seguridad de los recursos así como el control y la transparencia sobre el cumplimiento presupuestario.

| | |
|----------------------|--|
| Objetivo | Cumplir con el presupuesto asignado. |
| Indicador | <ol style="list-style-type: none"> 1. Porcentaje (%) del presupuesto global ejecutado. 2. Porcentaje (%) de presupuesto ejecutado de Capítulo I, II y IV. 3. Porcentaje (%) de cobros a terceros respecto a lo figura en el Anexo II. |
| Estándar / es | <ol style="list-style-type: none"> 1. $\leq 100\%$ 2. $\leq 100\%$ en Capítulo I, II y IV. 3. $\geq 100\%$ |

| | |
|----------------------|---|
| Observaciones | <ul style="list-style-type: none"> • En el Anexo II se detalla el presupuesto asignado. • A lo largo del ejercicio la Dirección Gerencia del Salud y/o la Dirección de Área Administrativa podrán autorizar modificaciones del presupuesto. • Se evaluará específicamente el epígrafe de sustituciones dentro del Capítulo I por parte de la Dirección de Atención Primaria. El criterio de evaluación será no superar la valoración de este epígrafe en el equivalente a sustituir en el período de un año: <ul style="list-style-type: none"> - Profesionales sanitarios ≤ 47 días/año - Profesionales no sanitarios ≤ 42 días/año Para efectuar dicha valoración, se descontarán los siguientes motivos de sustitución: <ul style="list-style-type: none"> - IT recuperada - Liberados sindicales - Descanso maternal - Reducciones de jornada - Días por pacto de farmacia - Cuso de formación OMI - Excedencia por cualquier motivo - Permisos sin sueldo - Atención continuada |
|----------------------|---|

RESULTADOS CLAVE

Objetivo Estratégico 3.2. - Proporcionar una atención más eficiente.

Factor de éxito 3.2.1. - Impulsar el uso apropiado de los recursos, incluyendo ingresos y estancias en centros sanitarios, elección de tratamientos, procedimientos, pruebas complementarias, interconsultas; el uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, etc.

Objetivo Mejorar la calidad en la prescripción farmacéutica.

- Indicador**
1. Porcentaje (%) de envases de principios activos que no constituyen una novedad terapéutica (novedad tipo C) respecto al total de envases prescritos. $\leq 3,5$
 2. Porcentaje (%) de Dosis Diarias Definidas (DDD) de Inhibidores de enzima conversora de angiotensina (IECA) respecto del conjunto total de IECA + Antagonistas de angiotensina II (ARA II). ≥ 55
 3. Porcentaje (%) de DDD de omeprazol respecto al total de Inhibidores de la bomba de protones (IBP). ≥ 70
 4. Porcentaje (%) de envases por principio activo respecto al total de envases. ≥ 8

Estándar / es

Observaciones Los indicadores de calidad de prescripción están recogidos en el Sistema de Información de Consumo Farmacéutico al que tiene acceso la Dirección del Centro. La evaluación corresponde a datos acumulados enero-diciembre 2006.

RESULTADOS EN LOS CLIENTES

Objetivo Estratégico 1.3.- Garantizar los derechos y la satisfacción de los usuarios.

Factor de éxito 1.3.1.- Facilitar la accesibilidad de los usuarios a SALUD.

| | |
|----------------------|---|
| Objetivo | Facilitar a los pacientes la citación para consultas ambulatorias de especialidades. |
| Indicador | 1. Número de especialidades con telecita para primera visita disponible en todos los centros de salud del Sector. |
| Estándar / es | 1. 80% de especialidades ofertadas a Atención Primaria |

Observaciones

- Las especialidades incluidas en telecita deben disponer del 100% de sus agendas abiertas.
- Este objetivo implica la no existencia de pacientes pendientes de cita.
- Los requisitos de las agendas ofrecidas para la cita de consultas especializadas desde atención primaria con telecita deben ser: 1) se citarán solo primeras consultas; 2) ofrecer la posibilidad para consultas "preferentes" con un máximo de diez días de demora; 3) agendas estables, por lo menos, durante seis meses; 4) especialidades con una demora máxima de 45 días; 5) las descitaciones producidas serán recitadas por los servicios de admisión de atención especializada; 6) la tasa de recitación será inferior al 15%; 7) los Contratos de Gestión con los Servicios recogerán la programación de cada agenda, definiendo el número de días hábiles de ésta. Se asegurará el 90% de cumplimiento de esta programación.

RESULTADOS EN LOS CLIENTES

Objetivo Estratégico 1.3.- Garantizar los derechos y la satisfacción de los usuarios.

Factor de éxito 1.3.1.- Facilitar la accesibilidad de los usuarios a SALUD.

| | |
|------------------|--|
| Objetivo | Garantizar que ningún paciente sobrepase el plazo de garantía, una demora máxima de seis meses en cirugía programada y de 45 días en el caso de consultas externas y 30 días en la realización de exploraciones complementarias. |
| Indicador | <ol style="list-style-type: none"> 1. Número de pacientes que han sobrepasado el plazo de garantía quirúrgico 2. Número de pacientes en espera estructural con más de 6 meses de demora en cirugía programada desde su inclusión en Lista de Espera Quirúrgica 3. Número de pacientes con más de 45 días de demora para primeras visitas en cada una de las especialidades con consulta externa. 4. Número de pacientes con más de 30 días de demora en cada una de las exploraciones seleccionadas. |
| Estándar | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguno (0) 2. Ninguno (0) 3. Consultas externas 4.Ecografías 4.Mamografías diagnósticas 4.TAC 4.RM |

Observaciones

- Las exploraciones a las que hace referencia el Indicador 4 son: ecografía, mamografía diagnóstica (código de la SERAM 72331), TAC y RM.
- En caso de existir pacientes pendientes de cita en los indicadores 3 y 4 se considerará el indicador no cumplido.
- Los estándares correspondientes a los indicadores 3 y 4 representan una disminución de un 30% en el número de pacientes con una demora superior a 45 días en consultas externas y a 30 días en pruebas diagnósticas, respecto a la demora existente a 31 de diciembre de 2005. Serán proporcionados por la Dirección de Atención Especializada antes del 31 de marzo.

RESULTADOS EN LOS CLIENTES

Objetivo Estratégico 1.3.- Garantizar los derechos y la satisfacción de los usuarios.

Factor de éxito 1.3.3.- Proporcionar a los pacientes y sus familiares una información clara y adecuada a sus necesidades.

Objetivo Impulsar la participación de los usuarios en las decisiones relativas a su salud y promover la implicación de la familia en el proceso de atención.

Indicador

1. Porcentaje (%) de usuarios con un nivel global satisfactorio o muy satisfactorio respecto a la información que han recibido sobre lo que les pasaba.
2. Porcentaje (%) de historias clínicas que contienen documentación constatando que se ha informado al usuario sobre los tratamientos aplicados y sus posibles complicaciones, así como su consentimiento.
3. Porcentaje (%) de historias clínicas de otorgantes que en los hospitales de agudos contiene su documento de voluntades anticipadas (DVA)
4. Porcentaje (%) de episodios de Hospitalización cuyo informe de alta consta en la Historia Clínica
5. Porcentaje (%) de pacientes dados de alta en cuya historia clínica figura el informe de continuidad de cuidados de enfermería (ICCE)

Estándar / es

1. $\geq 90\%$
2. $\geq 95\%$ excepto en Atención Primaria que es 75%
3. $\geq 95\%$
4. $\geq 95\%$
5. $\geq 15\%$ en Atención Especializada

Observaciones

- Indicador 1: Resultados medidos por la Dirección de Área de Coordinación Asistencial a 30 de diciembre en la encuesta de opinión a los usuarios a nivel de Sector, Centro y Zona Básica de Salud.
- La documentación a la que se hace referencia en el Indicador 2 debe ajustarse a lo previsto, entre otros, en el artículo 8.2 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Antes del 31 de Marzo, las Direcciones de Línea indicarán las intervenciones, procedimientos, etc, que serán evaluados en 2006.
- La Dirección de Área de Coordinación Asistencial indicará los criterios previamente a la evaluación del Indicador 3.
- El indicador 4 y 5 es de aplicación en todos los Centros del Sector excepto Atención Primaria. El indicador 5 en Salud Mental se evaluará en los Centros de Media Estancia.
- La Dirección de Área de Coordinación Asistencial enviará una Adenda antes del 30 de Abril donde especificará como se deben evaluar los indicadores 4 y 5.

RESULTADOS EN LOS CLIENTES

Objetivo Estratégico 1.3.- Garantizar los derechos y la satisfacción de los usuarios.

Factor de éxito 1.3.6.- Conocer la opinión de los usuarios de SALUD y buscar un elevado nivel de satisfacción.

| | |
|----------------------|--|
| Objetivo | Aumentar la satisfacción de los usuarios con la atención recibida. |
| Indicador | <ol style="list-style-type: none">1. Porcentaje (%) de usuarios con un nivel global satisfactorio o muy satisfactorio con los cuidados sanitarios que han recibido.2. Porcentaje (%) de usuarios que recomendaría el servicio recibido a sus familiares o amigos.3. Porcentaje (%) de reclamaciones contestadas en menos de 1 mes. |
| Estándar / es | <ol style="list-style-type: none">1. $\geq 95\%$2. $\geq 90\%$3. $\geq 90\%$ |

| | |
|----------------------|---|
| Observaciones | Resultados medidos a 30 de diciembre en la encuesta de opinión a los usuarios a nivel de Sector, de Centro y de Zona Básica de Salud. |
|----------------------|---|

RESULTADOS EN LOS CLIENTES

Objetivo Estratégico 1.3.- Garantizar los derechos y la satisfacción de los usuarios.

Factor de éxito 1.3.6.- Conocer la opinión de los usuarios de SALUD y buscar un elevado nivel de satisfacción.

| | |
|----------------------|---|
| Objetivo | Aumentar la satisfacción de los usuarios con el trato proporcionado por las personas de SALUD. |
| Indicador | <ol style="list-style-type: none"> 1. Porcentaje (%) de usuarios satisfechos o muy satisfechos con el interés mostrado por el personal de enfermería. 2. Porcentaje (%) de usuarios satisfechos o muy satisfechos con el interés mostrado por los médicos. 3. Porcentaje (%) de usuarios satisfechos o muy satisfechos con el interés mostrado por el personal auxiliar y de admisión. 4. Porcentaje (%) de usuarios satisfechos o muy satisfechos con la preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo. |
| Estándar / es | <ol style="list-style-type: none"> 1. $\geq 94\%$ 2. $\geq 93\%$ 3. $\geq 87\%$ 4. $\geq 94\%$ |

| | |
|----------------------|---|
| Observaciones | Resultados medidos a 30 de diciembre en la encuesta de opinión a los usuarios a nivel de Sector, de Centro y de Zona Básica de Salud. |
|----------------------|---|

RESULTADOS EN LAS PERSONAS

Las Organizaciones Excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a las personas que las integran.

Objetivo Estratégico 2.2.- Motivar e implicar a los profesionales en la gestión y mejora de SALUD.

Factor de éxito 2.2.4.- Fomentar experiencias de participación de las personas de SALUD en iniciativas de gestión clínica o grupos de mejora, garantizando el soporte a las mismas a través, por ejemplo, del Programa de Apoyo.

Objetivo

Implicarse en una nueva iniciativa de gestión clínica y promover que diseñen y desarrollen sus propios programas de calidad según las indicaciones proporcionadas por la Dirección de Área de Coordinación Asistencial.

Indicador

1. Número de unidades implicadas en una nueva iniciativa de Gestión Clínica
2. Porcentaje (%) unidades por Dirección de Centro que desarrollan su programa de calidad.

Estándar / es

1. ≥ 1
2. $\geq 65\%$

Observaciones

- El indicador 1 se debe aplicar en Atención Primaria y Atención Especializada. La Dirección de Área de Coordinación Asistencial debe haber recibido antes del 30 de abril la valoración de todas las unidades del Sector sobre sus posibilidades de implicarse en una iniciativa de gestión clínica (Ver documento "71101 Gestión Clínica.doc" contenido en la Adenda 3 al Contrato de Gestión del 2005).
- Respecto al indicador 2, la Dirección de Área de Coordinación Asistencial remitirá antes del 31 de Marzo los criterios para cumplir este indicador.

RESULTADOS EN LAS PERSONAS

Objetivo Estratégico 2.2.- Motivar e implicar a los profesionales en la gestión y mejora de SALUD.

Factor de éxito 2.2.5.- Conocer la opinión de las personas de SALUD y buscar un elevado nivel de satisfacción.

Objetivo Mejorar la satisfacción e implicación de las personas de SALUD con su trabajo y la Organización.

Indicador

1. Porcentaje (%) de personas que consideran que los mandos intermedios y gestores conocen sus problemas y dificultades
2. Porcentaje (%) de personas que consideran que reciben información de los resultados de su trabajo
3. Porcentaje (%) de días en situación de Incapacidad Temporal por contingencia común de los trabajadores de los centros propios del SALUD.

Estándar / es

1. $\geq 60\%$
2. $\geq 50\%$
3. Disminución respecto a los datos de 2005 del propio centro, en al menos dos de los grupos de clasificación (A, B, C, D y E), y encontrarse por debajo de la media de SALUD respecto a los datos de 2005 en al menos tres de los grupos de clasificación (A, B, C, D y E).

Observaciones

- Los indicadores 1 y 2 se obtienen por encuesta y el estándar se basa en mejorar el resultado obtenido en la Encuesta de Calidad de Vida Profesional realizada en el año 2005.
- La información sobre 2005 a que hace referencia el estándar 3 del propio centro, consta en el Anexo III de personal. La media de SALUD la facilitará la Dirección de Área de Coordinación Administrativa del Salud antes del 30 de Abril.

RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

Las Organizaciones Excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a la sociedad.

Objetivo Estratégico 1.3.- Garantizar los derechos y la satisfacción de los usuarios.

Factor de éxito 1.3.4.- Impulsar la participación de la comunidad en la mejora de SALUD.

Objetivo Promover el compromiso del SALUD con el conjunto de la sociedad.

Indicador

1. El sector apoya la iniciativa de la OMS/UNICEF "Hospital Amigo de los Niños"
2. La Sección apoya la iniciativa del Hospital en su **Política de Gestión de Residuos** y de reciclaje de residuos
3. Participación en **charlas divulgativas** en Centros escolares, asociaciones....
4. **Apertura del Hospital a la Sociedad.** Participación en programas divulgativos en radio, TV local y prensa.

Estándar / es

1. Sí
2. Sí
3. A pactar
4. A pactar

Observaciones

- El estándar del indicador 1 se considerará alcanzado de acuerdo a los siguientes requerimientos: su hospital evalúa su Protocolo de Lactancia Materna y presenta antes del 31 de enero de 2007 un informe de sus progresos y resultados.

LIDERAZGO

Los Líderes Excelentes desarrollan y facilitan la consecución de la misión y la visión, desarrollan los valores y sistemas necesarios para que la organización logre un éxito sostenido y hacen realidad todo ello mediante sus acciones y comportamientos. En períodos de cambio son coherentes con el propósito de la organización; y, cuando resulta necesario, son capaces de reorientar la dirección de su organización logrando arrastrar tras ellos al resto de las personas.

Objetivo Estratégico 3.3. - Desarrollar un marco de referencia para mejorar la organización en SALUD con el liderazgo de los equipos directivos.

Factor de éxito 3.3.1- Desarrollar y difundir la misión, visión y valores de SALUD.

| | |
|-----------------------|--|
| Objetivo | Dar a conocer la misión, visión y valores del Servicio Aragonés de Salud |
| Indicador / es | <ol style="list-style-type: none"> 1. Porcentaje (%) de profesionales que conocen la misión, visión y valores del SALUD 2. Cada Dirección de Centro ha elaborado y difundido su misión, visión y valores |
| Estándar | <ol style="list-style-type: none"> 1. $\geq 60\%$ 2. Si |

- Observaciones**
- Para la evaluación del indicador 1 se utilizarán los resultados de la encuesta realizada a los profesionales por la Dirección de Área de Coordinación Asistencial a finales de año.
 - Respecto a la evaluación del indicador 2, es necesario que la misión, visión y valores del Centro estén en línea con los del SALUD y que el Centro presente la documentación y el procedimiento seguido para su difusión antes del 31 de Diciembre del 2006.

POLÍTICA Y ESTRATEGIA

Las Organizaciones Excelentes implantan su misión y visión desarrollando una estrategia claramente centrada en sus grupos de interés y en la que se tiene en cuenta el mercado y sector donde operan. Estas organizaciones desarrollan y despliegan políticas, planes, objetivos y procesos para hacer realidad la estrategia.

Objetivo Estratégico 3.3.- Desarrollar un marco de referencia para mejorar la organización en SALUD con el liderazgo de los equipos directivos.

Factor de éxito 3.3.7.- Determinar en todos los centros, cuadros de mando adecuados.

Objetivo Dentro del Sector, cada Dirección de Centro dispondrá de un cuadro de mandos, que como mínimo, se ajustará a las indicaciones establecidas por la Dirección de Área de Coordinación Asistencial.

Indicador / es 1. Las Direcciones de Centro de Atención Primaria y de Atención Especializada remiten antes del día 20 de cada mes el cuadro de mandos

Estándar 1. Sí, todos los meses.

Observaciones

- En la Línea de Atención Primaria y Atención Especializada el modelo será el establecido en el año 2005.

PERSONAS

Las Organizaciones Excelentes gestionan, desarrollan y hacen que aflore todo el potencial de las personas que las integran, tanto a nivel individual como de equipos o de la organización en su conjunto. Fomentan la justicia e igualdad e implican y facultan a las personas. Se preocupan, comunican, recompensan y dan reconocimiento a las personas para, de este modo, motivarlas e incrementar su compromiso con la organización logrando que utilicen sus capacidades y conocimientos en beneficio de la misma.

Objetivo Estratégico 2.1.- Mejorar las habilidades y conocimientos de las personas de SALUD.

Factor de éxito 2.1.2.- Desarrollar programas de formación y un sistema de gestión del conocimiento en SALUD.

Objetivo Gestionar el plan de formación anual que permita mantener actualizados los conocimientos y habilidades necesarias para realizar una atención sanitaria excelente. Las actividades formativas recogerán, entre otras, las líneas prioritarias establecidas por las Direcciones de Línea (Atención Primaria, Atención Especializada, Salud Mental y Atención Socio-Sanitaria).

Indicador / es

1. Porcentaje (%) del presupuesto del Programa de Formación ejecutado.
2. Porcentaje (%) de profesionales que se manifiestan de acuerdo o muy de acuerdo con recomendar a otros compañeros la actividad formativa recibida.
3. Porcentaje (%) de profesionales que se manifiestan de acuerdo o muy de acuerdo con que los conocimientos adquiridos serán muy útiles en su desarrollo profesional.

Estándar

1. 100 %
2. ≥ 75 %
3. ≥ 75 %

| | Atención Primaria | Atención Especializada | Salud Mental | Socio sanitaria | Sector |
|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|----------------------------|-----------------|
| Líneas de producto implicadas | | | | | 1, 2 y 3 |

Observaciones

- El presupuesto de formación es finalista. En el caso de generarse deuda, ésta se financiará a cargo del presupuesto del Sector del año 2007.
- La Dirección de Área de Coordinación Asistencial facilitará las líneas de actuación en materia de formación y otros aspectos en relación a la definición del presente objetivo antes del 31 de marzo.

PERSONAS

Objetivo Estratégico 2.2.- Motivar e implicar a los profesionales en la gestión y mejora de SALUD.

Factor de éxito 2.2.1.- Mejorar la comunicación interna, incluyendo la acogida a nuevos empleados.

Factor de éxito 2.2.2.- Reconocer e incentivar el "buen hacer".

Objetivo Elaborar y poner en marcha en el Sector un Plan de Comunicación Interna que consiga hacer llegar a los profesionales los objetivos establecidos en este contrato de gestión, incluido el procedimiento de distribución de incentivos definido por la Dirección Gerencia de SALUD.
En cada Centro del Sector, como mínimo:

1. Se aplicará un protocolo de acogida a los nuevos trabajadores en todos los Centros.
2. Se establecerá un contrato de gestión clínica entre el Gerente de Sector y el Director de Centro, con el responsable de cada Unidad (Jefe de Servicio, Coordinador de EAP, etc.), antes del 30 de abril.

Indicador / es

1. Porcentaje (%) de Centros que disponen y aplican un protocolo de acogida a los nuevos trabajadores.
2. Porcentaje (%) de Servicios, Unidades y EAPs del Sector con los que se ha establecido el contrato de gestión clínica.

Estándar

1. 100 %
2. ≥ 90 %

Observaciones

- La Dirección de Coordinación Asistencial elaborará un Plan de Comunicación Interna que establezca las principales líneas de acción antes del 30 de abril.
- Para elaborar el modelo de contrato de gestión clínica a aplicar por el Sector con las Unidades, Servicios y EAPs, la Dirección de Área de Coordinación Asistencial facilitará unas recomendaciones mínimas antes del 31 de marzo.

ALIANZAS Y RECURSOS

Las Organizaciones Excelentes planifican y gestionan las alianzas externas, sus proveedores y recursos internos en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos. Durante la planificación, y al tiempo que gestionan sus alianzas y recursos, establecen un equilibrio entre las necesidades actuales y futuras de la organización, la comunidad y el medio ambiente.

Objetivo Estratégico 3.1.- Garantizar los recursos necesarios.

Factor de éxito 3.1.1.- Garantizar la gestión de la adquisición, mantenimiento y seguridad de los recursos así como el control y la transparencia sobre el cumplimiento presupuestario.

| | |
|-----------------------|--|
| Objetivo | Disponer en cada Centro para este año de un programa de actuación para el mantenimiento, reposición y adquisición de los recursos materiales necesarios, incluidos edificios. |
| Indicador / es | <ol style="list-style-type: none"> 1. Porcentaje (%) presupuesto ejecutado el 30 de noviembre respecto al programado en cada Centro. 2. Existencia de un plan de reposición y equipamiento de tecnología en cada Centro de Atención Especializada. |
| Estándar | <ol style="list-style-type: none"> 1. 100% 2. Sí |

| | |
|----------------------|---|
| Observaciones | <ul style="list-style-type: none"> • Este objetivo supone un análisis previo de las necesidades por parte de los equipos directivos sobre estos aspectos. En el caso de Centros de Atención Especializada este programa deberá contemplar las previsiones de compra y reposición de tecnología, salvo la denominada "alta tecnología". • El indicador 2 hace referencia exclusivamente a la cifra de Capítulo VI establecida inicialmente en el Contrato de Gestión |
|----------------------|---|

ALIANZAS Y RECURSOS

Objetivo Estratégico 3.1.- Garantizar los recursos necesarios.

Factor de éxito 3.1.1.- Garantizar la gestión de la adquisición, mantenimiento y seguridad de los recursos así como el control y la transparencia sobre el cumplimiento presupuestario.

Objetivo Facilitar el cumplimiento del presupuesto proporcionando información que estimule la toma de decisiones y la modificación de actitudes.

Indicador 1.- Los responsables de unidad funcional (jefes de servicio, coordinadores de EAP, etc) en cada Centro reciben trimestralmente la siguiente información referente a la situación presupuestaria de su unidad:

- 1.1 Porcentaje (%) del presupuesto global ejecutado.
- 1.2. Porcentaje (%) de presupuesto ejecutado de Capítulo I, II y IV.

Estándar / es 1. Reciben la información señalada.

PROCESOS

Las Organizaciones Excelentes diseñan, gestionan y mejoran sus procesos para satisfacer plenamente a sus clientes y otros grupos de interés y generar cada vez mayor valor para ellos.

Objetivo Estratégico 1.1. - Mejorar la atención.

Factor de éxito 1.1.2. - Disminuir la variabilidad de las actuaciones utilizando además los mejores conocimientos existentes.

Objetivo Mejorar el proceso de atención de enfermería.

Indicador

1. **Porcentaje (%) de pacientes a los que se les ha aplicado un plan de cuidados. 60%**
2. **Porcentaje (%) de pacientes a los que se les ha realizado una valoración enfermera. 80%**

Observaciones

- La Dirección de Área de Coordinación Asistencial remitirá antes del 31 de marzo los criterios para la evaluación de los indicadores
- El indicador 2 se refiere a todos los Planes de Cuidados implementados actualmente, excepto en Atención Primaria que se refiere a los pacientes valorados con dependencia severa incluidos en el PAECD.
- Para la evaluación del Contrato de Gestión, se entenderá por dependencia severa un resultado en la escala de Barthel menor a 60 en población mayor de 65 años.

PROCESOS

Objetivo Estratégico 3.3.- Desarrollar un marco de referencia para mejorar la organización en SALUD con el liderazgo de los equipos directivos.

Factor de éxito 3.3.5.- Identificar, definir y mejorar los procesos de SALUD, incluyendo el empleo de estándares y sistemas de garantía de la calidad.

Objetivo Mejorar la calidad de los procesos que tienen lugar en SALUD, incluyendo, entre otros aspectos, la acreditación, según la norma ISO 15189, en el caso de los laboratorios clínicos y la certificación de toda su actividad, tanto administrativa como asistencial, según la norma ISO 9001:2000, en el caso de los Equipos de Atención Primaria o las centrales de esterilización.

Indicador

1. Los laboratorios implicados en el proyecto de acreditación según ISO 15189 lo desarrollan según el programa previsto
2. Las centrales de esterilización implicadas en el proyecto de certificación según ISO 9001:2000 lo desarrollan según el programa previsto
3. Existe un procedimiento explícito que normaliza la solicitud desde el nivel de atención primaria de las exploraciones complementarias previstas en las guías de aparato digestivo y de lumbalgia (endoscopia digestiva alta, rectosigmoidoscopia y/o colonoscopia, TAC y RNM).
4. En los Hospitales, 6 especialidades seleccionadas por la Dirección del Centro disponen de una Consulta de Alta Resolución.
5. Se han evaluado los estándares de Joint Commission International indicados en el contrato de gestión valorando el grado de cumplimiento de los estándares en conjunto y de sus elementos de medición, así como el análisis de las causas de variación respecto al año 2005

Estándar / es

1. Si
2. Si
- 3.- Si
- 4.- Las CARE están disponibles (ver observaciones)
- 5.- Sí

Observaciones

- Se define como "Consulta de Alta Resolución" aquella : 1) se realizará en acto único al final del cual el paciente dispondrá de informe y/o pase a lista de espera quirúrgica; 2) existirá un protocolo de petición de Atención Primaria que garantizará la realización de las pruebas complementarias precisas para la realización de la consulta; 3) existirá un sistema de información que soportará este proceso
- Los estándares JCI son los mismos que en 2005 y se proporcionará al Sector antes del 31 de marzo el formulario para cumplimentar su evaluación.

PROCESOS

Objetivo Estratégico 3.3.- Desarrollar un marco de referencia para mejorar la organización en SALUD con el liderazgo de los equipos directivos.

Factor de éxito 3.3.5.- Identificar, definir y mejorar los procesos de SALUD, incluyendo el empleo de estándares y sistemas de garantía de la calidad.

Objetivo Elaborar e implementar los siguientes procesos asistenciales integrados: dolor torácico, cuidados paliativos, atención al paciente crónico con dependencia, trastorno mental grave y trastorno límite de la personalidad.

Indicador 1. El proceso asistencial está implantado y es la guía de actuación de los profesionales en el conjunto de las actividades que contiene.

Estándar / es 1. Sí, el proceso asistencial está implantado

| | | | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|----------------------------|---------------|
| | Atención Primaria | Atención Especializada | Salud Mental | Socio sanitaria | Sector |
| Líneas de producto implicadas | | | | | 1 |

Observaciones Los requisitos de cumplimiento de este objetivo son distintos en cada sector de SALUD:

| | |
|--------|--|
| | Sector Ind. Requisitos |
| Teruel | 1 Haber implantado el proceso de atención a los pacientes con dolor torácico, de manera que al finalizar 2006, existe un documento que ha sido difundido y adaptado en cada sector; este documento es la guía de actuación de los profesionales en el conjunto de las actividades que contiene y su seguimiento puede evaluarse |

1. Elaboración y aplicación de **VÍAS CLÍNICAS** o **PROTOCOLOS CLÍNICOS** en las patologías más prevalentes.
2. Actualización de los **Consentimientos Informados** de cada Sección y/o Unidad, colgarlos en la Intranet y asegurarse de la información al paciente y de su correcto cumplimiento
3. Elaborar y difundir **Folletos informativos para pacientes** de las patologías más prevalentes de la especialidad.
4. Diseño del **Proceso Admisión de Consultas Externas** en cada especialidad.
5. Elaboración y aplicación de la **VÍA CLÍNICA Y PROTOCOLO de las Hemorragias digestivas agudas y de las Colitis Isquémicas.**
6. **Unidad Funcional del Cáncer colorrectal (UFCCR).** Funcionamiento y elaboración del Proceso Cáncer de Colon y Recto.
7. Aplicación de los **Protocolos Asistenciales de los Tumores Digestivos.**
8. Constitución y funcionamiento del **COMITÉ DE ICTUS**

- Comité de Ictus. Servicios o Unidades implicadas: Neurología, Medicina Interna, Urgencias, UCI, Radiología)
- UFCCR (Digestivo, Medicina Interna, Cirugía, Radiología, Anatomía Patológica, Oncología). Elaboración de una base de datos para el diagnóstico de extensión y para el Seguimiento de los pacientes con CCR, coordinada por una enfermera que gestiona todo el proceso. Tiene como finalidad conseguir agilización del diagnóstico y tratamiento, la homogeneidad, reducción de visitas a distintas especialidades durante el seguimiento, la coordinación de los distintos servicios implicados con el fin de mejorar la atención del paciente
- Se controlará la aplicación de los protocolos desde el Comité de Tumores Digestivos.

PROGRAMA DE CALIDAD

1.- **ÁMBITO DEL PROGRAMA (Equipo de Atención Primaria, Servicio hospitalario, etc)**

| |
|--|
| |
|--|

2.- **COORDINADOR DEL PROGRAMA**

| |
|--|
| |
|--|

3.- **ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN DICIEMBRE DE 2006**

3.1.- Evaluación

Incluir: a) los resultados de la autoevaluación del contrato de gestión 2006 de la unidad; b) otras actividades realizadas durante 2006 y los resultados conseguidos; c) la valoración de los distintos profesionales que componen la unidad respecto a los aspectos que consideran prioritarios mejorar en el conjunto de su ámbito de trabajo; etc

3.2.- Oportunidades de Mejora para 2007

4.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR DURANTE 2007

Preferentemente, contemplar las siguientes áreas de intervención : a) aumentar los beneficios de la atención; b) disminuir los riesgos de la atención; c) garantizar los derechos y la satisfacción de los usuarios; y d) proporcionar una atención más eficiente

| Objetivos | Indicadores |
|-----------|-------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

5.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar el procedimiento que se va a utilizar para conseguir los objetivos deseados, los responsables de las distintas tareas ...

6.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar cómo se van a obtener y monitorizar los indicadores seleccionados ...

7.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar las fechas previstas de inicio y finalización, el cronograma de las actividades previstas...

| | |
|---|------------------------|
| Fecha de inicio: | Fecha de finalización: |
| Calendario: <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> | |