

MEMORIA EFQM

2006

(Según modelo E.F.Q.M.)

HOSPITAL OBISPO POLANCO

Índice

	página
1. Liderazgo	2
2. Política y Estrategia	16
3. Personas	19
4. Alianzas y Recursos	23
5. Procesos	29
6. Resultados en los clientes	32
7. Resultados en las personas	40
8. Resultados en Sociedad	49
9. Resultados Clave	52
10. Autoevaluación según modelo de calidad EFQM. Áreas de mejora	77

1. LIDERAZGO

1. 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

1 a. LOS LÍDERES DESARROLLAN LA MISIÓN, VISIÓN, VALORES Y PRINCIPIOS ÉTICOS Y ACTÚAN COMO MODELO DE REFERENCIA DE UNA CULTURA DE EXCELENCIA

1 b. LOS LÍDERES SE IMPLICAN PERSONALMANTE PARA GARANTIZAR EL DESARROLLO, IMPLANTACIÓN Y MEJORA CONTINUA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

1 c. LOS LÍDERES INTERACTÚAN CON CLIENTES, ALIADOS Y REPRESENTANTES DE LA SOCIEDAD

1 d. LOS LÍDERES REFUERZAN UNA CULTURA DE EXCELENCIA ENTRE LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN

1 e. LOS LÍDERES DEFINEN E IMPULSAN EL CAMBIO EN LA ORGANIZACIÓN

La Dirección del Hospital Obispo Polanco pretende un liderazgo basado en la participación, orientado hacia sus clientes, tanto internos como externos, con responsabilidad social y gestión eficaz y eficiente de los recursos.

Sus líneas principales de actuación han sido:

- Contribución a la DIFUSIÓN de la misión, visión y valores del SALUD con la edición y distribución de calendarios de bolsillo, de sobremesa y cuadros explicativos en los servicios y unidades en el 2006 y en el 2007 con calendarios de sobremesa.
- La Dirección del Hospital Obispo Polanco ELABORÓ un borrador de la **MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DEL HOSPITAL** para su debate y aportaciones posteriores dentro de la Comisión Técnico – Asistencial.

En la Comisión Técnico- Asistencial celebrada el día 19 de diciembre de 2006, sus miembros aportaron las sugerencias, se debatieron y se llegó al consenso.

Posteriormente se ha DIFUNDIDO a través del correo electrónico a todos los jefes de servicio, sección y unidades y supervisores de enfermería para que lo difundan con los miembros de sus servicios, unidades. Además, se ha colgado en la INTRANET del hospital, medio de comunicación interna del Hospital Obispo Polanco.

MISIÓN

El HOSPITAL OBISPO POLANCO es un centro público del SALUD/Servicio aragonés de salud cuyo fin es elevar el nivel de salud de los ciudadanos y residentes en el sector de Teruel y satisfacer las necesidades y expectativas de sus clientes mediante la prestación de servicios sanitarios especializados.

Para ello asumimos como guías de actuación el desarrollo de la mejora continua en:

- La implicación y el crecimiento profesional de las personas que trabajan en el hospital.
- La eficiencia y el equilibrio financiero en la actuación.
- Favorecer la mejora global del sistema sanitario mediante la integración y cooperación de todos los niveles asistenciales.
- El compromiso con el respeto al Medio Ambiente

VISIÓN

Queremos ser un hospital de excelente calidad, en permanente crecimiento profesional y técnico, que logre un alto grado de satisfacción en la sociedad, las personas que lo componen y especialmente sus clientes

VALORES

- TRABAJAMOS PARA EL PACIENTE
- PARTICIPACIÓN REAL DE LOS PROFESIONALES
- TRABAJO EN EQUIPO
- COMUNICACIÓN ABIERTA
- ORIENTACIÓN A RESULTADOS
- APUESTA POR LA INNOVACIÓN
- MEJORA CONTINUA
- SENTIDO DE PERTENENCIA
- RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN

- El desarrollo de la misión, visión y valores de nuestro hospital, así como el impulso a la filosofía de la Calidad total han partido del compromiso y la implicación personal del equipo directivo del hospital. Se ha estimulado y favorecido la cultura de la mejora continua, el trabajo en equipo y el fomento de la formación en el modelo EFQM.
 - Se elaboró un resumen del modelo EFQM para difundir en la negociación del contrato de gestión con los servicios, secciones y unidades.
 - Sesiones explicativas de la coordinadora de calidad del sector con los mandos intermedios.
 - Estímulo y ayuda en la elaboración de la memoria según modelo EFQM en los servicios y unidad

El equipo de Dirección del Hospital, junto a otros profesionales del mismo, participa en la **COMISIÓN DE CALIDAD DEL SECTOR** y ha dirigido o colaborado en los nueve Proyectos de mejora de la Calidad, uno por cada criterio EFQM, contemplados en el contrato de gestión:

1. Plan estratégico del Sector
2. Identificación de los factores críticos de éxito
3. Plan de comunicación
4. Desarrollar estrategias de gestión de la tecnología
5. Desarrollar el mapa 0 de procesos del sector
6. Definir indicadores de percepción de los pacientes. Evaluar la tendencia
7. Valoración periódica de los indicadores de satisfacción de los pacientes
8. Plan de recogida y reciclaje de residuos
9. Revisión y actualización del cuadro de mandos de los diferentes Centros y del Sector

La organización del hospital quiere centrarse en los pacientes sus necesidades y expectativas.

- Ha promovido la creación la **COMISIÓN DE CALIDAD DEL CENTRO**
- Las percepciones de los pacientes han sido periódicamente valoradas a través de las encuestas de satisfacción del SALUD, este año ampliadas a los pacientes de consultas externas. También se evalúan las quejas y reclamaciones y las felicitaciones y agradecimientos. Hay servicios y unidades, UCI, Oncología, que realizan encuestas específicas.
- La Dirección del Hospital ha gestionado con los profesionales la extensión de los horarios de atención y ha ampliado la cartera de servicios.
- Se ha promovido la mejora de la calidad tanto en la prestación de servicios como de la información, educación y apoyo a la asistencia integral.
- Parte del presupuesto se ha invertido en mejorar las instalaciones y el mobiliario y mejorar la seguridad. Se han ampliado las ofertas en hostelería.
- Se están desarrollando guías clínicas, protocolos asistenciales y planes de cuidados para mejorar la atención y disminuir la variabilidad de la práctica asistencial.
- El impulso y desarrollo de programas de colaboración con Atención Primaria y con Atención Sociosanitaria a través del creado **Comité de Pacientes** pretende mejorar la accesibilidad y la continuidad de los cuidados.
- El apoyo a los profesionales ha sido una de las principales líneas de actuación. Se ha estudiado y valorado el clima laboral:

Durante este año se ha realizado en nuestro hospital en colaboración con la Escuela Profesional de Medicina del Trabajo de la Universidad de Zaragoza, una **EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES DEL PERSONAL DEL HOSPITAL** con el objeto de diseñar una intervención dirigida a la reducción de los mismos. Antes de plantearnos intervenciones para mejorar el clima laboral era necesario conocer

los niveles de estrés y de desgaste profesional, así como sus causas. Se han puesto en marcha equipos de mejora siguiendo el plan diseñado de actuación.

- Se ha realizado también la encuesta que el Salud dirige anualmente a sus trabajadores

En línea con la implantación de la mejora de la gestión:

- Desde la Dirección, el equipo directivo impulsa el cambio en el hospital, inicio en el cambio del sistema de gestión, nuevos modelos organizativos de participación y responsabilidad.
 - Coordinador del bloque quirúrgico y de la CMA
 - Coordinador del Área médica del sector
 - Creación de la Unidad de rodilla.
 - Creación de la figura de enfermero de enlace
- Desarrollo de la **INTRANET DEL HOSPITAL** como instrumento de comunicación <https://10.35.232.63/hospital/>
- Creación de los 5 **GRUPOS DE TRABAJO MULTIDISCIPLINARES Y MULTIESTAMENTALES, PARA LA ELABORACIÓN DEL PROGRAMA FUNCIONAL DEL NUEVO HOSPITAL**, en la que han participado 84 profesionales de distintos estamentos y servicios del hospital coordinadas y dirigidas por los consultores de la Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Se ha iniciado a trabajar en algunas unidades y servicios en la **gestión por procesos**.
 - Bloque quirúrgico
 - Unidad de rodilla
 - Urgencias
 - Esterilización. Se han definido los procesos de la Central de Esterilización para la acreditación de la Norma ISO 9001-2000.
- Negociación, comunicación y evaluación del seguimiento del **CONTRATO DE GESTIÓN** con los distintos servicios, secciones y unidades del Hospital. Firma personal de adhesión al Contrato de Gestión en Servicios Médicos y Unidades de Enfermería.
- Elaboración de cuadro de mandos de seguimiento mensual de los objetivos del Contrato de Gestión en las Unidades de Enfermería del Bloque de Hospitalización. El cuadro de mandos se expone en los tabloneros de las Unidades de Enfermería
- Elaboración de cuadro de mandos de seguimiento de pacientes externos en Farmacia.
- Reunión diaria del Comité de Hospitalización formado por las supervisoras del Bloque de hospitalización, La Directora del Hospital y de Enfermería, Admisión y Trabajo Social.

- Elaboración, actualización y difusión de la **GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA DEL HOSPITAL**
- Uso racional del medicamento.
- A la Gestión Clínica, con el aumento de la autonomía de los profesionales.
- El equipo directivo del HOP ha facilitado permanentemente la participación en congresos, cursos, conferencias, formación continuada, grupos de trabajo, comisiones o grupos de trabajo para la mejora de la calidad y de la gestión.

Se ha prestado apoyo, impulso y ayuda a:

- **SESIONES CLÍNICAS HOSPITALARIAS** de difusión y utilidad en el sector sanitario. Multidisciplinarias y multiservicios y que ayuden en la formación de temas de particular interés, de una mayor incidencia o una mayor actualidad. En el año se han presentado:
 - Cáncer colorrectal: un reto para el s. XXI
 - Delirium: Evaluación y abordaje terapéutico.
 - Atención integral al paciente con infarto agudo de miocardio.
 - Niveles asistenciales en Geriatría. Recursos disponibles en Teruel: El Hospital San José.
 - Cateterismo cardiaco. Uso de los medios audiovisuales para mejorar la información. Dra. Carmen Pérez Hernández, cardióloga del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.
 - Síndrome febril, varios casos con la misma etiología. Servicio de Pediatría.
 - Sesión de enfermería
 - Guía de Atención Sanitaria a la mujer víctima de violencia doméstica. Servicio de Urgencias.
 - Un caso atípico de dolor abdominal. Sesión final de Residencia de la Dra. M^a José Calpe (MI)
 - La Unidad de Salud Mental del Hospital Obispo Polanco.
 - La Escuela de Espalda. Servicio de Rehabilitación.
 - Presentación de la Intranet y la web del Hospital Obispo Polanco. Unidad de Informática.
 - Radiología intervencionista. Seguimiento postasistencia de enfermería en pacientes radiológicos. Servicio de Radiodiagnóstico.
 - Las ondas de choque en el tratamiento de las lesiones del aparato locomotor. Servicio de COT.

- Colaboración en la organización de la **VII SEMANA DE ESTUDIOS GERIÁTRICOS** del 15 al 18 de mayo de 2006. Los objetivos fueron la difusión de los últimos avances médico-asistenciales entre facultativos y personal de enfermería de nuestra Área de Salud.
- La investigación con **LAS I JORNADAS CIENTÍFICAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO**.

La formación continuada constituye una obligación moral y ética ineludible para el personal sanitario, que le exige estar en permanente contacto con la actualidad científica técnica mediante sesiones clínicas, jornadas científicas, cursos etc.

Es obligación del SALUD y, por lo tanto del Hospital Obispo Polanco a través de su Comisión de Formación Continuada e Investigación, crear las bases para facilitar e incentivar la participación activa del personal sanitario en estas actividades.

En este contexto, las **I Jornadas Científicas** han sido un proyecto impulsado por la Dirección del Centro en colaboración con la Comisión de Formación Continuada e Investigación que tiene como objetivo principal proporcionar al personal sanitario una plataforma en la que se presentan líneas de investigación, trabajos gestados en el propio hospital a modo de comunicaciones orales y pósters, así como la actualización de conocimientos mediante mesas redondas y conferencias. Adicionalmente, este plan proporciona al profesional la acreditación de su formación a efectos curriculares y de su carrera.

Estas Jornadas han ido dirigidas fundamentalmente a todo el personal sanitario del Sector Teruel. De forma complementaria han participado otros profesionales sanitarios interesados de otros sectores.

Han participado como ponentes en las mesas redondas y conferencias reconocidos especialistas de un alto nivel profesional a nivel práctico y teórico asegurando una elevada calidad en las temáticas abordadas y han colaborado con gran ilusión en la formación y actualización de sus compañeros de profesión.

COMITÉ ORGANIZADOR

Comisión de Investigación y Formación Continuada

- Presidente: Dr.D. Luis Ciprés Casanovas
- Secretario: Dña. Ángeles Camacho Ballano
- Vocales: Dr. D. José María del Val Gil; Dr. D. José Manuel Sanz Asín; Dr. D. Jesús Martínez Burgui; Dr. D. Carlos Sánchez Polo; Dra. Dña. Ana Cristina Utrillas Martínez; Dra. Dña. Pilar Herranz Andrés; Dra. Dña. Irene Valle Giner; Dr. D. Alfonso Yubero Esteban; Dra. Dña. Bárbara Moles; Dr. D. Carlos Martín Hernández; Dra. Dña. Adela Valero Adán; Dra. Dña. Dolores Yago Escusa; Dra. Dña. Pilara Marco Sánchez.

Directores y Editores

- Dra. Dña. Irene Valle Giner. Servicio de Farmacia
- Dra. Dña. Ana Cristina Utrillas Martínez: Servicio de Cirugía
- Dr. D. Jesús Martínez Burgui. Servicio de Urgencias

- Dr. D. Alfonso Yubero Esteban. Servicio de Oncología
- Dra. Dña. Bárbara Moles. U.C.E. Psiquiatría
- Dr. D. José Manuel Sanz Asín. Unidad de Neurología

PROGRAMA

El programa ha sido estructurado en la modalidad presencial de dos días de duración y en horario de tardes de forma que ha permitido a los asistentes compatibilizar su función asistencial y formativa.

<p><u>22 de noviembre</u> 12:00 h Conferencia Inaugural 13:00 h Vino Español 16:00 h Mesa Redonda: “Abordaje del paciente terminal: Confort, nutrición y analgesia” 17:30 h Pausa-Café 18:00 h Comunicaciones orales y Pósters</p>	<p><u>23 de noviembre</u> 16:00 h Mesa Redonda: “Enfermedad pulmonar y tabaquismo. Problemática actual” 17:30 h Comunicaciones orales y Pósters 18:30 h Conferencia: “Utilización de células madre adultas en enfermedad isquémica” 20:00 Vino Español</p>
--	--

El programa se inició el día 22 de noviembre con la conferencia inaugural en la que participaron la Dra Dña. Concha Thomson Llisterri (Directora del hospital), el Dr. D. Pablo Castellote García (Director Gerente del Sector Teruel) y el Dr. D. Antonio Brun Macipe (Director Gerente del Servicio Aragonés de Salud).

Las ponencias se distribuyeron en dos mesas redondas con tres ponentes cada una y una conferencia magistral con una ponente invitada

MESA REDONDA 1: Abordaje del paciente terminal: confort, nutrición y analgesia

Abordaje en el paciente terminal: confort. Dña. Carmen M^a Vicente Pérez. Enfermera. Hospital. San José de Teruel

La alimentación en el paciente terminal. Dra. Dña. Paloma González García. Geriatra. Hospital. San José de Teruel

Analgesia en el paciente terminal. Dra. Dña. Beatriz Fuertes de Gilbert Rivera. Geriatra. Hospital. San José de Teruel. y Dr. D. Rafael López Gutiérrez. Neurofisiólogo Clínico. Clínica Maz de Teruel

MESA REDONDA 2: Enfermedad pulmonar y tabaquismo. Problemática actual

Deshabitación tabáquica. Dr. D. Carlos Izquierdo Clemente. Coordinador Médico C.S. de Teruel Urbano (2000 y 2001). Responsable Consulta Deshabitación Tabáquica C.S. de Teruel (2000-2004)

Patología respiratoria asociada al tabaquismo pasivo. Dr. D. José Eugenio Alonso Muñoz. Neumólogo. Hospital Universitario Miguel Servet

Patología respiratoria asociada al tabaquismo activo. Dr. D. José Manuel Gascón Pelegrín. Neumólogo. Hospital Universitario Miguel Servet

La Comunicaciones orales y Pósters (22 y 36 respectivamente) se agruparon en 18 casos clínicos, 22 estudios de calidad o mejora de la actividad asistencial, 16 revisiones o estudios epidemiológicos y 2 estudios de investigación preclínica.

Casos clínicos

- *Alveolitis alérgica extrínseca en un protésico dental*
- **Metástasis axilar de melanoma ocular**
- *Crecimiento extraño en la cabeza a propósito de un caso*
- *Las complicaciones de la enfermedad diverticular colónica: un caso excepcional de fistula sigmoidovaginal*
- *Trombopenia severa secundaria al uso de tirofiban. A propósito de un caso*
- *Déficit de vitamina B12 y manía, a propósito de un caso*
- *Apósitos de plata nanocristalina en fijadores externos: a propósito de un caso*
- *Causas no quirúrgicas de neumoperitoneo. A propósito de un caso*
- *¿Existe asociación causal entre el consumo de cannabis y la psicosis?*
- *Espondilodiscitis vertebral con absceso en psoas, a propósito de un caso*
- *Bloqueo aurículo-ventricular como efecto secundario de la rivastigmina*
- *Síndrome de wünderlich como forma de presentación de angiomiolipoma renal izquierdo*
- *Hematoma espontáneo retroperitoneal en paciente anciano tratado con heparinas de bajo peso molecular*
- *Trombosis venosa axilar secundaria a linfadenitis tuberculosa*
- *Diagnóstico diferencial en la hernia inguinal: lipoma escrotal gigante*
- *Vesícula biliar bilobulada*
- *Melanoma del canal anal*
- *Enfermedad celiaca en el lactante*

Estudios de calidad o mejora de la actividad asistencial

- *Programa de prevención para el cáncer colorectal en población de alto riesgo de Teruel*
- *Evaluación del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en la UCI del Hospital Obispo Polanco de Teruel*
- *Las visitas en el Hospital Obispo Polanco: opinión de los profesionales*
- *Las visitas en el Hospital Obispo Polanco: opinión de los pacientes*
- *Control de la odinofagia postquimio-radioterapia con fentanilo oral transmucosa*
- *Estudio comparativo del control del tratamiento anticoagulante oral entre muestras venosas y capilares*
- *Píldora postcoital: perfil de la solicitante en Urgencias del Centro de Salud Teruel Urbano*
- *Al otro lado del cristal*
- *¿Peques con dolor?, no gracias*
- *Valoración del estado nutricional de los ancianos en la provincia de Teruel. Tercer plan de educación nutricional por el farmacéutico: educación nutricional a las personas mayores (Plenufar III)*
- *El recuerdo de cita y la concienciación del paciente ayudan a optimizar la actividad en consultas externas*
- *Seguridad del salbutamol inhalado en el test broncodilatador de la espirometría*
- *Mejorando la calidad de vida del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica grave*
- *Importancia de la movilización precoz tras la artoplastia total de cadera y rodilla*
- *Contribución del equipo de enfermería a la mejora de la continuidad de cuidados en salud mental, Sector Teruel*
- *Los recién nacidos en nidos también existen. Presentación de la nueva historia del recién nacido*
- *Profilaxis de la neurotoxicidad periférica en la administración del oxaliplatino*

- *Idoneidad en las indicaciones de endoscopia digestiva*
- *La valoración del dolor. Punto de partida para su manejo y control*
- *Plan funcional U.C.E. psiquiatría Hospital Obispo Polanco*
- *La antiagregación plaquetaria incrementa los requerimientos de eritropoyetina en pacientes en hemodialisis*
- *La unidad de media estancia en psiquiatría: un programa de rehabilitación intensiva en régimen intrahospitalario*

Revisiones e investigación epidemiológica

- Ecografía endorrectal: nuestra experiencia
- Inmunoterapia con veneno de himenopteros experiencia en la unidad de alergología del Hospital Obispo Polanco de Teruel
- Carcinogénesis y fármacos neurolépticos
- Psiquiatría de enlace: estudio observacional en el Hospital Obispo Polanco de Teruel de dos años de duración
- La evitación en la esquizofrenia y el trastorno bipolar
- Perfil del usuario del centro de salud mental de Teruel
- Características clínicas de los pacientes con insuficiencia cardíaca diastólica del servicio de medicina interna del Hospital Obispo Polanco de Teruel
- Estudio de prevalencia de síndromes geriátricos según el género en pacientes atendidos en una consulta de geriatría.
- Perfil del paciente psiquiátrico valorado por la unidad de trabajo social
- El cuidador principal del paciente con demencia: perfil, sobrecarga, necesidades y demandas
- Perfil del paciente con demencia que acude a la CCEE de geriatría
- Enfermedad de Kawasaki: nuestra experiencia en los últimos 2 años
- Intervención social en la uce psiquiatría, una labor conjunta
- Apósitos de plata nanocristalina: utilización en heridas contaminadas/infectadas de etiologías diferentes
- Sueño pluripatología y ancianos. Importancia de la neurofisiología clínica
- Registro de datos del área de observación de urgencias del Hospital Obispo Polanco de Teruel

Investigación preclínica

- *Técnica para la realización de cirugía laparoscópica ginecológica en la coneja, utilizada como modelo experimental*
- *Técnica para la realización de una histerectomía total con anexectomía bilateral en la coneja, utilizada como modelo experimental*

Los datos contenidos en los resúmenes de las comunicaciones científicas y pósters han sido recopilados y publicados en un libro resumen e incluidos en la página intranet del hospital.

FINANCIACIÓN

Estas jornadas han sido patrocinadas a través de la ASOCIACIÓN LAIN ENTRALGO por Salud, Colegio Oficial de Médicos de Teruel, Caja Rural, Caja de Ahorros de la Inmaculada, Ibercaja, Industria Farmacéutica.

RESULTADOS, VALORACIÓN y PERSPECTIVAS FUTURAS

Cabe destacar el interés que ha mostrado el colectivo sanitario en estas I Jornadas Científicas dada la elevada participación, tanto en la realización de estudios (58 en total; de los cuales fueron 22 comunicaciones orales y 36 pósters) como en asistencia (166 inscripciones). De este dato se desprende que existía la inquietud de investigar y no había un foro adecuado para poner de manifiesto estos conocimientos.

Otro dato remarcable es el carácter multidisciplinar de algunos estudios, realizados conjuntamente por diversos servicios del hospital. También han participado coordinadamente con algunos servicios del Hospital, el Centro de Salud urbano de Teruel, el Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios y el Hospital Sociosanitario San José de Teruel. Además, facultativos procedentes de hospitales de Zaragoza y Valencia y que con anterioridad habían desarrollado su actividad profesional en nuestro Hospital han participado en este encuentro con sus antiguos compañeros. Es por tanto voluntad del comité organizador fomentar esta faceta.

Los estudios en su globalidad, han constituido una radiografía de los distintos centros sanitarios de Teruel, en torno al cual giran la mayor parte de los estudios. El estado nutricional de los ancianos en la provincia, el perfil del usuario del centro de salud mental, las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en la UCI o las demandas de los cuidadores de un enfermo con demencia, son algunos de los aspectos analizados, pero también han sido revisados casos clínicos de patologías poco frecuentes, el número de visitas que reciben los pacientes ingresados o como reducir las inasistencias a las citas programadas con el especialista. Se trata, en definitiva, de trabajos orientados a mejorar la calidad de la práctica asistencial.

Estos trabajos ya están repercutiendo en la mejora asistencial. Así tras una encuesta realizada a los familiares de los pacientes ingresados en UCI del hospital, la Dirección del centro ha decidido modificar el horario de visitas a los enfermos y cambiar el mobiliario de la sala de espera. Además se ha ofrecido a los familiares la posibilidad de implicarse en el cuidado del enfermo, una actuación que algunos de los familiares de los pacientes solicitaban.

Otro aspecto relevante es la presentación de 2 trabajos preclínicos (modelo experimental en coneja) por el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, puesto que, la investigación que actualmente se puede realizar en la provincia de Teruel es fundamentalmente epidemiológica. Esta es una forma de tener acceso a este tipo de estudios realizados en nuestra misma comunidad.

- A través del Programa de ayuda a **PROYECTOS DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SALUD** se están llevado a cabo seis proyectos seleccionados.
 - Aproximación al modelo de excelencia EFQM: Evaluación de los cambios realizados tras el análisis de la encuesta sobre el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en la U.C.I. del Hospital Obispo Polanco de Teruel. Dr. Montón Dito.
 - Implantación de guía clínica de prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección nosocomial por catéter intravascular en la U.C.I. del Hospital Obispo Polanco de Teruel. Dra. Valdovinos Mahave
 - Acceso a la endoscopia digestiva y mejora en sus indicaciones en la dispepsia, la enfermedad por reflujo, la rectorragia y el dolor abdominal. Dra. Botella Esteban
 - Actualización de las indicaciones y control de la oxigenoterapia crónica domiciliaria. Dra. Mateo Lázaro.
 - Contribución del equipo de enfermería a la mejora de la continuidad de cuidados en salud mental, Sector de Teruel. Dña. Milagros Escusa Julián Supervisora UCE psiquiatría.
 - Programa de voluntariado hospitalario. Dña. Belén Plaza Baquedano. Trabajadora social

- Desarrollo e implantación de guías clínicas, protocolos asistenciales, vías clínicas, planes de cuidados.
 - *Protocolo asistencial y vía clínica de la Hemorragia digestiva alta.*
 - *Protocolo asistencial de la Hemorragia digestiva baja*
 - *Protocolo asistencial de la Pancreatitis aguda*
 - *Protocolos asistenciales de los tumores digestivos.*
 - *Código ictus.*
 - *Protocolo del infarto agudo de miocardio y S. coronario agudo, implantada en todo el sector sanitario y cumplimentado. Esta Guía se elaboró por los servicios de urgencias, cuidados intensivos, 061 y cardiología y se difundió en Atención Primaria.*
 - *Tratamiento de las infecciones fúngicas en el paciente adulto neutropénico y no neutropénico. Comisión de infecciones y política de antibióticos. Servicio de Medicina Interna, UCI y secciones de Hematología y Microbiología.*
 - *Protocolo sobre utilización de Terapia Biológica en Reumatología.*
 - *Protocolo de la neumonía nosocomial*
 - *Protocolo de cardioversión eléctrica de las arritmias*
 - *Protocolo de Riesgo biológico*
 - *Guía del Salud de atención a la mujer víctima de violencia doméstica*
 - *Guía del Salud del maltrato infantil*
 - *Protocolo de Riesgo social*

- **UNIDAD FUNCIONAL DEL CÁNCER COLORRECTAL**

El cáncer colorrectal (CCR) es una de las neoplasias más frecuentes en nuestro medio, al igual que en la mayoría de los países occidentales, observándose una tendencia a su incremento en la última década.

El abordaje global (prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento) de los pacientes con cáncer colorrectal hace aconsejable la creación de la unidad funcional multidisciplinaria del cáncer colorrectal (UFCCR) en nuestro Hospital para homogeneizar y optimizar su asistencia.

OBJETIVOS:

1. Elaboración de un circuito asistencial del cáncer colorrectal de forma consensuada entre los distintos servicios implicados y tomando como base de trabajo lo que ya tenemos:
 - Guías de práctica clínica (GPC) de las rectorragias y de la prevención del CCR. Indicaciones de solicitud de colonoscopia desde Atención Primaria.
 - Consulta de Alta Resolución para los pacientes con rectorragias.
 - Protocolo asistencial del CCR elaborado por el Comité de tumores digestivos. DG: Estudio de extensión. TTO. Algoritmo DG-TTO. Seguimiento
 - Programa de prevención del CCR en familiares de riesgo.
2. Coordinación del circuito asistencial en las fases de diagnóstico, tratamiento y seguimiento
3. Creación de una base de datos unificada del paciente con CCR
4. Optimizar el circuito asistencial con la ayuda de un coordinador de la gestión de los pacientes, responsable del seguimiento y monitorización del cumplimiento de la vía clínica o circuito para el CCR.
5. Evaluación periódica de la calidad de la asistencia (tiempo de diagnóstico de extensión preoperatorio, adecuación de las exploraciones complementarias, visitas ambulatorias, adecuación del tratamiento, intervalo hasta la cirugía, intervalo de tiempo transcurrido hasta el inicio del tratamiento adyuvante, duración global del proceso diagnóstico-terapéutico, unificación de visitas en el seguimiento postoperatorio, análisis posterior de la supervivencia y del diagnóstico precoz)

SERVICIOS IMPLICADOS: Cirugía, Digestivo, Medicina Interna, Oncología, Radiología y Atención Primaria

- Diseño y desarrollo de **SISTEMAS DE TRANSMISIÓN DE LA INFORMACIÓN** . Cuadros de mandos enviados a los responsables de los servicios y colgados en la intranet del hospital para acceso de todas las personas que trabajan en el hospital.
- Participación en **COMISIONES Y GRUPOS DE TRABAJO Y DE INVESTIGACIÓN** en el Hospital.

- Participación en grupos de trabajo a nivel autonómico para unificar criterios y pautas de actuación que garanticen la continuidad y la uniformidad de cuidados a través de la Comisión de Cuidados del SALUD y del Grupo de Protocolos de Enfermería Basados en la Evidencia.
- Asistencia al II Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial y V Jornadas de Trabajo sobre Calidad en Salud. Zaragoza, 21 y 22 de junio de 2006
- Reconocimiento a personas o a servicios en reuniones, comisión técnico asistencial o grupos de trabajo.
- Organización y participación en la fiesta de jubilados y despedidas de profesionales.
- Organización de dos concursos en la que podían participar las personas que trabajan en el Hospital Obispo Polanco.
- Apoyo al **CORO HOP**

2. POLÍTICA Y ESTRATEGIA

2. 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

2 a. LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA SE BASA EN LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS ACTUALES Y FUTURAS DE LOS GRUPOS DE INTERÉS

2 b. LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA SE BASA EN LA INFORMACIÓN DE LOS INDICADORES DE RENDIMIENTO, LA INVESTIGACIÓN, EL APRENDIZAJE Y LAS ACTIVIDADES EXTERNAS

2 c. LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA SE DESARROLLA, REvisa Y ACTUALIZA

2 d. LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA SE COMUNICA Y DESPLIEGA MEDIANTE UN ESQUEMA DE PROCESOS CLAVE

- Potenciación de la estructura del Sector. En el ámbito de suministros, concursos centralizados. En personal, la creación de la subdirección de gestión del sector. Convocatoria de movimiento interno de personal de enfermería coincidiendo en la misma fecha para todo el sector. Coordinador de Salud Mental del Sector y del Área Médica del Sector.
- Se ha definido y actualizado la CARTERA DE SERVICIOS.
- Se analiza la información de los indicadores de los Cuadros de mandos definidos en el hospital con la colaboración de los distintos servicios, secciones y unidades del hospital y se difunden sus resultados por correo electrónico, por carta y por la intranet del hospital periódicamente.
- Se analiza la información del cuadro de mandos de seguimiento de los objetivos de las Unidades de Enfermería de Hospitalización con periodicidad mensual, tomando medidas correctoras en caso de desviación.
- Aplicación de nuevas tecnologías (Implantación de marcapasos) y nuevos conocimientos.
- Puesta en funcionamiento de la R.M. Se envían profesionales a formar a Hospitales de Zaragoza. Al finalizar el año todos los enfermeros/as del Servicio han rotado por la R.M. Existen también dos TER en periodo de formación.
- Impulso a la actualización de los Consentimientos informados, documentos y guías de información a los pacientes, educación en autocuidados.
- Divulgación de la información a través de la intranet del hospital y de los correos electrónicos y escritos a los servicios.
- Impulso y participación en las Comisiones Clínicas, Grupos de trabajo y de gestión asistencial.

- Participación en los grupos de trabajo para el diseño del nuevo hospital.
- Impulso a la elaboración de protocolos de derivación desde Atención primaria (traumatología, ginecología y obstetricia, digestivo, neumología-oxigenoterapia...)
- Colaboración con el Hospital San José y atención sociosanitaria en la AECD, en la evaluación del riesgo social, puesta en marcha de la unidad de ortogeriatría con traumatología y el servicio de rehabilitación.
- Colaboración con la Universidad de Zaragoza y la de Valencia en la formación de estudiantes.
- Colaboración con el departamento de educación en las prácticas formativas de Enfermería y Auxiliares de Enfermería.
- Apoyo a líneas de investigación y programas para mejorar la calidad y la gestión.
- Participación en el Programa FOCCUS del IC+ S.

El Hospital Obispo Polanco presentó los siguientes Programas de formación, que fueron aceptados:

- Plastia de sustitución de Ligamento cruzado anterior (HTH). Melchor Guillén Soriano, José Carlos Roncal Boj, Carlos Martín Hernández del Servicio de Traumatología y Cirugía ortopédica.
 - Artroscopia de tobillo. Carlos Martín Hernández, Melchor Guillén Soriano, José Carlos Roncal Boj del Servicio de Traumatología y Cirugía ortopédica.
 - Plastia de sustitución del ligamento cruzado anterior (ST y RI en ENDOBUTTON). José Carlos Roncal Boj, Melchor Guillén Soriano, Carlos Martín Hernández del Servicio de Traumatología y Cirugía ortopédica.
 - Artroscopia de hombro. José Carlos Roncal Boj, Melchor Guillén Soriano, Carlos Martín Hernández del Servicio de Traumatología y Cirugía ortopédica.
 - Tratamiento del dolor crónico y del dolor por cáncer. Rosario Escartín Martínez. Unidad de Dolor. Servicio de Anestesiología y Reanimación
- Programa de prevención de cáncer colorrectal en personas de riesgo en Aragón.
 - Potenciación del cobro a terceros desde el servicio de Farmacia y con la colaboración de oncología y de la Unidad de Admisión y Administración.
 - Apoyo a actividades culturales.

3. PERSONAS

3. PERSONAS

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

3 a. PLANIFICACIÓN, GESTIÓN Y MEJORA DE LOS RECURSOS HUMANOS

3 b. IDENTIFICACIÓN, DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DEL CONOCIMIENTO Y LA CAPACIDAD DE LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN

3 c. IMPLICACIÓN Y ASUNCIÓN DE RESPONSABILIDADES POR PARTE DE LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN

3 d. EXISTENCIA DE UN DIÁLOGO ENTRE LAS PERSONAS Y LA ORGANIZACIÓN

3 e. RECOMPENSA, RECONOCIMIENTO Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN

- Participación en el Borrador del Plan de Recursos Humanos del SALUD
- Encuestas a los profesionales. Encuesta de calidad de vida profesional del SALUD y Evaluación de los riesgos psicosociales del personal del hospital en colaboración con la Escuela Profesional de Medicina del Trabajo de la Universidad de Zaragoza y creación de Grupos de cambio.
- Creación de los Grupos de trabajo multidisciplinares del Programa Funcional para el nuevo hospital
- Elaboración de Planes de acogida a los nuevos profesionales y actualización de los existentes. Disponibles en la Intranet.
- Celebración del Acto Institucional de Acogida al profesional de Nuevo Ingreso coincidiendo con el periodo del año de más contratación. Por primera vez se realiza conjuntamente para todo el Sector.
- Reubicación de los profesionales que solicitaron cambio de puesto de trabajo en la Convocatoria de Movimiento Interno.
- Reubicación de dos profesionales por Salud Laboral.
- Establecimiento periódico de convocatorias de Promoción Interna Temporal. Al finalizar 2006 no existe ningún profesional sin posibilidad de promoción a la categoría de enfermera y auxiliar de enfermería.
- Reconocimientos e incentivos en la aplicación de la Productividad variable Total: 610.896,74 €. Además en el año 2006, se participó en el reparto extraordinario por la fase 4 de Excelencia, lo que supuso para el Sector de TERUEL 185.669,85 €, que se repartieron:

• Hospital Obispo Polanco:	113.957, 75 €
• Hospital San José:	11.342 €
• CRP San Juan de Dios:	6.711,44 €
• Atención Primaria:	53.658,63 €

- Fomentar e impulsar nuevas iniciativas de gestión clínica y el desarrollo de Programas de Calidad en los servicios, secciones y unidades.
- Desarrollar los **PLANES DE FORMACIÓN** de acuerdo a las necesidades manifestadas por los trabajadores a través de la encuesta de formación que se envió a todas las personas de la organización. Se ha facilitado la asistencia y participación en cursos de formación. Además el Hospital Obispo Polanco ha subvencionado a 24 personas que trabajan en él a cursos de formación, con un coste de 8.058 €
- Implicar a los profesionales en la gestión de consultas externas
- Mejorar la difusión de la información a los profesionales de los resultados de su trabajo a través de la intranet del hospital y de los correos electrónicos a los responsables de los servicios o unidades.
- Todas la Comisiones del Hospital se han reunido con la periodicidad establecida en el 2006.
- Se establece la realización de 2-3 reuniones al año en cada Unidad de Enfermería donde se evaluá: la existencia de convocatoria formal y acta de la misma, donde consten los asistentes, los no asistentes, los acuerdos tratados y los responsables de los distintos objetivos de Contrato de Gestión.
- Se ha elaborado un **PLAN DE COMUNICACIÓN INTERNA** plasmado en un documento y pendiente de desarrollar un su última fase.
- Todas las Unidades de Enfermería realizan la autoevaluación de los Objetivos del Contrato de Gestión, según modelo establecido por la Dirección de Enfermería, aportando los documentos acreditativos que se solicitan por cada uno de los criterios evaluados.
- Todos los profesionales de enfermería que han participado en Grupos de Trabajo o Comisiones han tenido un reconocimiento especial en el reparto de la Productividad Variable. Asimismo se ha tenido la misma consideración a los profesionales que han permanecido al menos seis meses en el Pool, que se han desplazado a otro Centro a realizar formación para implantar alguna técnica.
- A todos los profesionales de grupos de trabajo o de la comisión de investigación, se les gestionó a asistencia a la I Jornadas Científicas de Investigación financiándoseles la inscripción a la misma.
- Durante el 2006 se ha introducido en el Hospital la utilización de material de bioseguridad: catéteres intravenosos, válvulas antireflujo y sistemas de perfusión de seguridad. Asimismo, se han establecido la utilización de sistemas de administración de seguridad de citostáticos.
- Se han publicitado todas las campañas de vacunación y programas de revisión de salud laboral que desde el Servicio de Prevención de Riesgos Laboral se establecen.

- Total implantación del Protocolo en caso de accidente biológico fuera del horario de funcionamiento del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. (Sobre gris).
- **APLICACIÓN DE LA NUEVA GUÍA DE PERMISOS Y CONCILIACIÓN DE LA VIDA LABORAL Y FAMILIAR** desde julio de 2006. Resultados en criterio 9.

4. ALIANZAS Y RECURSOS

4. 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.

4 a. GESTIÓN DE LAS ALIANZAS EXTERNAS

4 b. GESTIÓN DE LOS RECURSOS ECONÓMICOS Y FINANCIEROS

4 c. GESTIÓN DE LOS EDIFICIOS, EQUIPOS Y MATERIALES

4 d. GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

4 e. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y EL CONOCIMIENTO

- Se han establecido alianzas con la Universidad, Facultad de Medicina y Escuelas Universitarias de Dietética y Nutrición de Zaragoza y de Valencia, Psicología y con Ingeniería Técnica de Informática.
- Fundación La Caixa, Ciberaula. Convenio con el Departamento de Salud y consumo.
- Colaboración con la empresa GASMEDI en mejorar la gestión para que aporte valor añadido y conseguir un mayor grado de satisfacción mutua en el control de la OXIGENOTERAPIA.
- Gestión de recursos económicos y financieros con una adecuada planificación y optimización para que se puedan cumplir los objetivos previamente establecidos, consiguiendo el equilibrio financiero.
- Facilitar el cumplimiento del presupuesto proporcionando información que estimule la toma de decisiones y la modificación de actitudes. Se envía a los responsables de los servicios, secciones, unidades y unidades de enfermería la información de los cuadros de mandos, mensual, referente a la situación presupuestaria. Porcentaje del presupuesto global ejecutado, Porcentaje del presupuesto ejecutado del capítulo I, II y IV.
- Se establece como objetivo del contrato de gestión en las Unidades de Enfermería el seguimiento del control del gasto de material sanitario, analizando y justificando las desviaciones.
- Se establece como objetivo del Contrato de Gestión de las Unidades de Enfermería mantener actualizado el inventario de la Unidad.
- Elaboración del Plan de necesidades e inversiones anual
- Colaboración con la Asociación Laín Entralgo para gestionar las I Jornadas Científicas y los premios de fotografía y relatos.

- Optimización de la prescripción farmacéutica.
- Optimización del uso de materiales y medios técnicos.
- Optimización en la solicitud de exploraciones complementarias con el estudio de idoneidad de endoscopias digestivas y su evaluación posterior.
- Estudio de las estancias evitables por el facultativo del servicio de medicina preventiva del HOP.
- Optimización del transporte sanitario.
- Optimización de quirófanos. Estudio del coordinador del bloque quirúrgico de los tiempos quirúrgicos como base de la gestión del bloque quirúrgico en relación a la cirugía programada en horario de mañana. Los resultados fueron presentados en la Comisión de quirófano.
- **GESTIÓN DE MANTENIMIENTO DEL EDIFICIO, LOS EQUIPOS Y LAS INSTALACIONES.** Durante el 2006 se han realizado las siguientes actividades:

REVISIONES OBLIGATORIAS REALIZADAS.

- Validación quirófanos, paritorios y quirófano implantación marcapasos. (empresa ajena al Hospital, Tecnoprocesos S.L.)
- Revisión anual grupo electrógeno general y grupo electrógeno UCI-Quirófanos, realizado por empresa mantenedora Solener S.L.
- Revisión anual centro de transformación por empresa mantenedora y revisión trianual por entidad colaboradora de la administración, SGS Tecnos S.A..
- Inspección técnica reglamentaria de las instalaciones eléctricas de baja tensión del Hospital por entidad colaboradora de la administración, SGS Tecnos S.A..

REVISIONES SEGÚN DECRETO 865/2.003 DE INSTALACIONES CON RIESGO DE LEGIONELLA.

- Tratamiento, limpieza e hipercloración de las instalaciones de ACS y agua potable (con el personal propio con curso de formación homologado y con la colaboración de una empresa externa cualificada).
- Tratamiento, limpieza e hipercloración de la torre de refrigeración correspondiente a las instalaciones de aire acondicionado de quirófanos, UCI y Urgencias (con el personal propio con curso de formación homologado y con la colaboración de empresa externa cualificada).
- Revisión por personal del Departamento de Salud y Consumo de nuestras instalaciones (existe acta a tal efecto).

MEJORA DE LAS INSTALACIONES EXISTENTES

- Puesta en funcionamiento por primera vez, de equipo alternativo de frío para quirófanos adquirido años atrás, como medida complementaria en caso de fallo de la climatización existente. Quedaría pendiente aprobación presupuesto para la instalación de una nueva regulación de la temperatura, con el fin de climatizar en invierno-verano (introducir frío o calor en función de las necesidades). Realizado, todo con personal de oficio.
- Modificación del sistema de producción de frío de hospitalización para sustituir la torre de refrigeración existente, que da suministro al área quirúrgica y UCI, por un sistema cerrado no productor de legionella..(el coste aproximado ha sido de 28.000 € que corresponde a los materiales empleados, resulta muy inferior a los presupuesto presentados por diferentes empresas y que estaban entre 140.000 € y 260.000 €)). Realizado, todo con personal de oficio, excepto soldaduras homologadas
- Puesta en funcionamiento por primera vez, de equipo de frío para consultas externas, y que distribuirá aire acondicionado a laboratorios principalmente y extracciones (planta 2ª y 3ª). La instalación estaba parada desde su inicio, sin conocer el motivo. Se han realizado pruebas de puesta en marcha, concluyendo en mes de julio. Realizado, todo con personal de oficio, excepto soldaduras homologadas

SALA CALDERAS

Sustitución de la sala de calderas en toda su totalidad, y que principalmente ha correspondido a las dos calderas de vapor, cuatro para ACS y calefacción y todas las bombas, en concordancia con el contrato vigente con Gas Aragón, sin ningún coste económico para el Hospital.

HOSPITALIZACIÓN

- Instalación de bases de enchufes de seguridad en todo el Servicio de Pediatría.Instalación de bases de enchufes de seguridad en todas las habitaciones del Hospital para la conexión de las nuevas camas eléctricas.
- Repaso en general de todas las habitaciones pintadas y que corresponden a trabajos de carpintería (láminas protectoras en todas las puertas, nuevos controles etc), tomas de oxígeno y vacío (se han desplazado y sustituido las existentes), nueva iluminación en todas habitaciones, repastos de fontanería (instalación de accesorios en todas las habitaciones).

Realizado por el personal de oficio.

QUIRÓFANOS

Pintado del pasillo de limpio del área quirúrgica, mejora y sustitución de parte del suelo del quirófano 2 e instalación de calefacción en pasillo limpio. Parte de los trabajos han sido realizados por empresa externa y otros, por personal de oficio.

CITACIONES DE CONSULTAS EXTERNAS

- Finalizadas las obras de instalación de la Resonancia Magnética, Citación de Consultas Externas y salas de espera.
- Adecuación de espacios de la zona administrativa de admisión de urgencias.

ACCESIBILIDAD

Se ha mejorado la accesibilidad para personas con movilidad reducida o con camillas que deban acceder por la puerta junto a Urgencias. La rampa tiene una pendiente entre 10 y 14%. (para distancias de menos de 3 metros la pendiente máxima permisible debe ser del 12%). No siendo posible reducir más la pendiente de esta rampa, ya que se invade la calzada. Realizado por una empresa constructora.

INCENDIOS

- Instalación en todas las plantas de puertas cortafuegos, coincidentes con el hueco de lavandería. Realizado por el personal de oficio.
- Instalación de dos puertas cortafuegos en la segunda planta de hospitalización. Queda pendiente una tercera puerta cortafuegos que divida esta planta, para su correcta sectorización. Realizado por el personal de oficio.
- Señalítica de plantas 4ª de hospitalización y traumatología.

DEFICIENCIAS SEGÚN REVISIÓN PERIÓDICA BAJA TENSIÓN.

Finalizados todos los trabajos de sustitución y mejora de los circuitos eléctricos, en base a las anomalías eléctricas descritas en la Revisión Periódica obligatoria de Baja Tensión del Hospital Obispo Polanco, como local de pública concurrencia. Trabajos realizados por los electricistas de oficio.

PINTURA

- Finalizado el pintado de puertas y pasillo de Hemodiálisis, sala espera pacientes UCI y “comedor de Médicos”.
- Pintada planta segunda de hospitalización, Traumatología y Cirugía, la cuarta de Especialidades Médico-Quirúrgicas y tercera de Laboratorios, pendiente la segunda planta de Laboratorios. Todo por empresa externa.

ACONDICIONAMIENTO SALA DE TELEFONÍA

- Acondicionamiento de la actual sala de telefonía, para la ubicación de la nueva Central Telefónica (eliminación de un tabique y mampara de división). Por el personal de oficio.
- Se ha iniciado el inventario de todo el aparataje de PSANI (productos sanitarios activos no implantables). En la primera fase se ha elaborado una

ficha de recogida de datos de acuerdo a la normativa de calidad UNE 209001:2001IN, estando previsto informatizar el sistema de inventariado.

- Adecuación de la estructura al Plan de sistemas del Departamento.....
- Identificación y sustitución de los sistemas informáticos obsoletos
- Gestión de la información y del conocimiento. La información es un área fundamental para la gestión y la información clínica supone además la base del conocimiento clínico y de la mejora de los procesos asistenciales. Difusión de los documentos de protocolos elaborados por las comisiones, Protocolo de antifúngicos, de neumonía. Protocolos asistenciales de los tumores digestivos, difusión de los documentos editados en papel y a través de la intranet del hospital. Protocolos de los distintos servicios y unidades en la intranet

- **ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO DE GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS.**

Definir la sistemática establecida para la gestión de los residuos generados por el Hospital Obispo Polanco, con el fin de asegurar una adecuada protección de la salud de las personas, de la calidad del medio ambiente y del cumplimiento de la normativa vigente. Se ha elaborado un Protocolo de Gestión de Residuos Sanitarios que recoge una serie de recomendaciones en lo relativo a la recogida, manipulación, depósito, transporte y eliminación de los residuos sanitarios. Se recogen en un manual.

Se difundirá a través de la intranet del Hospital

La Dirección del Hospital Obispo Polanco, consciente de la importancia que la protección del medioambiente tiene en el desarrollo de la actividad sanitaria, asume su responsabilidad y se compromete a ser una organización respetuosa con el medio ambiente. Así ha decidido implantar un Sistema de Gestión de Residuos hospitalarios basado en las directrices establecidas por el Gobierno de Aragón (*Decreto 29/1995, de 21 de febrero, y Decreto 52/1998, de 24 de febrero, sobre gestión de los residuos sanitarios en la Comunidad Autónoma de Aragón*)

5. PROCESOS

5. 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.

5 a. DISEÑO Y GESTIÓN SISTEMÁTICA DE LOS PROCESOS

5 b. INTRODUCCIÓN DE LAS MEJORAS NECESARIAS EN LOS PROCESOS MEDIANTE LA INNOVACIÓN, A FIN DE SATISFACER PLENAMENTE A CLIENTES Y OTROS GRUPOS DE INTERÉS, GENERANDO CADA VEZ MAYOR VALOR

5 c. DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS BASÁNDOSE EN LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS CLIENTES

5 d. PRODUCCIÓN, DISTRIBUCIÓN Y SERVICIO DE ATENCIÓN DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS

5 e. GESTIÓN Y MEJORA DE LAS RELACIONES CON LOS CLIENTES

- Se trabaja en la mejora del **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**. Aplicación y evaluación de la aplicación del plan de cuidados de enfermería. Hasta la fecha están puestos en funcionamiento:
 - Neumonía en la Unidad de Especialidades Médico-quirúrgicas.
 - Prostatectomía en la Unidad de Especialidades Médico-Quirúrgicas
 - Neumonía en Medicina Interna.
 - Puerperio e Histerectomía en Tocoginecología.
 - Gastroenteritis y Bronquilitis en Pediatría.
 - Sustitución de articulación mayor y Patología Lumbar en traumatología.
 - Herniorrafia y paciente traqueotomizado en Cirugía.
 - Angor inestable y paciente con Marcapasos. definitivo en UCI.
 - Paciente sometido a aféresis en Hematología.
 - Paciente sometido a pruebas de radiología intervencionista en Radiodiagnóstico.
 - Planes de cuidados individualizados sobre un estándar a todo paciente ingresado en la UCE de psiquiatría.

Resultados en criterio 9

- Aplicación y evaluación de la **VALORACIÓN DE ENFERMERÍA** según modelo de enfermería de Virginia Henderson de valoración de las 14 necesidades. (Resultados en criterio 9).
- **LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN** está altamente implicada en el proyecto de **CERTIFICACIÓN SEGÚN ISO 9001:2000** y lo está desarrollando según el programa previsto.
- Existe un procedimiento explícito que normaliza la solicitud desde atención primaria de las exploraciones complementarias previstas en las guías de aparato digestivo y de lumbalgia (endoscopia digestiva alta, colonoscopia, TC y RM).

Puesta en marcha del proceso de Consulta de alta resolución en Digestivo para rectorragias y enfermedad por reflujo gastroesofágico severa. Puesta en marcha de la CAR en oftalmología.

- 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
- Se elaboró e implementó el proceso asistencial del paciente con dolor torácico, por los servicios de UCI, Urgencias, 061, cardiología y AP. Con la edición y difusión del documento, presentado en una sesión clínica hospitalaria.
- Se han actualizado los consentimiento informados de distintos servicios, secciones y unidades. Neumología, Anatomía Patológica, Digestivo.
- Se han elaborado protocolos y vías clínicas de actuación conjunta de varios servicios y secciones y por las Comisiones del hospital o grupos de trabajo. HDA, pancreatitis aguda, código ictus, Protocolos asistenciales de los tumores digestivos. Tratamiento de las infecciones fúngicas en el paciente adulto neutropénico y no neutropénico. Prevención de las úlceras por presión, de las caídas. Infecciones nosocomiales. Profilaxis antibiótica.
- Aplicación de resultados de las encuestas y reclamaciones a las actividades asistenciales y de organización. Encuesta a los familiares del proyecto de mejora de la calidad en la UCI y cambio posterior de los horarios de visitas del servicio y mejora de las instalaciones de la sala de espera de la UCI.
- Realización del curso de formación sobre la Gestión por Procesos.
- Diseño del mapa 0 de procesos del Sector.
- Diseño del proceso de urgencias, de cirugía-bloque quirúrgico.
- Se ha elaborado conjuntamente con los responsables de formación del SALUD el plan de Formación. Dicho proceso se ha puesto en marcha de forma simultánea en todo Aragón.
- Ha comenzado a funcionar la Resonancia Magnética hecho que supone un gran avance tanto en la mejora del diagnóstico como en la accesibilidad de nuestros clientes a las nuevas tecnologías.
- En la misma línea del punto anterior la técnica de implantación de marcapasos definitivo ha supuesto una mejora en la oferta de servicios a nuestros clientes y en la accesibilidad y equidad de atención.

6. RESULTADOS EN CLIENTES

6. RESULTADOS EN LOS CLIENTES

6 a. MEDIDAS DE PERCEPCIÓN

En la Misión, Visión y los Valores del Hospital Obispo Polanco que hemos definido y asumido se enfocan a la satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente-paciente. De forma coherente el paciente-cliente es nuestro objetivo, centro de nuestro trabajo-asistencia.

Se realizan sistemáticamente unas encuestas de opinión a los usuarios que recogen la percepción de nuestros clientes. Las encuestas se realizan a los pacientes atendidos en el Servicio de urgencias de nuestro Hospital, en hospitalización y en consultas externas

Hospitalización

HOSPITALIZACIÓN	Hospital % satisfechos	Aragón % satisfechos
Estado de las habitaciones	82%	88,1
Comida	93,2	87,2
Solución dada al problema	93,9	94
Confianza que transmite el personal	94,7	95,4
Amabilidad del Personal	94	94,2
Preparación del personal	95,5	95,6
Interés del personal enfermería	96,2	95,4
Interés del personal médico	94,7	94,4
Interés del personal de Admisión	93,2	94,8
Satisfacción con cuidados sanitarios	97	95,8
Información recibida	93,2	90,4
Tiempo de ingreso apropiado	87,7	85,6
Permiso para realizar pruebas e intervenciones	87,7	89,3
Informe de alta	99,2	96,7
Recomendaría el Centro	93	95,2

Consultas externas de especialidades

CONSULTAS EXTERNAS	Hospital % satisfechos	Aragón % satisfechos
Estado de las consultas	91,3%	87,4
Facilidad para conseguir día	70,2	80,1
Demora para la cita	55,3	49,9
Tiempo hasta entrar en consulta	74,5	69,9
Solución dada al problema	87,2	82,9
Confianza que transmite el personal	91,5	89,5
Amabilidad del personal	89,4	91,6
Preparación del personal	93,5	93,7
Interés del personal de enfermería	89,1	92
Interés del personal médico	89,1	86,9
Interés del personal de admisión	76,6	85,7
Satisfacción con cuidados sanitarios	89,4	88,3
Información recibida	87,2	80,7
Dedicación del tiempo necesario	74,4	74,8
Recomendaría las consultas	81,4	80,9

Servicio de Urgencias

URGENCIAS	Hospital % satisfechos	Aragón % satisfechos
Estado de instalación en urgencias	69,8	77,7
Tiempo espera para ser atendido	57,9	72,6
Solución dada al problema	88,8	88,1
Confianza que transmite el personal	89,7	91
Amabilidad del personal	93,5	92,3
Preparación del personal	89,7	91,9
Interés del personal de enfermería	90,7	92,2
Interés del personal médico	90,7	90,9
Interés del personal de Admisión	87,9	93,4
Satisfacción con cuidados sanitarios	87,9	90,5
Información recibida	89,7	86,6
Tiempo dedicado en Urgencias	89,5	87,7
Permiso para realizar pruebas e Inter.	52,6	55,2
Informe escrito	96,2	93
Recomendaría el Servicio de Urgencias	78,6	86,3

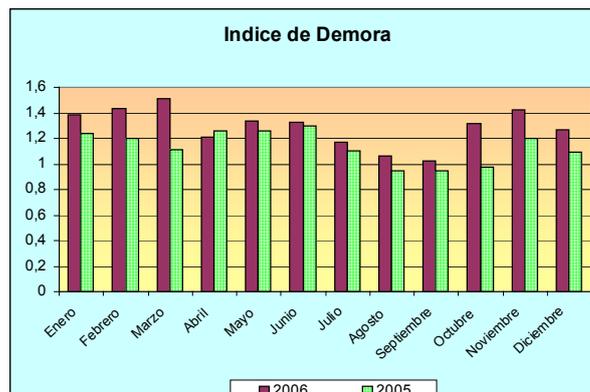
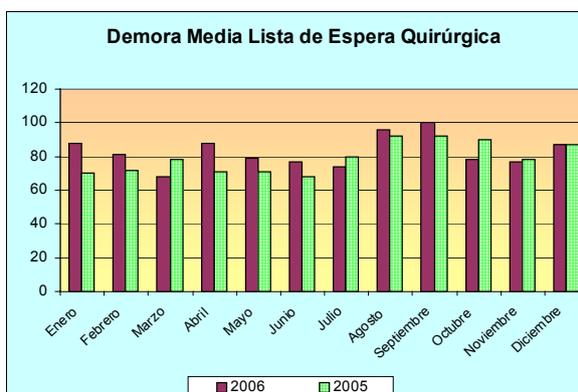
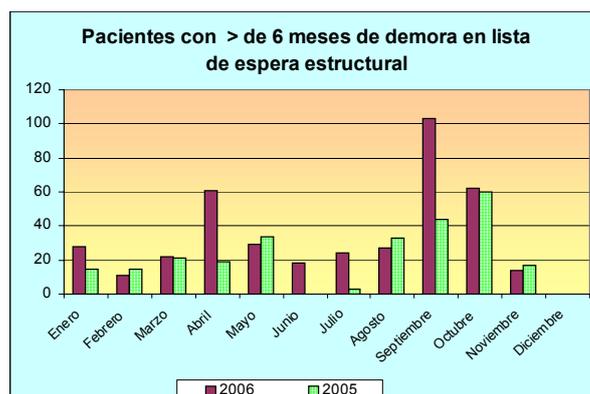
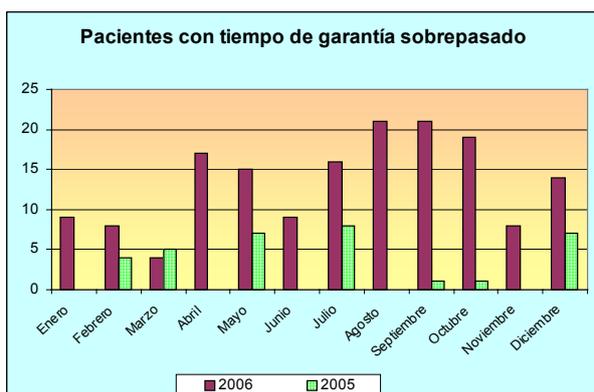
6 b. INDICADORES DE RENDIMIENTO

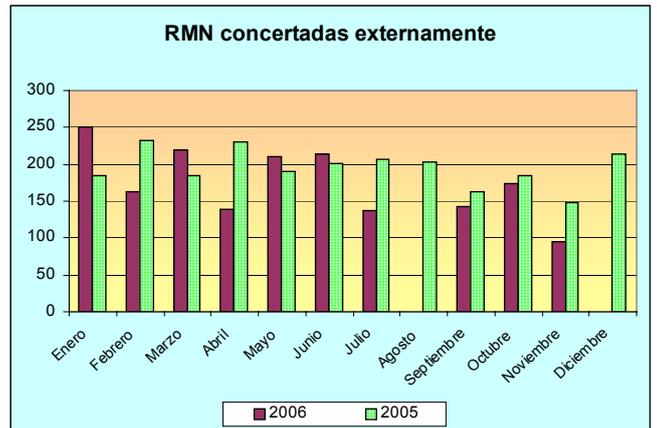
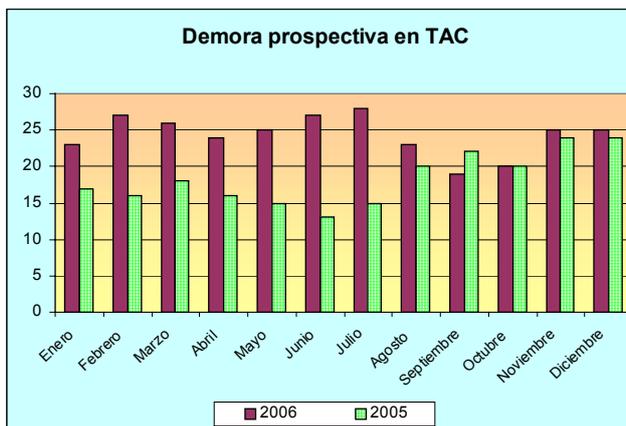
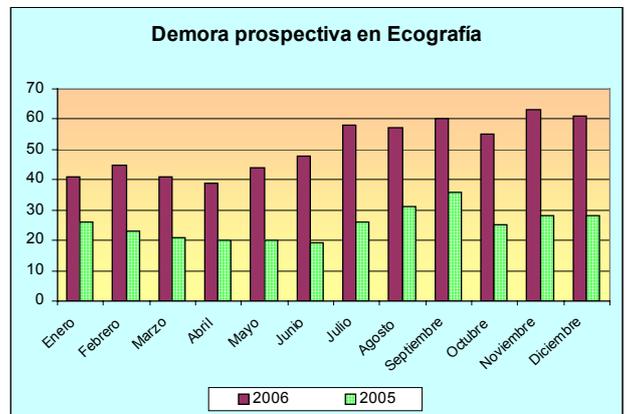
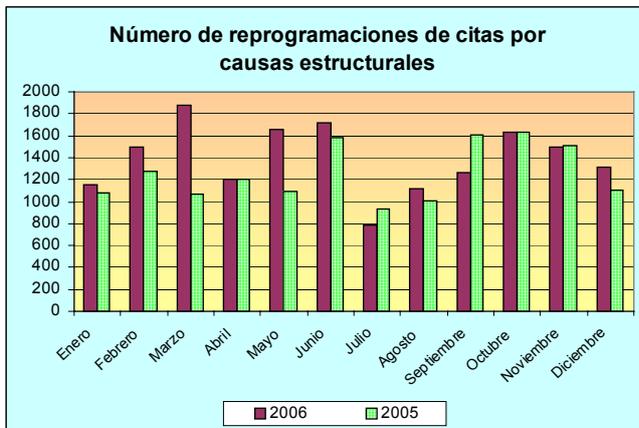
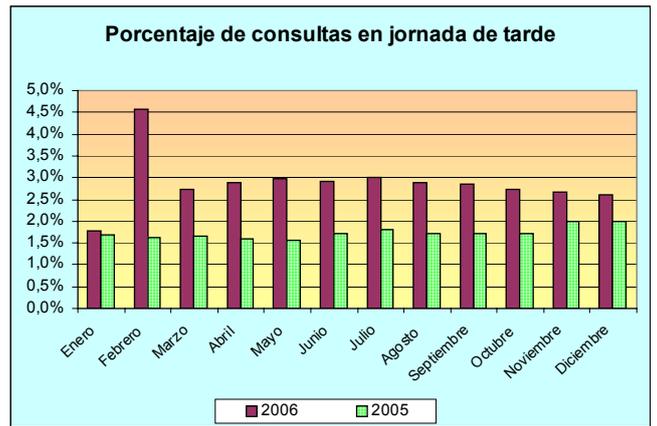
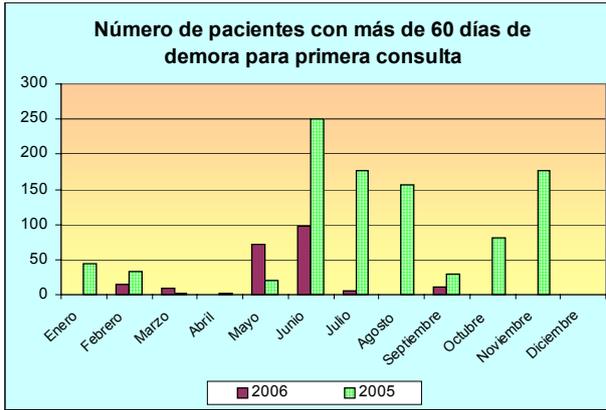
- **ACCESIBILIDAD.** Garantizar los derechos y la satisfacción de los usuarios. Garantizar que ningún paciente sobrepase el plazo de garantía, una demora máxima de seis meses en cirugía programada y de 45 días en el caso de consultas externas y 30 días en la realización de exploraciones complementarias

Se facilita la accesibilidad de los usuarios, con la oferta de horario de tarde, en las consultas externas (neurología, pediatría, traumatología, anestesia, ORL, cardiología y exploraciones complementarias (endoscopias digestivas, pruebas funcionales de cardiología), tratamiento en la Unidad del dolor. Se han implantado las consultas de alta resolución

Puesta en marcha de la autoconcertación para mejorar las demoras en alguna consulta de especialidad y de la lista de espera quirúrgica. Concertación externa para la reducción de las demoras quirúrgicas y asegurar el cumplimiento de la garantía quirúrgica.

Disponemos de indicadores que nos permiten valorar las demoras quirúrgicas, de consultas externas y de exploraciones complementarias





- **INFORMACIÓN.** 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.

INDICADORES	ESTÁNDAR	RESULTADOS	¿Se alcanza el objetivo establecido en el C.G.?
Porcentaje (%) de usuarios con un nivel global satisfactorio o muy satisfactorio respecto a la información que ha recibido sobre los que le pasaba.	>= 90%	83,3%	NO
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.	>= 95%	SI 95% 100% 100% 100% 100%	SI
Porcentaje (%) de historias clínicas de otorgantes que en los Hospitales de agudos contiene su documento de voluntades anticipadas (DVA)	>= 95%	97%	SI
Porcentaje (%) de episodios de Hospitalización cuyo informe de alta consta en la Historia Clínica	>= 95%	96%	SI
Porcentaje (%) de pacientes dados de alta en cuya historia clínica figura el informe de continuidad de cuidados de enfermería (ICCE)	>= 15%	40%	SI

- **SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN.** Aumentar la satisfacción de los usuarios con la atención recibida

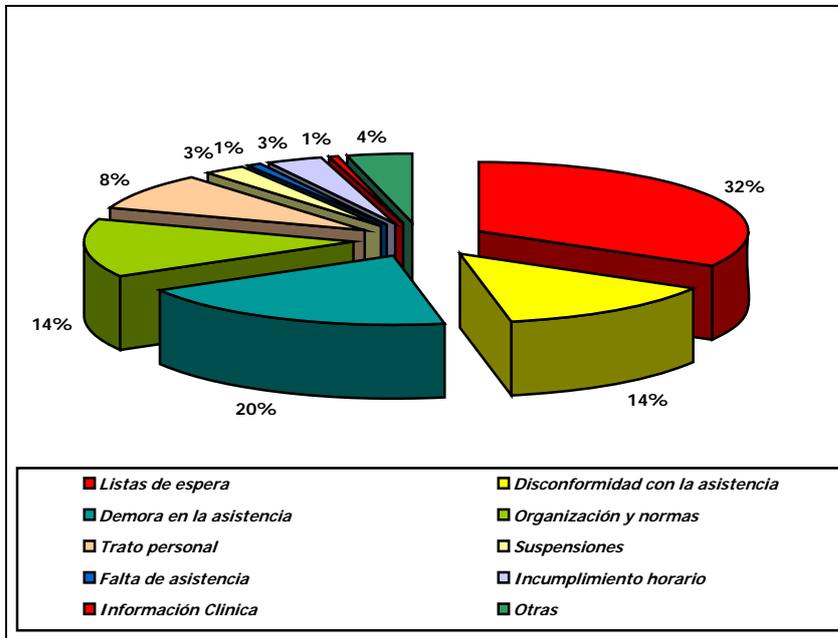
Porcentaje (%) de usuarios con un nivel global satisfactorio o muy satisfactorio con los cuidados sanitarios que ha recibido.	>= 95%	96,5%	SI
Porcentaje (%) de usuarios que recomendaría el servicio recibido a sus familiares o amigos.	>= 90%	91,9%	SI
Porcentaje (%) de reclamaciones contestadas en menos de 1 mes.	>= 90%	85,0%	NO

- **SATISFACCIÓN CON EL TRATO.** Aumentar la satisfacción de los usuarios con el trato proporcionado por las personas que trabajan en el Hospital Obispo Polanco

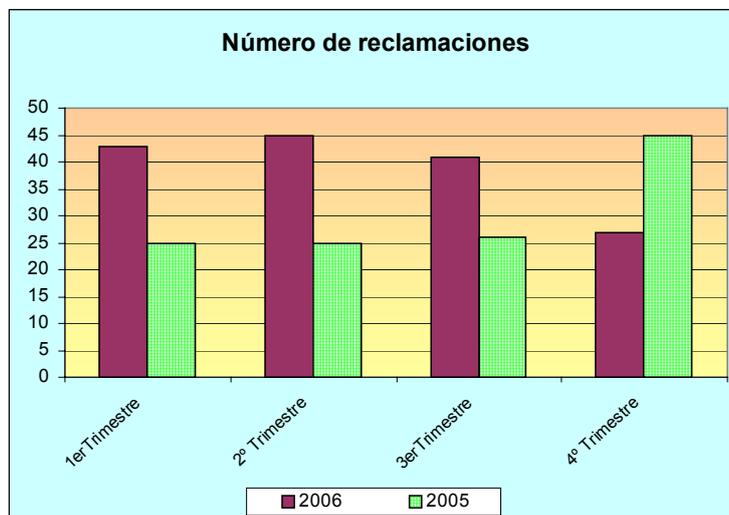
Porcentaje (%) de usuarios satisfechos o muy satisfechos con el interés mostrado por el personal de enfermería	>= 94%	96,5%	SI
Porcentaje (%) de usuarios satisfechos o muy satisfechos con el interés mostrado por los médicos	>= 93%	93,9%	SI
Porcentaje (%) de usuarios satisfechos o muy satisfechos con el interés mostrado por el personal auxiliar y de admisión	>= 87%	92,2%	SI
Porcentaje (%) de usuarios satisfechos o muy satisfechos con la preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo	>= 94%	94,8%	SI

• **ATENCIÓN ADECUADA.**

Las reclamaciones de los clientes constituyen una valiosa fuente de información para detectar fallos en la organización y conocer si se consigue satisfacer las expectativas de los pacientes y familiares.



- TOTAL RECLAMACIONES: 157**
- Lista de espera: 51
 - Demora en la asistencia: 30
 - Organización y normas: 21
 - Disconformidad con la asistencia y/o Tto: 21
 - Trato personal: 13
 - Incumplimiento del horario: 5
 - Servicios y centros concertados: 5
 - Suspensión acto asistencial: 4
 - Extravío y desaparición objetos: 3
 - Información del proceso: 1
 - Cita previa: 1
 - Falta de asistencia: 1
 - Transporte: 1



- Elaboración y aplicación del Protocolo de Gestión de camas
- Asegurar la continuidad de cuidados
- PAECD. Enfermero de enlace con AP. Programa de Riesgo social.
 - Todos los pacientes derivados al enfermero de enlace disponen de informe médico e ICCE, en el momento de la derivación.
 - La derivación se establece a través de un protocolo vía fax, quedando constancia de todas las derivaciones en la secretaria de Dirección del Hospital. Desde su puesta en funcionamiento se han derivado 47 pacientes.
 - La derivación al programa de riesgo social por iniciativa del personal de enfermería se ha incrementado ligeramente en el 2006.
- Programa de seguridad de los pacientes
 - Se ha establecido la identificación de los pacientes ingresados por medio de pulsera identificativa. Resultados en criterio 9.
 - Existe un registro de caídas en la Dirección de Enfermería. La tasa de caídas en el 2006 se ha reducido considerablemente. Resultados en criterio 9.
 - Se han cambiado todas las camas adquiridas en 1986. Todas las camas nuevas disponen de barandillas incorporadas y sistemas de funcionamiento eléctricos. (160 unidades). También se han cambiado las mesillas de pacientes (200) y sillones en dos unidades de enfermería.
 - Se ha establecido dentro del cuadro de mandos del Hospital el seguimiento de las Úlceras por Presión con tres indicadores. Todos ellos han sido muy satisfactorios en el 2006. Resultados en el criterio 9.
 - Se han realizado evaluaciones periódicas y en diferentes unidades de los carros de unidosis con el fin de llevar a cabo medidas correctoras. Así mismo por parte del Servicio de Farmacia se han evaluado todos los botiquines de las Unidades de Enfermería.
- Mejora de la coordinación con Atención Primaria. Sistemas de comunicación: Consultas telefónicas, correo, e-mail, etc.
- Informes de continuidad de cuidados de enfermería. (ICCE). Durante el 2006 se ha incrementado la cifra de ICCE. Se ha elaborado nuevo documento de ICCE autocopiable. Además de actualizar algunos aspectos, se ha incluido la valoración de la Escala de Barthel. Resultados de cumplimentación en el criterio 9.
- Puesta en marcha del menú opcional para dietas diabéticas, hipograsas y con restricción calórica.
- Nueva Guía para el Paciente Hospitalizado, elaborada en la Comisión de Calidad del Hospital Obispo Polanco.

7. RESULTADOS EN PERSONAS

7. RESULTADOS EN LAS PERSONAS

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

Para conseguir la Misión y Visión son fundamentales la implicación, comunicación, motivación y satisfacción de las personas. Uno de los objetivos estratégicos y factores críticos de éxito reside en su consecución.

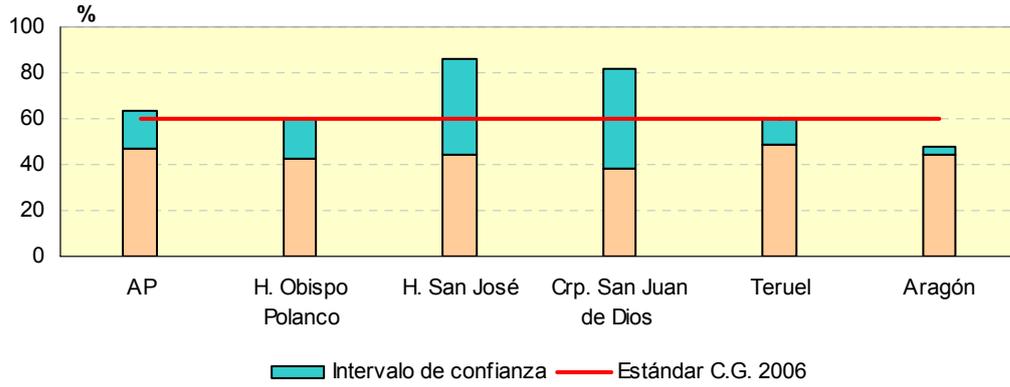
- A. Se comenzó a realizar una **Encuesta de calidad de vida profesional del SALUD** en noviembre de 2005 y se ha realizado nuevamente en el 2006 para conocer el estado actual de la calidad de vida profesional de las personas que trabajan en SALUD y detectar áreas de mejora en los diferentes ámbitos o líneas sanitarias, sectores sanitarios, centros y categorías profesionales.

Los resultados del sector de Teruel se exponen a continuación:

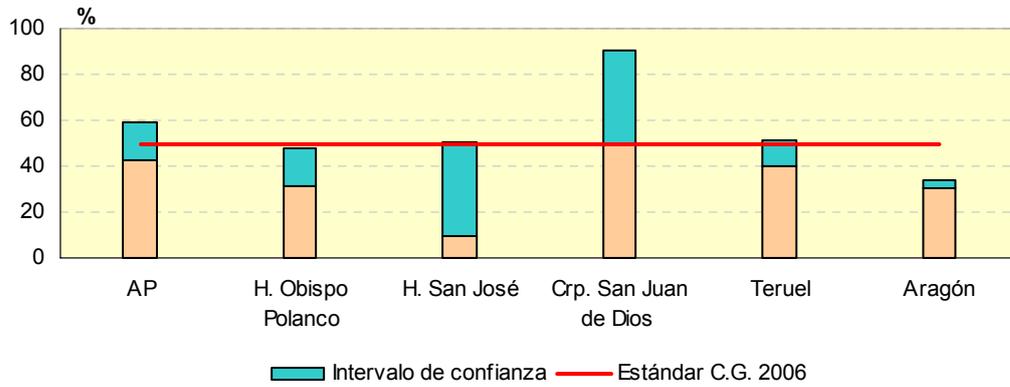
VALORACIÓN SECTOR TERUEL

		Centros						Estándar C.G. 2006
		Atención Primaria	H. Obispo Polanco	H. San José	Crp. San Juan de Dios	Sector Teruel	Aragón	
Los mandos intermedios y gestores conocen sus problemas y dificultades	<i>n</i>	142	127	20	20	309	2.885	≥ 60%
	%	54,9	51,2	65,0	60,0	54,4	46,2	
	<i>I.C.</i>	46,7-63,1	42,5-59,9	44,1-85,9	38,5-81,5	48,8-59,9	44,4-48,0	
Reciben información de los resultados de su trabajo	<i>n</i>	142	127	20	20	309	2.891	≥ 50%
	%	50,7	39,4	30,0	70,0	46,0	32,1	
	<i>I.C.</i>	42,5-58,9	30,9-47,9	9,9-50,1	49,9-90,1	40,4-51,5	30,4-33,8	
Conocen la misión, visión y valores de SALUD	<i>n</i>	141	115	19	20	295	2.863	≥ 60%
	%	73,8	65,2	57,9	85,0	70,2	67,7	
	<i>I.C.</i>	66,5-81,0	56,5-73,9	35,7-80,1	69,4-100,0	64,9-75,4	65,9-69,4	

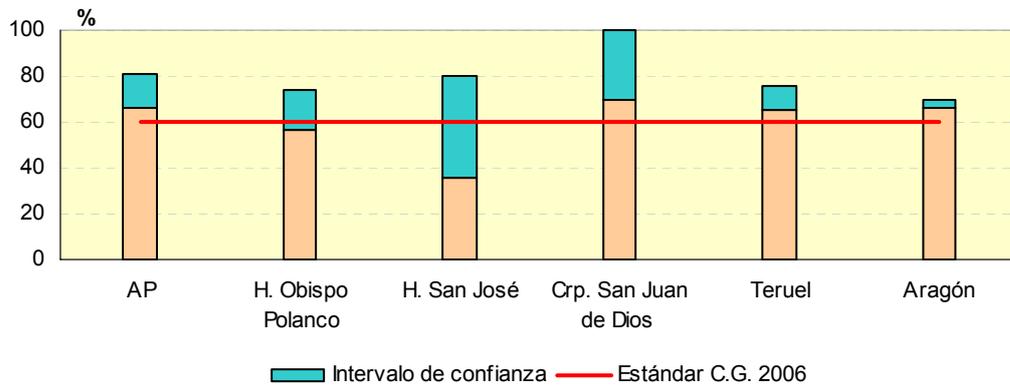
Mandos intermedios y gestores conocen los problemas



Información de los resultados del trabajo



Conocimiento de la misión, visión y valores



B. ENCUESTA: EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES

Durante este año se ha realizado en nuestro hospital en colaboración con la Escuela Profesional de Medicina del Trabajo de la Universidad de Zaragoza, una ***evaluación de los riesgos psicosociales del personal del hospital*** con el objeto de diseñar una intervención dirigida a la reducción de los mismos. Antes de plantearnos intervenciones para mejorar el clima laboral era necesario conocer los niveles de estrés y de desgaste profesional, así como sus causas.

Resultados más relevantes.

Los índices de burnout en general fueron altos (como es habitual en centros hospitalarios), afectando el **cansancio emocional** a un 40% de los trabajadores (en algunos servicios esta tasa ascendía a un 54,4%); la **despersonalización** a un tercio de la plantilla, llegando en algunos casos al 39,1% y la **falta de realización** personal por el trabajo a un 85,4%, siendo esta tasa en algunos servicios cercana al 95% y manifestándose como el asunto más preocupante.

Las relaciones entre el burnout y la **salud** mostraron una relación directa entre cansancio emocional y número de días de baja.

Todas las **áreas de riesgo** evaluadas (sobrecarga laboral, control sobre la tarea, recompensas, sentimiento de comunidad, justicia y conflicto de valores) contribuían a elevar los niveles de burnout, pero fueron las variables de “**recompensas**” y “**justicia**” las que mostraron mayor peso. Ambas se encuentran muy relacionadas y tienen que ver no tanto con que existan, o no recompensas, sino con la percepción que tienen los profesionales de que éstas se distribuyan de una manera justa.

Los aspectos de la organización del trabajo mejor valorados fueron, en general, la **supervisión** y la **cohesión** de grupo, mientras que la variable **comunicación** era peor valorada, muy especialmente por los profesionales no sanitarios. También este aspecto está relacionado con las áreas de riesgo comentadas y se manifiesta como un aspecto importante a la hora de intervenir.

La **relación asistencial** se muestra afectada por el miedo a ser denunciado como consecuencia de errores y, en menor medida, el miedo a ser agredido.

Las **agresiones** físicas sufridas por los profesionales a lo largo de su vida laboral fueron muy inferiores a las halladas en otros hospitales, aunque el hecho de que el 9% de los mismos las hayan sufrido en alguna ocasión y el tratarse de una realidad que va en aumento, hace que debamos plantearnos su prevención y el apoyo a los profesionales afectados. El número de agresiones no físicas (insultos, amenazas...) no difería mucho del encontrado en otros centros, siendo los servicios de urgencias, médicos, quirúrgicos y citaciones los más afectados.

En este estudio se confirmó que las agresiones verbales (sobre todo las amenazas) tenían mayores consecuencias para la salud psíquica que las agresiones físicas (depresión, ansiedad, síntomas de estrés postraumático).

El índice de profesionales que han recibido **formación** para el manejo de situaciones conflictivas y evitar las agresiones es muy bajo. Por otra parte, sólo dos de cada diez profesionales se sentían **apoyados** por la dirección, o la administración, ante casos de agresiones y denuncias.

Esta variable mostró una relación inversa con el nivel jerárquico, es decir, a menor nivel jerárquico menor era el apoyo percibido. Se observa una correlación en sentido negativo: quienes han sufrido más agresiones se sienten menos apoyados.

Pero también la variable apoyo aparece como moderadora de la sintomatología psíquica: a mayor sentimiento de apoyo, menor índice de síntomas psíquicos.

Propuesta de intervención.

Se recomendó un plan de acción para la eliminación de los riesgos encontrados que pudiera ser diseñado y dirigido por los propios profesionales del centro. No es deseable diseñar un plan desde el exterior que podría valorarse como algo ajeno.

Existen una serie de **factores positivos** que pueden beneficiar la puesta en marcha de esta intervención: el tamaño manejable del centro, la buena disposición encontrada tanto por parte de la dirección como por buena parte de los profesionales, el hecho de que las variables de cohesión y sentido de comunidad no se muestren dañadas.

El **diseño** de este **plan preventivo** comenzó con la formación de dos grupos de discusión (en el que está representado todo el hospital) para que extraer propuestas realizables y elaborar un calendario preciso de actuaciones.

La participación como miembro de estos equipos o como apoyo es voluntaria y desinteresada, así como imprescindible para que puede llevarse adelante un programa de prevención.

C. Participación en los concursos culturales

I Concurso Fotográfico Hospital Obispo Polanco. (Colaboraron: Colegio Oficial de Médicos de Teruel. Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Teruel. Ayuntamiento de Teruel. Diputación Provincial de Teruel. Ibercaja y Multiópticas Tena CATEGORIAS: PREMIO SALUD el tema se relaciona con el ámbito de la salud. PREMIO TERUEL, las imágenes tenían como motivo la ciudad de Teruel y su provincia.

Las fotografías que participaron fueron expuestas en el hall del hospital desde el día 19 de diciembre al 29 de enero.

Se entregaron los premios el día 21 de diciembre de 2006 durante el acto de celebración de la Navidad, en el que también recibieron homenaje las personas que se habían jubilado en el año 2006 y cerró el acto el Coro del Hospital Obispo Polanco.

PREMIO SALUD:

1er premio: "Preparando el material". Autor: Alfredo López López

2º premio: "Un paseo por las nubes". Autora: Isabel Gascón

3er premio: "Cumpliendo las normas". Autora: Inmaculada Burgués

Accesits: "¿Qué es cuidar? 2. Autora: M^a Reyes Esteban
"Antes". Autora: Gely Cuervo

PREMIO TERUEL:

1er premio: " Puerta de Teruel". Autora: Rosa MENA.

2º premio: "Atavío". Autora: Maite Botella Esteban.

3er premio: Serie desusos en la antigua Nacional 340. "¿Quién me abrirá?".
Autora: Remedios Clérigues Amigó

Accesits: "Maizal de otoño a los pies de la ciudad" Autora: Leticia Mouronval

"Vallas en el puerto de Cabigordo". Autora: M^a Victoria González

I CONCURSO DE RELATOS HOP. Colaboración de la CAI (Caja de la Inmaculada)

El tema giró en torno a la idea de "CICATRICES"

PREMIOS:

1er premio: CICATRICES (cuento de adultos). Autora: M^aÁngeles Alós Conejero:

2º premio: CUENTO DE VERANO. Autora: Perla Borao Aguirre

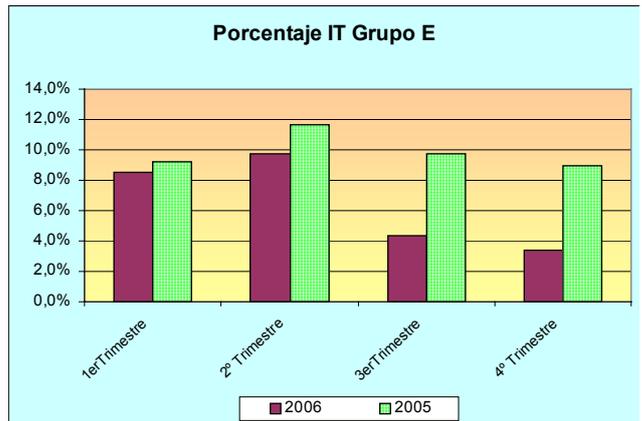
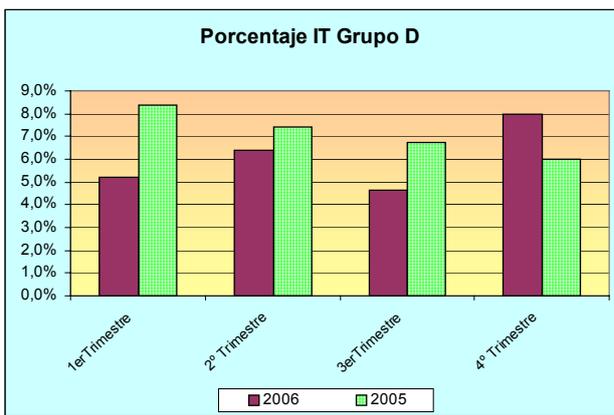
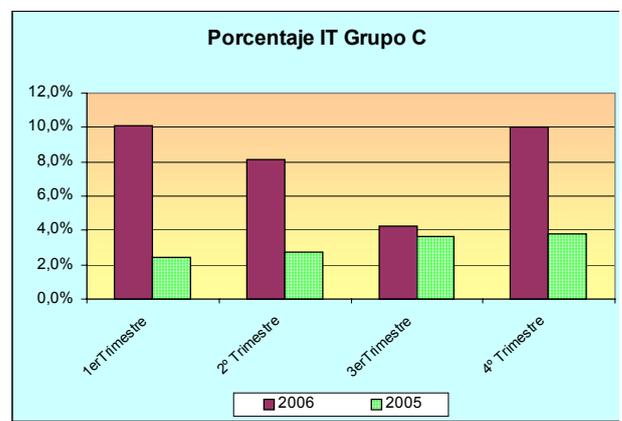
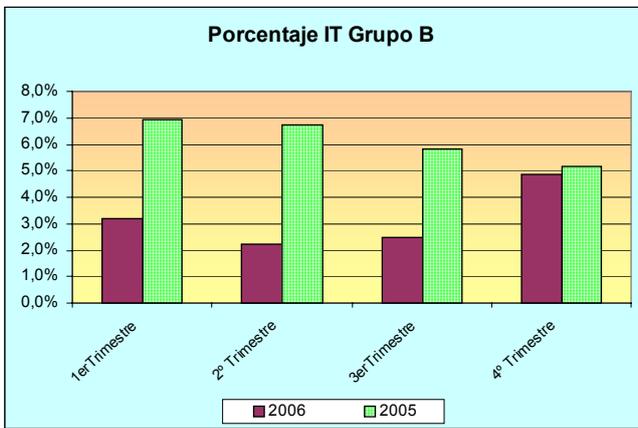
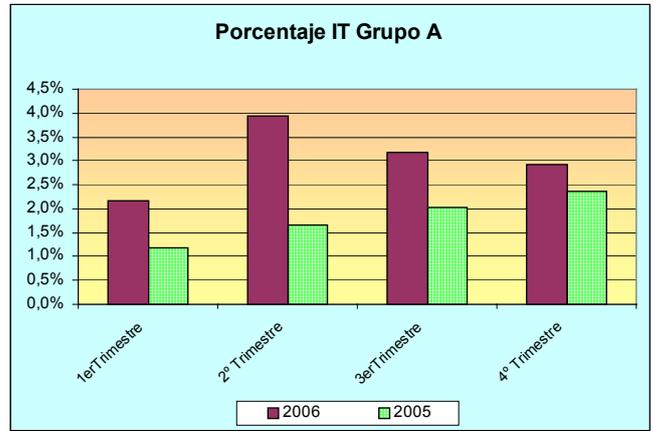
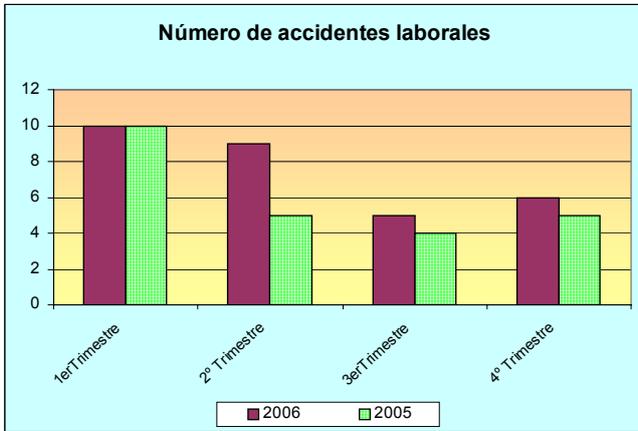
3er premio: LOS FAROLILLOS ROJOS. Autora: M^a Reyes Esteban Julián

PARTICIPANTES con 19 relatos y 80 fotografías.

D. FORMACIÓN.

GERENCIA DE SECTOR: TERUEL				CENTRO DE GASTO:	HOSPITAL OBISPO POLANCO						
CURSO/TALLER	Nº Ed.	Financiación	Nº Horas	Destinatarios	Nº Participantes por categoría profesional					% recomendaría curso	% utilidad conocimientos adquiridos
					A	B	C	D	E		
Cuidados básicos de enfermería en el paciente grave	1	MAP	24	Enfermeros		15				85,71%	85,71%
RCP Básica	1	MAP	10	P. Sanitario	11	9	5	7		100%	100%
El rol de responsable de equipo	1	MAP	20	Mandos intermedios	3	12		2	1	68,75%	62,5%
RCP Avanzada	1	MAP	10	Médicos y Enfermeras	9	21				96,15%	96,15%
Higiene alimentaria para manipuladores de alimentos	1	SALUD	4	Cocineros y pinches de cocina					28	100%	100%
Iniciación al Access	1	SALUD	20	Administrativos y Auxiliares administrativos			1	14		93,33%	80%
Gestión por procesos	1	SALUD	16	Médicos y enfermeras	14	12				91,67%	95,83%

E. ACCIDENTES LABORALES Y ABSENTISMO



F. Implicación en Temas de Calidad. Grupos de mejora y Comisiones del Hospital.

G. Participación en Programas de Apoyo a las iniciativas de mejora de la Calidad del SALUD:

- Acceso a la endoscopia digestiva y mejora en sus indicaciones en la dispepsia, la enfermedad por reflujo, la rectorragia y el dolor abdominal. Coordinadora del proyecto: Maria Teresa Botella Esteban.
- Contribución del equipo de enfermería a la mejora de la continuidad de cuidados en Salud Mental. Coordinadora: Milagros Escusa Julián.
- Actualización de las indicaciones y control de la oxigenoterapia crónica domiciliaria. Coordinadora: Maria Luz Mateo Lázaro.
- Aproximación al modelo de excelencia EFQM. Evaluación de los cambios realizados tras el análisis de la encuesta sobre el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Obispo Polanco de Teruel. Coordinador: José Maria Montón Dito.
- Programa de voluntariado hospitalario. Coordinadora: Belen Plaza Baquedano.
- Implantación de Guía Clínica de prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección nosocomial por catéter intravascular en la UCI del Hospital Obispo Polanco de Teruel. Coordinadora: Maria Concepción Valdovinos Mahave.

H. Aplicación de Planes de acogida de profesionales.

I. Becas y ayudas. Premios.

J. Ponencias, Publicaciones y Comunicaciones en Congresos y reuniones científicas.

K. Tesis doctorales. José Ángel Muniesa y Adela Valero Adán

8. RESULTADOS EN SOCIEDAD

8. RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

8 a. MEDIDAS DE PERCEPCIÓN

8 b. INDICADORES DE RENDIMIENTO

- Ayudas de entidades. Colaboración con distintas entidades para llevar a cabo el I concurso de fotografía y relatos. (Colegio Oficial de Médicos y de Enfermería, Ayuntamiento, Diputación Provincial, CAI, Ibercaja, Multiópticas Tena)
- Charlas divulgativas.
- Intervención en prensa. T.V., radio
- **Gestión de residuos y mantenimiento del medio ambiente.** Reciclado de materiales. Nos lo planteamos como proyecto de mejora de la calidad para el año 2006, la elaboración del protocolo de Gestión de residuos y posteriormente su difusión e implantación y seguimiento y evaluación.

El Equipo Directivo del Hospital Obispo Polanco, consciente de la importancia que la protección del medioambiente tiene en el desarrollo de la actividad sanitaria, asume su responsabilidad y se compromete a ser una organización respetuosa con el medio ambiente. Así ha decidido implantar un Sistema de Gestión de Residuos basado en las directrices establecidas por el Gobierno de Aragón (Decreto 29/1995, de 21 de febrero, y Decreto 52/1998, de 24 de febrero, sobre gestión de los residuos sanitarios en la Comunidad Autónoma de Aragón)

Los fundamentos de su Política Ambiental, y por tanto de su Sistema de Gestión de Residuos son los siguientes:

- El Hospital Obispo Polanco tiene un compromiso de mejora continua en el desarrollo y la aplicación del Sistema de gestión de residuos, y el consumo racional de los recursos naturales. Para ello, establece procedimientos documentados de aplicación, tanto durante el desarrollo de la actividad normal del Hospital, como en el caso de incidentes, accidentes o situaciones de emergencia.
- El Hospital Obispo Polanco se compromete al cumplimiento de la legislación y reglamentación medioambiental.
- El Hospital Obispo Polanco se compromete a prevenir los riesgos de contaminación derivados de sus actividades, y promover la eficiencia energética.
- La Dirección del Hospital Obispo Polanco se compromete a definir y desarrollar la Política Ambiental y a que el Sistema de gestión de residuos sea conocido, entendido y cumplido por todo el personal del Hospital.
- La implantación del Sistema de Gestión de Residuos se engloba dentro de un área de mejora de la Calidad del Sector de Teruel y se propone la creación de un Grupo de Trabajo o Comisión de Medio Ambiente del Sector de Teruel para que trabaje en la Política Ambiental del Sector de Teruel.

- Colaboración en formación y educación con entidades y asociaciones.
- Voluntariado. Colaboración con O.N.G. AECC.

9. RESULTADOS CLAVE

9. RESULTADOS CLAVE

Los resultados clave de rendimiento del hospital son los que nos permiten alcanzar la satisfacción del Sistema sanitario consiguiendo el mayor estado de salud en la población de referencia con una utilización eficiente de los recursos públicos disponibles.

Los indicadores relevantes para la gestión del hospital son aquellos que nos permiten conseguir los objetivos estratégicos para la consecución de la Misión y Visión y están descritos en los objetivos estratégicos y factores críticos de éxito con los indicadores y estándares descritos en el Contrato de Gestión del Hospital Obispo Polanco.

1. PRODUCTO- EFECTIVIDAD.

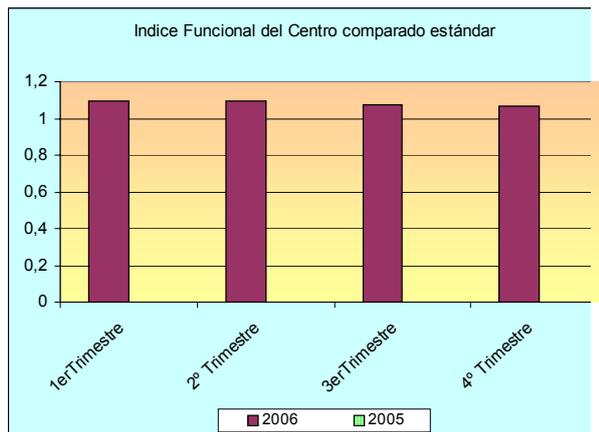
Mejorar la adecuación de la atención proporcionada en los centros de atención especializada, mejorando así mismo, el rendimiento de los recursos.

Proporcionar una atención más efectiva y eficiente, impulsando el uso apropiado de los recursos para conseguir el rendimiento óptimo de las instalaciones y tecnologías

a. **ÍNDICE FUNCIONAL DEL HOP** respecto a sí mismo en el 2005

Estándar: ≥ 1

Resultado: 1,0163



b. **MORBILIDAD Y CASUÍSTICA.**

ESTANCIA MEDIA EN GRDs que presentan mayor número de estancias evitables.

GRD	CDM	Descripción	EM 2005	Resultados 2006	Referencia 2006
541	04	Trastornos respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con CC M	10,2	9,94	8,8
818	08	Sustitución de cadera excepto por compl.	11,9	11,49	10,6
127	05	Insuficiencia cardiaca y shock	7,7	7,97	7,2
140	05	Angina de pecho	7,2	5,94	5,8
175	06	Hemorragia digestiva sin CC	5,2	5,28	4,9
015	01	A I T y oclusión precerebral	6,3	8,38	6,1

Resumen de Indicadores Ordenados por meses

Mes	Pacientes		Días		EM	Peso	Días Potenc. Amb.
	Total	%	Total	%			
enero	657	7,78	4578	7,96	6,97	1,311276	15
febrero	719	8,52	4762	8,28	6,62	1,324645	37
marzo	774	9,17	5736	9,97	7,41	1,425333	41
abril	646	7,65	4648	8,08	7,20	1,351211	32
mayo	766	9,07	5109	8,88	6,67	1,305327	51
junio	744	8,81	4909	8,53	6,60	1,297342	69
julio	597	7,07	4320	7,51	7,24	1,380694	7
agosto	701	8,30	4635	8,05	6,61	1,357913	26
septiembre	671	7,95	4715	8,19	7,03	1,339849	13
octubre	748	8,86	4787	8,32	6,40	1,288924	30
noviembre	762	9,03	4975	8,65	6,53	1,345164	78
diciembre	657	7,78	4371	7,60	6,65	1,362318	22
Total	8442	100,00	57545	100,00	6,82	1,340263	421

Distribución por edades

Edad:	Pac. Totales	% Total	EM
0a-50a	3.425	40,57	4,39
51a-60a	736	8,72	6,52
61a-70a	1.159	13,73	7,62
71a-80a	1.854	21,96	9,22
>80a	1.268	15,02	9,3
Total	8.442	100	6,82

CASUISTICA: Peso Medio, Edad y Estancia Media según Servicio de Alta. Año 2006

Servicio	Total Pac.	% Total Pac.	Peso Medio	Edad Media	Estancia Serv.	EM Servicio
ALG	1	0,01	0,5363	57	2	2
ANR	7	0,08	1,3952	61,43	28	4
CAR	434	5,14	1,3877	68,71	2716	6,26
CGD	1359	16,1	1,2987	57,25	8366	6,16
DER	2	0,02	3,1261	85	2	1
DIG	243	2,88	1,2209	63,98	1661	6,84
END	10	0,12	0,9544	45,1	55	5,5
GIN	277	3,28	0,9836	47,04	1034	3,73
HEM	163	1,93	1,7665	73,33	978	6
MIR	1390	16,47	1,8195	75,59	14565	10,48
MIV	99	1,17	3,9947	70,13	832	8,4
NEF	76	0,9	1,8427	71,49	587	7,72
NML	237	2,81	1,6505	68,88	2043	8,62
NRL	177	2,1	1,7401	67,85	1424	8,05
OBS	878	10,4	0,6159	31,68	2760	3,14

OFT	103	1,22	0,8564	74,03	239	2,32
ONC	11	0,13	1,5684	63,18	68	6,18
ORL	221	2,62	0,9564	46,22	1035	4,68
PED	810	9,59	0,5247	2,46	2749	3,39
PSQ	233	2,76	1,1613	44,15	4118	17,67
REU	5	0,06	1,0832	60,4	19	3,8
TRA	1264	14,97	1,7266	57,16	9320	7,37
URO	442	5,24	1,2655	65,28	2944	6,66
Total	8442	100	1,3403	53,91	57545	6,82

Estancia Media por GRD 25 Primeros GRDs

GRD	Pacientes		Total	Estancia Media			Descripción del GRD
	Total	%		Días	GRD	Min 04-G2	
14	68	0,81	560	8,24	8,43	-0,19	ICTUS CON INFARTO
88	53	0,63	477	9,00	6,68	2,32	E P O C
89	83	0,98	919	11,07	8,11	2,96	NEUMONIA SIMPLE Y PLEURITIS EDAD>17 CON CC
101	43	0,51	450	10,47	7,60	2,87	OTROS DIAGNOSTICOS APTO RESPIRATORIO CC
127	116	1,37	998	8,60	7,26	1,35	INSUFICIENCIA CARDIACA Y SHOCK
148	36	0,43	542	15,06	17,25	-2,19	PROC.MAY.I. D. Y GRUESO CON CC
204	55	0,65	567	10,31	7,84	2,47	TNOS PANCREAS EXCEPTO NEOPLASIA MALIGNA
208	73	0,86	497	6,81	6,83	-0,02	TNOS DEL TRACTO BILIAR SIN CC
209	91	1,08	1059	11,64	8,76	2,88	SUST. ARTIC. MAYOR EXCEPTO CADERA Y REEMPLANTE MIEMBRO INFERIOR
211	68	0,81	1017	14,96	11,07	3,89	PROC. DE CADERA Y FEMUR EXCEPTO ARTICULACION MAYOR EDAD>17 SIN CC
243	84	1,00	641	7,63	6,67	0,96	PROBLEMAS MEDICOS DE LA ESPALDA
359	115	1,36	524	4,56	4,52	0,03	PROC. SOBRE UTERO & ANEJOS POR CA.IN SITU Y PROCESO NO MALIGNO SIN CC
372	145	1,72	486	3,35	2,66	0,69	PARTO VAGINAL CON COMPLICACIONES
373	317	3,76	1018	3,21	2,53	0,68	PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES
428	66	0,78	896	13,58	7,67	5,91	TRNOS DE PERSONALIDAD Y CONTROL DE IMPULSOS
541	229	2,71	2811	12,28	8,68	3,59	TNOS.RESPIRATORIOS EXC. INFECCIONES, BRONQUITIS, ASMA CON CC MAYOR
543	38	0,45	440	11,58	8,84	2,74	TNOS.CIRCULATORIOS EXCEPTO IAM, ENDOCARDITIS, ICC & ARRITMIA CON CC MAYOR
544	85	1,01	1002	11,79	9,17	2,62	ICC Y ARRITMIA CARDIACA CON CC MAYOR
558	16	0,19	437	27,31	18,60	8,71	PROC.MUSCULOESQUELETICO MAYOR EXC. ARTIC.MAYOR BILATERAL O MULTIPLE CON CC
816	154	1,82	469	3,05	2,69	0,35	GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD < 18 SIN CC
818	103	1,22	1249	12,13	10,28	1,84	SUSTITUCION DE CADERA EXCEPTO POR COMPLICACIONES
867	81	0,96	444	5,48	2,29	3,19	ESCISION LOCAL Y EXTRACCION DE DISPOSITIVO FIJACION INTERNA EXCEPTO CADERA
Subtotal	2267	26,85	20884				
25 1os							
Subtotal	8442	100,00	57545				
Total	2267		20884				
25 1os							
Total	8442		57545				

Indice de Calidad por Servicio

Servicio	Pacientes		Exitus		Exitus < 65		Potenc.Ambul.		Días
	Total	% (1)	Total	% (2)	Total	% (2)	Total	% (2)	Potenc.
ALG	1	0,01	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0
ANR	7	0,08	1	0,33	0	0,00	0	0,00	0
CAR	434	5,14	5	1,65	0	0,00	0	0,00	0
CGD	1359	16,10	34	11,22	3	13,04	85	41,67	186
DER	2	0,02	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0
DIG	243	2,88	5	1,65	1	4,35	0	0,00	0
END	10	0,12	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0
GIN	277	3,28	0	0,00	0	0,00	22	10,78	28
HEM	163	1,93	5	1,65	0	0,00	0	0,00	0
MIR	1390	16,47	151	49,83	7	30,43	0	0,00	0
MIV	99	1,17	50	16,50	7	30,43	0	0,00	0
NEF	76	0,90	6	1,98	1	4,35	0	0,00	0
NML	237	2,81	9	2,97	0	0,00	0	0,00	0
NRL	177	2,10	15	4,95	1	4,35	0	0,00	0
OBS	878	10,40	0	0,00	0	0,00	4	1,96	5
OFT	103	1,22	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0
ONC	11	0,13	2	0,66	1	4,35	0	0,00	0
ORL	221	2,62	0	0,00	0	0,00	37	18,14	95
PED	810	9,59	1	0,33	1	4,35	0	0,00	0
PSQ	233	2,76	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0
REU	5	0,06	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0
TRA	1264	14,97	13	4,29	0	0,00	41	20,10	87
URO	442	5,24	6	1,98	1	4,35	15	7,35	20
Total	8442	100,00	303	100,00	23	100,00	204	100,00	421

NOTA (1) % = Pacientes en el Servicio/Total Pacientes

NOTA (2) % = Pacientes del Servicio en cada Categoría/Total Pacientes en la Categoría

MORBILIDAD: Altas según CDM.

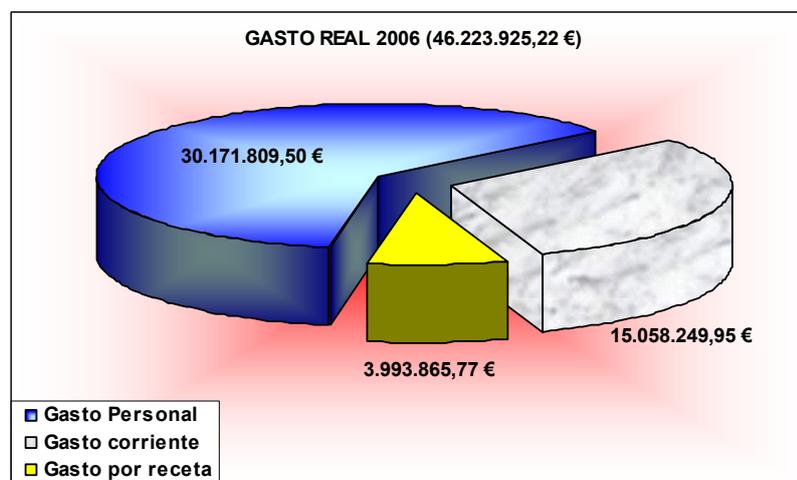
CDM	/ Descripción	Pacientes		Días Totales		EM	EM Min04-G2
		Total	%	Total	%		
1	Enf. y tnos sistema nervioso	386	4,57	2658	4,62	6,89	6,38
2	Enf. y tnos del ojo	104	1,23	256	0,44	2,46	2,02
3	Enf. y tnos ORL	289	3,42	1229	2,14	4,25	3,48
4	Enf. y tnos apto respiratorio	904	10,71	8725	15,16	9,65	7,48
6	Enf. y tnos apto digestivo	1233	14,61	7122	12,38	5,78	5,62
7	Enf. y tnos hígado, sist biliar y páncreas	371	4,39	3338	5,80	9,00	7,94
8	Enf. y trast. sistema musculoesquelético y tejido conectivo	1172	13,88	8690	15,10	7,41	6,00
9	Enf. y tnos piel, tejido subcutáneo y mama	213	2,52	1258	2,19	5,91	4,82
10	Enf. y trast. del sist. Endocrino y metabólico	93	1,10	810	1,41	8,71	6,32
11	Enf. y tnos de riñón y vías urinarias	341	4,04	2562	4,45	7,51	6,20
12	Enf. y tnos apto reproductor masculino	200	2,37	1350	2,35	6,75	5,63
13	Enf. y tnos apto reproductor femenino	227	2,69	1045	1,82	4,60	4,47
14	Embarazo, parto y puerperio	925	10,96	2829	4,92	3,06	2,91
15	RN y neonatos con cond orig. periodo perinatal	304	3,60	942	1,64	3,10	3,34
16	Enf. y tnos. sangre, órganos hematopoy. y sist. inmunitarios	112	1,33	633	1,10	5,65	6,73
17	Enf. y trast. mieloproliferativos y neoplasias mal diferenciadas	115	1,36	819	1,42	7,12	7,93
18	Enf. infecciosas y parasitarias, sistémicas o no localizadas	119	1,41	983	1,71	8,26	7,24
19	Enfermedades y trastornos mentales	225	2,67	4028	7,00	17,90	10,65
20	Uso drogas/alcohol y trast. ment. induc. por drogas/alcohol	23	0,27	193	0,34	8,39	8,28
21	Lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos	104	1,23	643	1,12	6,18	5,24
22	Quemaduras	5	0,06	32	0,06	6,40	8,18
23	Otras causas de atención sanitaria	73	0,86	260	0,45	3,56	3,03
24	Infecciones VIH	2	0,02	28	0,05	14,00	17,95
25	Trauma múltiple significativo	12	0,14	250	0,43	20,83	15,71
Subtotal		8442	100,00	57545	100,00	6,82	5,76
Total		8442		57545		6,82	5,76

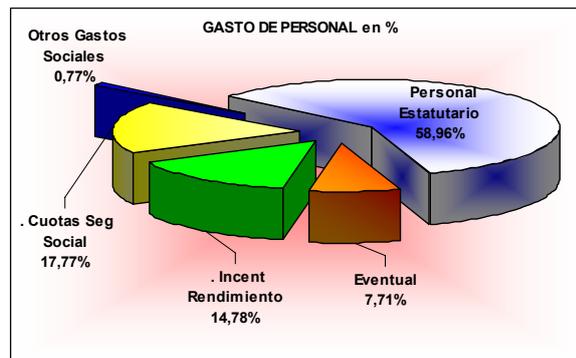
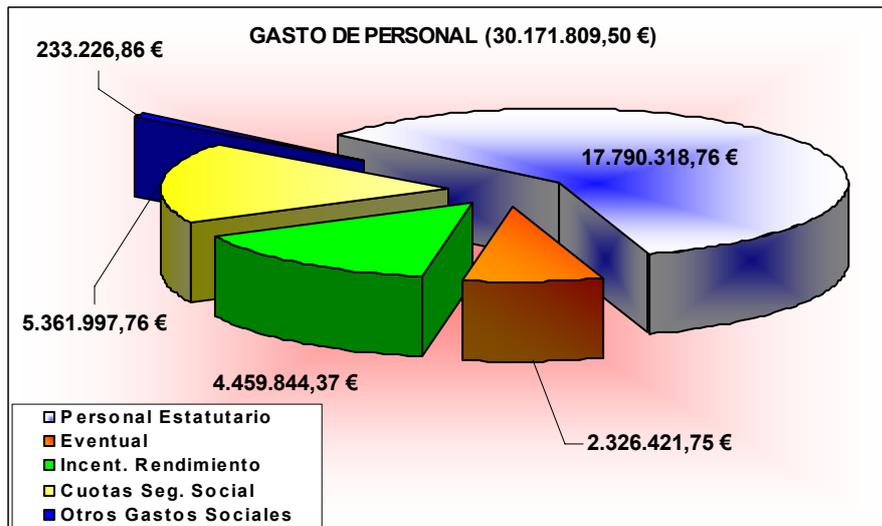
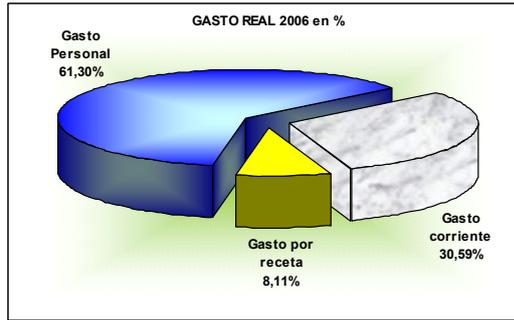
c. N° de procesos en los que se realiza CMA

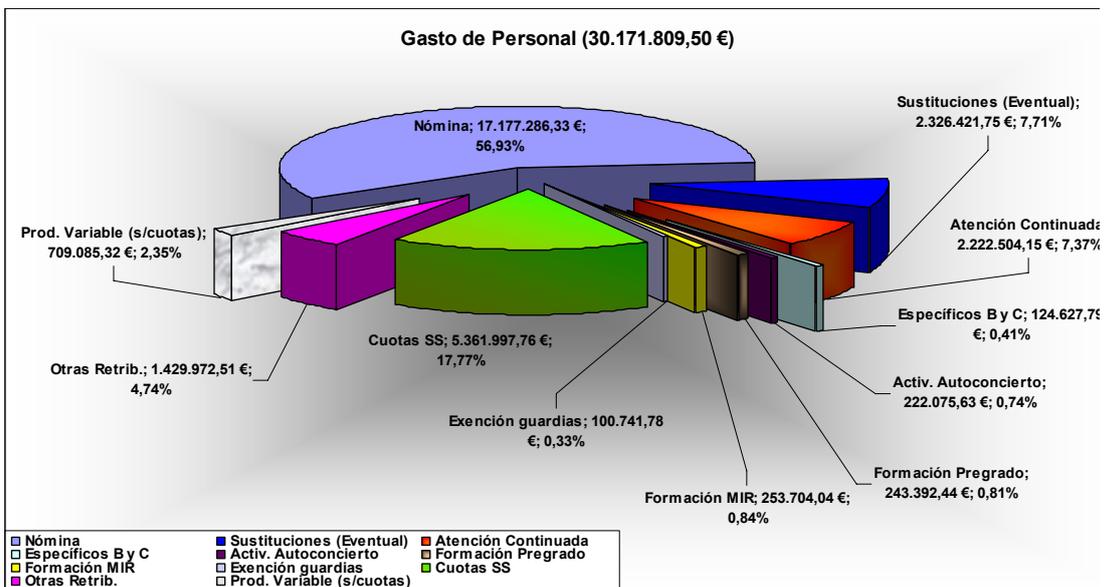
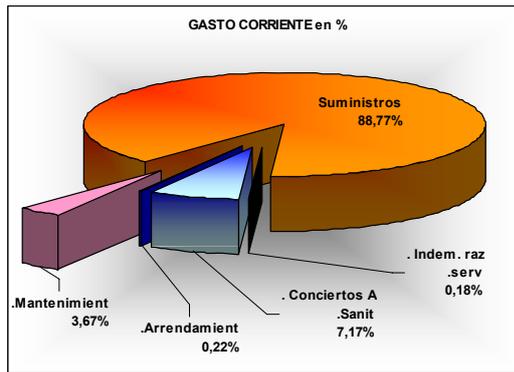
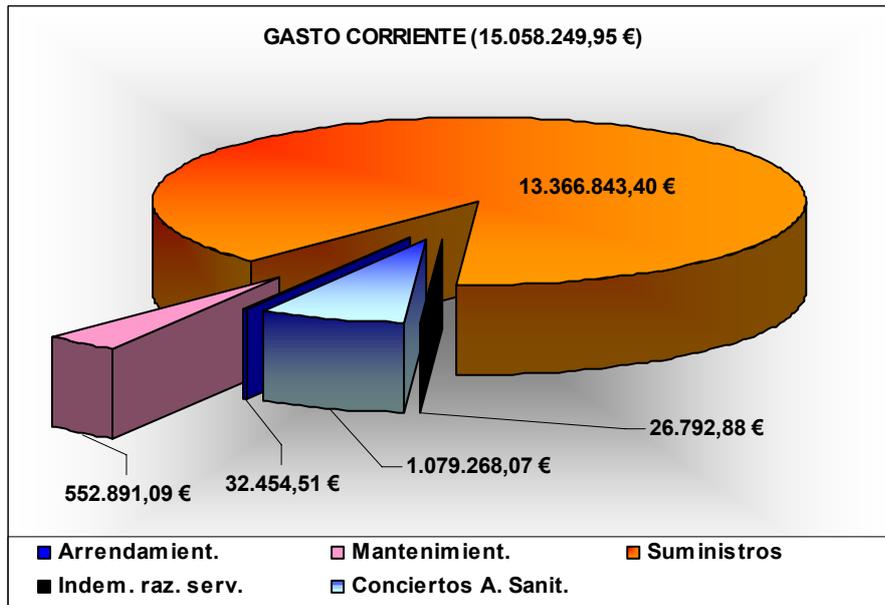
	TOTAL 2004	CMA 2004	TOTAL 2005	CMA 2005	TOTAL 2006	CMA 2006
Hernia pared abdominal_total	255	2	224	2	238	0
Varices	44	5	60	8	56	2
Tumor benigno de mama	1	1	6	3	4	1
Hallux Valgus	15	6	36	1	26	1
Enfermedad de Dupuytren	13	0	7	1	12	1
Liberación del túnel carpiano	110	69	116	104	94	88
Cataratas	190	74	169	41	152	66
Amígdalas	16	1	13	0	17	1
Bloqueo tubárico	50	1	50	9	59	9
Vasectomía	54	53	53	51	50	49
Legrado uterino	131	12	136	2	141	4
Quiste pilonidal	34	2	24	2	23	3
Ganglionectomía	21	15	120	23	53	17
Extracción de material de osteosíntesis	131	61	121	83	92	50
Artroscopia	214	20	181	10	208	10
Total	1305	322	1349	340	1239	302
Otras deformaciones dedos pie (garra, martillo...)	15	6	26	14	19	10
Prostatectomía tranuretral	125	6	25	2	75	2
Circuncision	27	25	60	58	44	42
Fimosis pediátrica	15	14	85	5	23	3
Vasectomía ampliada	54	53	57	51	49	49
Implantacion marcapasos cardiaco	4	0	2	0	22	1
Ganglión_ganglionectomía vaina tendon muñeca	17	12	18	17	16	13
Resto ganglionectomías no del SN	4	3	102	6	37	4
Artroscopia rodilla	135	20	128	10	147	10

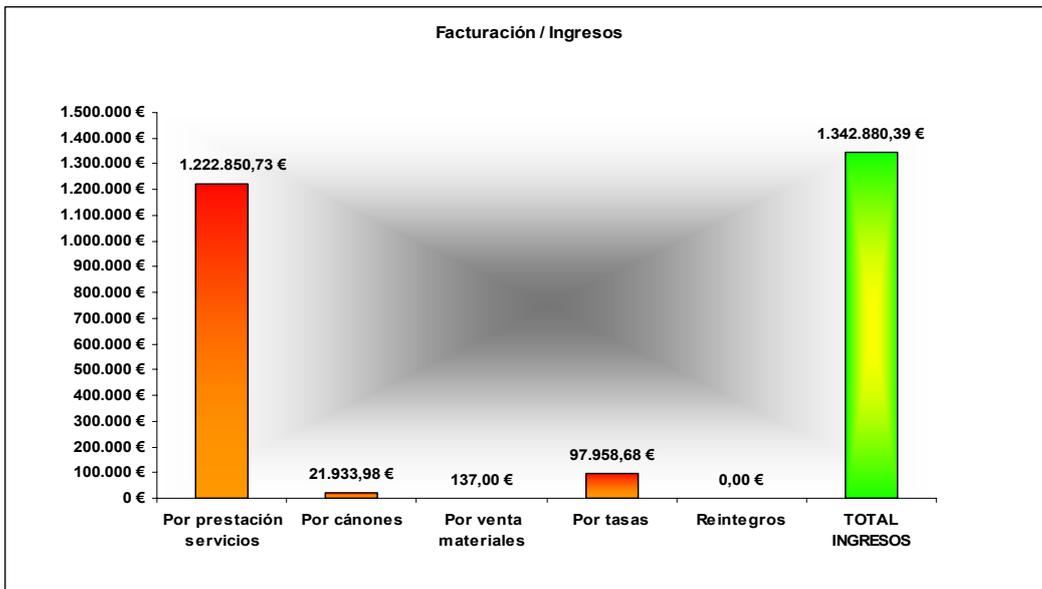
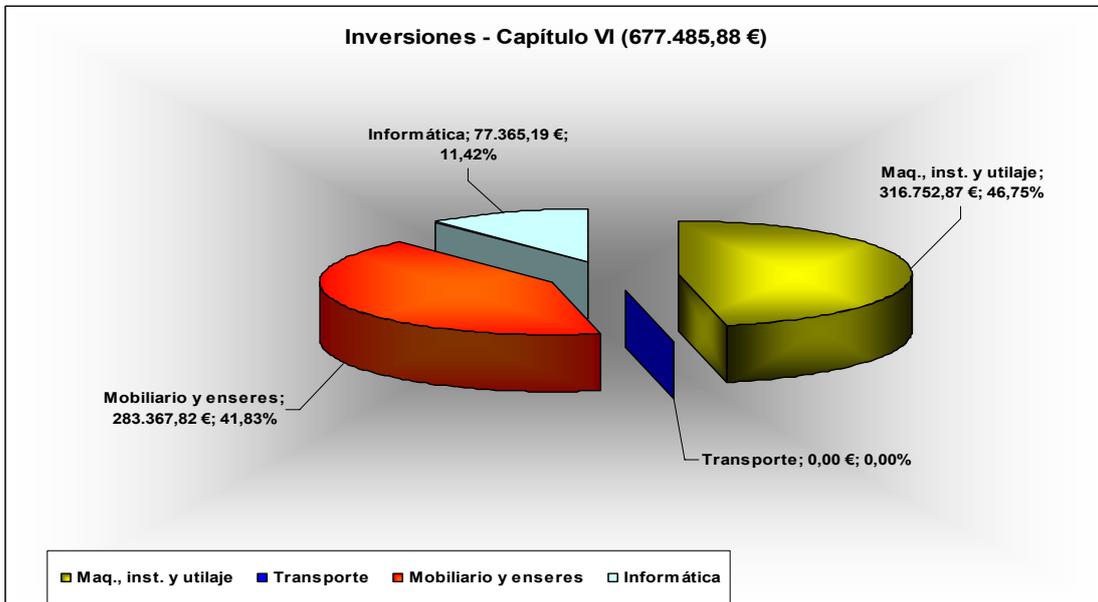
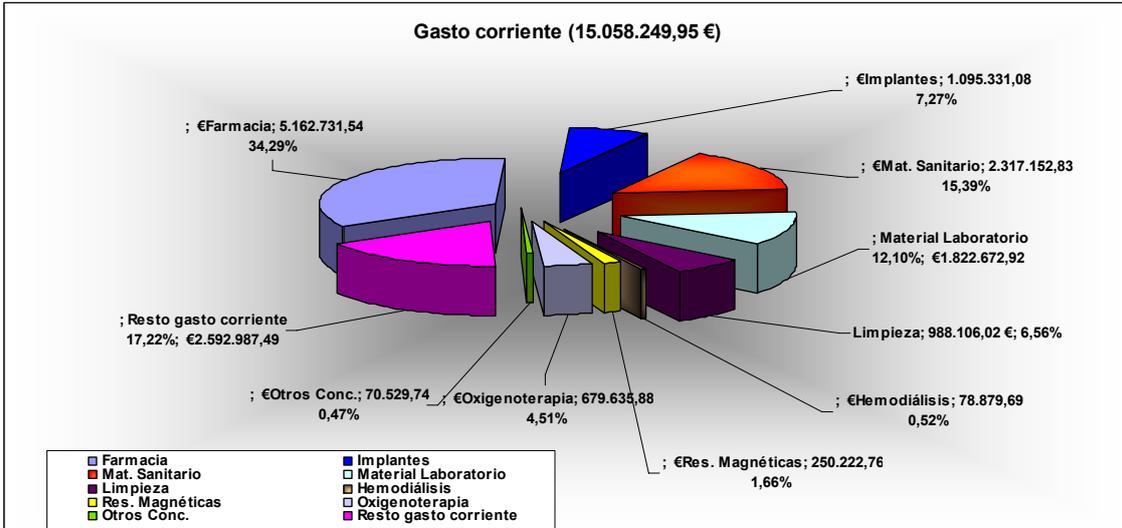
d. Porcentaje (%) de pacientes con estancia preoperatoria en Cirugía Programada menor o igual a 1 día.

Estándar: >= 85% Resultados: 95,3%

2. **RESULTADOS ECONÓMICOS** Cumplir con el presupuesto asignado.

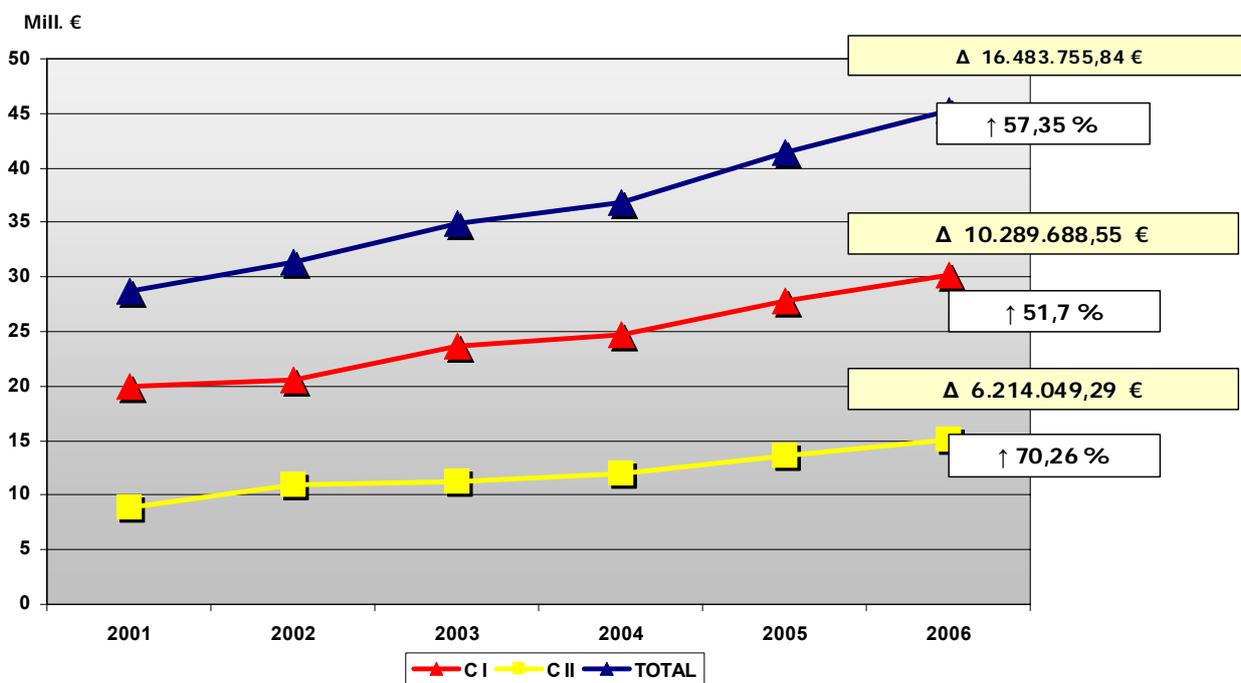




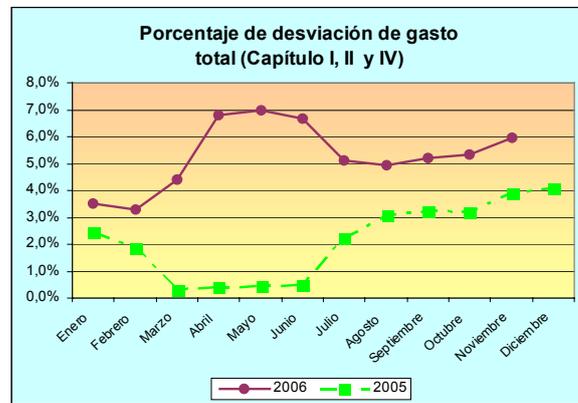
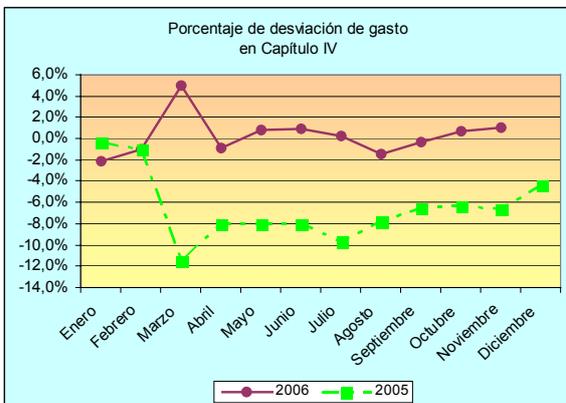
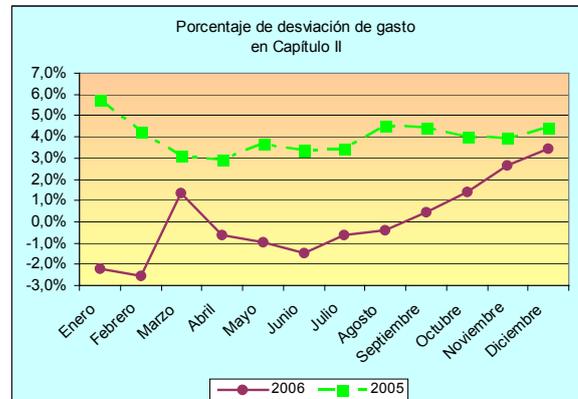
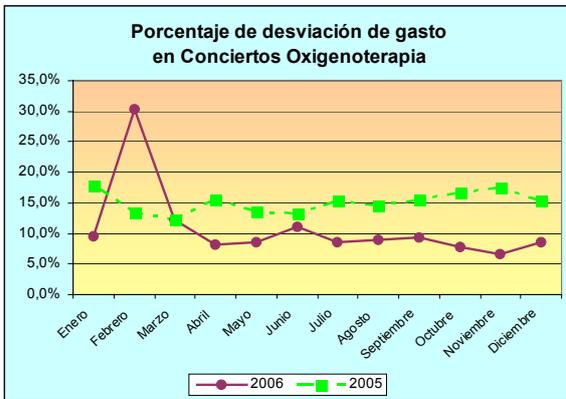
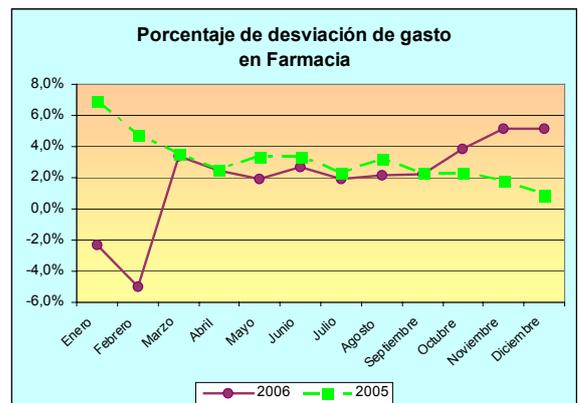
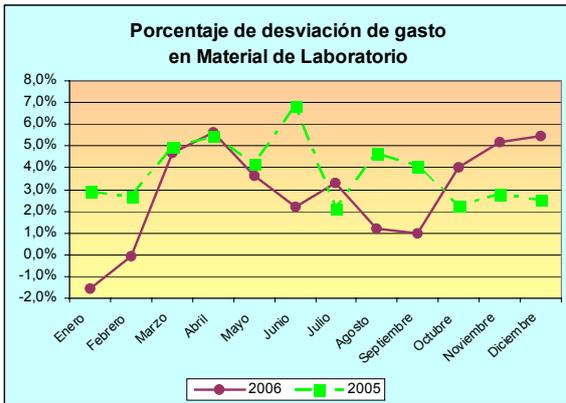
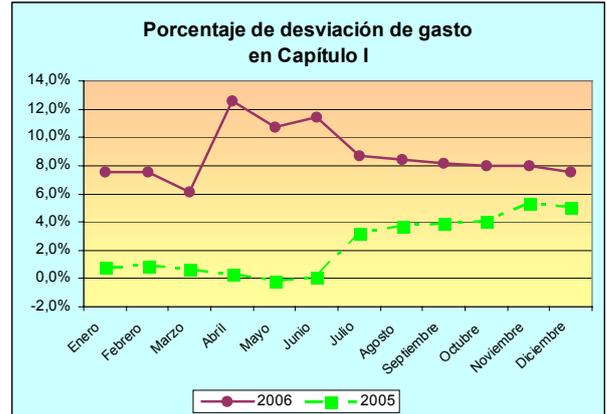
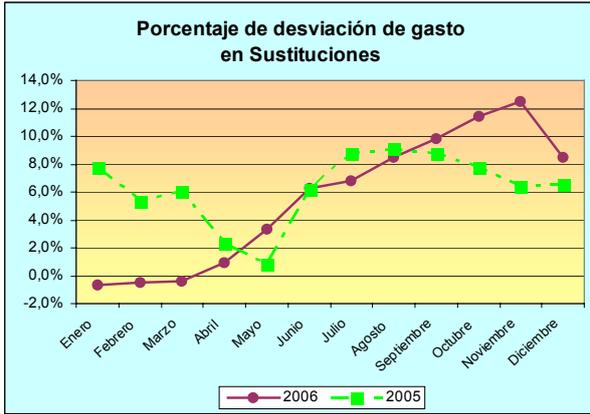


	Gasto Real 2005	Gasto Real 2006	Incremento 2005-2006	% incremento
CAP. I	27.814.708,14 €	30.171.809,50 €	2.357.101,36 €	8,47 %
CAP. II	13.652.199,81€	15.058.249,95 €	1.406.050,14 €	10,30 %
CAP. IV	3.758.242,20 €	3.993.865,77 €	235.623,57 €	6,27 %
CAP. VI	488.745,00 €	677.499,25 €	188.754,25 €	38,62 %
TOTAL	45.713.895,15 €	49.901.424,47 €	4.187.529,32 €	9,16 %

Evolución Gasto 2001-2006. H O P

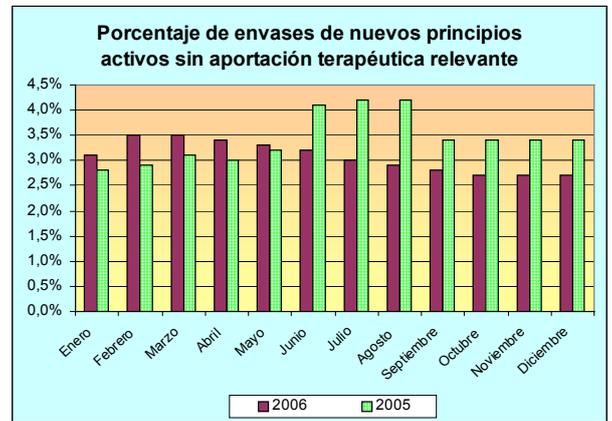
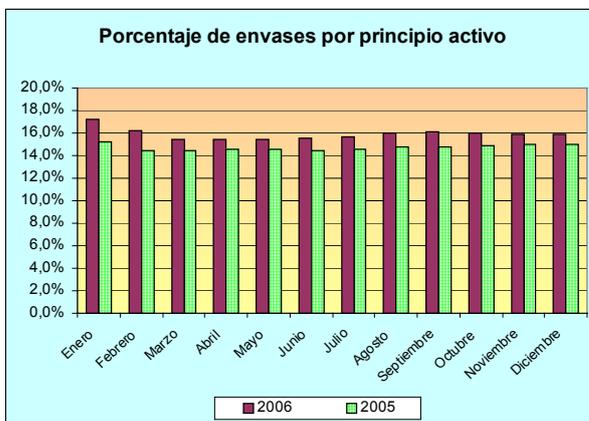


INDICADOR	ESTÁNDAR	Numerador del resultado	Denominador resultado	Resultado
% del presupuesto global ejecutado.	≤ 100%	49.223.925	48.670.275	101,1%
% de presupuesto ejecutado de				
Capítulo I	≤ 100%	30.171.810	29.727.966	101,5%
Capítulo II	≤ 100%	15.058.250	14.918.630	101,0%
Capítulo IV	≤ 100%	3.993.866	4.023.678	99,3%
% de cobros a terceros respecto a lo previsto en el Anexo II	≥ 100%	1.342.880	1.061.000	126,6%



3. **FARMACIA.** Mejorar la calidad en la prescripción farmacéutica

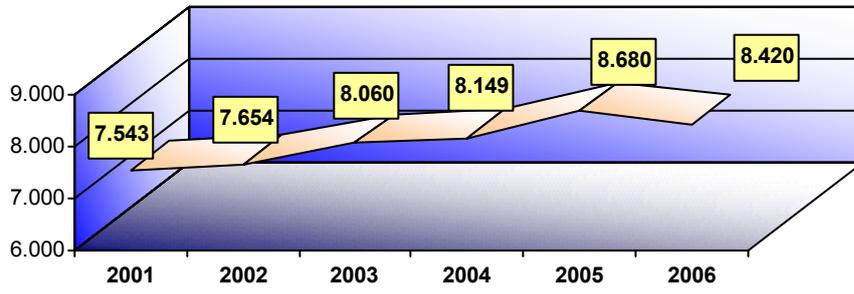
INDICADOR	ESTÁNDAR	Resultado
Porcentaje (%) de envases de nuevos principios activos sin aportación terapéutica relevante (novedad tipo C) respecto al total de envases prescritos.	≤ 3,5%	2,7%
Porcentaje (%) de DDD de IECA respecto conjunto total de IECA+ARAI.	≥ 55%	41,1%
Porcentaje (%) de DDD de omeprazol respecto al total de Inhibidores de la bomba de protones (IBP).	≥ 70%	71,0%
Porcentaje (%) de envases por principio activo respecto al total de envases.	≥ 8%	15,9%



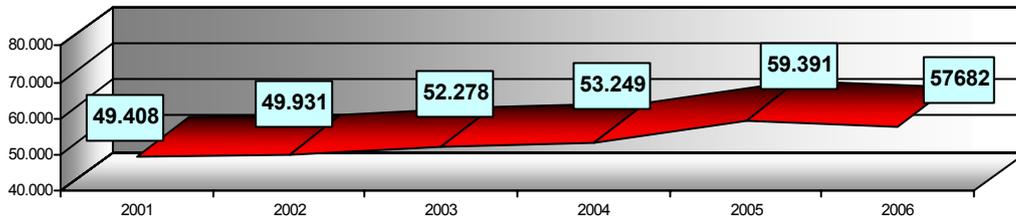
4. RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL***Cuadro comparativo de la actividad realizada en el periodo 2001-2006***

Concepto	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Ingresos	7.543	7.654	8.060	8.301	8680	8.420
Estancias	49.408	49.931	52.278	53.249	59.391	57.682
Estancia media	6,6	6,5	6,5	6,4	6,8	6,8
IQ totales	4.722	4.952	4.866	4.681	4.763	4.722
IQ programadas con H	2.080	2.289	2.258	2.239	2.162	2.211
IQ programadas sin H	1.432	1.516	1.377	1.367	1.470	1.453
IQ urgentes	1.210	1.146	1.233	1.075	1.131	1.058
Rendimiento Quirúrgico	61%	64%	64%	63%	62%	66%
Total Consultas	106.775	114.021	119.698	120.485	118.134	115.793
Primeras	29.881	31.033	32.092	31.355	30.946	30.665
Sucesivas	76.894	82.988	87.606	89.130	87.188	85.128
Índice sucesivas/primeras	2,6	2,7	2,7	2,8	2,8	2,8
Estudios Rx	58.874	60.751	61.276	60.839	60.903	58.088
Ecografías	5.350	6.065	6.863	6.774	7.117	6.940
Mamografías	2.109	2.499	2.616	2.561	2.458	1.905
TC	4.271	4.428	4.833	4.951	5.330	5.593
Total estudios Rx	70.604	73.743	75.588	75.125	75.808	72.526
Urgencias atendidas	26.122	26.691	28.906	29.519	31.160	30.538
Urgencias ingresadas	4.053	4.060	4.321	4.387	5.185	4.816
Partos normales	347	287	317	381	338	418
Partos distócicos	65	73	63	91	65	59
Cesáreas	122	125	170	156	186	151
% Cesáreas	23%	26%	31%	25%	32%	24%
Total Partos	534	485	550	628	589	628

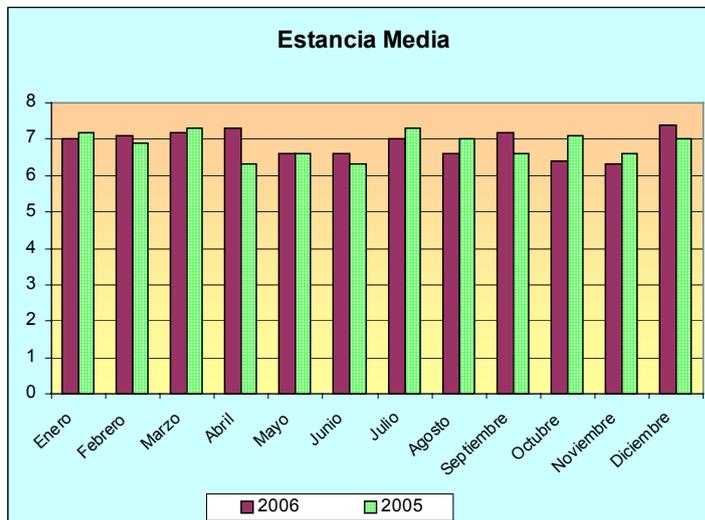
Evolución Ingresos



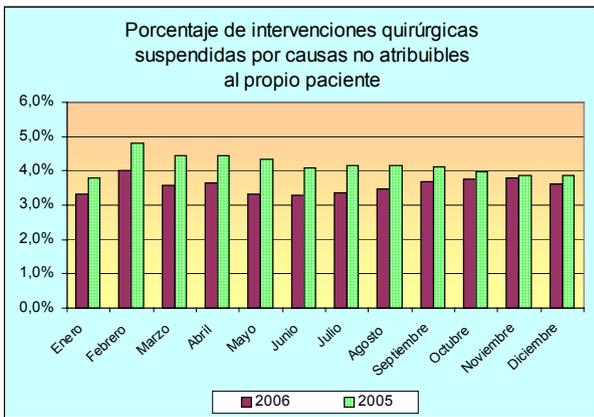
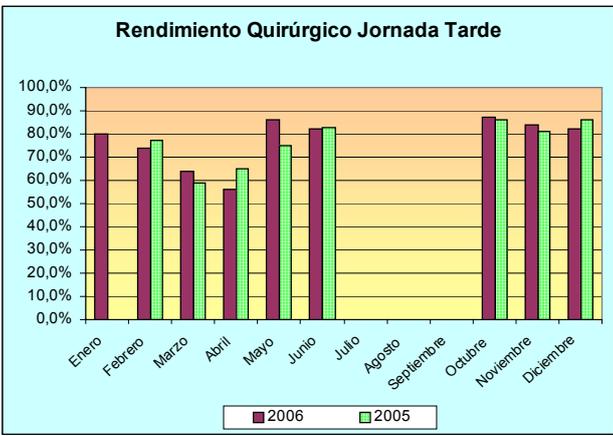
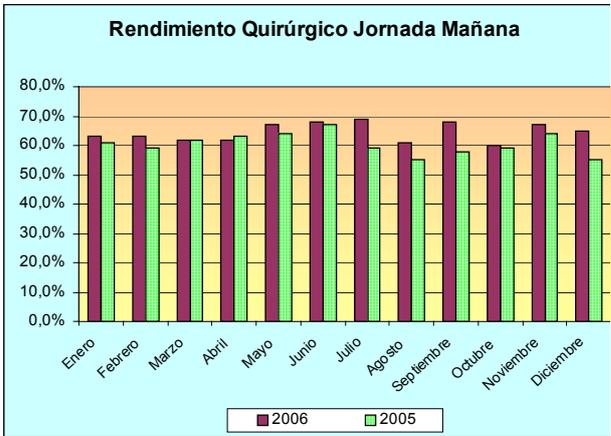
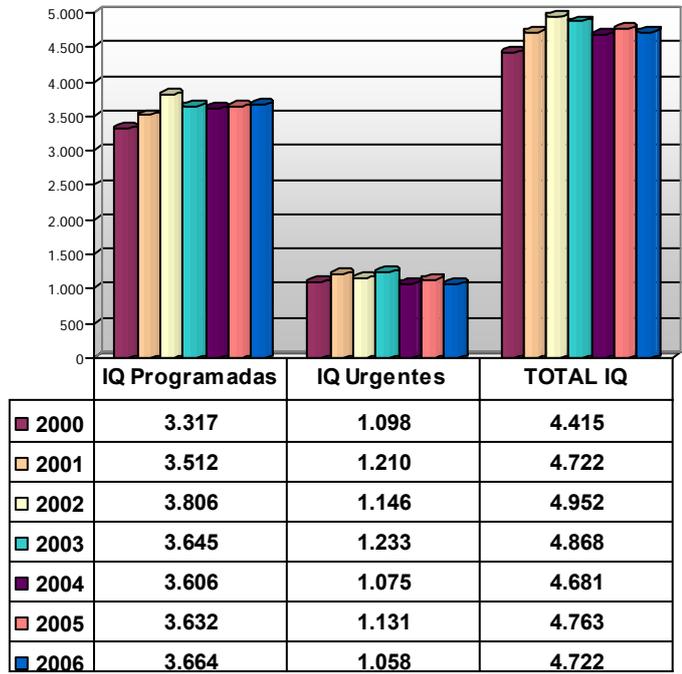
Evolución Estancias por años



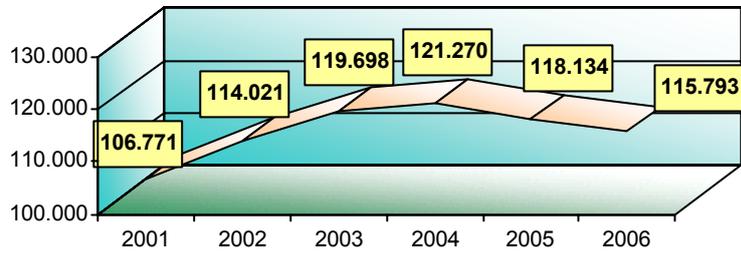
Estancia Media



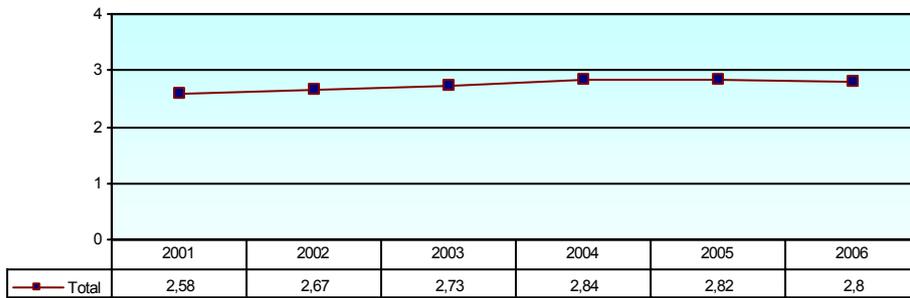
Intervenciones Quirúrgicas



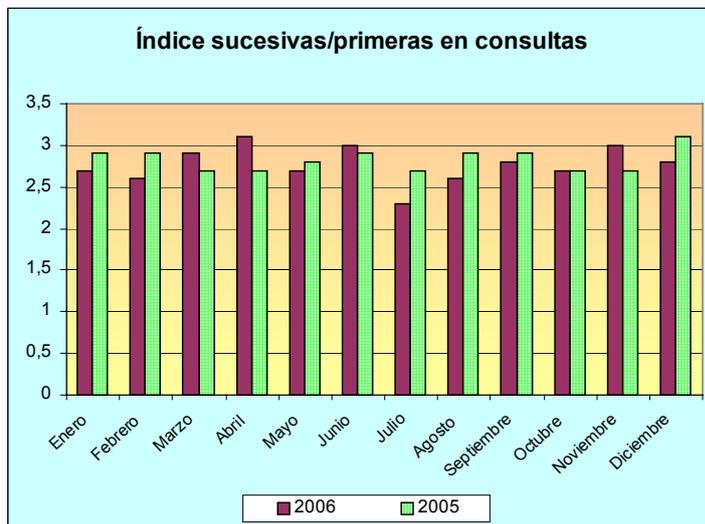
Evolución Consultas Totales



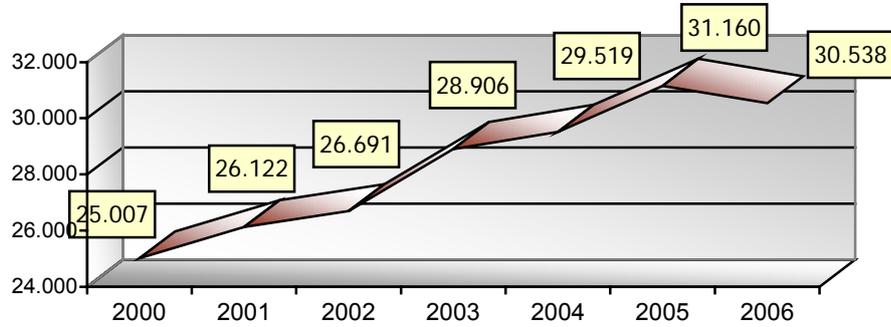
Evolución de la relación sucesivas/primeras



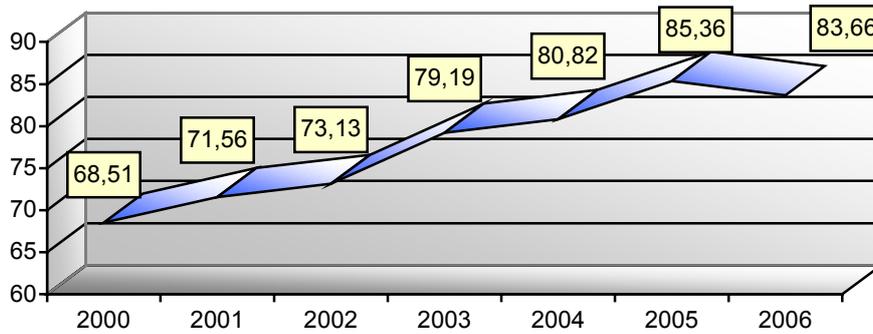
Índice sucesivas/primeras en consultas



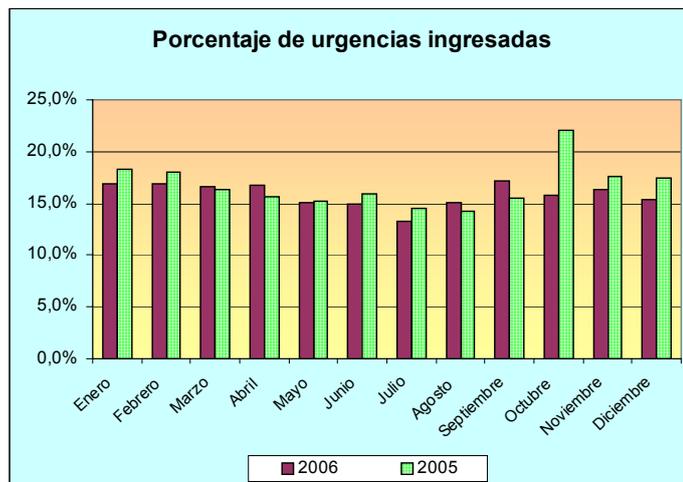
Total Urgencias Atendidas



Nº Urgencias /día



Porcentaje de urgencias ingresadas



5. ACCESIBILIDAD. COBERTURA DE LA POBLACIÓN.

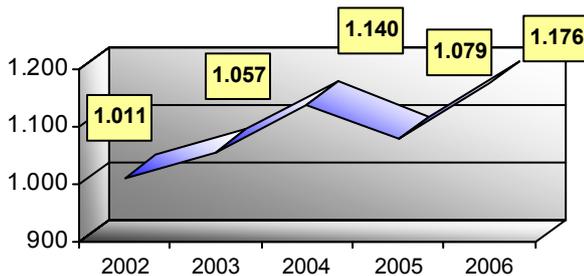
LISTAS DE ESPERA

a. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA.

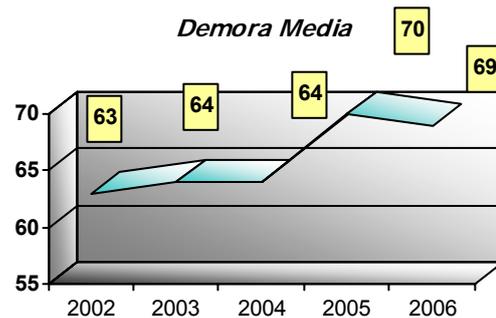
La lista de espera quirúrgica la constituyen los pacientes pendientes de intervención quirúrgica que puede ser programada, que no cumple ningún criterio de urgencia. Esta lista supone un indicador clave de accesibilidad al hospital. Ya que es un indicador clave, su gestión está protocolizada y es objeto de seguimiento exhaustivo. Garantizar que ningún paciente sobrepase el plazo de garantía, una demora máxima de seis meses en cirugía programada. En la Comunidad de Aragón, en la que se publicó en el BOA del 19 de Mayo de 2003 el Decreto 83/2003, sobre el cumplimiento de una Garantía de Demora, que establece unos plazos límites de espera para los registros de demanda quirúrgica de determinadas patologías.

Datos globales	31 - 12 - 2005	31 - 12 - 2006	Diferencia
Total LEQ	1.079	1.176	97
Pacientes > 6 meses	0	0	0
Demora media	70 días	69 días	-1
Índice E/S	1	1,01	1,01

Total LEQ (diciembre)

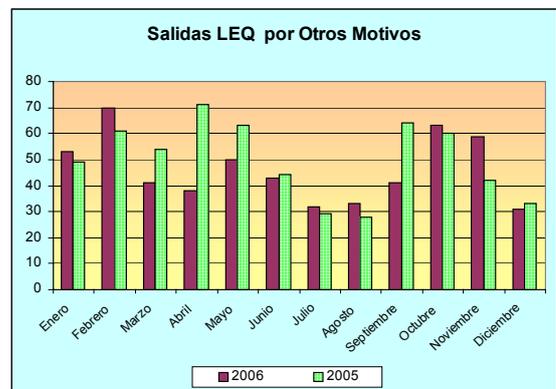
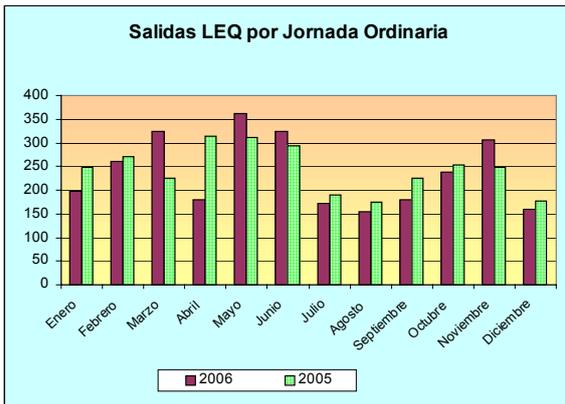


Demora Media



L.E.Q. POR ESPECIALIDADES

Especialidad	L.E.Q. Total	> 6 meses	Demora media	Índice E/S
Traumatología	444	0	69	1,02
Cirugía	282	0	77	0,97
Urología	136	0	51	0,97
ORL	72	0	72	1,02
Ginecología	82	0	77	1,02
Oftalmología	101	0	58	1,19
Dermatología	59	0	78	1,07



b. LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS EXTERNAS y EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Garantizar que ningún paciente sobrepase una demora máxima de 45 días en el caso de consultas externas y 30 días en la realización de exploraciones complementarias.

LISTA DE ESPERA SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO

SERV	O-15 días	16d.-1mes	+1 a 2meses	+2 a 3mes	> 3 meses	TOTAL	Dem. Media	Dias Demora
RADIOGRAF.	397					397	1	1
ECOGRAFIAS	186	237	327	276	114	1140	47	110
MAMOGRAF	9					9	6	10
MAMOG. CRIB.	59	113	173	184	492	1021	75	200
TAC	78	90	110	71	41	390	44	105
RESON. MAG	85	113				198	15	18
TOTAL	729	440	610	531	647	2957	28	

LISTA DE ESPERA ENDOSCOPIAS

PRUEBA	O-15 días	16d.-1mes	+1 a 2meses	+2 a 3mes	+ de 3 meses	TOTAL
Colonosc/Rectosigm.	16	9				25
Gastroscopias	8	5				13
TOTAL	24	14	0	0	0	38

Lista de Espera de Consultas Externas:

Especialidad	Periodos de demora				Total pacientes	Demora media
	0 - 15 d	16 d - 1 m	1 - 2 m	2 - 3 m		
Alergia	40	19	1		60	12
Anestesia	73	5			78	10
Cardiología	47	32			79	14
Cirugía	54	76	44		174	22
Dermatología	107	114	87		308	22
Digestivo	59	36	3		98	14
Endocrinología	35	4			39	9
Ginecología (*)	48	19	2		69	12
Hematología	8	4			12	14
Medicina Interna	6	10	3		19	20
Nefrología	6				6	8
Neumología	23	7	1		31	11
Neurología	28	24	19		71	20
O.R.L.	46	4			50	7
Obstetricia	39	21	1		61	13
Oftalmología	160	137	90		387	19
Oncología	4				4	6
Pediatría	30	37	10		77	19
Rehabilitación	72	70			142	15
Reumatología	34	36	23		93	21
Traumatología (*)	145	121	64		330	19
Urología	49	70	37		156	22
TOTAL	1.128	846	385		2.359	19

6. PROCESOS EN ENFERMERÍA

- % de pacientes con valoración de enfermería realizada en las primeras 24 horas: 93,56%.
- % de pacientes a los que se les ha aplicado un plan de cuidados dentro de los que están implantados en el hospital:

2005	76,77%
2006	87,50%

- % de pacientes que en su historia consta el informe de continuidad de cuidados al alta:

2005	23,82%
2006	40 %

- % de pacientes derivados al enfermero de enlace en los que consta en el protocolo de derivación el ICCE: 100%.

2005	
2006	100%

Cientes: Seguridad clínica

- % de pacientes identificados con la pulsera de identificación:

2005	
2006	84,47%

- Pacientes evaluados para los indicadores de UPP: 1.284

- Nº de UPP: 52
- UPP adquiridas en el Hospital: 18
- Con Norton > 14: 4
- Con Norton < 14: 14
- % de UPP en el Hospital: 1,48%.
- %UPP con Norton < 14: 1,40%
- %UPP con Norton > 14: 0,31%

- Nº de caídas

2002	33 caídas
2003	34 caídas
2004	46 caídas
2005	80 caídas
2006	64 caídas

- N° de derivaciones al PRS:

2005	441 casos
2006	525 casos

Personas

- N° de comunicaciones científicas o sesiones clínicas presentadas por enfermería en 2006: 30.
- N° de mesas redondas a las que ha sido invitada a moderar la Directora de Enfermería en 2006: 3.
- Enfermeras del Hospital que pertenecen a la Comisión de cuidados del SALUD: 1.
- Enfermeras del Hospital que colaboran en el grupo de trabajo de la enfermería basada en la evidencia de IACS: 6.
- Enfermeras del Hospital que colaboran en la acreditación de las actividades formativas del Departamento Salud: 2.
- % de Unidades que mantienen actualizado el registro de actividades formativas realizadas por los profesionales adscritas a la misma: 100%.
- % de Unidades que realizan el seguimiento del gasto de material sanitario dentro de los límites establecidos por la Dirección de Enfermería o en caso de desviación presentan una justificación razonable: 100%
- % de Unidades que gestionan los ajustes horarios en cartelera: 95%.
- % de Unidades que a fecha 15-01-07 tenían zanjados todos los días de libre disposición: 99% (6 días pendientes en una Unidad).
- % de Unidades de Enfermería que gestionan los días de libranza y vacaciones durante su contrato: 100%
- N° de profesionales que acuden al Acto Institucional de Acogida:

2005	46
2006	47

- Valoración del Acto Institucional de Acogida (1-10):

2005	8,08
2006	8,36

- N° de jornadas facilitadas a los profesionales por la aplicación de la nueva Guía de permisos y Plan de Conciliación de la vida familiar y profesional desde su aplicación en el mes de julio de 2006:

Mes	Enfermera	Auxiliar	Técnico
Julio	92	4	0
Agosto	40	32	
Septiembre	12	7	
Octubre	64	20	
Noviembre	111	29	1
Diciembre	57	21	14
Total	376	113	15

- N° de meses de contratación para la cobertura vacaciones de verano.

Categoría Prof.	2003	2004	2005	2006
Enfermeras	94	95	102	107
Auxiliares Enf.	86	88	93	100
Matronas	3,5	3,5	3,5	3
TEL	11	13	12	13
TER	12	12	15	15

- N° días de vacaciones por antigüedad

Categoría Prof.	2005	2006
Enfermeras	307	339
Auxiliares Enf.	186	183
Matronas	6	3
Fisioterapeutas	19	20
Técnicos	13	13

- Meses contratados por vacaciones de antigüedad

2005	8,5 meses de enfermera	6 meses de auxiliar enf.
2006	10 meses de enfermera	6 meses de auxiliar enf.

- Resultados del estudio de la proyección de enfermeras y auxiliares de enfermería mayores de 55 a partir del 2007 hasta 2016

Enfermeras:

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
5	8	14	20	26	32	37	44	46	49

Auxiliares de Enfermería:

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
21	24	25	23	20	21	19	21	18	17

Liderazgo

- % de Unidades de Enfermería que realizan la autoevaluación del Contrato de Gestión: 100%.
- % de Unidades que presentan la memoria de la Unidad en el plazo establecido: 100%.

Autoevaluación según modelo EFQM de Excelencia

RESUMEN DE PUNTUACIÓN

CRITERIOS	SUBCRITERIOS	PUNTUACIÓN	FACTOR
LIDERAZGO	Subcriterio 1a	41,81	
	Subcriterio 1b	29,51	
	Subcriterio 1c	32,92	
	Subcriterio 1d	43,68	
	Subcriterio 1e	35,14	
	SUBTOTAL	36,61	36,61
POLÍTICA Y ESTRATEGIA	Subcriterio 2a	30,90	
	Subcriterio 2b	39,81	
	Subcriterio 2c	36,34	
	Subcriterio 2d	40,62	
	SUBTOTAL	36,92	29,54
PERSONAS	Subcriterio 3a	31,88	
	Subcriterio 3b	28,47	
	Subcriterio 3c	41,44	
	Subcriterio 3d	37,15	
	Subcriterio 3e	36,46	
	SUBTOTAL	35,08	31,57
RECURSOS Y ALIANZAS	Subcriterio 4a	38,82	
	Subcriterio 4b	36,21	
	Subcriterio 4c	39,71	
	Subcriterio 4d	35,07	
	Subcriterio 4e	38,35	
	SUBTOTAL	37,63	33,87
PROCESOS	Subcriterio 5a	28,47	
	Subcriterio 5b	29,27	
	Subcriterio 5c	33,53	
	Subcriterio 5d	32,64	
	Subcriterio 5e	34,43	
	SUBTOTAL	31,67	44,33
RESULTADOS EN LOS CLIENTES	Subcriterio 6a	26,56	
	Subcriterio 6b	7,68	
	SUBTOTAL	34,24	68,49
RESULTADOS EN LAS PERSONAS	Subcriterio 7a	19,53	
	Subcriterio 7b	7,42	
	SUBTOTAL	26,95	24,26
RESULTADOS EN LA SOCIEDAD	Subcriterio 8a	6,77	
	Subcriterio 8b	20,31	
	SUBTOTAL	27,08	16,25
RESULTADOS CLAVE	Subcriterio 9a	16,41	
	Subcriterio 9b	19,01	
	SUBTOTAL	35,42	53,13
TOTAL			338,05

ÁREAS DE MEJORA DE LA AUTOEVALUACIÓN EFQM 2006

1. Plan estratégico del Hospital Obispo Polanco, incluido en el Sector bianual.
2. Identificación y estudio de los grupos de interés del Hospital Obispo Polanco
3. Plan de comunicación. Desarrollar fase de Programación del Hospital Obispo Polanco siguiendo las líneas generales del documento elaborado. Establecimiento de indicadores para cada uno de los públicos o líneas de acción preferente
4. Desarrollar estrategias de gestión de la tecnología que apoye la Política y Estrategia de la organización.
5. Elaboración del mapa 0 de procesos del Hospital Obispo Polanco
6. Programa de mejora de la accesibilidad y de la atención en consultas externas
7. Elaboración de la Guía para la gestión de consultas externas
8. Plan de recogida y reciclaje de residuos., difusión, implantación y evaluación en el Hospital Obispo Polanco
9. Revisión, actualización o elaboración de cuadros de mandos de los diferentes Servicios y Unidades