

CONTRATO DE GESTIÓN SECTOR DE TERUEL

2
0
0
6

Índice

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

- ◆ Objetivos:

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

- Resultados Clave • **Págs. 5 a 13**
- Resultados en los Clientes • **Págs. 14 a 21**
- Resultados en las Personas • **Págs. 22 a 23**
- Resultados en la Sociedad • **Pág. 24**

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

- Liderazgo • **Págs. 25 a 27**
- Política y Estrategia • **Pág. 28**
- Personas • **Págs. 29 a 30**
- Alianzas y Recursos • **Págs. 31 a 32**
- Procesos • **Págs. 33 a 36**
- ◆ Anexo I: Población • **Pág. 37**
- ◆ Anexo II: Presupuesto del Sector 2006 • **Pág. 38**
- ◆ Anexo III: Personal • **Pág. 40**

En Zaragoza, a 14 de marzo de 2006.

REUNIDOS

El Director Gerente del Servicio Aragonés de Salud, D. Antonio Brun Macipe y el Gerente de Sector de Teruel, D. Pablo Castellote García,

ACUERDAN

Ratificar el Contrato de Gestión para el período 2006, firmado entre la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud y la Gerencia del Sector de Teruel.

EL DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO EL GERENTE DE SECTOR DE TERUEL,
ARAGONÉS DE SALUD,

Fdo.: Antonio Brun Macipe

Fdo.: Pablo Castellote García

Visión, Misión y Valores del Servicio Aragonés de Salud

Visión

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

Misión

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

Valores

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

RESULTADOS CLAVE

Las Organizaciones Excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a los elementos clave de su política y estrategia.

Objetivo Estratégico 1.1.- Mejorar la atención.

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

Objetivo Mejorar el producto de Atención Primaria tanto en lo que respecta al total de su cartera de servicios como a servicios específicos de carácter prioritario.

Indicador

1. Resultado en puntos del Producto total medido por coberturas en Cartera de Servicios, evaluado a fecha 30 de noviembre de 2006.
2. Resultado en cobertura de cada servicio prioritario, evaluado a fecha 30 de noviembre de 2006.

Estándar / es

Código	107	301	301	304	318	319	
Servicio	Niño asmático	Gripe ≥ 65	Gripe < 65	Prev. E.C.V.	TAO	Tabaco	Producto total
TERUEL	46	70	45	75	47	30	56,85

Líneas de producto implicadas

Atención Primaria

1 y 2

Atención Especializada

Salud Mental

Socio sanitaria

Sector

Observaciones

- Los servicios prioritarios en 2006 son:
 1. Vacunación antigripal.
 2. Prevención de enfermedades cardiovasculares.
 3. Control ambulatorio de anticoagulación oral.
 4. Atención al paciente dependiente del tabaco.
 5. Atención al niño asmático.

RESULTADOS CLAVE

Objetivo Estratégico 1.1.- Mejorar la atención.

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

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

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

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

Objetivo	Mejorar la adecuación de la atención proporcionada en los centros de atención especializada, mejorando así mismo, el rendimiento de los recursos.
Indicador	- Índice Funcional del Centro respecto a sí mismo en el ejercicio precedente (2005). - Estancia media en los 6 GRD's que presentan, un mayor número de estancias evitables, según la referencia proporcionada por la Dirección General de Planificación y Aseguramiento. - Número de procesos en los que se realiza CMA - Variación del número de pacientes atendidos mediante CMA - Porcentaje (%) de pacientes con estancia preoperatoria en Cirugía Programada menor o igual a 1 día. - Conformidad del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama con las previsiones para 2006.
Estándar / es	≤ 1 - A determinar por la Dirección de Atención Especializada. - A determinar por la Dirección de Atención Especializada. - A determinar por la Dirección de Atención Especializada. ≥ 85% - Hay conformidad

	Atención Primaria	Atención Especializada	Salud Mental	Socio sanitaria	Sector
Líneas de producto implicadas		1, 2, 3, 4 y 5			6

- Observaciones**
- Respecto al Indicador 1 la Dirección de Atención Especializada proporcionará la metodología para su evaluación antes del 31 de marzo.
 - En el indicador 2 se mantienen los mismos GRD's del año 2005. La Dirección de Atención Especializada proporcionará los estándares de referencia antes del 31 de Marzo. En estos GRD's la tasa de reingresos debe ser inferior al 5% para cumplir el objetivo.

- Se mantienen los mismos procesos de CMA del año 2005 a los que hacen referencia el indicador 3 y 4. La metodología para la evaluación de estos indicadores será proporcionada por la Dirección de Atención Especializada antes del 31 de marzo.
- Para la evaluación del indicador 1, 2, 3 y 4 el periodo de estudio será del 1 de Octubre del 2005 al 30 de Septiembre del 2006. Los datos serán proporcionados por la Dirección General de Planificación y Aseguramiento. Para la asignación de la productividad variable correspondiente al ejercicio 2006 se utilizarán los datos de cierre definitivo del CMBD de dicho ejercicio (Desde el 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2006).
- Respecto al Indicador 6, los indicadores de conformidad y los estándares de referencia serán idénticos al año 2005. Se debe consultar el documento "Aclaración Modificación Indicadores Conformidad Programa Cáncer de Mama.doc" contenido en la Adenda 2 al Contrato de Gestión 2005.

RESULTADOS CLAVE

Objetivo Estratégico 1.1.- Mejorar la atención.

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

Objetivo Mejorar la atención a los usuarios de los servicios de salud mental.

Indicador

1. Porcentaje (%) de pacientes ingresados en las ULE que disponen de Plan Individualizado de Tratamiento y se evalúa cada tres meses
2. Porcentaje (%) de pacientes de las U.M.E.'s y Centros de Día que mejoran sus resultados según la escala HoNOS al alta.
3. Porcentaje (%) de usuarios de las U.M.E.'s y Centros de Día que tienen diseñado su Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) antes de los 20 días de ingreso en el centro y además el informe de objetivos ha sido remitido al equipo que ha derivado el caso.
4. Porcentaje (%) de usuarios de las U.M.E.'s y Centros de Día que se evalúan con el PIR cada tres meses.
5. Porcentaje (%) de usuarios de las U.M.E.'s y Centros de Día que al alta cumplen los objetivos fijados en el PIR.
6. Variación en el nº de ingresos, en U.C.E.'s de psiquiatría, de los usuarios de los programas de rehabilitación, respecto al año anterior a la participación en el programa.
7. Porcentaje (%) de usuarios de U.M.E. y Centros de Día integrados residencial y laboralmente en el momento del alta al finalizar los programas de rehabilitación
8. En las U.M.E. ningún proceso de ingreso posterior al 2005 superará el año y el índice de ocupación será > 90%
9. Porcentaje (%) de cumplimentación de la Hoja de Actividad Asistencial Diaria en los Centros de Salud Mental de Adultos y Centros de Salud Mental Infantojuvenil
10. Porcentaje (%) de pacientes atendidos en primera consulta por personal facultativo en los Centros de Salud Mental de Adultos o en los Centros de Salud Mental Infantojuvenil que tienen codificado el diagnóstico en la Hoja de Actividad Asistencial Diaria
11. Porcentaje (%) de Centros de Salud Mental de Adultos del Sector que tienen elaborado antes del 31 de Diciembre del 2006 el Censo de pacientes con Trastorno Mental Grave.
12. Porcentaje (%) de Centros de Salud Mental Infantojuvenil en los que se ha implantado la Historia Clínica Unificada

Estándar / es

1.- ≥ 75 %	2.- ≥ 50%	3.- ≥ 85%	4.- 100 %
5.- ≥ 70%	6.- ≤ al 50 %	7.- ≥ 50%	8.- Si
9.- ≥ 50%	10.- ≥ 75%	11.- ≥ 60%	12.- ≥ 85%

Sector	Centros	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Teruel	C.R.P. de Teruel	X	X	X	X	X	X	X	X				
	Centros Salud Mental Adultos									X	X	X	
	Centros Salud Mental Infantojuvenil									X	X		X

Líneas de producto implicadas

Atención Primaria

Atención Especializada

Salud Mental

Socio sanitaria

Sector

1, 2, 3, 4, 5,
6, 7 y 8

9, 10, 11 y 12

Observaciones

- La Dirección de Salud Mental remitirá antes de 31 de marzo la Hoja de Registro del Plan Individualizado de Tratamiento del año 2005 revisada.
- La Dirección de Salud Mental remitirá antes de 31 de marzo los ítems de la escala HoNOS agrupados.
- Respecto a los indicadores 3, 4 y 5, la DSM remitirá antes de 31 de Marzo la Hoja de Registro del PIR del año 2005 revisada.
- El indicador 6 se refiere al número medio de ingresos de todos los pacientes de los programas de rehabilitación.
- En el indicador 7 el numerador serán los pacientes que en el momento del alta se ha normalizado su situación residencial (familia, piso protegido,...) y laboral (empleo protegido, normalizado,...)
- En el indicador 8 dentro de la falta de cumplimiento del programa terapéutico sólo se incluyen altas programadas
- El indicador 9 hace referencia a la cumplimentación de la Hoja de Actividad Asistencial Diaria en todas las categorías profesionales. El numerador será la suma de las Hojas de Actividad Asistencial Diaria cumplimentadas en todas las categorías y el denominador será el número total de la Hojas de Actividad Asistencial Diaria que deberían estar cumplimentadas.
- En el indicador 10, el numerador serán los pacientes que hayan sido atendidos en primera consulta por personal facultativo (psiquiatra y psicólogo) en los Centros de Salud Mental de Adultos o en los Centros de Salud Mental Infatojuvenil y tengan codificado el diagnóstico en la Hoja de Actividad Asistencial Diaria y el denominador todos los pacientes atendidos en primera consulta por personal facultativo en dichos centros. La codificación deberá realizarse según los criterios diagnósticos de la CIE 10.
- Los indicadores 9 y 10 se evaluarán a partir del 30 de abril, momento en el que deberá estar implantada la Hoja de Actividad Asistencial Diaria.
- Respecto a la evaluación del indicador 11, la DSM establecerá los criterios para la elaboración del Censo de Pacientes con Trastorno Mental Grave antes del 30 de Abril del 2006.
- Respecto al indicador 12, la Dirección de Salud Mental proporcionará el Documento de la Historia Clínica Unificada antes del 30 de Abril. Dicho documento deberá estar implementado antes del 1 de Junio.

RESULTADOS CLAVE

Objetivo Estratégico 1.1.- Mejorar la atención.

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

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

Indicador

- 1.- Hospital San José de Teruel
 - 1.1.- Número de estancias en Hospital de día
 - 1.2.- Número de primeras consultas de geriatría
 - 1.3.- Estancia Media
- 2.- Número de pacientes a los que se les ha realizado una valoración sociosanitaria en el hospital general con el informe correspondiente
- 3.- Porcentaje (%) de informes de Valoración Sociosanitaria, de los pacientes dados de alta al domicilio en el hospital general que han sido remitidos al EAP y al enfermero de enlace en las primeras 48 horas
- 4.- Porcentaje (%) de pacientes de los ESAD a los que se les ha realizado una valoración de su capacidad funcional, física y mental, así como de la intensidad del dolor, en el caso de existir, mediante escalas acreditadas
- 5.- Porcentaje (%) de EAP del Sector que han participado en al menos una sesión formativa conjunta con el ESAD sobre actualización en temas relacionados con la atención a pacientes inmovilizados y/o en situación terminal.
- 6.- Porcentaje (%) de pacientes a los que se ha realizado Valoración Sociosanitaria en el hospital general, dados de alta a domicilio, que reciben atención sanitaria domiciliaria en las primeras 72 horas

Estándar / es	1.1.- ≥ 2.500	1.2.- ≥ 200	1.3.- ≤ 32 días	2.- ≥ 240	3.- $\geq 75\%$
	4.- $\geq 80\%$	5.- $\geq 75\%$	6.- $\geq 60\%$		

	Atención Primaria	Atención Especializada	Salud Mental	Socio sanitaria	Sector
Líneas de producto implicadas	4, 5 y 6	3		1 y 2	

- Observaciones**
- Población diana de las valoraciones
 - En traumatología, fracturas de cadera en mayores de 75 años.
 - En neurología, mayores de 65 años con ACV, demencia o enfermedad de Parkinson.
 - En medicina interna, mayores de 75 años con enfermedades potencialmente invalidantes.
 - Cuidados paliativos, especialmente en oncología.
 - Otros pacientes que las UVSS consideren en situaciones alto riesgo de dependencia.

- Los informes de valoración, realizados según las indicaciones que se proporcionarán en adenda antes del 31 de Marzo, tienen que medir, mediante escalas acreditadas, la capacidad funcional, cognitiva y problemática social del paciente, estableciendo recomendaciones que incluyan la orientación al recurso más adecuado y el plan de cuidados personalizado.
- Las características de la valoración a realizar por el ESAD se proporcionarán en adenda correspondiente antes del 31 de Marzo.
- La Dirección de Atención Sociosanitaria determinará en una adenda antes del 31 de marzo los procedimientos para medir los indicadores 3 y 6.

RESULTADOS CLAVE

Objetivo Estratégico 3.1.- Garantizar los recursos necesarios.

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

Objetivo

Cumplir con el presupuesto asignado.

Indicador

1. Porcentaje (%) del presupuesto global ejecutado.
2. Porcentaje (%) de presupuesto ejecutado de Capítulo I, II y IV.
3. Porcentaje (%) de cobros a terceros respecto a lo figura en el Anexo II.

Estándar / es

1. $\leq 100\%$
2. $\leq 100\%$ en Capítulo I, II y IV.
3. $\geq 100\%$

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

Observaciones

- En el Anexo II se detalla el presupuesto asignado.
- A lo largo del ejercicio la Dirección Gerencia del Salud y/o la Dirección de Área Administrativa podrán autorizar modificaciones del presupuesto.
- Se evaluará específicamente el epígrafe de sustituciones dentro del Capítulo I por parte de la Dirección de Atención Primaria. El criterio de evaluación será no superar la valoración de este epígrafe en el equivalente a sustituir en el período de un año:
 - Profesionales sanitarios ≤ 47 días/año
 - Profesionales no sanitarios ≤ 42 días/año
 Para efectuar dicha valoración, se descontarán los siguientes motivos de sustitución:
 - IT recuperada
 - Liberados sindicales
 - Descanso maternal
 - Reducciones de jornada
 - Días por pacto de farmacia
 - Cuso de formación OMI
 - Excedencia por cualquier motivo
 - Permisos sin sueldo
 - Atención continuada

RESULTADOS CLAVE

Objetivo Estratégico 3.2.- Proporcionar una atención más eficiente.

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

Objetivo Mejorar la calidad en la prescripción farmacéutica.

Indicador

1. Porcentaje (%) de envases de genéricos respecto al total de los subgrupos terapéuticos que los contienen.
2. Porcentaje (%) de envases de principios activos que no constituyen una novedad terapéutica (novedad tipo C) respecto al total de envases prescritos.
3. Porcentaje (%) de Dosis Diarias Definidas (DDD) de Inhibidores de enzima convertidora de angiotensina (IECA) respecto del conjunto total de IECA + Antagonistas de angiotensina II (ARA II).
4. Porcentaje (%) de DDD de omeprazol respecto al total de Inhibidores de la bomba de protones (IBP).
5. Número de Dosis Diarias Definidas por 1000 habitantes y día (DHD) de antibióticos prescritos (en pediatría).
6. Porcentaje (%) de DDD de cefalosporinas orales de elección (en pediatría).
7. Porcentaje (%) de DDD de antiasmáticos inhalados/total antiasmáticos (en pediatría).
8. Porcentaje (%) de envases por principio activo respecto al total de envases.

Estándar / es

	Ind.1	Ind.2	Ind.3	Ind.4	Ind.5	Ind.6	Ind.7	Ind.8
AP MED	≥24	≤1,3	≥50	≥70				
AP PED	≥32				≤22	≥85	≥70	
H OB POL		≤3,5	≥55	≥70				≥8
CRP SJD	≥13	≤3						≥10
H S JOSE	≥35	≤1,5						≥23

	Atención Primaria	Atención Especializada	Salud Mental	Socio sanitaria	Sector
Líneas de producto implicadas	Ver tabla	Ver tabla	Ver tabla	Ver tabla	

Observaciones

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

RESULTADOS EN LOS CLIENTES

Las Organizaciones Excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a sus clientes.

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

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

Objetivo	Mejorar la satisfacción de los usuarios respecto a su accesibilidad a los Centros de Salud del Sector de los pacientes con cita previa establecida, incluyendo el tiempo que tienen que esperar para entrar a las consultas de medicina de familia y pediatría.				
Indicador	1. Porcentaje (%) de usuarios con experiencia satisfactoria o muy satisfactoria respecto a la facilidad que ha tenido para conseguir cita (por teléfono o en el mostrador). 2. Porcentaje (%) de usuarios con experiencia satisfactoria o muy satisfactoria respecto a la posibilidad de escoger el día y la hora para su consulta. 3. Porcentaje (%) de usuarios con un nivel global satisfactorio o muy satisfactorio respecto al tiempo que tiene que esperar desde la hora de su cita hasta entrar en la consulta.				
Estándar / es	1. $\geq 80\%$ 2. $\geq 80\%$ 3. $\geq 70\%$				
Líneas de producto implicadas	Atención Primaria	Atención Especializada	Salud Mental	Socio sanitaria	Sector
	1, 2 y 3				

- Observaciones**
- Resultados medidos por la Dirección de Área de Coordinación Asistencial a 30 de diciembre en la encuesta de opinión a los usuarios de atención primaria a nivel de Sector, Centro y Zona Básica de Salud.

RESULTADOS EN LOS CLIENTES

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

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

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

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

Observaciones

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

RESULTADOS EN LOS CLIENTES

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

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

Objetivo Garantizar que ningún paciente sobrepase el plazo de garantía, una demora máxima de seis meses en cirugía programada y de 45 días en el caso de consultas externas y 30 días en la realización de exploraciones complementarias.

Indicador

1. Número de pacientes que han sobrepasado el plazo de garantía quirúrgico
2. Número de pacientes en espera estructural con más de 6 meses de demora en cirugía programada desde su inclusión en Lista de Espera Quirúrgica
3. Número de pacientes con más de 45 días de demora para primeras visitas en cada una de las especialidades con consulta externa.
4. Número de pacientes con más de 30 días de demora en cada una de las exploraciones seleccionadas.

Estándar

1. Ninguno (0)
2. Ninguno (0)

	3. Consultas externas	4.Ecografías	4.Mamografías diagnósticas	4.TAC	4.RM
Obispo Polanco					

Líneas de producto implicadas

Atención Primaria **Atención Especializada** **Salud Mental** **Socio sanitaria** **Sector**
1, 2, 3 y 4

Observaciones

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

RESULTADOS EN LOS CLIENTES

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

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

Objetivo Mejorar el tiempo de espera de los pacientes que deben ser atendidos en los servicios sociosanitarios.

Indicador 1. Número de pacientes que esperan más de quince días para primera consulta en el Hospital San José de Teruel.

Estándar / es 1. Ninguno

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

Observaciones

RESULTADOS EN LOS CLIENTES

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

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

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

Indicador

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

Estándar / es

1. $\geq 90\%$
2. $\geq 95\%$ excepto en Atención Primaria que es 75%
3. $\geq 95\%$
4. $\geq 95\%$
5. $\geq 15\%$ en Atención Especializada y $\geq 80\%$ en Salud Mental y Sociosanitario
6. 100%
7. ≥ 1 grupo/centro, con participación de al menos el 75% de familias.

	Atención Primaria	Atención Especializada	Salud Mental	Socio sanitaria	Sector
Líneas de producto implicadas	1 y 2	1, 2, 3, 4 y 5	1, 2, 4, 5, 6 y 7	1, 2, 4 y 5	1

Observaciones

- Indicador 1: Resultados medidos por la Dirección de Área de Coordinación Asistencial a 30 de diciembre en la encuesta de opinión a los usuarios a nivel de Sector, Centro y Zona Básica de Salud.

- La documentación a la que se hace referencia en el Indicador 2 debe ajustarse a lo previsto, entre otros, en el artículo 8.2 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Antes del 31 de Marzo, las Direcciones de Línea indicarán las intervenciones, procedimientos, etc, que serán evaluados en 2006.
- La Dirección de Área de Coordinación Asistencial indicará los criterios previamente a la evaluación del Indicador 3.
- El indicador 4 y 5 es de aplicación en todos los Centros del Sector excepto Atención Primaria. El indicador 5 en Salud Mental se evaluará en los Centros de Media Estancia.
- La Dirección de Área de Coordinación Asistencial enviará una Adenda antes del 30 de Abril donde especificará como se deben evaluar los indicadores 4 y 5.
- Los servicios de salud mental implicados en los indicadores 6 y 7 son las UME y Centro de Día Romareda.

RESULTADOS EN LOS CLIENTES

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

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

Objetivo	Aumentar la satisfacción de los usuarios con la atención recibida.
Indicador	1. Porcentaje (%) de usuarios con un nivel global satisfactorio o muy satisfactorio con los cuidados sanitarios que han recibido. 2. Porcentaje (%) de usuarios que recomendaría el servicio recibido a sus familiares o amigos. 3. Porcentaje (%) de reclamaciones contestadas en menos de 1 mes.
Estándar / es	1. $\geq 95\%$ 2. $\geq 90\%$ 3. $\geq 90\%$

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

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

RESULTADOS EN LOS CLIENTES

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

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

Objetivo	Aumentar la satisfacción de los usuarios con el trato proporcionado por las personas de SALUD.				
Indicador	1. Porcentaje (%) de usuarios satisfechos o muy satisfechos con el interés mostrado por el personal de enfermería. 2. Porcentaje (%) de usuarios satisfechos o muy satisfechos con el interés mostrado por los médicos. 3. Porcentaje (%) de usuarios satisfechos o muy satisfechos con el interés mostrado por el personal auxiliar y de admisión. 4. Porcentaje (%) de usuarios satisfechos o muy satisfechos con la preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo.				
Estándar / es	1. $\geq 94\%$ 2. $\geq 93\%$ 3. $\geq 87\%$ 4. $\geq 94\%$				
Líneas de producto implicadas	Atención Primaria	Atención Especializada	Salud Mental	Socio sanitaria	Sector
	1, 2, 3 y 4	1, 2, 3 y 4	1, 2, 3 y 4	1, 2, 3 y 4	1, 2, 3 y 4

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

RESULTADOS EN LAS PERSONAS

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

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

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

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

Indicador

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

Estándar / es

1. ≥ 1
2. $\geq 65\%$

	Atención Primaria	Atención Especializada	Salud Mental	Socio sanitaria	Sector
Líneas de producto implicadas	1 y 2	1 y 2	2	2	

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

RESULTADOS EN LAS PERSONAS

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

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

Objetivo	Mejorar la satisfacción e implicación de las personas de SALUD con su trabajo y la Organización.				
Indicador	1. Porcentaje (%) de personas que consideran que los mandos intermedios y gestores conocen sus problemas y dificultades 2. Porcentaje (%) de personas que consideran que reciben información de los resultados de su trabajo 3. Porcentaje (%) de días en situación de Incapacidad Temporal por contingencia común de los trabajadores de los centros propios del SALUD.				
Estándar / es	1. $\geq 60\%$ 2. $\geq 50\%$ 3. Disminución respecto a los datos de 2005 del propio centro, en al menos dos de los grupos de clasificación (A, B, C, D y E), y encontrarse por debajo de la media de SALUD respecto a los datos de 2005 en al menos tres de los grupos de clasificación (A, B, C, D y E).				
Líneas de producto implicadas	Atención Primaria	Atención Especializada	Salud Mental	Socio sanitaria	Sector
	1, 2 y 3	1, 2 y 3	1, 2 y 3	1, 2 y 3	1, 2 y 3

Observaciones

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

RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

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

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

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

Objetivo	Promover el compromiso del SALUD con el conjunto de la sociedad.				
Indicador	1. Porcentaje (%) de Consejos de Salud de Zona constituidos y con actividad regular sobre el total de zonas con EAP. 2. El Consejo de Salud del Sector mantiene una actividad regular. 3. Existe al menos un proyecto en el ámbito de la responsabilidad social del Sector. 4. El sector apoya la iniciativa de la OMS/UNICEF "Hospital Amigo de los Niños"				
Estándar / es	1. $\geq 70\%$ 2. Sí 3. Sí 4. Sí				
Líneas de producto implicadas	Atención Primaria	Atención Especializada	Salud Mental	Socio sanitaria	Sector
	1	4			2 y 3

Observaciones	• La actividad regular del Consejo de Salud de Zona implica un mínimo de 2 reuniones al año • La actividad regular del Consejo de Salud del Sector implica un mínimo de 2 reuniones al año (DECRETO 148/2002, de 30 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura del Servicio Aragonés de Salud y se modifica su Reglamento, art. 27.3.) • El contenido de los proyectos a los que hace referencia el indicador 3 puede adecuarse a aspectos como impacto medioambiental, cooperación internacional, etc. El proyecto debe ser remitido a la Dirección de Área de Coordinación Asistencial antes del 30 de abril para su aprobación. • El estándar del indicador 4 se considerará alcanzado de acuerdo a los siguientes requerimientos: su hospital evalúa su Protocolo de Lactancia Materna y presenta antes del 31 de enero de 2007 un informe de sus progresos y resultados.
----------------------	---

LIDERAZGO

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

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

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

Objetivo	Dar a conocer la misión, visión y valores del Servicio Aragonés de Salud				
Indicador / es	1. Porcentaje (%) de profesionales que conocen la misión, visión y valores del SALUD 2. Cada Dirección de Centro ha elaborado y difundido su misión, visión y valores				
Estándar	1. $\geq 60\%$ 2. Si				
Líneas de producto implicadas	Atención Primaria	Atención Especializada	Salud Mental	Socio sanitaria	Sector
	1 y 2	1 y 2	1 y 2	1 y 2	1

Observaciones

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

LIDERAZGO

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

Factor de éxito 3.3.2.- Facilitar la constitución y la buena marcha de los órganos de funcionamiento de SALUD.

Objetivo	Desarrollar la estructura organizativa, funcional y operativa del Sector.
Indicador / es	1. Cada Sector dispone de una estructura de gestión que integra todas las funciones y cometidos de las anteriores Direcciones de Gestión de Centros (Atención Primaria y Atención Especializada) 2. Se han designado en el Sector los siguientes Coordinadores: Salud Mental, Calidad y Evaluación, Formación y Uso Racional de Medicamentos 3. La unidad y comisión de calidad del Sector están establecidas según las indicaciones de la Dirección de Área de Coordinación Asistencial.
Estándar	1. Si, existe una estructura de gestión que integra todas las funciones. 2. Están designados 3. La unidad y comisión de calidad del Sector se encuentra en funcionamiento

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

Observaciones	• Los requisitos mínimos de la estructura integradora de Dirección de Gestión del Sector serán definidos por la Dirección de Área de Coordinación Administrativa del Salud antes del 30 de Abril. • Respecto al indicador 2, la Dirección de Recursos Humanos establecerá los criterios antes del 30 de abril. • La Dirección de Área de Coordinación Asistencial establecerá las indicaciones referentes al indicador 3 antes del 31 de Marzo.
----------------------	---

LIDERAZGO

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

Factor de éxito 3.3.4.- Utilizar el modelo EFQM como herramienta de evaluación y mejora y desarrollar proyectos de mejora según sus resultados.

Objetivo Realizar una autoevaluación del Sector de acuerdo a los criterios del modelo EFQM que incluya la evaluación de los objetivos de este contrato y desarrollar acciones de mejora según sus resultados.

Indicador / es

1. Documento sobre la situación de los proyectos realizados durante el año 2006 (un proyecto por criterio).
2. Autoevaluación 2006 realizada y formulario cumplimentado antes del 30 de enero del 2007.
3. Documento que recoge la propuesta de proyectos a realizar en 2007 (un proyecto por criterio).

Estándar

1. Existe un documento con nueve proyectos 2006 por Sector.
2. Existe un formulario cumplimentado.
3. Existe un documento con nueve proyectos 2006 por Sector.

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

Observaciones

- Respecto al indicador 1 y 3, los formularios en los que hay que presentar dichos documentos se remitirán antes del 31 de marzo.
- Respecto al indicador 2 el procedimiento de realización de la autoevaluación EFQM 2006 del Sector será similar al realizado en 2005, utilizando por lo tanto la herramienta EvalExpress del Servicio Vasco de Salud.

POLÍTICA Y ESTRATEGIA

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

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

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

Objetivo

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

Indicador / es

1. Las Direcciones de Centro de Atención Primaria y de Atención Especializada remiten antes del día 20 de cada mes el cuadro de mandos
2. Elaboración del cuadro de mandos en las Direcciones de Centro de Salud Mental y Sociosanitaria.

Estándar

1. Sí, todos los meses.
2. Existe cuadro de mandos.

Líneas de producto implicadas

Atención Primaria	Atención Especializada	Salud Mental	Socio sanitaria	Sector
1	1	2	2	

Observaciones

- En la Línea de Atención Primaria y Atención Especializada el modelo será el establecido en el año 2005.
- La Dirección de Área de Coordinación Asistencial facilitará el modelo de cuadro de mandos antes de 30 de Junio a los Centros de las Líneas de Salud Mental y Sociosanitaria.

PERSONAS

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

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

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

Objetivo

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

Indicador / es

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

Estándar

1. 100 %
2. ≥ 75 %
3. ≥ 75 %

Líneas de producto implicadas

**Atención
Primaria**

**Atención
Especializada**

**Salud
Mental**

**Socio
sanitaria**

Sector

1, 2 y 3

Observaciones

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

PERSONAS

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

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

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

Objetivo	Elaborar y poner en marcha en el Sector un Plan de Comunicación Interna que consiga hacer llegar a los profesionales los objetivos establecidos en este contrato de gestión, incluido el procedimiento de distribución de incentivos definido por la Dirección Gerencia de SALUD. En cada Centro del Sector, como mínimo:				
	1. Se aplicará un protocolo de acogida a los nuevos trabajadores en todos los Centros. 2. Se establecerá un contrato de gestión clínica entre el Gerente de Sector y el Director de Centro, con el responsable de cada Unidad (Jefe de Servicio, Coordinador de EAP, etc.), antes del 30 de abril.				
Indicador / es	1. Porcentaje (%) de Centros que disponen y aplican un protocolo de acogida a los nuevos trabajadores. 2. Porcentaje (%) de Servicios, Unidades y EAPs del Sector con los que se ha establecido el contrato de gestión clínica. 3. Porcentaje (%) de personas por categoría sobre plantilla de cada Centro que han firmado el contrato de gestión clínica. 4. Porcentaje (%) de unidades sobre el total de unidades que han firmado con el contrato de gestión clínica un sistema de reparto interno definido previamente por el EAP, servicio o unidad.				
Estándar	1. 100 % 2. ≥ 90 % 3. ≥ 90 % 4. ≥ 80 %				
Líneas de producto implicadas	Atención Primaria 1, 2, 3 y 4	Atención Especializada 1 y 2	Salud Mental 1 y 2	Socio sanitaria 1 y 2	Sector

- Observaciones**
- La Dirección de Coordinación Asistencial elaborará un Plan de Comunicación Interna que establezca las principales líneas de acción antes del 30 de abril.
 - Para elaborar el modelo de contrato de gestión clínica a aplicar por el Sector con las Unidades, Servicios y EAPs, la Dirección de Área de Coordinación Asistencial facilitará unas recomendaciones mínimas antes del 31 de marzo.
 - En Atención Primaria el Contrato de Gestión Clínica deberá recoger el procedimiento de reparto interno previamente consensuado como un Anexo al mismo (no se admitirá como fórmula de reparto interno un procedimiento basado en el reparto lineal, tanto global como por categorías).
 - Indicador 2: para la aprobación del contrato de gestión clínica de cada EAP por la Dirección de Atención Primaria del Sector, es necesaria la aceptación expresa de al menos el 60 % de los efectivos del EAP respetando, así mismo, un mínimo de un tercio por categoría profesional, y siendo requisito imprescindible la aceptación individual de los miembros del EAP y/o los refuerzos con nombramiento, si los hubiere, que quedará reflejada en la correspondiente acta.

ALIANZAS Y RECURSOS

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

Objetivo Estratégico 3.1.- Garantizar los recursos necesarios.

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

Objetivo	Disponer en cada Centro para este año de un programa de actuación para el mantenimiento, reposición y adquisición de los recursos materiales necesarios, incluidos edificios.				
Indicador / es	1. Porcentaje (%) de EAP's del Sector que han recibido antes del 30 de junio información escrita sobre las actuaciones previstas para el mantenimiento, reposición y adquisición de recursos materiales en su ámbito de actuación. 2. Porcentaje (%) presupuesto ejecutado el 30 de noviembre respecto al programado en cada Centro. 3. Existencia de un plan de reposición y equipamiento de tecnología en cada Centro de Atención Especializada.				
Estándar	1. 100% 2. 100% 3. Sí				
Líneas de producto implicadas	Atención Primaria 1 y 2	Atención Especializada 2 y 3	Salud Mental 2	Socio sanitaria 2	Sector 2

Observaciones

- Este objetivo supone un análisis previo de las necesidades por parte de los equipos directivos sobre estos aspectos. En el caso de Centros de Atención Especializada este programa deberá contemplar las previsiones de compra y reposición de tecnología, salvo la denominada "alta tecnología".
- El indicador 2 hace referencia exclusivamente a la cifra de Capítulo VI establecida inicialmente en el Contrato de Gestión

ALIANZAS Y RECURSOS

Objetivo Estratégico 3.1.- Garantizar los recursos necesarios.

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

Objetivo	Facilitar el cumplimiento del presupuesto proporcionando información que estimule la toma de decisiones y la modificación de actitudes.				
Indicador	1.- Los responsables de unidad funcional (jefes de servicio, coordinadores de EAP, etc) en cada Centro reciben trimestralmente la siguiente información referente a la situación presupuestaria de su unidad: 1.1 Porcentaje (%) del presupuesto global ejecutado. 1.2. Porcentaje (%) de presupuesto ejecutado de Capítulo I, II y IV.				
Estándar / es	1. Reciben la información señalada.				
Líneas de producto implicadas	Atención Primaria	Atención Especializada	Salud Mental	Socio sanitaria	Sector
	1	1	1	1	

Observaciones

PROCESOS

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

Objetivo Estratégico 1.1.- Mejorar la atención.

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

Objetivo Mejorar el proceso de atención de enfermería.

Indicador

1. Número de Planes de Cuidados estandarizados elaborados según el modelo de Virginia Henderson.
2. Porcentaje (%) de pacientes a los que se les ha aplicado un plan de cuidados.
3. Porcentaje (%) de pacientes a los que se les ha realizado una valoración enfermera.
4. Porcentaje (%) de pacientes con dependencia severa, incluidos en el censo de pacientes inmovilizados, que han sido valorados.
5. Porcentaje (%) de pacientes incluidos en el PAECD valorados con dependencia severa a los que se les haya hecho una valoración funcional y cognoscitiva en el año 2006.

Estándar / es

Nombre Centro	Indicad. 1	Indicad. 2	Indicad. 3	Indicad. 4	Indicad. 5
H. Obispo Polanco	-	60%	80%	-	-
C.R.P. San Juan de Dios	1	60%	90%	-	-
H. San José	1	90%	90%	-	-
A.P. Sector Teruel	-	50%	50%	30%	50%

	Atención Primaria	Atención Especializada	Salud Mental	Socio sanitaria	Sector
Líneas de producto implicadas	2, 3, 4 y 5	2 y 3	1, 2 y 3	1, 2 y 3	

Observaciones

- Para el Indicador 1, en la Línea de Salud Mental los planes de cuidados se elaborarán en base a los patrones funcionales de Marjory Gordon.
- La Dirección de Área de Coordinación Asistencial remitirá antes del 31 de marzo los criterios para la evaluación de los indicadores 2, 3, 4 y 5.
- El indicador 2 se refiere a todos los Planes de Cuidados implementados actualmente, excepto en Atención Primaria que se refiere a los pacientes valorados con dependencia severa incluidos en el PAECD.
- Para la evaluación del Contrato de Gestión, se entenderá por dependencia severa un resultado en la escala de Barthel menor a 60 en población mayor de 65 años.

PROCESOS

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

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

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

Indicador

1. Los laboratorios implicados en el proyecto de acreditación según ISO 15189 lo desarrollan según el programa previsto
2. Las centrales de esterilización implicadas en el proyecto de certificación según ISO 9001:2000 lo desarrollan según el programa previsto
3. Los EAP's implicados en el proyecto de certificación según ISO 9001:2000 lo desarrollan según el programa previsto
4. Número de nuevos EAP's en el Sector que el 31 de enero de 2007 han manifestado su deseo de incorporarse al proyecto de certificación, según la norma ISO 9001:2000, del conjunto de su actividad
5. Porcentaje (%) de EAP's del Sector que han evaluado los cinco procesos y dispone de resultados respecto al menos, los indicadores determinados por la Dirección de Atención Primaria.
6. Porcentaje (%) de EAP del sector que cumplen el estándar propuesto por la Dirección de Atención Primaria en los siguientes indicadores:
 - 6.1. % de jornada semanal con disponibilidad para tramitar tarjeta
 - 6.2. % de pacientes que no encuentran la receta de largo tratamiento en el momento acordado
7. Existe un procedimiento explícito que normaliza la solicitud desde el nivel de atención primaria de las exploraciones complementarias previstas en las guías de aparato digestivo y de lumbalgia (endoscopia digestiva alta, rectosigmoidoscopia y/o colonoscopia, TAC y RNM).
8. En los Hospitales, 6 especialidades seleccionadas por la Dirección del Centro disponen de una Consulta de Alta Resolución.
9. Se han evaluado los estándares de Joint Commission International indicados en el contrato de gestión valorando el grado de cumplimiento de los estándares en conjunto y de sus elementos de medición, así como el análisis de las causas de variación respecto al año 2005

Estándar / es

1. Si	2.Si	3. Si	4.- ≥ 1
5.- ≥ 80 %	6.1.- ≥ 50 %	6.2.- < 30 %	7.- Si
8.- Las CARE están disponibles (ver observaciones)			9.-Sí

Líneas de producto implicadas

Atención Primaria	Atención Especializada	Salud Mental	Socio sanitaria	Sector
3, 4, 5, 6, y 7	1, 2, 7, 8 y 9	9	9	

Observaciones

- Los procesos administrativos definidos son: 1)Acoger Usuarios, 2)Gestionar TIS, 3)Gestionar Citación, 4)Gestionar Recetas LT y 5)Gestionar IT.
- Los Hospitales a los que hace referencia el Indicador 8 son los de referencia en cada sector, junto con el Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. Se define como "Consulta de Alta Resolución" aquella : 1) se realizará en acto único al final del cual el paciente dispondrá de informe y/o pase a lista de espera quirúrgica; 2) existirá un protocolo de petición de Atención Primaria que garantizará la realización de las pruebas complementarias precisas para la realización de la consulta; 3) existirá un sistema de información que soportará este proceso
- Los estándares JCI son los mismos que en 2005 y se proporcionará al Sector antes del 31 de marzo el formulario para cumplimentar su evaluación.

PROCESOS

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

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

Objetivo

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

Indicador

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

Estándar / es

1. Sí, el proceso asistencial está implantado

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

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

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