

CONTRATO DE GESTIÓN
HOSPITAL OBISPO POLANCO
SECTOR DE TERUEL

2
0
0
7

Índice

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

- ◆ Objetivos:

Sobre los resultados que hay que conseguir en el Hospital Obispo Polanco

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

Sobre lo que hay que hacer en el Hospital Obispo Polanco para obtener los resultados deseados

- Liderazgo • **Págs. 18**
- Política y Estrategia • **Pág. 19**
- Personas • **Págs. 20 a 21**
- Alianzas y Recursos • **Págs. 22 a 23**
- Procesos • **Págs. 24 a 27**
- ◆ Anexo I: Población • **Pág. 28**
- ◆ Anexo II: Presupuesto del Sector 2007 • **Pág. 29**
- ◆ Anexo III: Personal • **Pág. 30**
- ◆ Anexo IV: Actividad • **Págs. 31**

En Teruel, a 29 de marzo de 2007.

REUNIDOS

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

ACUERDAN

Ratificar el Contrato de Gestión para el período 2007, firmado entre la Gerencia del Sector de Teruel y la Dirección del Hospital Obispo Polanco.

EL GERENTE DE SECTOR DE TERUEL,

LA DIRECTORA DEL HOSPITAL
OBISPO POLANCO

Fdo.: Pablo Castellote García

Fdo.:Concha Thomson Llisterri

Visión, Misión y Valores del Servicio Aragonés de Salud

Visión

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

Misión

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

Valores

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

RESULTADOS CLAVE**ATENCIÓN EFECTIVA**

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

Indicador / es

1. Índice Funcional del Centro respecto a sí mismo en el ejercicio precedente (2006).
2. Estancia media en los 6 GRD's que presentan un mayor número de estancias evitables.
3. Nivel de implementación del proceso de Cirugía Mayor Ambulatoria.
4. Porcentaje (%) de pacientes con estancia preoperatoria en Cirugía Programada menor o igual a 1 día.
5. Porcentaje (%) de Historias Clínicas que cumplen con los criterios de calidad establecidos.

Estándar / es

1. ≤ 1
2. A determinar por la Dirección de Atención Especializada
3. A determinar por la Dirección de Atención Especializada
4. $\geq 85\%$
5. $\geq 75\%$

Observaciones

- Las Direcciones de Centro propondrán los 6 GRDs a monitorizar antes 31 de Marzo. La Dirección de Atención Especializada deberá dar su conformidad y proporcionará los estándares de referencia antes 30 de Abril.
- Para la evaluación del indicador 1 y 2 el periodo de estudio será del 1 de Octubre del 2006 al 30 de Septiembre del 2007. Los datos serán proporcionados por la Dirección General de Planificación y Aseguramiento.
- La Dirección de Atención Especializada especificará los criterios para evaluar el indicador 3 mediante una Adenda.
- La Dirección de Atención Especializada especificará antes del 30 de abril los criterios para evaluar el indicador 5.

RESULTADOS CLAVE

ATENCIÓN EFECTIVA

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 / es Número de valoraciones sociosanitarias que se han realizado en el Hospital General con el informe correspondiente.

Sector Teruel

Estándar / es

Observaciones

- 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.

RESULTADOS CLAVE

ATENCIÓN EFECTIVA

Objetivo Mejorar la calidad en la prescripción farmacéutica.

- Indicador / es**
1. Se monitoriza el consumo intrahospitalario de fármacos de < 3 años en el mercado.
 2. Elaboración, monitorización y presentación de resultados de la aplicación de un Protocolo de utilización de los 3 principios activos de mayor gasto intrahospitalarios.
 3. Elaborar un Decálogo de medidas para fomentar el Uso Racional de Medicamentos intrahospitalario, cronograma de actuación y resultados de las intervenciones.
 4. Entrega al paciente de medicación finita y fármacos de diagnóstico hospitalario a 30 días en las altas controladas por los farmacéuticos de Hospital incorporados al programa de farmacéuticos de enlace.
 5. Porcentaje (%) de envases de principios activos que no constituyen una novedad terapéutica (novedad tipo C) respecto al total de envases prescritos.
 6. Porcentaje (%) de envases por principio activo respecto al total de envases.

- Estándar / es**
1. Sí
 2. Sí
 3. Sí
 4. Sí
 5. ≤ 3,5%
 6. ≥ 10%

Observaciones Los indicadores de calidad de prescripción extrahospitalaria 5 y 6 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 2007.

RESULTADOS CLAVE

ATENCIÓN EFICIENTE

Objetivo	Cumplir con el presupuesto asignado.
Indicador / es	<ol style="list-style-type: none"> 1. Porcentaje (%) del presupuesto global ejecutado. 2. Porcentaje (%) de presupuesto ejecutado de Capítulo I. 3. Porcentaje (%) de presupuesto ejecutado de Capítulo II. 4. Porcentaje (%) de presupuesto ejecutado de Capítulo IV. 5. Porcentaje (%) de cobros a terceros respecto a lo figura en el Anexo II.
Estándar / es	<ol style="list-style-type: none"> 1. $\leq 100\%$ 2. $\leq 100\%$ en Capítulo I. 3. $\leq 100\%$ en Capítulo II. 4. $\leq 100\%$ en Capítulo IV. 5. $\geq 100\%$

- 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 Coordinación Administrativa podrán autorizar modificaciones del presupuesto.
 - Respecto al indicador 5, en algún Sector puede estar agrupado el objetivo para Atención Primaria y Atención Especializada.

RESULTADOS CLAVE

ATENCIÓN SEGURA

Objetivo Promover la cultura de seguridad clínica en la asistencia sanitaria

- Indicador / es**
1. Porcentaje (%) de pacientes correctamente identificados.
 2. Porcentaje (%) de Unidades asistenciales que han introducido las soluciones hidroalcohólicas.
 3. Existe una Guía de Profilaxis Antibiótica actualizada y se valora la adecuación de uso al menos anualmente.
 4. Porcentaje (%) de pacientes que desarrollan úlcera de presión durante el ingreso según su riesgo medido con la Escala Norton.
 5. Prevalencia de infección nosocomial de herida quirúrgica, respiratoria, urinaria y bacteriemia en el estudio EPINE.
 6. Porcentaje (%) de pacientes que sufren caídas.

- Estándar / es**
1. 95% en pacientes ingresados y 80% en urgencias.
 2. A determinar por la Dirección de Atención Especializada.
 3. Se dispone de una Guía actualizada y la adecuación de uso es $\geq 90\%$.
 4. Existe un informe trimestralmente con la metodología empleada, los resultados obtenidos y las medidas aplicadas y se mejoran los resultados obtenidos el año anterior.
 5. Mejorar los resultados respecto al año anterior en tres de los cuatro grupos.
 6. Existe un informe trimestralmente con la metodología empleada, los resultados obtenidos y las medidas aplicadas y se mejoran los resultados obtenidos el año anterior.

- Observaciones**
- La Dirección de Atención Especializada proporcionará los criterios para evaluar el indicador 1 mediante Adenda antes del 30 de Abril.
 - Para considerar que el uso de la profilaxis es adecuado se debe valorar antibiótico, vía, dosis y duración de la misma.
 - Respecto al indicador 6, en los informes se ha de especificar como mínimo el lugar donde ocurrieron las caídas, causas que las motivaron y posibles lesiones como consecuencia de las mismas.

RESULTADOS EN LOS CLIENTES**ACCESIBILIDAD**

Objetivo Facilitar a los pacientes la citación para consultas ambulatorias de especialidades.

Indicador / es

1. Porcentaje (%) de Agendas de Consultas Externas y Pruebas Complementarias que cumplen con los siguientes criterios: abiertas 1 año, no existencia de buzón, recitación por Atención Especializada cuando se modifique la Agenda y tasa de recitación inferior al 15%.
2. Porcentaje (%) de pacientes atendidos en las Consultas Externas que obtienen en el mismo día todas las citaciones.

Estándar / es

1. $\geq 90\%$
2. A determinar por la Dirección de Atención Especializada

Observaciones

RESULTADOS EN LOS CLIENTES

ACCESIBILIDAD

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 / es	<ol style="list-style-type: none"> 1. Número de pacientes que han sobrepasado el plazo de garantía quirúrgico a 31 de Diciembre de 2007. 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 a 31 de Diciembre de 2007. 3. Porcentaje (%) de pacientes retornados del concierto quirúrgico. 4. Número de pacientes con más de 45 días de demora estructural para primeras visitas en cada una de las especialidades con consulta externa a 31 de Diciembre de 2007. 5. Número de pacientes con más de 30 días de demora estructural en cada una de las exploraciones seleccionadas a 31 de Diciembre de 2007.
Estándar / es	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguno (0) 2. Ninguno (0) 3. $\leq 10\%$ 4. Disminución de un 30% en el número de pacientes con una demora superior a 45 días en consultas externas respecto a la demora existente a 31 de diciembre de 2006. 5. Disminución de un 30% en el número de pacientes con una demora superior a 30 días en pruebas diagnósticas, respecto a la demora existente a 31 de diciembre de 2006.

- Observaciones**
- Las exploraciones a las que hace referencia el Indicador 5 son: ecografía, mamografía diagnóstica (código de la SERAM 72331), TAC y RM.
 - En caso de existir pacientes pendientes de cita en los indicadores 4 y 5 se considerarán no cumplidos.

RESULTADOS EN LOS CLIENTES

INFORMACIÓN

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 / es

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

Estándar / es

1. $\geq 92\%$
2. $\geq 95\%$ excepto en Atención Primaria que es 80%
3. $\geq 95\%$
4. $\geq 95\%$
5. $\geq 20\%$ en Atención Especializada

Observaciones

- Indicador 1: Resultados medidos por la Dirección de Área de Coordinación Asistencial a 30 de diciembre en la encuesta de opinión a los usuarios a nivel de Sector, Centro y Zona Básica de Salud. En Atención Especializada se medirá a nivel de Hospitalización, de Consultas Externas y de Urgencias. A nivel de Sector se medirá el resultado de las Unidades de Salud Mental.
- 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 2007.
- La Dirección de Área de Coordinación Asistencial indicará los criterios previamente a la evaluación del Indicador 3.
- La Dirección de Área de Coordinación Asistencial enviará una Adenda antes del 30 de Abril donde especificará como se deben evaluar los indicadores 4 y 5.

RESULTADOS EN LOS CLIENTES

SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN

Objetivo Aumentar la satisfacción de los usuarios con la atención recibida.

Indicador / es

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. $\geq 94\%$
3. $\geq 90\%$

Observaciones Resultados medidos a 30 de diciembre en la encuesta de opinión a los usuarios a nivel de Sector, de Centro y de Zona Básica de Salud. Respecto a los indicadores 1 y 2 en Atención Especializada se medirá a nivel de Hospitalización, de Consultas Externas y de Urgencias. A nivel de Sector se medirá el resultado de las Unidades de Salud Mental.

RESULTADOS EN LOS CLIENTES

SATISFACCIÓN CON EL TRATO

Objetivo	Aumentar la satisfacción de los usuarios con el trato proporcionado por las personas de SALUD.
Indicador / es	<ol style="list-style-type: none"> 1. Porcentaje (%) de usuarios satisfechos o muy satisfechos con el interés mostrado por el personal de enfermería. 2. Porcentaje (%) de usuarios satisfechos o muy satisfechos con el interés mostrado por los médicos. 3. Porcentaje (%) de usuarios satisfechos o muy satisfechos con el interés mostrado por el personal auxiliar y de admisión. 4. Porcentaje (%) de usuarios satisfechos o muy satisfechos con la preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo.
Estándar / es	<ol style="list-style-type: none"> 1. ≥ 95% 2. ≥ 94% 3. ≥ 88% 4. ≥ 95%

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. En Atención Especializada se medirá a nivel de Hospitalización, de Consultas Externas y de Urgencias. A nivel de Sector se medirá el resultado de las Unidades de Salud Mental.

RESULTADOS EN LAS PERSONAS**IMPLICACIÓN EN GESTIÓN Y MEJORA**

Objetivo Promover que las unidades diseñen y desarrollen sus propios programas de calidad según las indicaciones proporcionadas por la Dirección de Área de Coordinación Asistencial.

Indicador / es 1. Porcentaje (%) unidades por Dirección de Centro que desarrollan su programa de calidad.

Estándar / es 1. $\geq 70\%$

Observaciones • La Dirección de Área de Coordinación Asistencial remitirá antes del 31 de Marzo los criterios para cumplir el indicador 1.

RESULTADOS EN LAS PERSONAS**CLIMA LABORAL**

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

Indicador / es

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 2006 del propio centro en al menos el 75% grupos de clasificación (A, B, C, D y E) o encontrarse por debajo de la media de SALUD respecto a los datos de 2006 en todos los grupos de clasificación (A, B, C, D y E).

Observaciones

- Los indicadores 1 y 2 se obtienen por encuesta y el estándar se basa en mejorar el resultado obtenido en la Encuesta de Calidad de Vida Profesional realizada en el año 2006.
- La información sobre 2006 a que hace referencia el estándar 3 del propio centro, consta en el Anexo III de personal.

RESULTADOS EN LA SOCIEDAD**RESPONSABILIDAD SOCIAL**

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

Indicador / es 1. El sector apoya la iniciativa de la OMS/UNICEF "Hospital Amigo de los Niños".

Estándar / es 1. Sus hospitales obtienen en 2008 la Acreditación de UNICEF como "Hospital Amigo de los Niños"

LIDERAZGO

GESTIÓN DEL LIDERAZGO

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 propia misión, visión y valores.
3. Porcentaje (%) de personas que dicen conocer sus objetivos del Contrato de Gestión de su Servicio, Unidad o EAP y los resultados de su evaluación.

Estándar / es

1. $\geq 70\%$
2. Sí
3. $\geq 70\%$

Observaciones

- Para la evaluación del indicador 1 y 3 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 2007.

POLÍTICA Y ESTRATEGIA**DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA**

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 remiten antes del día 20 de cada mes el cuadro de mandos.

Estándar / es 1. Sí, todos los meses.

Observaciones • El Anexo I de Lista de Espera Quirúrgica y el Anexo II de Demoras de Consultas Externas y Pruebas Complementarias deben remitirse antes del día 10 de cada mes.

PERSONAS**FORMACIÓN****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 (%) de trabajadores satisfechos con la formación recibida para su puesto.

Estándar / es

1. $\geq 60\%$

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.

PERSONAS

COMUNICACIÓN

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 15 de Junio.

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, antes del 15 de Junio.
3. Se ha establecido un Contrato de Gestión entre la Dirección y las Unidades implicadas en los proyectos de certificación o acreditación iniciados o culminados (centrales esterilización, laboratorios, EAP's), definiendo entre otros aspectos, los requisitos de los respectivos clientes, la política y objetivos de calidad establecidos en el sistema de calidad, así como los demás requisitos del sistema.

Estándar / es

1. 100%
2. ≥ 90%
3. 100%

Observaciones

- 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 Especializada se deberá incorporar la elaboración de unas Normas de Funcionamiento de la Unidad.

ALIANZAS Y RECURSOS

GESTIÓN DE RECURSOS ECONÓMICOS Y MATERIALES

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 (%) presupuesto de Capítulo VI ejecutado el 30 de noviembre respecto al contrato de gestión inicial en cada Centro.
2. Existencia de un plan de reposición y equipamiento de tecnología en cada Centro de Atención Especializada.
3. Porcentaje (%) de adhesión a concursos de determinación de tipo y centralizados.
4. Se ha desarrollado el inventario de tecnología.
5. Porcentaje (%) de documentos contables con días tramitados en el SERPA.
6. Porcentaje (%) de solicitudes de nombramientos eventuales superiores a 1 mes correctamente tramitados.

Estándar / es

1. 100%
2. Sí
3. 100%
4. Sí
5. 100%
6. 100%

Observaciones

- El objetivo del indicador 2 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. Se debe presentar antes del 30 de Junio de 2007 según el modelo que se proporcionará por la Dirección de Coordinación Administrativa.
- En las Unidades implicadas en los proyectos de certificación o acreditación iniciados y culminados (centrales esterilización, laboratorios, EAP's), es de obligatorio cumplimiento el indicador 2.
- Respecto al indicador 4, la Dirección de Coordinación Administrativa facilitará un modelo con los ítems mínimos que debe contener y los tipos de aparatos que deben figurar antes del 30 de Abril.
- El indicador 5 debe evaluarse a partir del 1 de abril del 2007. Se deben seguir las normas establecidas por la Dirección de Coordinación Administrativa el 13-9-2006, 20-9-2006 y 25-9-2006.
- El indicador 6 debe ajustarse a la Resolución del Gerente del Salud de 14-7-2005.

ALIANZAS Y RECURSOS**GESTIÓN DE RECURSOS ECONÓMICOS Y MATERIALES**

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

PROCESOS**DISEÑO DE LOS PROCESOS DE SALUD**

Objetivo	Elaborar el mapa de procesos en general y su despliegue a los Sectores y Centros.
Indicador / es	<ol style="list-style-type: none">1. Número de Guías de Práctica Clínica seleccionadas por la Gerencia del SALUD que están implantadas y evaluadas.2. Se ha diseñado e implantado el proceso de Atención de Urgencias.3. Se ha valorado la situación actual y se han diseñado las estrategias para las principales líneas de actuación en seguridad clínica.4. Los Centros han participado activamente en la elaboración del Plan de Confortabilidad de acuerdo al programa previsto.
Estándar / es	<ol style="list-style-type: none">1. ≥ 12. Sí3. Sí4. Sí

- Observaciones**
- Respecto al indicador 3, las propuestas de Acuerdo de Gestión Clínica se adaptarán a los criterios que se remitirán mediante Adenda. Dichas propuestas serán remitidas a la Dirección de Coordinación Asistencial antes del 31 de Mayo del 2007.

PROCESOS

MEJORA DE LOS PROCESOS DE SALUD

Objetivo

Mejorar la calidad de los procesos que tiene lugar en SALUD

Indicador / es

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. 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).
5. En los Hospitales, 6 especialidades seleccionadas por la Dirección del Centro disponen de una Consulta de Alta Resolución.
6. Porcentaje (%) de altas codificadas antes del 31 de enero del 2008.

Estándar / es

Nombre Centro	Indicad. 1	Indicad. 2	Indicad. 3
H.Royo Villanova	2	70%	75%
H. N. Señora de Gracia	-	50%	75%
H.U. M. Servet	4	75%	60%
H. Clínico Universitario	5	78%	75%
H. Ernest Lluch	2	70%	75%
H.General San Jorge	4	60%	75%
H. de Barbastro	4	60%	90%
H. Obispo Polanco	5	70%	90%
H. de Alcañiz	3	90%	90%

Estándar

4. Si
5. Si
6. ≥ 95%

Observaciones

- El indicador 2 se refiere a todos los Planes de Cuidados implementados actualmente.
- Los Hospitales a los que hace referencia el Indicador 4 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.

PROCESOS

MEJORA DE LOS PROCESOS DE SALUD

Objetivo	Elaborar e implementar los siguientes procesos asistenciales integrados: dolor torácico, cuidados paliativos, trastorno mental grave y trastorno límite de la personalidad.
Indicador / es	<ol style="list-style-type: none"> 1. Porcentaje (%) pacientes identificados como Trastorno Mental Grave derivados desde las Unidades de Corta Estancia al Centro de Salud Mental con el procedimiento que se establezca adecuadamente cumplimentado. 2. Existe un sistema de actuación para el control adecuado del dolor en los pacientes ingresados tributarios de cuidados paliativos. 3. El proceso asistencial de atención a los pacientes con dolor torácico está implantado y es la guía de actuación de los profesionales en el conjunto de las actividades que contiene.
Estándar / es	<ol style="list-style-type: none"> 1. $\geq 80\%$ 2. $\geq 80\%$ 3. Sí existe

PROCESOS

USO DE SISTEMAS ESTANDARIZADOS EN LOS PROCESOS DE SALUD

Objetivo Implantar el uso de sistemas estandarizados en los procesos de SALUD, incluyendo entre otros aspectos, la acreditación según la norma ISO 15189, en el caso de 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 / es

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 mantienen la certificación.
3. 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 2006.

Estándar / es

1. Sí
2. Sí
3. Sí

Observaciones

- Los estándares JCI son los mismos que en 2006 y se proporcionará al Sector antes del 31 de marzo el formulario para cumplimentar su evaluación.